

# ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ

## ПОСЛЕ БАНДАЖИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА

Изучено влияние снижения массы тела на качество жизни и внешний вид пациентов после бандажирования желудка при выраженном ожирении в первые два года послеоперационного периода. Показано, что в первые два года послеоперационного периода 90,7% пациентов с ожирением довольны своим внешним видом после операции, 70,4% – увеличивают свою физическую активность в повседневной жизни и 43,9% – больше занимаются спортом. Установлено, что потеря веса связана с улучшением самооценки и качества жизни, однако при этом необходимо учитывать повышенный риск развития нарушений, связанных с новым характером питания и строгим контролем приема пищи.

**Ключевые слова:** бандажирование желудка, ожирение, качество жизни.

E.V. SHIKHERMAN, PhD in medicine, K.V. PUCHKOV, MD, Prof.  
CHANGE IN PSYCHOSOCIAL STATUS OF PATIENTS AFTER GASTRIC BANDING

The effect of the body weight reduction on the life quality and appearance of patients is studied after gastric banding at pronounced obesity in the first two years after the post-surgical period. It was demonstrated that in the first two years post surgery 90.7 of obesity patients are satisfied with their appearance after the surgery, 70.4% -increase their physical activity in day-to-day life and 43.9% - engage in sports activities more actively. It was established that the body weight loss is related to improvement of self-esteem but at the same time it's necessary to take into account a risk of development of disturbances related to the new diet and a strict eating control.

**Keywords:** gastric banding, obesity, life quality.

Результаты некоторых исследований показывают, что лапароскопическое бандажирование желудка может внести свой вклад в значительное улучшение качества жизни пациентов не только в ближайшем послеоперационном периоде, но и в течение всего периода последующего наблюдения. Рядом исследователей были получены данные, свидетельствующие о том, что удовлетворенность пациентов изменениями в жизни после бариатрической операции по истечении многих лет после операции снижается в сравнении с первым годом после нее [1, 4, 5].

Некоторые авторы подчеркивают, что не все причастные к этой проблеме лица сознают, что бариатрическая операция – это только начало лечения ожирения и что лишь многопрофильный подход позволит справиться со сложностями этой болезни, подлежащей лечению [2, 4]. Установлено, что слишком значительное и быстрое снижение массы тела отчасти имеет отрицательные последствия для организма и что в результате лапароскопического бандажирования желудка повышается потребность в пластической операции [3].

Нами было изучено влияние снижения массы тела после лапароскопического бандажирования желудка на качество жизни, характер питания и внешний вид у пациентов с выраженным ожирением. Пациентам, которым в нашем исследовании было выполнено лапароскопическое бандажирование желудка, по истечении периода послеоперационного наблюдения (средний период последующего наблюдения – 21 месяц, в диапазоне от 8

до 48 месяцев) были направлены анкеты с вопросами об удовлетворенности темпами снижения массы тела и возникающих проблемах в связи с изменением характера питания, качества жизни, а также изменениями внешнего вида и психического состояния.

В исследование были включены 75 пациентов. Средний возраст 15 мужчин составил 43,5 года (в диапазоне от 27 до 56 лет), а средний возраст 60 женщин – 41,4 года (в диапазоне от 24 до 58 лет). Начальная оценка метрических данных показала их нормальное распределение, поэтому с целью проверки статистической достоверности различий между группами по средним показателям был проведен дисперсионный анализ.

**Установлено, что слишком значительное и быстрое снижение массы тела отчасти имеет отрицательные последствия для организма и что в результате лапароскопического бандажирования желудка повышается потребность в пластической операции**

Для оценки достоверности различий между группами мы применяли вычисления U-критерия Манна – Уитни. Номинальные переменные были проанализированы с использованием критерия Пирсона. Результаты считали статистически достоверными при значении  $p < 0,05$ . Для всех вычислений использовали пакет статистических программ SPSS.

Средняя масса тела до операции в этой группе пациентов составляла 114 кг у мужчин и 122 кг у женщин. Среднее снижение массы тела у мужчин было больше, чем у женщин (39 и 32,5 кг соответственно,  $p = 0,06$ ). В среднем снижение массы тела у пациентов с периодом послеоперационного наблюдения менее 12 месяцев составило 22 кг, 34 кг – у пациентов, период наблюдения за которыми составил 1–2 года, и 46 кг – у пациентов с периодом наблюдением продолжительностью более 24 месяцев. Никаких статистически достоверных различий в снижении массы тела между различными возрастными группами не отмечалось. Удовлетворенность снижением массы тела во всей выборке распределялась следующим образом: 86% пациентов были довольны степенью снижения массы тела, в то время как 14% – не были. Различий между полами по исследуемым показателям выявлено не было.

Среднее снижение массы тела страдающих ожирением пациентов, удовлетворенных степенью снижения веса, было статистически значимо больше, чем у пациентов, не удовлетворенных снижением массы тела (41 и 28 кг соответственно). 84% пациентов, удовлетворенных снижением массы тела, заявили, что смогли бы снова согласиться на хирургическое лечение ожирения; положительный ответ на этот же вопрос дали только 71% пациентов с ожирением, неудовлетворенных результатом. Приблизительно половина пациентов серьезно опасалась, что

опять наберут вес, несмотря на наличие желудочного бандажа. Ни один из страдающих ожирением пациентов не считал, что сможет поддерживать сниженный вес без бандажного кольца желудка.

**Перестройка на новый характер питания в связи с бандажированием желудка (например, медленный прием небольших количеств пищи) была более значительной, чем ожидалось, для 23,1% пациентов и менее значительной, чем ожидалось, для 35,9%**

Реакция друзей и близких на снижение веса была исключительно положительной приблизительно у 78,5% лиц с ожирением и в большей степени отрицательной приблизительно у 20%.

Перестройка на новый характер питания в связи с бандажированием желудка (например, медленный прием небольших количеств пищи) была более значительной, чем ожидалось, для 23,1% пациентов и менее значительной, чем ожидалось, для 35,9%. Рвота как результат не вполне удачной перестройки характера питания является серьезной проблемой многих страдающих ожирением пациентов после операции. 13,2% сообщали о частых или регулярно повторяющихся эпизодах рвоты в первые месяцы после операции, 22,6% – об отдельных эпизодах



**РЕПРЕНТ**  
УСЛУГИ ПО АРЕНДЕ  
МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Компания «РепРент» предоставляет весь спектр услуг по аренде медицинских представителей, проведению независимого аудита, а также по выводу продуктов на рынки России.

ГРУППА КОМПАНИЙ «РЕМЕДИУМ»

105082,  
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.  
Тел.: 8 495 780 3425  
факс: 8 495 780 3426  
info@reprent.ru

ПЛАНИРОВАТЬ СТРАТЕГИЧЕСКИ  
УПРАВЛЯТЬ ЭФФЕКТИВНО

www.remedium.ru

рвоты (3–4 раза в неделю) в тот же период, и две трети – о редких эпизодах рвоты или их отсутствии. Вероятность рвоты увеличивалась с течением времени: у 11,3% в течение периода наблюдения наблюдалась частая рвота, а 42,6% пациентов сообщали как минимум об отдельных эпизодах рвоты.

Две трети пациентов не отмечали изменений стула (опорожнения кишечника) после операции, в то время как одна треть пациентов сообщали о запорах. Использование слабительных средств после операции увеличилось: если об эпизодическом или о частом применении слабительных средств до операции сообщали 15,3 и 4,3% пациентов соответственно, то после операции их количество возросло до 22,1 и 7,4% соответственно.

**Многие наши пациенты, страдавшие выраженным ожирением, испытали негативные физические последствия слишком значительного снижения массы тела, что требовало пластической операции по медицинским и косметическим показаниям (обвислая грудь, обвисшая кожа на животе)**

Удовлетворенность своим внешним видом оценивалась нами во всей выборке больных. 90,7% пациентов с ожирением остались довольны своим внешним видом после операции. В то же время 37,2% пациентов заявили, что большая потеря веса вызвала негативные последствия для внешности, прежде всего дряблость кожи (например, на руках, бедрах) (51,5%), обвислый живот (46,2%) и отвислая грудь (40,3%).

У пациентов, удовлетворенных своим внешним видом после операции, снижение массы тела было статистически достоверно меньше, чем у пациентов, которые не были удовлетворены своим внешним видом после операции (31 против 47 кг).

Не было никаких статистически достоверных различий в удовлетворенности внешним видом после операции между различными возрастными группами и никаких различий между полами. К моменту анкетного опроса в период наблюдения 13,5% пациентов уже перенесли пластическую операцию по поводу обвисшей кожи на животе и груди; остальные пациенты с большей или меньшей определенностью намеревались предпринять пластическую операцию.

Потеря веса была связана с изменением физической активности и отразилась на занятиях спортом у большого числа лиц с избыточной массой тела: 70,4% пациентов сообщали, что стали более активны в повседневной жизни (например, стали больше ходить), а 43,9% – стали больше заниматься спортом.

Обобщая полученные данные можно заключить, что в целом результаты нашего исследования соответствуют мнению других исследователей, использовавших банджирование желудка, в частности о том, что потеря веса связана с улучшением самооценки и качества жизни во многих случаях, но имеется повышенный риск развития

нарушений, связанных с новым характером питания и строгим контролем приема пищи при постоянной фобии снова набрать вес.

Многие наши пациенты, страдавшие выраженным ожирением, испытали негативные физические последствия слишком значительного снижения массы тела, что требовало пластической операции по медицинским и косметическим показаниям (обвислая грудь, обвисшая кожа на животе). Так как требования к результатам пластических операций почти всегда высокие, а избежать образования значительных рубцов невозможно, пациенты часто бывают не удовлетворены эстетическими последствиями вмешательства, не оправдавшего их изначальных ожиданий.

По результатам нашего исследования, демонстрирующим, что пациенты с ожирением при особенно значительном и быстром снижении массы тела остались недовольны своим внешним видом, было сформулировано два принципа, ставших основной частью нашей концепции до- и послеоперационной помощи пациентам, страдающим патологическим ожирением:

1) следует избегать слишком быстрой и слишком значительной потери веса; после операции многие пациенты, страдающие ожирением, вступают в своеобразное соревнование друг с другом, стараясь продемонстрировать большую потерю веса. В связи с этим пациенты ставят себя в напряженные условия и по различным причинам бывают не в состоянии справиться с предъявляемыми к себе требованиями. К сожалению, некоторые хирурги поощряют чрезмерно большую потерю веса своих пациентов, даже если это достигается экстремальным ограничением питания или рвотой;

2) на регулярные собрания группы психологической поддержки до и после операции следует приглашать пластического хирурга, который призван показать возможности и ограничения пластической хирургии, а также предпосылки для хороших результатов операции (например, регулярные занятия спортом для развития мускулатуры).



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Рунихин А.Ю. Современные подходы к лечению ожирения. *Лечащий врач*, 2006, 2: 20-23. / Runikhin A.Y. Modern approaches to obesity therapy. *Lechaschiy vrach*, 2006, 2: 20-23.
2. Седлецкий Ю.И. Современные методы лечения ожирения. ЭЛБИ. СПб., 2007. 415 с. / Sedletsky Y.I. Modern methods of obesity therapy. ELBI. SPb, 2007. 415 p.
3. Хатьков И.Е., Матвеев Н.Л., Гурченкова Е.Ю. Технические особенности выполнения одномоментных операций при алиментарно-конституциональном ожирении. *Эндоскопическая хирургия*, 2004, 3: 53-58. / Khatkov I.E., Matveev N.L., Gurchenkova E.Y. Technical peculiarities of one-time operations at alimentary and constitutional obesity. *Endoscopicheskaya Khirurgia*, 2004, 3: 53-58.
4. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M, Biebl W. Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obes Surg*, 2002, 12(2): 292-9.
5. Vella M, Galloway DJ. Laparoscopic adjustable gastric banding for severe obesity. *Obes Surg*, 2003, 13(4): 642-8.