

Влияние операции бандажирования желудка на качество жизни больных морбидным ожирением

Лаврик А.С.*, Тывончук А.С., Лаврик О.А.

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова
АМН Украины, Киев, Украина

Резюме. Проведен сравнительный анализ оценки качества жизни по системе Moorehead-Ardelt II в двух группах по 45 больных морбидным ожирением, перенесших бандажирование желудка. Работа проведена с целью унификации результатов и конкретизации показаний для определенных бариатрических операций. *Ключевые слова:* морбидное ожирение, бандажирование желудка, шунтирование желудка, качество жизни Moorehead-Ardelt II.

Influence of gastric banding on quality of life in morbid obesity patients

Lavryk A.*, Tyvonchuk O., Lavryk O.

Resume. The aim of the study was unification of the results and specification of indications for different kinds of bariatric operations. In our study we performed a comparative analysis of the quality of life with Moorehead-Ardelt II system and sweet eating syndrome in 45 patients after stomach banding for morbid obesity. *Keywords:* morbid obesity, gastric banding, quality of life.

*Автор для переписки/Correspondence author — andriy.lavryk@gmail.com

Несмотря на значительные достижения современной бариатрической хирургии, вопрос о выборе метода оптимальной операции для лечения морбидного ожирения продолжает оставаться полностью не решенным. Очевидным стало и то, что общей задачей бариатрической хирургии является не только адекватное снижение массы тела (МТ) или устранение определенных сопутствующих заболеваний, связанных с ожирением, но и, собственно, улучшение качества жизни (КЖ) больных, безусловно являющееся не менее важной задачей.

Современный этап развития человека характеризуется повышением требований индивидуума к состоянию своего здоровья. Развитию концепции о КЖ способствовал целый ряд факторов: технологический прогресс в медицине; право больного как личности на принятие сознательных решений в отношении своего лечения; высокая стоимость современных методов лечения при ограниченности общественно-финансовых ресурсов, увеличение продолжительности жизни и количества людей с хроническими заболеваниями, которых нельзя вылечить с помощью современных методов, но возможно улучшить их КЖ. За последние десятилетия увеличилось количество хирургических операций, которые направлены на улучшение именно КЖ пациента. Таким образом, на сегодня для больного и врача стало важным не только как долго проживет больной благодаря примененному методу лечения, но и уровень качества послеоперационной жизни с точки зрения самого пациента.

Существует ряд определений понятия «качество жизни». По определению ВОЗ, качество жизни — это осознание индивидуумом своего положения в жизни с учетом культурных особенностей и си-

стемы ценностей среды, в которой он живет в соответствии с его жизненными целями, потребностями, ожиданиями, критериями и интересами [6]. Понятие КЖ достаточно общее и разделяется на связанное и не связанное со здоровьем. К КЖ, связанному со здоровьем, относятся: физическое, психологическое, социальное, духовное благополучие. КЖ, не связанное со здоровьем, включает: образование, экономическую безопасность, окружающую среду и физическую безопасность. В дальнейшем будет рассматриваться только КЖ, связанное со здоровьем индивидуума.

Сегодня известен целый ряд разработанных стандартизированных систем оценки КЖ, обеспечивающих 3 основных критерия для оценки: многомерность, отображение изменений во времени и участие больного в оценке своего состояния. Для определения качества жизни наиболее широкое использование нашла анкетно-опросник Short Form 36 (SF-36) [1]. Но использование SF-36 как общей оценивающей системы, которая предусматривает оценку КЖ как у здоровых, так и больных, связано с определенными неудобствами и не учитывает специфику больных ожирением. Поэтому в 1998 г. Н. Оria и М. Moorehead была предложена специальная оценивающая система КЖ для больных морбидным ожирением (МО), перенесших бариатрические операции — BAROS [2]. В этом же году, с целью стандартизации системы оценки КЖ для больных МО, была создана система для определения КЖ по Moorehead-Ardelt I. В 2003 г. она была модифицирована и представлена как оценивающая система качества жизни и опросник Moorehead-Ardelt II [3]. Путем изменения формулировок вопросов был создан более простой опросник, учитывающий специфические особенности

Таблица 1

Анкета для определения индекса сладкоежки

	Никогда	Меньше 1 раза в месяц	1–3 раза в месяц	1 раз в неделю	2 раза в неделю	3–4 раза в неделю	5–6 раз в неделю	1 раз в день	2 раза в день	3 и больше раз в день
Сладкие бисквиты	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Торты, пирожные, сладкие кондитерские изделия	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Шоколад, леденцы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Жидкие молочные коктейли Какао, взбитые сливки Сладкие сырки, другое	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Джем, мармелад, мед, сиропы Варенье, сахар	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Мороженое	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Сладкие злаки, каши	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Горячие сладкие напитки и другое	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Сладкая вода, соки, коктейли с содержанием сахара	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Всего										

больных МО, а также основные важные особенности общего состояния пациента до и после оперативного вмешательства. Для уточнения особенностей пищевого стереотипа и определения синдрома сладкоежки (питание преимущественно высококалорийной пищей с высоким содержанием простых углеводов) применяется пищевой опросник Викторианского антиракового Совета [4], который затем был модифицирован и адаптирован для больных ожирением [5].

Материалы и методы

По методике Moorehead-Ardelt II у 45 больных морбидным ожирением, перенесших супрабурсальное бандажирование желудка (БЖ) доступом через pars flaccida, оценивалось качество жизни в до- и послеоперационном периоде. В группе 41 женщина и 4 мужчин в возрасте 34 ± 6 лет, средний ИМТ – $46,9 \pm 6,8$ кг/м². При этом исследовалось 6 ключевых областей: чувство собственного достоинства, физическая, социальная и сексуальная активность, работоспособность и пищевое поведение. Для оценки использовали шкалу, в которой выделялось по 10 пунктов по каждому вопросу. Больные заполняли анкету после детальной инструкции врача. После подсчета баллов оценку проводили с помощью ключа: очень плохо – от -3 до -2,1; плохо – от -2 до -1,1; удовлетворительно – от -1 до +1; хорошо – от +1,1 до +2; очень хорошо – от +2,1 до +3.

Кроме того, с целью более полного изучения пищевого стереотипа определялась склонность к синдрому сладкоежки с помощью модифицированной анкеты-опросника Викторианского антиракового Совета. В этой анкете изучалась частота приема 10 различных групп продуктов с высоким содержанием простых углеводов. Для этого определялся индекс сладкоежки от 10 до 100. Величина индекса 46 и больше рассматривалась как синдром сладкоежки.

Результаты и их обсуждение

Результаты изучены у 45 больных. Все анкеты заполнялись больными в клинике после детального объяснения врача, потому получены все 90 правильно

заполненных анкет: 45 – у больных до операции БЖ, 45 – у тех же больных в срок от 3 до 48 месяцев (в среднем $18,2 \pm 7,1$ мес) после БЖ. В группе больных после БЖ средний индекс КЖ до операции был удовлетворительным, через 3 мес после операции – «хорошо», через 12 мес пациенты его определили как «очень хорошо»; через 24 мес – также «очень хорошо». При этом средняя потеря избытка массы тела через 12 мес составила $49,4 \pm 8,2\%$, а через 24 мес – $51,2 \pm 9,4\%$. Таким образом, первые 3 месяца после операции можно рассматривать как период адаптации к значительному изменению пищевого поведения, и если он проходит адекватно, то в более поздние сроки после операции больные преимущественно отмечают дальнейшее улучшение КЖ, которое напрямую связано с уменьшением МТ больных.

Определяя индекс сладкоежки, было установлено, что в среднем до операции он составлял $46,2 \pm 15,5$, через 12 мес – $33,8 \pm 11,2$ и через 24 мес – $35,4 \pm 10,1$. Отдельно рассмотрены 4 больных из основной группы, имеющие сравнительно меньшую потерю избытка МТ через 12 мес <41%. В этой группе КЖ больных было оценено как хорошее (ниже чем в основной группе), при этом индекс сладкоежки к операции был >50, а после операции >43.

Заключение

При адекватной адаптации к изменению пищевого стереотипа, особенно при уменьшении употребления высококалорийной пищи, богатой простыми углеводами, улучшаются показатели КЖ преимущественно в более отдаленный срок после операции (период стабилизации массы тела). У больных с синдромом сладкоежки, не готовых к значительным изменениям пищевого стереотипа, наблюдалась ощутимо меньшая потеря массы тела после гастрорестриктивной операции. Изучение КЖ больных морбидным ожирением по определенной общепринятой системе оценки позволяет унифицировать результаты и тем самым конкретизировать показания к различным видам бариатрических операций.

1. Hodge A., Patterson A.J., Brown W.J., et al. The Anti-Cancer Council of Victoria FFQ // Aust NZJ Public Health. – 2000. – Vol. 24. – P. 576–83.
2. Hudson S.M., Dixon J.B., Obrien P.E. Sweet eating is not a predictor of outcome after Lap-Band Placement. Can we finally bury the myth? // Obesity Surgery. – 2002. – Vol. 12. – № 7. – P. 89–94.
3. <http://ruscience.newmail.ru/medicine/mbooks/gol.htm>.
4. Moorehead M., Ardelt-Gattinger E., Lechner H et al. The validation of the Moorehead Ardelt quality of the life questionnaire II // Obes Surg. – 2003. – Vol. 13. – № 5 – P. 684–92.
5. Oria H.E., Moorehead M.K. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS) // Obes Surg. – 1998. – № 8. – P. 487–99.
6. Stevens J., Cai J., Pamuk E.R. The effect of age on the association between body-mass index and mortality // N Engl J Med. – 1998. – Vol. 331. – P. 1–

Лаврик А.С.	главный научный сотрудник, Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова, Киев E-mail: Andriy.lavryk@gmail.com
Тывончук А.С.	старший научный сотрудник, Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова, Киев E-mail: o.tyvonchuk@gmail.com
Лаврик О.А.	врач-интерн, Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова, Киев E-mail: Andriy.lavryk@gmail.com
