

УДК 613.25:616-008.9-055.2-089.163/.168-092.11

Р.В. Дука, Я.С. Березницький, Ю.М. Дука

Оцінка впливу периопераційного супроводжування жінок із морбідно ожирінням на якість їхнього життя

Дніпровський державний медичний університет, Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. 2024. 2(171): 63-69; doi: 10.15574/HW.2024.171.63

For citation: Duka RV, Bereznitsky YaS, Duka YuM. (2024). Evaluation of the influence of perioperative support of women with morbid obesity on their quality of life. Ukrainian Journal Health of Woman. 2(171): 63-69; doi: 10.15574/HW.2024.171.63.

Мета — оцінити порушення харчової поведінки (ХП) у пацієнок-кандидаток на бариатричне втручання (БВ); встановити психологічні особливості перебігу в них післяопераційного періоду.

Матеріали та методи. Проаналізовано характер порушень ХП у 51 жінки з морбідним ожирінням (МО) і супутнім йому метаболічним синдромом (МС), віком від 22 до 55 років, яким проведено БВ. Жінкам із вищою масою тіла (МТ) проведено біліопанкреатичне шунтування (БПШ) у модифікації Hess–Marceau (I група — 21 жінка), пацієнткам із меншим індексом маси тіла (ІМТ) — поздовжню резекцію шлунка (ПРШ) — II група (30 пацієнок). Тривалість спостереження в післяопераційному періоді коливалася в межах від 3 до 7 років. Показник ІМТ жінок коливався в межах 29,2–62,1 кг/м² і в середньому становив 44,0±1,0 кг/м². Стаж ожиріння коливався в межах від 5 до 21 року. Для оцінювання ХП проведено діагностичне інтерв'ю з використанням Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ). За допомогою опитувальника «Тест індексу життєвої задоволеності (ІЖЗ) (адаптація Н.В. Паніної)» оцінено ступінь психологічного комфорту жінок.

Результати. Середній вік пацієнок I групи становив 37,9±2,1 року, у II групі — 41,3±1,7 року. Екстернальну ХП та емоціогенне порушення ХП відзначили по 20 (39,2%) жінок відповідно, з яких у 5 (9,8%) випадках виявили сполучення екстернальної та емоціогенної ХП. Компulsive порушення ХП зареєстрували в 4 (7,8%) випадках емоціогенного порушення ХП, синдром «нічної їжі» — у 16 (31,4%). Обмежувальне порушення ХП виявили в 16 (31,4%) пацієнок. У 6 (11,8%) випадках цей вид порушення ХП замінив екстернальну ХП. У 45 (88,2%) випадках пацієнтки мали показник ІЖЗ нижче 25 балів, який свідчив про низьку задоволеність життям; і лише в 6 (11,8%) випадках йшлося про середню задоволеність. У всіх 6 (11,8%) випадках йшлося про жінок з ІМТ <40 кг/м².

Висновки. У пацієнтів з ожирінням виявляється велика виразність тривожно-невротичних тенденцій і психосоціальної дезадаптації, відносно низька толерантність до навантаження. Їжа в їхньому випадку слугує інструментом для боротьби з тривогою і депресією та надалі замикає «порочне коло» ожиріння. Під час первинного опитування особливу увагу слід приділяти ставленню пацієнтки з МО до алкоголю, адже алкогольна залежність є протипоказанням для виконання БПШ. Показник «Індекс задоволеності життям» безпосередньо корелює з показниками маси тіла жінки.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: порушення харчової поведінки, метаболічний синдром, морбідне ожиріння, бариатрія, біліопанкреатичне шунтування в модифікації Hess–Marceau, поздовжня резекція шлунка, оперативні втручання на шлунку, оперативні втручання на кишечнику.

Evaluation of the influence of perioperative support of women with morbid obesity on their quality of life

R. V. Duka, Ya. S. Bereznitsky, Yu. M. Duka

Dnipro State Medical University, Ukraine

Aim — to assess eating disorders (ED) in female patients who are candidates for bariatric surgery (BS) and to establish psychological features of the course of the postoperative period in them.

Materials and methods. The nature of ED disorders in 51 women with morbid obesity (MO) and accompanying metabolic syndrome (MS), aged from 22 to 55 years, who underwent BS was analyzed. Women with a higher body mass (BMI) underwent biliopancreatic bypass (BPS) in the Hess–Marceau modification (the group I – 21 women), patients with a lower body mass index (BMI) — sleeve gastrectomy (SG) — the group II (30 female patients). The duration of observation in the postoperative period ranged from 3 to 7 years. The BMI of women ranged from 29.2 to 62.1 kg/m² and averaged 44.0±1.0 kg/m². The experience of obesity varied from 5 to 21 years. A diagnostic interview using the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) was performed to assess ED. With the help of the questionnaire «Life satisfaction index (LSI) test (adaptation by N.V. Panina)» the degree of psychological comfort of women was assessed.

Results. The average age of patients in the group I was 37.9±2.1 years, in the group II — 41.3±1.7 of the year. 20 (39.2%) women each had external eating behavior (EB) and emotiogenic disorder of EB, of which 5 (25%) cases showed a combination of external and emotiogenic EB. Compulsive EB disorder was registered in 4 (7.8%) cases of emotogenic EB disorder, «night eating» syndrome — in 16 (80%) out of 20. Restrictive EB disorder was found in 16 (31.4%) patients. In 6 (11.8%) cases, this type of ED replaced external ED. All these patients noted the fact of dietary depression. In 45 (88.2%) cases, patients had a score below 25 points, which indicated low life satisfaction; and only in 6 (11.8%) cases it was about average satisfaction. In all 6 (11.8%) cases, we were talking about women with BMI < 40 kg/m².

Conclusions. In patients with obesity, anxiety-neurotic tendencies and psychosocial maladjustment, relatively low tolerance to stress is revealed. Food, in their case, serves as a tool to fight anxiety and depression and further closes the «vicious circle» of obesity. During the initial survey, special attention should be paid to the attitude of the patient with MO to alcohol, because alcohol addiction is a contraindication for performing BPS. The indicator of the «Index of satisfaction with life» directly correlates with the indicators of a woman's body weight.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: eating disorders, metabolic syndrome, morbid obesity, bariatrics, biliopancreatic bypass in the Hess–Marceau modification, sleeve gastrectomy, surgical interventions on the stomach, surgical interventions on the intestines.

Вступ

Ожиріння — джерело значних економічних витрат: витрати на лікування пацієнтів з ожирінням становлять 8–10% усіх річних витрат на охорону здоров'я. При ожирінні I та II ступенів і ожирінні III ступеня середньорічні витрати на медичне забезпечення підвищуються на 24% і 44%, відповідно. Лікування ожиріння є складним завданням для лікаря й особливо для пацієнта, оскільки потребує від пацієнта усвідомлення потреби довічного лікування. Існуючі на сьогодні методики консервативної терапії передбачають зміну способу життя і харчування, тривалу терапію, що для більшості пацієнтів є складним для виконання. Тому в 90% випадків консервативна терапія є малоефективною, і після припинення лікування в пацієнтів настає рецидив захворювання [2,5,6,9,12].

Однією з найбільш значущих соціальних проблем клініки внутрішніх хвороб є вдосконалення підходів до лікування захворювань, асоційованих із метаболічним синдромом (МС), обумовлене розвитком високого рівня смертності внаслідок судинних катастроф. Проблема ожиріння виходить за рамки гендерних, вікових і національних відмінностей [6,9]. Відсутність комплексного індивідуального підходу не дає змоги на тривалий час знизити масу тіла; більше того, більшість пацієнтів відновлюють початкову масу протягом 6–12 місяців. Довготривалі результати консервативного лікування ожиріння залишаються незадовільними досі: тільки 5–10% пацієнтів здатні досягнути зниження маси та утримувати отриманий результат протягом тривалого часу, в інших 90–95% настає рецидив захворювання з парадоксальним набиранням ще більшої маси.

Стратегічного значення в майбутньому може набути медикаментозне лікування хворих з ожирінням на основі принципів «доказової медицини». Однак сьогодні єдиним ефективним методом лікування ожиріння та супутнього йому МС є бариатрична метаболічна хірургія. Тому останнім часом науковці усього світу приділяють їй особливу увагу [6,8].

Наявність морбідного ожиріння (МО) та МС є значущою суспільною проблемою.

Мета дослідження — оцінити порушення харчової поведінки (ХП) у пацієнок-кандидаток на бариатричне втручання (БВ); встановити психологічні особливості перебігу в них післяопераційного періоду.

Матеріали та методи дослідження

Відібрано 51 жінку з МО і супутнім йому МС, віком від 22 до 55 років (середній вік — $39,9 \pm 1,3$ року), які звернулися по медичну допомогу до хірургів на той час кафедри хірургії 1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (сьогодні — кафедра хірургії та урології Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ)) у зв'язку з життєвою необхідністю та бажанням схуднути. Жінкам із вищою масою тіла рекомендовано комбіновану методику оперативного лікування — біліопанкреатичне шунтування (БПШ) у модифікації Hess–Margseau (I клінічна група — 21 жінка). Для пацієнок із меншим індексом маси тіла (ІМТ) запропоновано методику рестриктивного типу з поздовжньою резекцією шлунка (ПРШ) — II клінічна група (30 пацієнок). Для оцінювання ХП проведено діагностичне інтерв'ю з використанням Голландського опитувальника харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ). Надалі виконано стратифікацію отриманих даних згідно з класифікацією, яка використовується в ендокринологічній практиці, за якою, основними типами порушення ХП є екстернальне, емоціогенне та обмежувальне. Тривалість спостереження коливалася в межах від 3 до 7 років у післяопераційному періоді. До оперативного втручання та в післяопераційному періоді, на етапі першого зниження маси тіла (через 3 місяці після БВ) жінки заповнювали опитувальник «Тест індексу життєвої задоволеності (адаптація Н.В. Паніної)». ІЖЗ визначено нарахуванням балів за ключом. Максимальний ІЖЗ становив 40 балів. Високий ІЖЗ встановлено за 31–40 балів; середній ІЖЗ — 25–30 балів; показник менше ніж 25 балів вважали низьким.

Статистичну обробку матеріалів дослідження проведено з використанням методів біостатистики, реалізованих у пакетах програм «STATISTICA v.6.1» («Statsoft Inc.», США) (ліцензійний № AGAR909E415822FA) [3]. Перевірку відповідності розподілу показників, що вивчалися, нормальному закону проведено за критерієм Колмогорова–Смірнова з поправкою Лілієфорса. Основні характеристики наведено у вигляді кількості спостережень (n), середньої арифметичної величини (M), стандартної похибки середньої ($\pm m$), 95% довірчого інтервалу для середньої величини (95% ДІ), медіани (Me), інтерквартильного роз-

Таблиця 1

Середні показники морбідного ожиріння в пацієнок клінічних груп на початку дослідження, $M \pm m$ (95% ДІ)

Показник	Усі пацієнтки (n=51)	Клінічна група		p між групами
		I (n=21)	II (n=30)	
ІМТ, кг/м ²	44,2±0,93 (42,3-46,0)	46,5±1,49 (43,4-49,6)	42,7±1,15* (40,4-45,1)	0,047*
Надлишкова маса тіла, кг	60,2±2,58 (55,1-65,4)	67,7±4,38 (58,6-76,9)	55,8±2,97 (49,7-61,8)	0,023*

Примітки: * — $p < 0,01$; * — вірогідні розбіжності між клінічними групами (t-критерій Стьюдента).

маху (25%, 75%), відносних величин (абс., %), рівня статистичної значущості (p). Порівняння статистичних характеристик у різних групах і в динаміці спостереження виконано з використанням параметричних і непараметричних критеріїв: оцінювання вірогідності відмінностей середніх — за відповідним законом розподілу критеріями Стьюдента (t) і Манна–Вітні (U); вірогідність відмінностей відносних показників — за критерієм Хі-квадрат Пірсона (χ^2) і двостороннім точним критерієм Фішера (FET). Критичний рівень статистичної значущості результатів дослідження (p) прийнято $\leq 0,05$.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження більшість пацієнок (n=36 — 70,6%) були в молодому віці (до 45 років), що наголошує актуальність проблеми. Середній вік пацієнок I клінічної групи (методика оперативного лікування — БПШ) становив $37,9 \pm 2,1$ (95% ДІ: 33,5–42,2) року, у II групі (ПРШ) — $41,3 \pm 1,7$ (95% ДІ: 37,8–44,8) року ($p=0,204$ за t-критерієм).

Основною скаргою в цих пацієнок була надмірна маса тіла та пов'язана з цим низька соціальна адаптація — 100% випадків.

Стаж ожиріння коливався в межах від 5 до 21 року. Дебют підвищення маси тіла в них у середньому становив $22,6 \pm 1,2$ (95% ДІ: 20,2–25,0) року. Надлишкову масу тіла з підліткового віку мали 27 (52,9%) жінок. Частина жінок пов'язувала дебют підвищення маси тіла з першою вагітністю, яка завершилася пологами в 16 (31,4%) випадках.

Під ХП розуміється сукупність звичок, пов'язаних із харчуванням, як у буденних умовах, так і в ситуації стресу, а також власне ставлення до вживання їжі. Тобто ХП включає в себе уста-

новки, звички, емоції, що стосуються їжі і є індивідуальними для кожної людини [1,10,11,13].

Аналіз результатів первинного консультування виявив особливості ставлення пацієнтів з ожирінням до вживання їжі та алкоголю. Отримані відповіді не співпадали з оцінюванням порушень ХП, які ми отримали під час спілкування з рідними пацієнок.

Спостерігалися насамперед розбіжності між особистісною оцінкою обсягу порції в 44 (86,3%) жінок та оцінкою з боку родичів, які вважали, що пацієнтки занижували цей показник щонайменше на 35% від реального вживання. Проблемою жінок із МО також був факт заперечення «перекусів», зокрема, вживання між прийомами їжі насіння соняшнику, чипсів, солодкого та ін. Особливим акцентом під час опитування було ставлення пацієнок до алкогольних напоїв. 14 (27,5%) пацієнок зовсім «забули» вказати про вживання алкоголю на тлі депресивних розладів, пов'язаних із порушенням соціальної адаптації внаслідок надлишкової ваги, ожиріння та невдалих спроб схуднути. На жаль, на початку роботи ми не приділили достатньої уваги цьому питанню, адже доведена алкогольна залежність є приводом для відмови від БВ. Жінкам із підозрою на алкогольну залежність не провели консультації нарколога. Унаслідок чого двом жінкам, які, як пізніше з'ясувалося від близьких, мали алкогольну залежність, виконали БПШ. У віддаленому післяопераційному періоді це призвело до прогресування алкогольної залежності.

За результатами опитування з'ясовано, що всі пацієнтки відзначали порушення ХП (табл. 2).

Екстернальну ХП (підвищена чутливість хворого не до внутрішніх стимулів вживання їжі — відчуття голоду, рівні глюкози та вільних жирних кислот, наповнення шлунка, його моторика, а до зовнішніх — накритий стіл, вживання їжі «за компанію») відзначали 20 (39,2%) жінок. Емоціогенне порушення ХП (стимулом до вжи-

Таблиця 2

Характеристика типів порушення харчової поведінки

Тип порушення харчової поведінки	Абсолютна кількість (% виявлення)
Екстернальна ХП	20 (39,2)
Емоціогенне порушення ХП, з яких:	20 (39,2)
— компульсивне порушення ХП	4 (7,8)
— синдром «нічної їжі»	16 (31,4)
Обмежувальне порушення ХП	16 (31,4)

вання їжі є не голод, а емоційний дискомфорт) мали також 20 (39,2%) жінок, з яких у 5 (9,8%) випадках йшлося про сполучення екстернальної та емоціогенної ХП. Компульсивне порушення ХП із чітко обмеженими в часі нападами безконтрольного переїдання відмічали в 4 (7,8%) випадках емоціогенного порушення ХП, а синдром «нічної їжі» — в 16 (31,4%) з 20. Обмежувальне порушення ХП, яке проявлялося в надлишкових хаотичних і несистематичних харчових самообмеженнях та в безсистемній строгій дієті, виявляли у 16 (31,4%) пацієнок, причому в 6 (11,8%) випадках цей вид порушення ХП заміняв екстернальну ХП. Такі періоди змінювалися періодами переїдання з новим інтенсивним набиранням маси тіла, що призводило до рецидиву захворювання. Усі ці пацієнтки відмічали факт дієтичної депресії. Це призводило в них до формування почуття провини, зниження самооцінки, відсутності віри в можливість зниження маси тіла.

У деяких випадках бариатричні пацієнтки внаслідок формування в них різних порушень ХП зверталися по допомогу до психолога — 23 (45,1%) жінки.

Кількість спроб консервативного зниження маси тіла коливалася від однієї до шести в 39 (76,5%) пацієнок. Тактику поетапного зниження маси тіла, яка дає змогу запобігти «рикошетному» підвищенню маси тіла, не використовували в жодному випадку. Спроби щодо зниження маси тіла приводили лише до тимчасового результату, тривалість утримання ваги максимально становила один рік. Відсутність стійкого ефекту від проведеного лікування пояснювалася завжди низькою комплаєнтністю пацієнтки. Надалі різкі обмеження в харчуванні завжди приводили до зривів із подальшим підвищенням маси тіла, кожна наступна спроба давалася все складніше [6].

Медикаментозне лікування отримували 8 (15,7%) жінок. У 4 (7,8%) випадках спостереження відзначали встановлення внутрішньошлункового балона (в одному випадку дво-

кратне його встановлення з перервою в півтора роки). ПРШ в анамнезі мала одна пацієнтка. Абдомінопластику в минулому виконували 3 (5,9%) жінкам, процедуру ліпосакції — 4 (7,8%) пацієнткам [6].

Обтяжену спадковість із приводу сімейного ожиріння мали 34 (66,6%) жінки, з яких: ожиріння в одного з батьків спостерігали в 21 (41,2%) випадку, в обох — у 13 (25,5%) жінок.

У чотирьох випадках йшлося про «родинний бариатричний анамнез». Послідовно під час виконання наукового дослідження провели БВ у парах: мати-донька — 3 випадки; одна пара — чоловік-дружина.

Тест «Індекс задоволеності життям» вимірює найбільш загальний психологічний стан людини, який визначається його особистісними особливостями, системою відносин до різних сторін життя. ІЖЗ — інтегративний показник, що включає як основний носій емоційну складову. Під категорією «життєва задоволеність» розуміють найзагальніше уявлення людини про психологічний комфорт, що передбачає: інтерес до життя як протилежність апатії; рішучість, цілеспрямованість, послідовність у досягненні життєвих цілей; узгодженість між поставленими та реально досягнутими цілями; позитивна оцінка власних рис і вчинків; загальне тло настрою.

Після опрацювання результатів тесту «Індекс задоволеності життям» не встановили власників високого значення індексу, для яких характерні низький рівень емоційної напруженості, висока емоційна стійкість, низький рівень тривожності, психологічний комфорт, високий рівень задоволеності ситуацією та своєю роллю в ній. Навпаки, у 45 (88,2%) випадках пацієнтки мали показник нижче 25 балів, який свідчив про низьку задоволеність життям; і лише в 6 (11,8%) випадках йшлося про середню задоволеність. В усіх 6 (11,8%) випадках йшлося про жінок з ІМТ <40 кг/м².

Проведення БВ протягом виконання наукового дослідження мало деякі особливості.

На початку виконання БПШ у 2 пацієнок з ожирінням II ст. виконали оперативне втручання без резекції шлунка. Маса тіла становила 95 кг і 105 кг (ІМТ = 35,3 і 36 кг/м², відповідно). За результатами спостереження у віддаленому післяопераційному періоді встановлено, що в пацієнок зберігався високий рівень апетиту та кількість актів дефекації була безпосередньо пов'язана з якістю та кількістю їжі, яка вживалася, що, враховуючи збережений апетит, досягала 3–4 разів на добу. Зниження ІМТ відбувалося повільно, а відсоток втрати надлишкової маси тіла (%EWL) дорівнював 24% і 51%, відповідно. Пацієнтці, у якій %EWL за 2 роки становив 24%, другим етапом виконали ПРШ, після якої %EWL дорівнював 58%. У пацієнтки, у якій %EWL після першого оперативного втручання складав 51%, спостерігали нестабільність маси тіла, а також збільшення добових актів дефекації до 4 разів, що не задовольняло пацієнтку. Через 6 років другим етапом виконали ПРШ, а %EWL досягнув 86%. При цьому в пацієнтки значно знизилася відчуття голоду, зменшився обсяг вживаної їжі та нормалізувалося випорожнення.

У 2 пацієнок первинно виконали ПРШ. У першої пацієнтки ІМТ до операції становив 48,5 кг/м², після виконання ПРШ протягом першого року %EWL досягнув 36%, але ще протягом наступного року %EWL зменшився до 28% та утримувався на таких показниках до 3 років після операції включно, що не задовольняло пацієнтку. За результатами аналізу причини незадовільного результату встановлено, що під час виконання першого оперативного втручання припустилися технічної помилки та виконали недостатню за об'ємом резекцію шлунка. Через 3 роки після першого втручання ІМТ становив 42 кг/м². Другим етапом виконали БПШ із резекцією шлунка. Протягом першого року після повторного втручання %EWL зменшився до 64%, а до півтора року %EWL сягнув 100%.

У другій пацієнтки, за 6 років до звернення до нас, в Ізраїлі виконали ПРШ. На той момент ІМТ пацієнтки дорівнював 44 кг/м², а маса тіла — 114 кг. Протягом першого року після ПРШ маса тіла знизилася до 87 кг, а ІМТ — до 33,5 кг/м². Однак протягом останніх 2 років настав рецидив, маса тіла та ІМТ збільшилися до 104 кг і 40 кг/м², відповідно. При цьому відбувся рецидив цукрового діабету (ЦД), а також діагностована жовчнокам'яна хвороба. За результатами рентгенологічного дослідження, шлунок

був дещо збільшений в об'ємі в ділянці «тіла» і «дна». З аналізу клінічного випадку та за даними рентгенологічного дослідження прийнято рішення про недоцільність виконання резекції шлунка. При цьому, звертаючи увагу на рецидив цукрового діабету, вирішено виконати шунтуюче оперативне втручання, зокрема, операцію дуоденоілеошунтування (Single Anastomosis Duodenoileal Bypass або SADI).

Враховуючи порушення ХП, яке було в 100% випадків, напередодні БВ вважали за доцільне провести роз'яснювальну бесіду стосовно життя в післяопераційному періоді.

Розробили раціон харчування для жінок після БВ, спрямований на поступове адекватне зниження маси тіла, з обов'язковою профілактикою виникнення ускладнень, пов'язаних із БВ. Обов'язковою умовою для цього раціону було сприяння підтримки не тільки протеїнового обміну, але й рівня вітамінів і мікроелементів, які в бariatричних пацієнтів погано всмоктуються. Підтримка протеїнового обміну була важливою для профілактики розвитку в цих пацієнок анемії та підтримки в них кісткового метаболізму.

Дієта містила від 1,0 г до 1,5 г білка на кілограм ідеальної маси тіла на добу. Обов'язково враховували стан ниркової функції, при зниженні якої показане обмеження добового потрапляння протеїну до ≤1,2 г/кг ідеальної маси тіла. Враховуючи те, що композиційний склад тіла визначають так звані розгалужені амінокислоти, передусім лейцин, рекомендували сироватковий протеїн, казеїн, яєчний білок, ізолювані соєві білки, а також пшеничний протеїн, які є джерелом саме лейцину, з розрахунку приблизно 10 г/добу. Розподіл білкової їжі протягом дня був рівномірним, при цьому вміст жиру в білкових продуктах мав бути мінімальним.

Білково-енергетична недостатність — одне з найсерйозніших ускладнень хірургічної корекції ваги. Низьке потрапляння білка протягом незначного часового періоду нормально переноситься організмом завдяки адаптаційним катаболічним реакціям. Однак, якщо недостатне вживання протеїну зберігається, це призводить до його дефіциту, що запускає каскад метаболічних реакцій, призводячи до зниження синтезу білків у печінці, формування негативного азотистого балансу та розвитку гіпопротеїнемії.

Встановлено вірогідне зниження рівня загального білка в пацієнок I клінічної групи порівняно з вихідним показником вже через

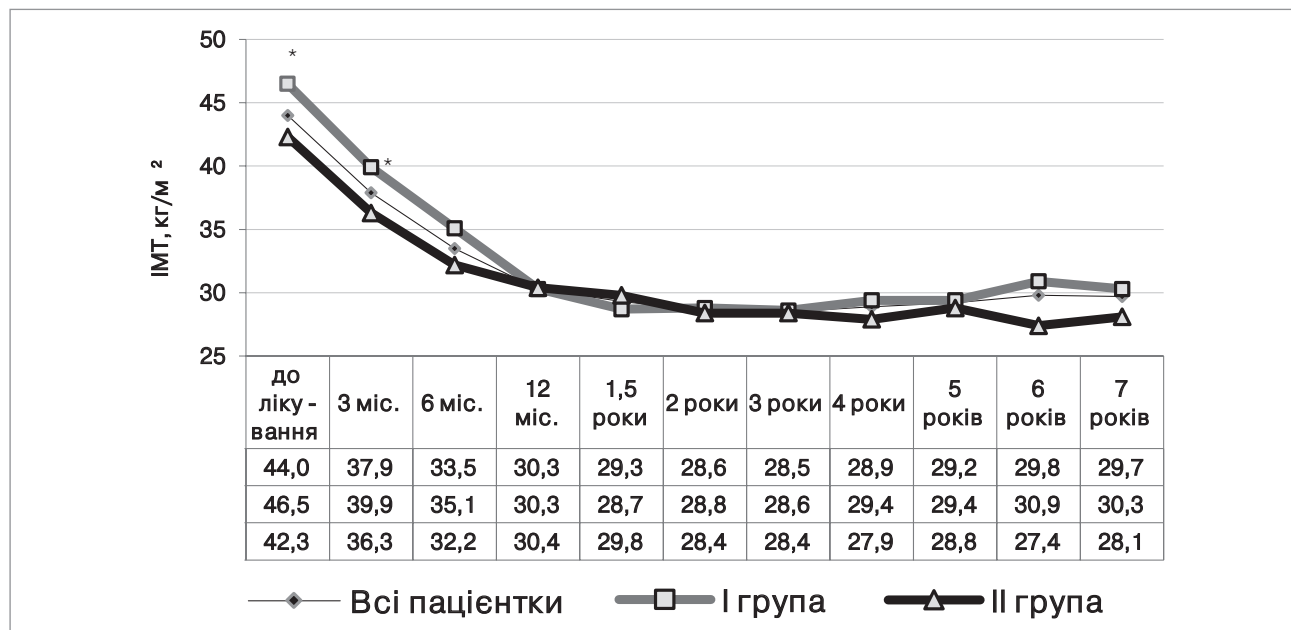


Рис. Динаміка показників ІМТ після оперативного втручання: * — $p < 0,05$ порівняно з відповідним показником у II групі (t-критерій Стьюдента); # — $p < 0,05$ порівняно з показниками попереднього періоду спостереження (t-критерій Стьюдента)

3 місяці після оперативного лікування (на 5,8%, $p < 0,01$), і збереження початкових рівнів білка в пацієток II клінічної групи. В подальші строки динамічного спостереження рівень загального білка в обох групах коливався в межах норми, залишаючись вірогідно зниженим відносно початкового рівня, без достовірних розбіжностей між групами.

Усім пацієнткам, які перенесли БПШ, призначали замісну терапію, що передбачала обов'язкове щоденне вживання в їжу достатньої кількості страв, що містять білки, жиророзчинні вітаміни, препарати кальцію в дозі 2 г на добу та препарати сульфату заліза в дозі 256 мг. Виявлені зміни показників рівня заліза в пацієнтів із МО вимагали медикаментозної корекції цього дефіциту. Однак деякі (8 (38,1%) пацієток) після БПШ не застосовували препаратів заліза з розрахунку 80 мг елементарного заліза на добу або отримували їх не більше 2 місяців після операції, самостійно припинивши лікування [6,8].

Враховуючи ризик дефіциту вітаміну D і розвитку вторинного гіперпаратиреозу, які можуть перебігати протягом деякого часу в пацієток з ожирінням безсимптомно, призначали холекальциферол 2000 МО на добу. Напередодні БВ недостатність або дефіцит рівня 25-гідроксивітаміну D (25(OH)D) виявили у 29 (56,9%) пацієток обох груп. Гіпокальціємію до операції спостерігали в 6 (11,8%) пацієток [4,6].

Окрім обмеження в кількості жиру, який вживають хворі в післяопераційному періоді,

важливим є якість жиру, що потрапляє до організму. Важливою була наявність у раціоні бариатричної пацієтки переважно ненасичених жирних кислот, зокрема олії льняної, ріпакової, оливкової, соєвої та масла виноградних кісточок, замість традиційної соняшникової та кукурудзяної.

Хворі отримували близько 14 г клітковини на кожну 1000 споживаних кілокалорій, а загальне потраплення енергії від вуглеводів не перебільшувало 40–45% добового калоражу.

Динаміку змін показників маси тіла протягом періоду спостереження в післяопераційному періоді наведено на рисунку.

Інтенсивне зниження маси тіла і відповідно ІМТ відбувалося протягом 12 місяців після оперативного лікування за комбінованою методикою БПШ і в період 3–6 місяців у пацієнтів після ПРШ [6,7].

У післяопераційному періоді (через 3 місяці) проводили повторне тестування щодо показника «Індекс задоволеності життям». Незважаючи на те, що саме ці перші 3 місяці були найбільш складними в емоційному плані, збільшилася кількість пацієток із середнім рівнем показника ІЗЖ — з 6 (11,8%) до 14 (27,5%). Зміни з емоційністю, які відбувалися при «погляді на ваги», сприяли зміні кількості балів, надавали жінці впевненості, що втрата ваги є «неухильною».

Висновки

У пацієнтів з ожирінням виявляється велика виразність тривожно-невротичних тенденцій

і психосоціальної дезадаптації, відносно низька толерантність до навантаження. Їжа в їхньому випадку слугує інструментом для боротьби з тривогою і депресією та надалі замикає «порочне коло» ожиріння.

Під час первинного опитування особливу увагу слід приділяти ставленню пацієнтки

з МО до алкоголю, адже алкогольна залежність є протипоказанням для виконання БПШ.

Показник «Індекс задоволеності життям» безпосередньо корелює з показниками маси тіла жінки.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Absaliyeva LM. (2019). Kharchova povedinka zhinok: rozlady ta psikhokorektsiia Kharkiv: «Stylina typohrafiia».
2. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.
3. Antomonov MYu. (2018). Matematicheskaya obrabotka I analiz mediko-biologicheskikh dannykh (Mathematical processing and analysis of biomedical data). 2-e izd. Kyiv: Medinform. 579. Russian. Available from: <https://www.olx.ua/.../antomonov-m-yu-monografya>
4. Bereznytskyi YaS, Duka RV. (2017). Vmist kaltsiiu ta vitaminu D3 u khvorykh na morbidne ozhyrinnia do ta pislia operatyvnoho likuvannia zalezno vid vydu khirurhichnoho vtruchannia. *Hastroenterolohiia*. 51(4): 272–280. doi: 10.22141/2308-2097.51.4.2017.119293.
5. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. (2017). World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*. 18 (7): 715–723. doi: 10.1111/obr.12551.
6. Duka RV, Bereznytskyi YaS, Duka YuM. (2023). Analysis of the effectiveness of bariatric interventions in women with morbid obesity on the restoration of their menstrual and reproductive function. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*. 2(94): 13–21. [Дука РВ, Березницький ЯС, Дука ЮМ. (2023). Аналіз ефективності впливу бариатричних втручань у жінок із морбідним ожирінням і відновлення в них менструальної та репродуктивної функції. Український журнал Перинатологія і Педіатрія. 2(94): 13–21]. doi: 10.15574/PP.2023.94.13.
7. Duka RV. (2017). Dynamika zmin pokaznykiv masy tila u patsientiv z ozhyrinniam pislia vykonannia bariatrychnykh operatyvnykh vtruchan. *Sciences of Europe*. 18–1(18): 19–26.
8. Duka RV. (2017). Vplyv riznykh metodiv khirurhichnoho likuvannia morbidnoho ozhyrinnia na pokaznyk syrovatkovoho zaliza ta metodyky korektsii yoho defitsytu u viddalenomu pisliaoperatsiinomu periodi. *Sciences of Europe*. 22–1(22): 41–48.
9. Heymsfield SB, Wadden TA. (2017). Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. *N Engl J Med*. 376(3): 254–266. doi: 10.1056/NEJMra1514009.
10. Kiro LS, Zak Mlu, Chernyshov OV, Sverdlova MV. (2021). Kharchova povedinka ta ozhyrinnia: hendernovikovi osoblyvosti. *Endocrinology*. 2(26): 119–127. doi: 10.31793/1680-1466.2021.26-2.119.
11. Mishchuk VH, Hryhoruk HV, Miziuk TM, Kozinchuk GV. (2021). Kharakter kharchovoi povedinky u khvorykh z okremymy zakhvoriuvanniamy vnutrishnikh orhaniv (ohliad literatury i vlasni dani). *Terapevtyka*. 2(2): 66–70. doi: 10.31793/2709-7404.2021.2-2.66.
12. World Health Organization. (2021, Jun 09). Obesity and overweight. URL: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesityand-overweight>.
13. Zak MYu, Kiro LS, Chernyshov OV, Sverdlova MV. (2021). Nadlyshkova vaha ta ozhyrivnna. Chy ye vzaiemozviazok z kharchovoiu povedinkoiu? *Ukrainskyi zhurnal medytsyny, biolohii ta sportu*. 6; 1(29): 84–90. doi: 10.26693/jmbs06.01.084.

Відомості про авторів:

Дука Руслан Вікторович — д.мед.н., доц., зав. каф. хірургії та урології ДДМУ. Адреса: м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9. <https://orcid.org/0000-0003-3962-8746>.

Березницький Яків Соломонович — д.мед.н., проф. каф. хірургії та урології ДДМУ. Адреса: м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9.

Дука Юлія Михайлівна — д.мед.н., доц. каф. акушерства, гінекології та перинатології ФПО ДДМУ. Адреса: м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9. <https://orcid.org/0000-0003-1558-9850>.

Стаття надійшла до редакції 02.01.2024 р.; прийнята до друку 25.03.2024 р.