

Особенности ведения больных ожирением после бariatрических операций.

Рекомендации Европейской ассоциации
изучению ожирения (декабрь 2017 г.)

Профессор кафедры терапии факультетской ПСПБГМУ
им. акад. И.П. Павлова,
д.м.н. Волкова А.Р.

Клинические рекомендации по питанию больных после бariatрических операций

Рекомендации	Уровень доказательности	Классы рекомендаций
Необходимы консультации сертифицированного специалиста-диетолога по изменению пищевого поведения, по адаптации пищевого поведения к послеоперационному состоянию и общие рекомендации по сбалансированному питанию	1	A
Регулярная физическая активность должна начинаться сразу после восстановительного периода после операции. Рекомендуется умеренная аэробная физическая активность начиная со 150 минут в неделю и до 300 минут в неделю, включая силовые тренировки 2-3 раза в неделю	1	A
Необходимо адекватное потребление белка, особенно в первые месяцы после бariatрических операций. Рекомендуется 60 грамм в сутки и/или до 1,5 г/кг идеальной массы тела. Потребление жидких белковых добавок (30 г/сут.) может обеспечить адекватное поступление белка в ранний послеоперационный период	4	D
Рекомендации по питанию должны быть первой линией лечения для предупреждения возможного демпинг-синдрома. Лечения октреотидом должно назначаться больным, у которых не удается предотвратить демпинг-синдром с помощью модификации питания.	1	A

Диагностика демпинг-синдрома в соответствии со шкалой Sigstad

Симптом	Количество баллов
Шок	+5
Спутанное сознание, потеря сознания	+4
Желание лечь или сесть	+4
Чувство нехватки воздуха, диспноэ	+3
Слабость, физическое истощение	+3
Бессонница, апатия, сонливость	+3
Сердцебиение	+3
Беспокойство	+2
Головокружение	+2
Головные боли	+1
Чувство жара, потливость, бледность, влажная кожа	+1
Тошнота	+1
Метеоризм, вздутие живота	+1
Урчание в животе	+1
Отрыжка	-1
Рвота	-4

- Демпинг-синдром является типичным осложнением для желудочного шунтирования (gastric bypass) (70-75% больных в течение первого года после операции) и также описан для рукавной гастрэктомии (40% больных в течение первых 6 месяцев после операции)
- Демпинг-синдром связан с быстрым увеличением кишечного содержимого, поступления жидкости в кишку, растяжением кишки, уменьшением объема циркулирующей крови и гипотензией
- Ранние симптомы развиваются примерно через 10-30 минут после еды, поздние симптомы развиваются через 1-3 часа после еды. Поздний демпинг-синдром связан с развитием реактивной гипогликемии и, возможно, опосредован изменениями в секреции гастроинтестинальных пептидов и инсулина

- Необходимо потреблять пищу маленькими порциями, часто, избегая потребления жидкости сразу после приема плотной пищи, избегать приема простых сахаров, увеличить потребление волокон и сложных углеводов и увеличить потребление белка. Поздний демпинг-синдром и гипогликемию можно предотвратить с помощью потребления половины стакана апельсинового сока через час после еды.
- Если не удается компенсировать демпинг-синдром с помощью диетических рекомендаций, то следует назначить лечение октреотидом в дозе 25-50 мкг подкожно 2-3 раза в день за 15-30 минут до еды.

Дефицит витаминов и минералов в соответствии с вариантом бariatрической операции: клиническая манифестация и частота развития

Дефицит	Основные симптомы	Варианты операций	бariatрических
Железо	Микроцитарная анемия	AGB SG RYGB, BPD, BPD/DS	++ ++ +++
Витамин В12	Мегалобластная неврологическая симптоматика	анемия, SG, RYGB, BPD, BPD/DS	++
Витамин Д (и кальций)	Уменьшение минеральной плотности кости, увеличение риска переломов	RYGB BPD, BPD/DS	++ +++
Витамин А	Снижение ночного ксерофталмия	видения, BPD, BPD/DS	+++
Витамин Е	Анемия, периферическая нейропатия	офтальмоплегия, BPD, BPD/DS	+++
Витамин К	Кровоточивость	BPD, BPD/DS	+

- Рутинное назначение препаратов кальция и витамина Д рекомендовано всем больным, перенесшим бariatрическую малабсорбтивную процедуру. После операции рекомендовано 1200-2000 мг элементарного кальция в день вместе с 400-800 МЕ витамина Д. Наиболее предпочтителен цитрат кальция, а не карбонат, так как он лучше всасывается в отсутствии кислого содержимого желудочного сока
- У больных после бariatрических операций с доказанным остеопорозом требуется лечения бисфосфонатами. Предпочтительно внутривенные формы введения бисфосфонатов, так как пероральные формы плохо всасываются и могут привести к изъязвлению анастомозов.
- Рекомендовано: золендронат 5 мг/год, ибандронат 3 мг каждые 3 месяца или пероральные бисфосфонаты – алендронат 70 мг/неделю, ризедронат 35 мг/нед. или 150 мг/мес. или ибандронат 150 мг/мес.
- Препараты железа не должны приниматься вместе с витамином Д и кальцием.

Витамин В12

Также после бariatрических операций нарушается всасывание витамина В12 и фолиевой кислоты. Рекомендовано 350-500 мкг/сут. витамина В12 перорально или 1 мг/мес. внутримышечно или 3 мг каждые 6 месяцев внутримышечно или 500 мкг каждую неделю интраназально. Фолиевую кислоту в достаточном количестве содержат все современные витаминные комплексы.

Тиамин (витамин В1)

- В нормальных условиях человек имеет низкий запас водорастворимого витамина тиамина (витамина В1). Этот витамин достаточно быстро истощается без регулярного и достаточного поступления. Даже кратковременный период персистирующей рвоты, нарушающий регулярное поступление пищи, может приводить к дефициту тиамина.
- Дефицит витамина В1 был описан после продолжительной рвоты в результате бariatрических хирургических операций. Периферическая нейропатия или энцефалопатия Вернике и психоз Корсакова являются типичной манифестацией дефицита витамина В1. Неврологические симптомы быстро нарастают и усиливаются и могут вызывать перманентный неврологический дефицит.
- Пероральное или парентеральное назначения витамина В1 (50-100 мг в сут.) должно быть назначено каждому пациенту, перенесшему бariatрическую хирургию, особенно при наличии рвоты. При наличии рвоты рекомендовано парентеральное введение 100 мг/сут. в течение 1-2 недель. Далее следует перевести больного на пероральный прием витамина В1.

Перед бariatрической операцией следует оптимизировать метаболический контроль у больных СД 2 типа.

- Целевое значение гликированного гемоглобина (HbA1c) 6,5-7,0%; глюкоза плазмы натощак (ГПН)<110 мг/дл и постпрандиальная гликемия через 2 часа <140 мг/дл; у больных с длительно текущим СД 2 типа и плохим гликемическим контролем допустимо целевое значение гликированного гемоглобина до 8,0%
- Глитазоны, глиниды, ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (иДПП-4) должны быть отменены за 24 часа до операции. Доза базального инсулина должна быть уменьшена до 0,3 Ед/кг массы тела. Метформин должен быть отменен в день операции

- В день операции глюкоза плазмы натощак (ГПН) должна быть <140 мг/дл и инсулин короткого действия должен быть назначен при уровне ГПН >140 мг/дл из расчета 1 Ед на каждые 40 мг/дл. Во время госпитализации целевой уровень гликемии 140-180 мг/дл. Если уровень гликемии больше 180 мг/дл, больному должен быть назначен базальный инсулин из расчета 0,1 Ед/кг массы тела.
- Прием метформина должен быть восстановлен с третьего дня в дозе 850 мг 2 раза в сутки. После желудочного шунтирования доступность метформина увеличивается на 50%, и доза метформина должна быть уменьшена наполовину.

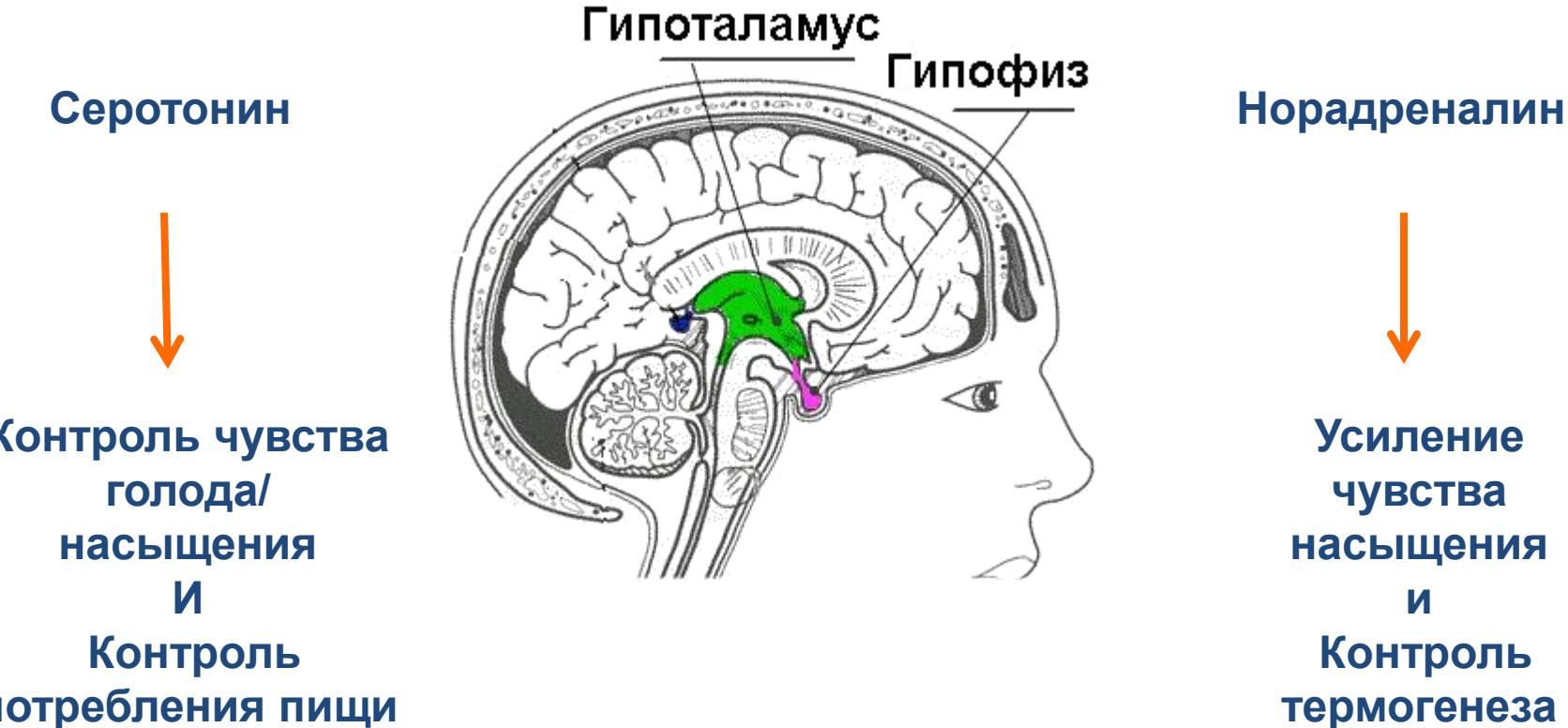
- В первые 7-10 дней препараты сульфонилмочевины и другие препараты, способные вызывать гипогликемию, должны быть исключены.
- У пациентов, требующих лечения инсулином, после выписки из стационара лечение инсулином следует продолжить на фоне жесткого контроля параметров гликемии для избегания эпизодов гипогликемии. В случаях, когда не удается достичь целевых уровней гликемии после операции требуется консультация эндокринолога

- Пациенты с обструктивным апноэ должны продолжать использовать терапию СРАР или ВiРАР в течение 3-6 месяцев после операции.
- Липидснижающая терапия не должна прекращаться. Показан периодический контроль показателей липидного спектра крови и коррекция дозировок липидснижающих препаратов.
- В течение первых недель после операции имеется тенденция к снижению АД, поэтому должны быть пересмотрены дозы антигипертензивных препаратов.
- Следует исключить диуретики во избежание высокого риска дегидратации и гиповолемии.

Повторный набор массы тела

- около 50% больных, перенесших бariatрическую хирургию, имеют повторный набор 5% веса через 2 года после процедуры
- фентермин и комбинация фентермина/топиromата в дополнение к диете и физической активности могут быть оптимальными опциями для предупреждения повторного набора веса в периоде плато
- лечение лираглутидом может быть альтернативой лечения больных с низкой потерей веса или повторным набором веса после бariatрической хирургии

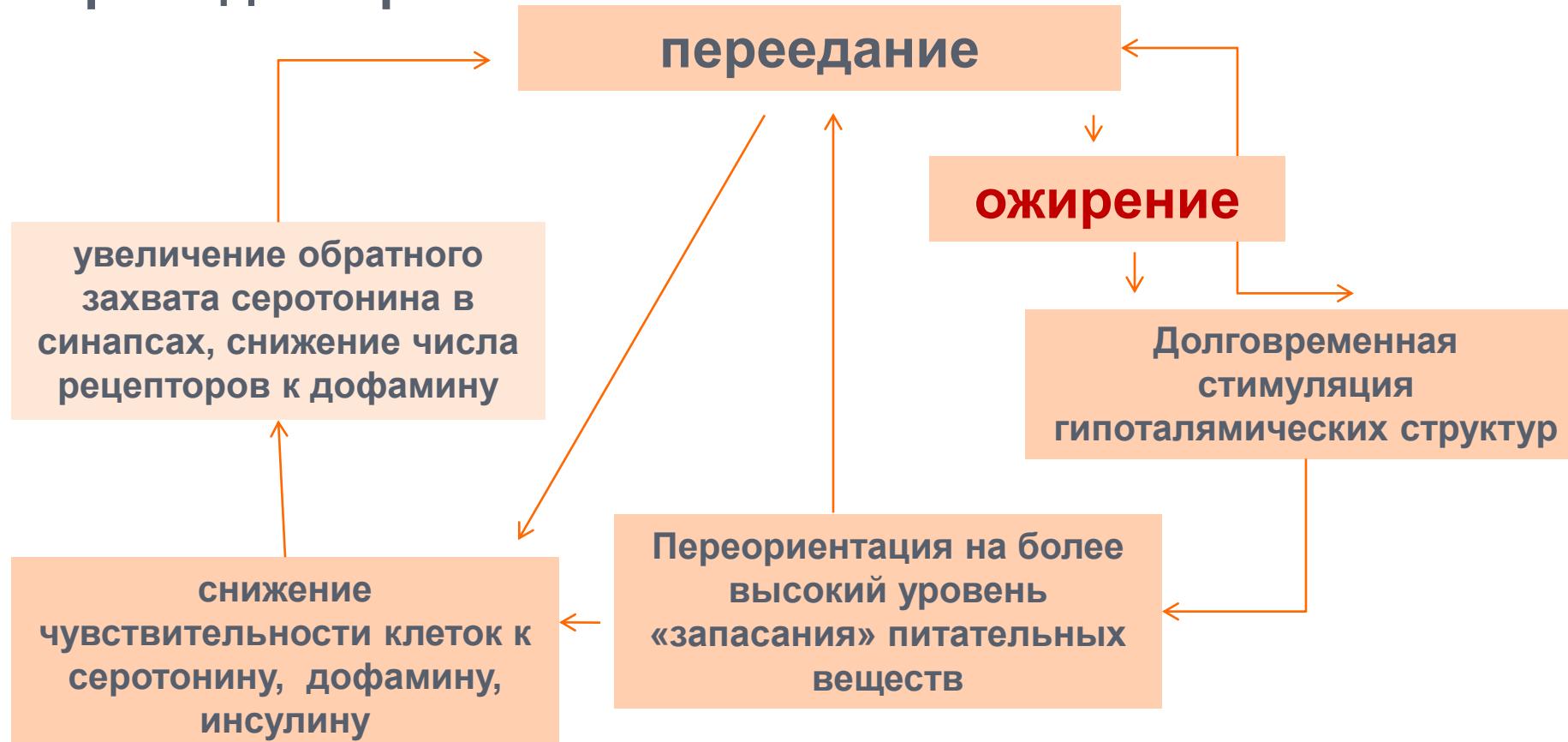
РЕГУЛЯЦИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ



Основными нейротрансмиттерами, участвующими в регуляции пищевого поведения, в первую очередь аппетита и насыщения, являются биогенные амины – **СЕРОТОНИН и НОРАДРЕНАЛИН**.

Важную роль в формировании чувства насыщения, выборе более предпочтительных для конкретного человека продуктов и поддержании нормального энергетического гомеостаза играет **СЕРОТОНИН**.

Ожирение зачастую связано с изменением функциональной организации гипоталамуса или прочих нервных центров, отвечающих за пищевое поведение, а также с нарушением метаболизма некоторых нейромедиаторов



Обоснованный выбор терапии ожирения – препараты центрального действия

РЕДУКСИН

- Сибутрамин - регулирует пищевое поведение
- Микрокристаллическая целлюлоза - обеспечивает лучший контроль высвобождения сибутрамина и оптимизацию приема его



СИБУТРАМИН БЛОКИРУЕТ ОБРАТНЫЙ ЗАХВАТ СЕРОТОНИНА И НОРАДРЕНАЛИНА

Серотонин

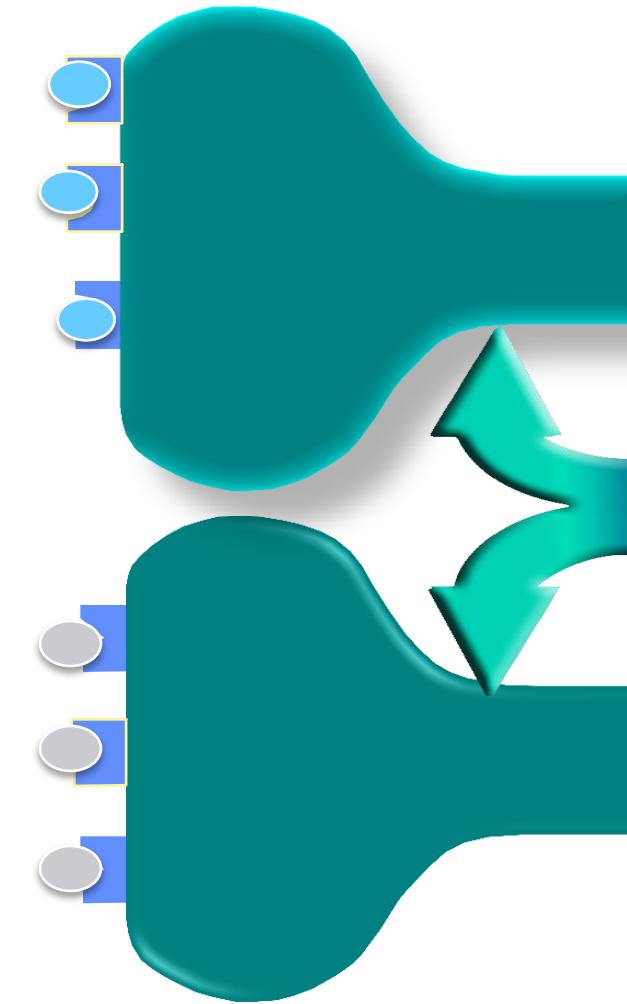
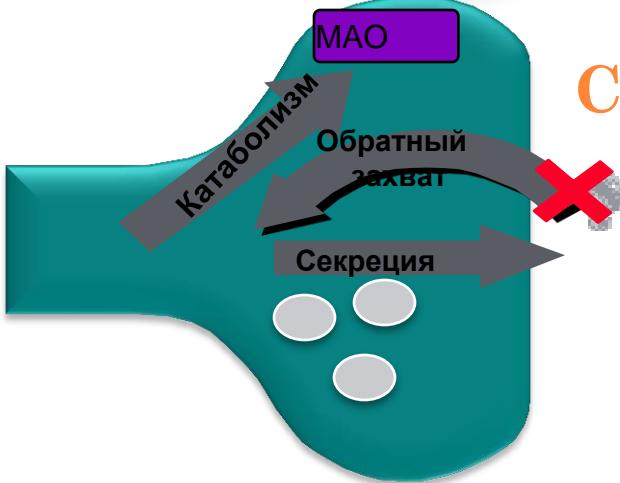


C = сибутрамин

= серотонин

= норадреналин

Норадреналин



Усиление
чувства
насыщения

Активация
термогенеза

Уникальный двойной эффект СИБУТРАМИНА



Ингибиование
обратного захвата серотонина



Ускоряет наступление чувства насыщения
Уменьшает количество съедаемой пищи



Снижает поступление энергии

Ингибиование
обратного захвата норадреналина



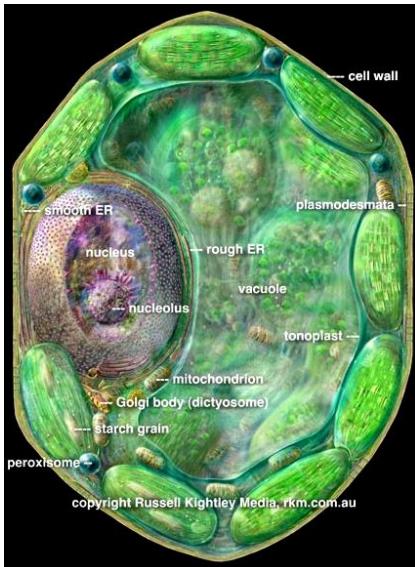
Усиливает термогенез
Увеличивает расход энергии



Способствует поддержанию массы
тела

Патогенетическая терапия избыточного веса

Сибутрамин – контролирует чувство голода и усиливает термогенез



Активирует β -3 и β -2 рецепторы
жировой ткани

Инициирует липолиз →
и \uparrow расход энергии

РЕДУКСИН



- прием 1 раз в сутки, утром, запивая стаканом воды
(начальная доза - 10-15 мг)
- продолжительность лечения не менее 6-ти месяцев под контролем массы тела*
- в течение курса терапии возможно изменение дозы, в зависимости от показателей массы тела



*Длительность применения не должна превышать 1 года

РЕДУКСИН (НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ)

- изменение вкуса
- ощущение сухости во рту
- тошнота
- иногда головная боль
- головокружение
- колебания АД
- сердцебиение



ПримаВера - самое крупномасштабное наблюдательное исследование пациентов с ожирением в мире!

142 города по всей территории РФ

1 272 коммерческих и государственных ЛПУ

3 095 врачей различных специальностей

98 774 пациентов

Программа ПримаВера занесена в международный регистр клинических исследований <http://www.clinicaltrials.gov/>

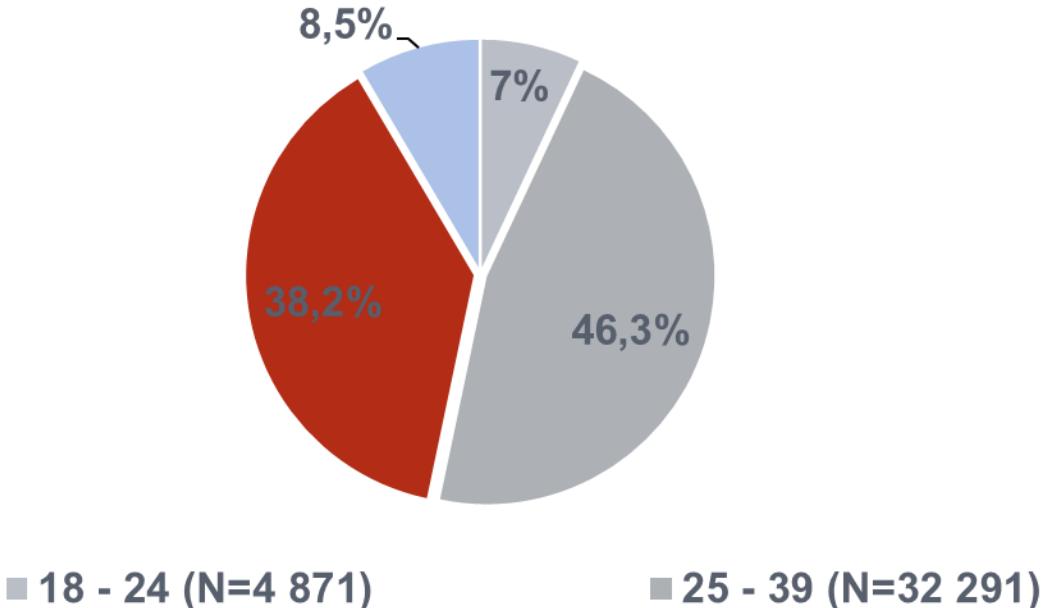
Программа проводилась на территории всей Российской Федерации



Распределение по полу и возрасту

Пол, n (%)	Жен	57 456 (82,3%)
	Муж	12 354 (17,7%)
Возраст, лет		39,39 ± 10.38
$M \pm Sd$, min – max		18 – 72

Распределение по возрастам



Терапия Редуксином снижает ИМТ в среднем на $7,2 \pm 3,07$ за 12 месяцев терапии

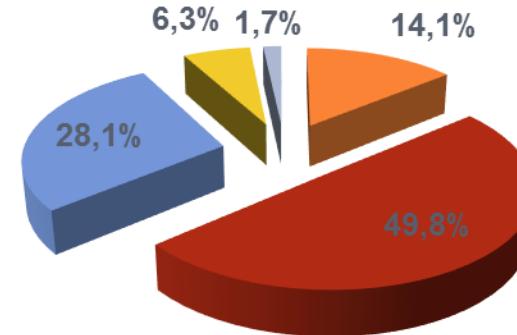
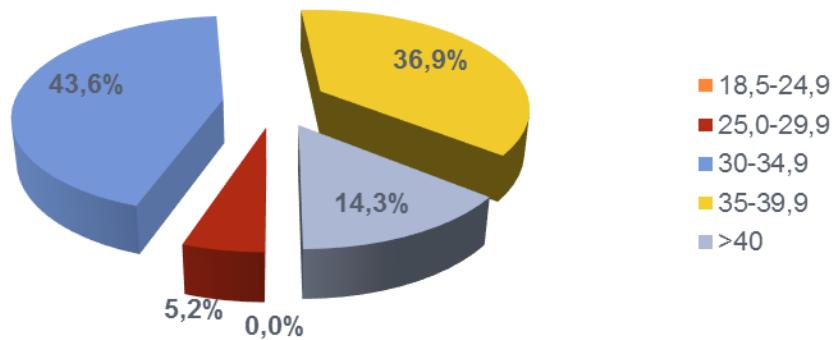
12 месяцев (N=26 263)	9 месяцев (N=28 379)	6 месяцев (N=67 694)	3 месяца (N=69 810)	Начало лечения (N=69 810)
--------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------------

ИМТ кг/м ²	$29,0 \pm 4,1$	$29,8 \pm 4,0$	$30,3 \pm 4,0$	$32,3 \pm 4,1$	$35,7 \pm 4,4$
Δ ИМТ	-7,2	-6,39	-5,41	-3,42	



Терапия Редуксином в течение 12 месяцев обеспечивает эффективное лечение ожирения, включая нормализацию ИМТ

Распределение ИМТ у пациентов, закончивших 12-ти месячный курс терапии Редуксином (N = 26 263)



За 6 месяца терапии:

- у 46,2% пациентов снят диагноз «ожирение»
- У 5,9% пациентов масса тела нормализовалась

За 12 месяца терапии:

- у 58,7% пациентов снят диагноз «ожирение»
- у 12,6% устранено морбидное ожирение»
- У 14,1% пациентов масса тела нормализовалась

РЕДУКСИН®МЕТ

Редуксин®Мет – рациональная комбинация Редуксина и метформина в одной упаковке для снижения веса на фоне нарушений углеводного обмена



В упаковке содержатся

таблетки
метформин 850 мг

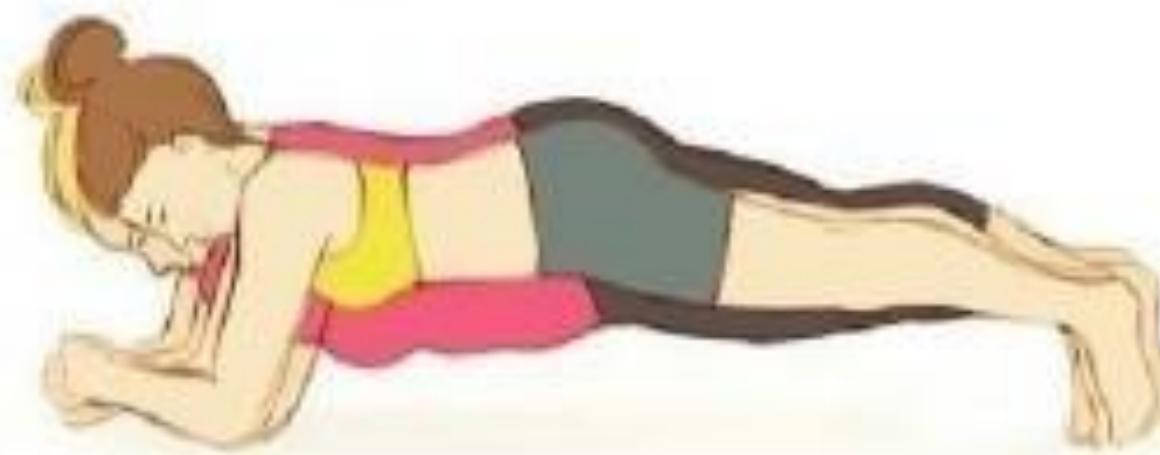
капсулы **Редуксин®** в состав
которых входят 2 активных компонента:
сибутрамин 10 мг или 15 мг
и микрокристаллическая целлюлоза²

- ✓ Повышает эффективность терапии ожирения на фоне нарушений углеводного обмена
- ✓ Улучшает контроль за весом
- ✓ Усиливает контроль за гликемией



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

Не сдавайся!



У тебя получится!