

Анализ объективной и субъективной оценки результатов хирургического лечения больных морбидным ожирением

Егиев В.Н.¹, Майорова Ю.Б.¹, Зорин Е.А.², Мелешко А.В.¹, Орловская Е.С.^{1*}

¹ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»,
(заведующий кафедрой – д.м.н., профессор В.Н. Егиев)

²ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России
(директор – д.м.н., профессор, член-корр. РАН К.В. Лядов)

Оценка результатов хирургического лечения больных морбидным ожирением учитывает, как правило, различные факторы. Но несомненным остается то, что основное внимание уделяется динамике массы тела после операции. Общепринятым является постулат, что при отсутствии снижения избытка массы тела или при минимальных показателях (несколько килограммов) результат считают неудовлетворительным. Целью работы было сопоставление объективной оценки гастрощунтирования (ГШ) и бандажирования желудка (БЖ) и субъективной оценки самих пациентов. В Лечебно-реабилитационном центре МЗ РФ с января 2005 г. по декабрь 2013 г. 457 (69,7%) пациентам выполнено БЖ. ГШ выполнено 198 больным, что составило 30,3%. В отдаленные сроки после операции обследовано 243 пациента (53,2%) после БЖ и 112 (56,6%) после ГШ. Частота совпадений объективной и субъективной оценки исходов оперативного вмешательства, как правило, не превышает 50%. Учитывая это, необходим комплексный анализ результатов бариатрических операций. Разработанная многокомпонентная шкала позволяет оценивать эффективность любых бариатрических вмешательств.

Ключевые слова: морбидное ожирение, бандажирование желудка, гастрощунтирование, объективная и субъективная оценка результатов хирургического лечения.

An analysis of the objective and subjective evaluation of the results of surgical treatment of morbid obesity

Egiev V.N.¹, Mayorova Yu.B.¹, Zorin E.A.², Meleshko A.V.¹, Orlovskaya E.S.^{1*}

¹People's friendship University of Russia, Faculty of continuing medical education, Department of surgery and oncology; Miklukho-Maklaya st. 6, Moscow, Russia, 117198

²Medical Department of Treatment and Rehabilitation; Ivankovskoye highway 3, Moscow, Russia, 125367

The results of surgical treatment of morbid obesity usually considers a variety of factors and the main attention is paid to the dynamics of body weight after surgery. It is generally accepted that in the absence of reducing excess body weight or with minimum weight loss (a few kilograms), the result is considered unsatisfactory. The aim of the work was to compare an objective assessment of gastric bypass (GBS) and gastric banding (GB) and the subjective evaluation of treatment effectiveness by patients themselves. The study included 457 (69.7%) patients that underwent GB and 198 (30.3%) patients after GBS. At the late postoperative period 243 patients (53.2%) were available after the GB and 112 (56.6%) patients after GBS. The frequency of matches between objective and subjective assessment of outcomes of surgery usually did not exceed 50%. Given this, there is a need for a comprehensive analysis of the results of bariatric surgery. Developed multicomponent scale allows to evaluate the effectiveness of any bariatric surgery.

Keywords: morbid obesity, gastric banding, gastric bypass, results of surgical treatment.

*Автор для переписки/Correspondence author — eka2057@mail.ru

DOI: 10.14341/OMET2015326-30

Число операций, выполняемых по поводу морбидного ожирения, постоянно увеличивается. Эффективность проведенного лечения больных морбидным ожирением оценивают по различным показателям [1–4]. До настоящего времени не существует единых критериев оценки эффективности выполненной операции [5–7].

Однако основным из них остается оценка динамики массы тела. В то же время далеко не всегда мнение специалистов и самого пациента совпадают в своих оценках, что приводит к разной трактовке эффекта самого оперативного вмешательства. Целью настоящей работы явилась оценка частоты совпадений объективной оценки результатов бандажирования

желудка (БЖ) и гастрощунтирования (ГШ), основанной на изменении динамики массы тела пациентов, и субъективной оценки, т.е. мнения самого больного.

Материалы и методы

В Лечебно-реабилитационном центре МЗ РФ с января 2005 г. по декабрь 2013 г. 457 (69,7%) пациентам выполнено БЖ с использованием регулируемых бандажей различных модификаций. БЖ у всех больных выполнено лапароскопически, в том числе и при сочетанных операциях. Гастроеюнальное шунтирование (ГШ) выполнено 198 больным, что составило 30,3%, ГШ 36 больным (18,2%) выполнено из лапаротомного доступа, у большей части пациентов — 162 больных (81,8%) — лапароскопически.

Среди пациентов, перенесших БЖ, женщин было 305 (66,7%), мужчин — 152 (33,3%). В группе больных, перенесших гастрощунтирование, это соотношение было 152 и 46 соответственно (76,8% и 23,2%). Средний возраст оперированных больных в группе БЖ составил $38,6 \pm 0,5$ г (16–65 лет), в то время как больные, перенесшие ГШ, были несколько старше — $41,2 \pm 0,7$ (19–72 года), разница в группах достоверна ($p < 0,01$).

Масса тела оперированных больных в группе ГШ варьировала от 89 кг до 216 кг, в среднем составив $132 \pm 0,6$ кг. В группе пациентов, перенесших БЖ, она была $126,9 \pm 1,4$ кг (73–253 кг), разница в группах достоверна ($p < 0,001$).

Средний индекс массы тела (ИМТ) перед БЖ составил $43 \pm 0,4$ кг/м², а перед ГШ — $47,1 \pm 0,8$ кг/м². Разница в группах достоверна ($p < 0,001$).

Оценку эффективности БЖ и ГШ в различные сроки после операции проводили на основании критериев, предложенных Л.В.Лебедевым и Ю.И.Седлецким [1]. Отличным результатом операции считают снижение массы тела более чем на 30% от исходной, хорошим — на 21–30%, удовлетворительным — на 15–20%, неудовлетворительным — менее чем на 15%. Субъективную оценку результатов операции проводили на основании анкетирования или при контрольном обследовании пациентов.

Эффективность операций изучали на основании разработанной комплексной шкалы оценки результатов бариатрических операций, которая включает изучение как ближайшего, так и отдаленного послеоперационного периода. За основу была взята модифицированная шкала D.Johnston, которая использовалась для оценки результатов хирургического лечения больных язвенной болезнью [8]. Этот метод количественно (в баллах) оценивает послеоперационную летальность, частоту рецидивов заболевания и развития различных патологических синдромов в отдаленные сроки после операции. За каждый процент имеющегося нарушения начисляют определенное число баллов, которое тем больше, чем больше выражена степень изменений. Максимальное число баллов имеет летальный исход, как необратимое изменение, за 1% которого начисляется 50 баллов. Автор этой шкалы произвольно присваивал

то или иное число баллов различным показателям, основываясь лишь на необратимости или возможной коррекции того или иного состояния. По такому же принципу составлена и шкала для оценки результатов хирургического лечения ожирения. Чем тяжелее нарушение, тем большее число баллов ему присваивается. Далее величину в баллах каждого признака умножают на частоту его встречаемости, выраженную в процентах. Полученные баллы суммируют. При оценке эффективности операции исходят из того, что чем меньшую сумму набрала операция, тем лучше ее итоговый результат.

Результаты

Частота совпадений и различий в оценке результатов БЖ представлены в таблице 1.

После БЖ при объективной оценке «отлично» 55,5% пациентов с этим согласились, 40,8% оценили результат как хороший, а 3,7% — как удовлетворительный. При объективном результате «хорошо» только 31,3% больных согласились с этим. Еще интереснее были показатели в группах с «удовлетворительной» и «неудовлетворительной» оценкой. Пациенты считали результат отличным в 45,5% и 25,8% случаев соответственно. При удовлетворительной оценке операции ни один из пациентов с этим не согласился. При неудовлетворительной оценке только 6,5% пациентов оценили результат аналогичным образом.

Приводим клинические наблюдения.

Больная И., 33 лет, находилась на лечении в ЛРЦ с 07.09.2005 г. по 10.09.2005 г. с диагнозом: морбидное ожирение II, артериальная гипертензия. При поступлении предъявляла жалобы на избыточную массу тела, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст. Считает себя больной около 10 лет, когда после родов отметила постепенное нарастание массы тела. В 18 лет масса тела — 68 кг. Объективно: состояние удовлетворительное, дыхание в легких везикулярное, проводится во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца ясные, шумов нет. Пульс 68 уд. в мин. АД 140/80 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Рост 171 см, масса тела 114 кг. ИМТ=39,3. Клинический и биохимический анализы в пределах нормы. 07.09.2005 г. больной выполнено лапароскопическое БЖ. Через год больная похудела до 100 кг, при этом выполнено 3 регулировки. В дальнейшем

Таблица 1

Частота совпадений объективной оценки результатов операции и субъективной оценки пациентов после бандажирования желудка (%)

Мнение пациента \ Объективная оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Отлично	55,5	40,8	3,7	-
Хорошо	50	31,3	12,5	6,2
Удовлетворительно	45,5	54,5	-	-
Неудовлетворительно	25,8	61,3	6,4	6,5

пациентка обратилась к врачу по месту жительства только в 2012 г. для обследования, при котором была выявлена желчно-каменная болезнь. Регулировки бандажа не проводились. В 2013 г. масса тела больной составила 110 кг, ИМТ=37,9, у больной имеется выраженный остеоартроз, артериальная гипертензия, рефлюкс-эзофагит. Объективно результат можно оценить как неудовлетворительный, т.к. снижения массы тела практически не произошло. Тем не менее ИКЖ (индекс качества жизни) составил 103 балла, что выше средних дооперационных показателей больных морбидным ожирением, а сама пациентка оценивает результат операции как отличный.

Больная Т., 38 лет, находилась на лечении в ЛРЦ с 31.03.2006 г. по 03.04.2006 г. При поступлении жалобы на избыточную массу тела, которую отмечает с детства. Объективно: масса тела 150 кг, рост 172 см, ИМТ=50,7. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 76 уд. в мин, АД 130/70 мм рт. ст. Клинический и биохимический анализы в пределах нормы. 31.03.2006 г. больной выполнено БЖ. На 3-и сутки пациентка отметила появление дисфагии, при рентгенологическом исследовании выявлено смещение бандажа, которое устранено при релапароскопии. Через год больная похудела на 70 кг. Больная регулярно поддерживала контакт с оперирующими хирургами. Последняя регулировка – в мае 2012 г. (бандаж «распущен» в связи со слиппейдж-синдромом), после чего отмечено постепенное нарастание массы тела до 100 кг. При объективной оценке результата можно говорить об отличном результате, т.к. снижение массы тела составило более 30%, однако сама пациентка оценивает результат только как удовлетворительный, а ИКЖ составил всего 85 баллов, что даже ниже средних дооперационных показателей.

После ГШ мы получили аналогичные данные, которые представлены в таблице 2.

Как видно из приведенных данных, после ГШ максимально часто было совпадение при результате «удовлетворительно» – 80%. Во всех остальных случаях частота совпадений была менее 50%. При хорошем результате более трети пациентов расценили его как удовлетворительный и неудовлетворительный. В целом больные после ГШ оказались «пессимистами» по сравнению с таковыми после БЖ, когда больные оценивали результат субъективно выше, чем объективная оценка. Приведенные далее

клинические наблюдения подтверждают вышеизложенное.

Больной С., 52 лет, находился на лечении в ЛРЦ с 14.05.2012 г. по 22.05.2012 г. При поступлении жалобы на избыточную массу тела, которой страдает в течение длительного времени. Объективно: дыхание везикулярное, хрипов нет, АД 130/80 мм рт. ст., пульс 78 уд. в мин. В анамнезе – резекция почки по поводу рака. При обследовании патологии со стороны других органов и систем не выявлено. Масса тела 105 кг, рост 170 см. ИМТ 36,3. 16.05.2012 г. больному выполнено лапароскопическое ГШ. Течение послеоперационного периода без осложнений. Через год масса тела составила 95 кг. Таким образом, снижение массы тела составило всего 10 кг, что составляет менее 10% от дооперационного уровня. По объективным критериям этот результат относят к неудовлетворительным, тем не менее, пациент оценил его как отличный, а уровень качества жизни составил 136 баллов, как у здоровых лиц.

Больная Б., 58 лет, поступила в ЛРЦ 26.09.2012 г. с диагнозом «морбидное ожирение III ст.». При поступлении жалобы на избыточную массу тела, выраженные боли в суставах, артериальную гипертензию, одышку при минимальной физической нагрузке. При обследовании в стационаре также диагностирован синдром ночного апноэ. Масса тела при поступлении составила 130 кг при росте 158 см. ИМТ=52. 01.10.2012 г. больной выполнено лапароскопическое ГШ. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью механических швов культи желудка и пристеночным ущемлением тонкой кишки в месте стояния троакара, что было ликвидировано при релапароскопии. Больная выписана 09.10.2012 г. на амбулаторное долечивание в удовлетворительном состоянии. При обследовании через год масса тела составила 79 кг, значительно уменьшились боли в суставах, повышенное артериальное давление беспокоит лишь эпизодически, не зарегистрировано ночного апноэ. Снижение массы тела составило 39% от первоначальной. В этом случае можно говорить об отличном результате операции, однако сама пациентка оценивает результат только как удовлетворительный, а индекс качества жизни составил 78 баллов, что даже ниже средних дооперационных значений.

Таким образом, учитывая приведенные выше данные, мы понимаем, что использование такой шкалы для оценки результатов операции будет неадекватным. На основании разработанной комплексной шкалы оценки мы оценили результаты БЖ и ГШ не только в зависимости от типа операции, но и в различные сроки после оперативного вмешательства.

В таблице 3 и на диаграмме 1 показана сравнительная эффективность ГШ и БЖ в различные сроки после операции.

Абсолютно лучший результат (наименьшее количество баллов) был после БЖ в сроки 1–1,5 года, в эти же сроки показатель после ГШ оказался несколько выше, но в принципе обе цифры сопоставимы. Далее имеются значительные отличия

Таблица 2

Частота совпадений объективной оценки результатов операции и субъективной оценки пациентов после гастрешунтирования (%)				
Мнение пациента \ Объективная оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Отлично	47,4	31,6	21	-
Хорошо	26,7	40	26,6	6,7
Удовлетворительно	-	20	80	-
Неудовлетворительно	33,3	33,3	-	33,3

Таблица 3

Сравнительная эффективность гастрощунтирования и бандажирования желудка (в баллах)				
Сроки операции	1–1,5 года	2–4 года	5 лет и более	
Эффективность бандажирования желудка	2629,1	2851,5	3180,2	
Эффективность гастрощунтирования	2895,9	3309,6	2636,8	

в группах. Так, после БЖ количество баллов со временем постепенно нарастает. После ГШ через 2–4 года также имеется нарастание баллов, как и после БЖ, достигая при этом худшего показателя среди всех групп, но уже через 5 лет результат значительно улучшается, и число полученных баллов приближается к уровню после БЖ через 1–1,5 года после операции. Таким образом, лучший результат показан после БЖ в сроки 1–1,5 года и практически такой же результат показан после ГШ через 5 лет. Худший показатель отмечен после ГШ через 2–4 года после операции, к нему вплотную подходит результат после БЖ в сроки 5 лет и более.

Обсуждение результатов

Оценка результатов хирургического лечения морбидного ожирения должна основываться на многих факторах, и динамика массы тела, имея очень важное значение, не является единственным и достоверным показателем. Выше мы наглядно показали, что объективная оценка, учитывающая снижение массы тела после операции, в большинстве своем не совпадает с мнением самого пациента. Так, после БЖ при отличном снижении массы тела только 55% респондентов согласились с такой оценкой, а 44% расценили результат как хороший и удовлетворительный, в то же время при неудовлетворительной объективной оценке, т.е. недостаточном снижении массы тела, только 6,5% пациентов оценили результат операции аналогично, а более 80% больных считали результат отличным и хорошим. После ГШ также у большинства больных имеется несовпадение взглядов на результат операции. При этом после ГШ пациенты оказались настроены более пессимистично. Так, при отличном результате каждый пятый считал результат только удовлетворительным. Все это убедительно доказывает необходимость комплексного подхода к оценке результатов операции. Наиболее популярна шкала Moorhead-Ardelt II [8]. Она составлена на основании опросника BAROS по изучению качества жизни больных морбидным ожирением, куда добавлены показатели снижения избытка массы тела, повторных операций, сопутствующих заболеваний. Наряду с несомненными преимуществами — простота заполнения для больного и анализа и подсчета для врача — данный опросник, с нашей точки зрения, обладает рядом недостатков. Так, анкета учитывает лишь факт повторных операций, не деля их по причинам выполнения. Наверное, нельзя ставить на одну ступень повторное БЖ или ГШ после неудачной рестриктивной

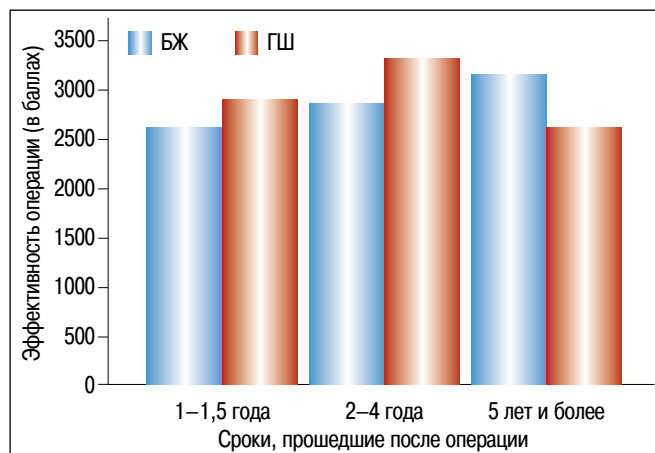


Рис. 1. Сравнительная эффективность гастрощунтирования и бандажирования желудка (в баллах).

операции и, например, повторную фиксацию порта в связи с его поворотом. В анкете не учитывается тяжесть сопутствующих заболеваний, тяжесть послеоперационных осложнений. Все это не позволяет в полной мере на основании только представленных параметров дать объективную комплексную оценку результатов бариатрических операций. К сожалению, при анализе доступной литературы нам не удалось найти работы, где бы авторы попытались оценить результаты хирургического лечения с учетом всего комплекса факторов и объективизировать эти результаты. В связи с этим мы сделали попытку создания такой балльной шкалы. Данную балльную оценку можно использовать при сравнительном анализе нескольких вариантов бариатрических вмешательств. Учитывая, что каждому осложнению присваивается определенное число баллов в зависимости от выраженности и тяжести осложнения, данная шкала позволяет объективно сравнивать между собой рестриктивные и шунтирующие операции. По нашим данным, в сроки 1–1,5 года лучшие показатели получены после БЖ, это лучший показатель среди всех групп во все сроки. Однако в более поздние сроки мы отметили, что ГШ практически не отличается по своим показателям от БЖ. Хуже всего показатели через 2–4 года после ГШ. Эту шкалу возможно учитывать при прогнозировании результатов операции и беседе с пациентами.

Выводы

1. Частота совпадений объективной и субъективной оценки результатов операции в редких случаях превышает 50%.
2. Больные после ГШ являются большими «пессимистами» по сравнению с больными после БЖ.
3. Учитывая низкий уровень совпадений оценок результатов бариатрических операций, необходим их комплексный анализ.
4. Разработанная многокомпонентная шкала позволяет оценивать эффективность любых оперативных вмешательств в хирургическом лечении морбидного ожирения.

Л и т е р а т у р а

1. Buchwald H. A Bariatric Surgery Algorithm. *Obesity Surgery*. 2002;12(6):733-46. doi:10.1381/096089202320995484
2. Callegari A, Michelini I, Squazzin C, Catona A, Klersy C. Efficacy of the SF-36 Questionnaire in Identifying Obese Patients with Psychological Discomfort. *Obesity Surgery*. 2005;15(2):254-60. doi:10.1381/0960892053268255
3. Fobi MA. Operations that are questionable for control of obesity. *Obesity surgery*. 1993;3(2):197-200.
4. Weiner S, Sauerland S, Weiner R, Cyzewski M, Brandt J, Neugebauer E. Validation of the Adapted Bariatric Quality of Life Index (BQL) in a Prospective Study in 446 Bariatric Patients as One-Factor Model. *Obesity Facts*. 2009;2(1):63-6. doi:10.1159/000198263
5. Campos GM, Rabl C, Roll GR, Peeva S, Prado K, Smith J, Vittinghoff E. Better Weight Loss, Resolution of Diabetes, and Quality of Life for Laparoscopic Gastric Bypass vs Banding. *Archives of Surgery*. 2011;146(2):149. doi:10.1001/archsurg.2010.316
6. Christou NV, Sampalis JS, Liberman M, Look D, Auger S, McLean APH, et al. Surgery Decreases Long-term Mortality, Morbidity, and Health Care Use in Morbidly Obese Patients. *Annals of Surgery*. 2004;240(3):416-24. doi:10.1097/01.sla.0000137343.63376.19
7. Nguyen NT, Slone JA, Nguyen X-MT, Hartman JS, Hoyt DB. A Prospective Randomized Trial of Laparoscopic Gastric Bypass Versus Laparoscopic Adjustable Gastric Banding for the Treatment of Morbid Obesity. *Transactions of the Meeting of the American Surgical Association*. 2009;127:262-72. doi:10.1097/SLA.0b013e3181b92480
8. Johnston D. A therapeutic index (scoring system) for the evaluation of operations for peptic ulcer. *Gastroenterology*. 1976;70(3):433-8.
9. Лебедев Л.В., Седлецкий Ю.И. Хирургическое лечение ожирения и гиперлипидемий. — М.: Медицина; 1987. [Lebedev LV, Sedletskiy Yu I. Khirurgicheskoe lechenie ozhireniya i giperlipidemiy Moscow: Meditsina; 1987. (In Russ.)]
10. Moorehead MK, Ardelt-Gattinger E, Lechner H, Oria HE. The Validation of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II. *Obesity Surgery*. 2003;13(5):684-92. doi:10.1381/096089203322509237

Егиев Валерий Николаевич	д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии и онкологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов E-mail: egiev@com2com.ru
Майорова Юлия Борисовна	к.м.н., доцент кафедры хирургии и онкологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов E-mail: ybmayorova@mail.ru
Зорин Евгений Александрович	к.м.н., ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, врач-хирург
Мелешко Анастасия Владимировна	аспирант кафедры хирургии и онкологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов E-mail: leonanas@rambler.ru
Орловская Екатерина Сергеевна	клинический ординатор кафедры хирургии и онкологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов E-mail: eka2057@mail.ru