

Удержание массы тела после ее успешного снижения:

хирургические и нехирургические методы

Weight-loss maintenance in successful weight losers: surgical vs non-surgical methods

Bond D.S., Phelan S., Leahey T.M., Hill J.O., Wing R.R.

Int J Obes (Lond). 2009 Jan;33(1):173-80

Примерно для каждого двадцатого пациента с морбидным ожирением (ИМТ ≥ 40) бариатрические хирургические методы рассматриваются как наиболее эффективные для значимого снижения и длительного удержания массы тела. В среднем в течение 12 месяцев после бариатрической операции пациенты теряют около 25% от исходной массы тела, по сравнению с 10% ее снижением на фоне консервативных методов лечения ожирения. Однако в двух недавних исследованиях с использованием более интенсивных поведенческих методик у пациентов с морбидным ожирением среднее снижение массы тела составило 25% от исходной, а 18% участников потеряли 100 фунтов (примерно 45,4 кг — прим. переводчика) и более.

Несмотря на то, что хирургические методы более надежны в отношении первоначального значительного снижения массы тела, до сих пор оставалось неясным, позволяют ли бариатрические операции лучше удерживать достигнутое снижение веса, по сравнению с нехирургическими методами. В большом проспективном интервенционном исследовании the Swedish Obese Subjects study с участием пациентов с морбидным ожирением было показано, что в течение 6 лет после хирургического лечения происходил набор примерно одной трети от исходной потери массы тела. В двух исследованиях поведенческих методов терапии, упомянутых выше, пациенты, добившиеся значительного первоначального снижения массы тела на 100 фунтов и более, в течение последующих двух лет набрали от 35 до 38% от исходного снижения, а в течение 5 лет — около 50%. До сих пор не проводилось исследований, посвященных непосредственному сравнению эффективности удержания массы тела после ее значительного снижения на фоне хирургических и нехирургических методов лечения. Возможность такого сравнения предоставляет продолжающееся в настоящее время продольное исследование NWCR (the National Weight Control Registry).

Настоящее исследование посвящено сравнению величин повторного набора массы тела, а также поведенческих и психологических характеристик у пациентов — участников NWCR, первоначально достигших сопоставимого значительного снижения массы тела на фоне хирургических и нехирургических методов лечения ожирения. Группы сравнения составили 105 пациентов после бариатрических операций и 210 пациентов после консервативного лечения ожирения. Пациенты были сопоставимы по полу, исходной максимальной массе тела, первоначальному снижению веса (около 56 кг, или 40–41% от исходной массы тела), а также эффективному

удержанию достигнутого снижения в течение в среднем 5,5 лет на момент включения в исследование.

По результатам исследования, значимых различий в величинах повторного набора веса между двумя группами пациентов выявлено не было: в обеих группах прибавка массы тела составила около 2 кг за 1 год. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что пациенты, добившиеся значительного снижения и стабилизации массы тела на фоне нехирургического лечения, могут так же успешно удерживать достигнутую массу тела, как и пациенты, потерявшие сравнимое количество килограммов за счет бариатрических операций.

В исследовании были выявлены значительные поведенческие различия между хирургическими и нехирургическими пациентами как исходно, так и по истечении 1 года наблюдения. Было показано, что пациенты, добившиеся значительного снижения массы тела благодаря нехирургическим методам лечения, вынуждены прикладывать гораздо больше усилий для поддержания достигнутой массы тела, по сравнению с пациентами после бариатрических операций. Несмотря на сопоставимую калорийность рациона в обеих группах, нехирургические пациенты демонстрировали более сознательный контроль над питанием и меньшее содержание жиров в рационе как исходно, так и через 1 год исследования. Кроме того, у пациентов, подвергшихся хирургическому лечению, отмечалось более частое употребление «фаст фуда». Большее употребление жиров у хирургических пациентов может зависеть от времени, прошедшего с момента операции. По мере увеличения послеоперационного периода происходит растяжение как оперированного желудка, так и его выходного отверстия, что ведет к лучшему усвоению и возможности потребления больших объемов жирной пищи. У хирургических пациентов также отмечалось уменьшение процентного содержания углеводов в рационе, что отчасти может быть объяснено возникновением демпинг-синдрома после приема легкоусвояемых углеводов, а также изменениями вкусового восприятия после оперативного вмешательства на желудочно-кишечном тракте. Эффекты различных диет на длительное удержание массы тела и профиль факторов риска у пациентов после хирургических и нехирургических методов лечения ожирения в настоящее время изучены недостаточно и требуют дополнительных исследований.

При сравнении физической активности в двух группах было выявлено, что у хирургических пациентов отмечались значимо меньшие энергозатраты, связанные с физическими нагрузками, по

сравнению с нехирургическими пациентами. Среди пациентов после хирургического лечения лишь одна треть придерживалась рекомендуемого уровня физической активности, по сравнению с 60% в группе нехирургических методов лечения. Несмотря на тот факт, что хирургические пациенты, по сравнению с нехирургическими, демонстрировали такое же эффективное удержание массы тела на фоне меньшей физической активности, долгосрочные последствия такого малоподвижного образа жизни для данной категории пациентов еще не ясны. Продольные исследования показывают, что темп выздоровления от сопутствующих патологий после бариатрических операций замедляется по мере повторного набора веса.

Исследование психологических характеристик участников показало, что в обеих группах отмечалось увеличение депрессивных симптомов в течение 1 года исследования, по сравнению с исходным уровнем. Тем не менее, невозможно было определить, оставался ли депрессивный уровень значимо более низким, по сравнению с таковым до лечения ожирения, поскольку оценка симптомов депрессии производилась только после снижения массы тела. В ряде предшествующих исследований было показано, что в целом эффективное снижение массы тела на фоне как хирургического, так и нехирургического лечения ведет к улучшению депрессивных показателей.

Представляет интерес тот факт, что среди хирургических пациентов отмечался более высокий уровень депрессии как исходно, так и по истечении

1 года исследования. Интерпретация данного факта затруднена, учитывая, что первоначальное разделение на группы хирургического и консервативного лечения ожирения не было рандомизированным, и, как указывалось выше, определение уровня депрессии до снижения массы тела не производилось. Тем не менее, следует обратить внимание на то, что у 44% хирургических пациентов были выявлены депрессивные синдромы на уровне, превышающем минимальный порог клинической выраженности, что особенно важно в свете недавних научных данных о повышенном риске суицида у пациентов, подвергшихся бариатрическим операциям. Учитывая вышесказанное, необходимо дальнейшее исследование и мониторинг динамики психологических характеристик пациентов на протяжении более длительных периодов после хирургического лечения ожирения.

В заключение авторы подчеркивают, что, согласно результатам проведенного ими исследования, консервативные методы лечения ожирения позволяют добиться результатов — значительного снижения и эффективного удержания массы тела, — сопоставимых с результатами бариатрической хирургии, что, однако, требует больших усилий и времени. С целью повышения эффективности длительного удержания массы тела и улучшения прогноза у пациентов после хирургического лечения ожирения требуются дальнейшие исследования, посвященные разработке методов повышения физической активности и улучшения мониторинга психологического состояния у данной категории больных.