АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2018 • Том 12 • № 2

OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

ISSN 2313-7347

2018 Vol. 12 No 2

www.gynecology.su

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.gynecology.su>. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru. Copyright © 2018 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.

Беременность как причина гастроэзофагеального рефлюкса после бариатрической операции – минижелудочного шунтирования (MGB-OAGB). Клинический случай

Самойлов В.С.¹, Новомлинский В.В.^{1,2}, Малкина Н.А.¹

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Воронеж-1

ОАО «Российские железные дороги»

Россия, 394000, Воронеж, переулок Здоровья, 2

² ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет

имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Россия, 394036, Воронеж, Студенческая ул., 10

Резюме

Число постбариатрических пациентов увеличивается от года к году; каждый специалист может встретиться в своей ежедневной практике с последствиями и иногда с осложнениями данных вмешательств. Несмотря на это, до сих пор нет достаточного количества информации о многих частных ситуациях и процессах, возникающих с подобными пациентами. Минижелудочное шунтирование (MGB-OAGB) как первичная или повторная бариатрическая операция занимает одно из лидирующих мест в современной хирургии ожирения. Билиарный рефлюкс (БР) входит в число наиболее значимых поздних осложнений данной операции. Повышение внутрибрюшного давления при беременности может приводить к развитию БР с его типичной клинической симптоматикой, с чем может столкнуться акушер-гинеколог. При этом имеются относительные ограничения в применении традиционных методов инструментальной диагностики и основных препаратов для консервативного лечения БР. В данном сообщении представлено клиническое наблюдение пациентки, перенесшей MGB-OAGB как повторное бариатрическое вмешательство при морбидном ожирении. При отсутствии признаков гастроэзофагеальной рефлюксной болезни до операции, после нее и в I триместре беременности наблюдалась типичная клиническая картина БР во II и III триместрах. Полное купирование клиники БР после родов, подтверждаемое при фиброэзофагогастроскопии, позволяет установить непосредственную связь его развития с повышением внутрибрюшного давления во время беременности.

Ключевые слова

Минижелудочное шунтирование, бариатрическая хирургия, билиарный рефлюкс.

Статья поступила: 28.02.2018 г.; в доработанном виде: 06.04.2018 г.; принята к печати: 11.06.2018 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Самойлов В.С., Новомлинский В.В., Малкина Н.А. Беременность как причина гастроэзофагеального рефлюкса после бариатрической операции – минижелудочного шунтирования (MGB-OAGB). Клинический случай. Акушерство, гинекология и репродукция. 2018; 12 (2): 76-79. DOI: 10.17749/2313-7347.2018.12.2.076-079.

Pregnancy as a cause of gastroesophageal reflux after mini-gastric bypass bariatric surgery (MGB-OAGB). A clinical case

Samoylov V.S.¹, Novomlinskiy V.V.², Malkina N.A.¹

¹ Road Clinical Hospital at the station Voronezh-1 JSC «Russian Railways»
2, pereulok Zdorovya, Voronezh, 394000, Russia

² Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko,
Health Ministry of Russian Federation
10, Studencheskaya ul., Voronezh, 394036, Russia

Summary

The number of post-bariatric patients is increasing from year to year; any medical specialist can see consequences and sometimes complications of these interventions. The variety of different scenarios associated with such patients is not well studied. Mini-gastric bypass (MGB-OAGB) is a major type of primary or recurrent bariatric surgery in obese patients. Biliary reflux (BR) is one of the most significant late complications of this operation. An increase in the intra-abdominal pressure during pregnancy can lead to the development of BR with its typical clinical symptoms, which may sometimes puzzle an obstetrician-gynecologist. In these cases, there are limitations in using traditional diagnostic approaches and regular medications for conservative treatment of BR. This report presents a clinical observation on a patient who underwent MGB-OAGB as a recurrent bariatric intervention for her morbid obesity. With no signs of gastroesophageal reflux before surgery, soon after it or in the I trimester of pregnancy, a typical clinical picture of BR developed in the II and III trimesters. A complete relief of the BR symptoms after the childbirth (confirmed by gastro-esophago-scopy) suggested a direct connection between the BR and the increase in intra-abdominal pressure during pregnancy.

Key words

Mini-gastric bypass, bariatric surgery, biliary reflux.

Received: 28.02.2018; **in the revised form:** 06.04.2018; **accepted:** 11.06.2018.

Conflict of interests

The authors declare they have nothing to disclose regarding the funding or conflict of interests with respect to this manuscript. Authors contributed equally to this article.

For citation

Samoylov V.S., Novomlinskiy V.V., Malkina N.A. Pregnancy as a cause of gastroesophageal reflux after mini-gastric bypass bariatric surgery (MGB-OAGB). A clinical case. *Obstetrics, gynecology and reproduction [Akusherstvo, ginekologiya i reproduktsiya]*. 2018; 12 (2): 76-79 (in Russian). DOI: 10.17749/2313-7347.2018.12.2.076-079.

Corresponding author

Address: 2, pereulok Zdorovya, Voronezh, 394000, Russia.
E-mail: nat76620664@mail.ru (Malkina N.A.).

Введение

Пандемия ожирения вовлекает в свои ряды все большее количество жителей планеты. По данным ВОЗ, основной прирост частоты ожирения происходит за счет тяжелых или морбидных форм, в большинстве случаев влекущих за собой множество нарушений и жизнеугрожающих состояний [1]. Бариатрическая хирургия доказано является наиболее эффективным, радикальным и стойким способом лечения тяжелых форм ожирения. Каждые 2 года число ежегодно прооперированных пациентов удваивается и в настоящее время составляет более полумиллиона человек. Россия не является исключением, поэтому все большему количеству медицинских специалистов разных

профилей приходится сталкиваться в своей ежедневной практике с людьми, перенесшими бариатрические вмешательства. Согласно Национальным клиническим рекомендациям по бариатрической хирургии, оперативному лечению подлежат пациенты с морбидным ожирением в возрасте от 18 до 60 лет [2]. По данным Российского национального бариатрического реестра, большинство оперированных пациентов находятся в возрасте 31-40 лет, далее следует возрастная категория от 21 до 30 лет, из них 3/4 – женщины [3]. Таким образом, преобладающее большинство постбариатрических пациентов – женщины репродуктивного возраста, которые с большой долей вероятности могут встретиться акушеру-гинекологу.

Одним из наиболее часто выполняемых видов бариатрических/метаболических оперативных вмешательств является минижелудочное шунтирование (MGB-OAGB). По частоте выполнения данная операция занимает 3 место в мире, а в ряде стран, в том числе Израиле, Индии и России находится на второй позиции [4]. Преимуществами MGB-OAGB являются относительная простота выполнения, хорошая переносимость, высокий процент снижения избыточной массы тела и ремиссии сахарного диабета 2 типа, стойкие отдаленные результаты, небольшая частота ранних и поздних осложнений [5]. Дискутабельным вопросом остается риск развития билиарного эзофагеального рефлюкса (БР) после MGB-OAGB, а так же его этиология. Предполагается, что одной из причин может быть повышение внутрибрюшного давления, в том числе во время беременности.

Клинический случай

Представляем вниманию клинический случай возникновения проявлений БР у пациентки с беременностью при ранее перенесенном MGB-OAGB по поводу морбидного ожирения.

Пациентка Ю., 28 лет, обратилась в хирургическое отделение НУЗ «ДКБ на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» с целью проведения повторного бариатрического вмешательства. На момент обращения: страдает ожирением более 20 лет; при росте 162 см максимальная масса тела достигала 145 кг, индекс массы тела (ИМТ) при этом составлял 55,35 кг/м². В августе 2011 года в другой клинике выполнено первичное бариатрическое вмешательство – лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка. За время стояния бандажа, несмотря на проводимые регулировки, масса тела снизилась всего лишь на 5 кг. В конце апреля 2016 года из-за возникшего позднего осложнения (слиппейдж-синдром), бандаж был вначале «распущен» – полностью удалена жидкость из системы. Затем, ввиду неэффективности работы системы, а так же развития слиппейдж-синдрома принято решение об удалении бандажа с одномоментной реконструкцией в минижелудочное шунтирование (MGB-OAGB) как один из предпочтительных вариантов повторного бариатрического вмешательства. На момент повторного вмешательства ИМТ равнялся 53,35 кг/м², вес пациентки составлял 140 кг, избыточная масса тела – 76,7 кг. Выполненный объем хирургического вмешательства: лапароскопическое удаление системы желудочного бандажа и реконструкция в MGB-OAGB. Техника вмешательства – традиционная для MGB-OAGB как ревизии после бандажирования: вмешательство произведено из 5 лапаропортов, введенных после предварительной инфильтрации точек установки 0,5% раствором наропина. Интраоперационно отмечено висцеральное ожирение, жировой гепатоз, умеренный рубцово-спаечный процесс в левом подпеченочном пространстве в области стояния бандажа. После вскрытия и рассечения соединительнотканной капсулы бандажа, а также дополнительной

мобилизации зоны угла Гиса и левой ножки диафрагмы произведено удаление системы желудочного бандажа, капсула его иссечена. Малый желудочек сформирован в виде трубки длиной 13 см на зонде 32 FR. Уровень начала формирования малого желудочка – «воронья лапка». В верхней трети малый желудочек формировался путем аппаратного прошивания интактной стенки желудка без прохождения линии степлерного шва через ложе бандажа. Наложен задний впередиободочный линейный аппаратный анастомоз между тонкой кишкой и малым желудочком протяженностью 3 см на расстоянии 250 см от угла Трейца. Технологическое отверстие анастомоза закрыто ручным непрерывным швом. Сформирована «антирефлюксная шпора» – приводящий отдел тонкой кишки подшит непрерывным швом к дистальному краю сформированного малого желудочка на протяжении 8 см. Ушито пространство Петерсона. Удалена система желудочного бандажа.

Несмотря на предупреждения о противопоказаниях к беременности в период интенсивного снижения массы тела, в марте 2017 года, менее чем через 1 год после операции наступила беременность при достижении пациенткой массы тела 107 кг. Обратилась 17.08.2017 с выраженной клиникой пищеводных и внепищеводных проявлений БР. На момент осмотра: срок беременности – 23-24 недели (II триместр), масса тела – 102 кг, ИМТ – 38,87 кг/м², потеря избыточной массы тела (Excess Weight Loss – EWL) – 44,9%. Известно, что до проведения оперативных вмешательств, как после первичной, так и повторной операции перед наступлением беременности и в I триместре, признаков гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) обнаружено не было. Менструации с 16 лет, через 28 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 04.03.2017. Половая жизнь с 17 лет.Abortов и гинекологических заболеваний в анамнезе нет. Появившаяся симптоматика описана пациенткой как изжога, необильная рвота с желчным привкусом, отрыжка, периодические поперхивания, ощущение жжения на языке и жжение по ходу пищевода, повышенное слезообразование в гортани и дискомфорт в горле, боли жгучего характера в подложечной области. Данные симптомы присутствовали преимущественно в ночное время. Учитывая достаточно характерную клиническую картину послеоперационного БР, исключение конкурентной патологии, а так же срок беременности, от проведения фиброгастроскопии и рентгеноконтрастного исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта решено воздержаться и провести данные исследования после родов. Помимо ограничений в диагностике, имелись противопоказания к применению стандартной терапии, показанной в таких случаях, которая включает ингибиторы протонной помпы и препараты сукральфата. Таким образом, курация пациентки заключалась в динамическом наблюдении и рекомендациях по коррекции пищевого поведения и образа жизни для уменьшения проявлений ГЭРБ.

На протяжении беременности признаков гестоза и токсикоза не прослеживалось. Данных за питательную недостаточность не выявлено. Течение беременности и развитие плода происходило своевременно и соответствовало срокам.

После родов симптоматика БР полностью отсутствовала. Вышеописанных жалоб пациентка не предъявляла. При фиброгастроскопии наличия желчи в нижней трети пищевода, а так же явлений эзофагита не наблюдали, имелись умеренные признаки гастрита дистальных отделов малого желудка.

Заключение

Особенностью представленного случая является четкая связь развития одного из значимых и дискуссионных поздних осложнений MGB-OAGB – билиарного эзофагеального рефлюкса и его типичных клинических проявлений со второй половиной беременности. Наиболее вероятным аспектом в патогенезе данного состояния можно считать перера-

спределение градиента внутрибрюшного и внутрипросветного давления в системе «пищевод-малый желудочек». На единственную причину в виде повышения внутрибрюшного давления, связанного с беременностью, указывает временный характер проявлений БР с полным купированием симптоматики после родов.

В настоящее время большинством авторов признается, что важным фактором возникновения БР является несоблюдение хирургической техники во время проведения минижелудочного шунтирования, а именно, формирование короткого по протяженности малого желудка (менее 9 см) [6]. Однако в ряде случаев данное состояние возникает при правильном выполнении операции даже у разработчиков методики MGB-OAGB, что заставляет искать другие возможные причины БР [7]. Высказывается мнение о ведущей роли повышения внутрибрюшного давления [8], которое, на наш взгляд, достаточно наглядно подтверждает данное клиническое наблюдение.

Литература:

- Deitel M., Gawdat K., Melissas J. Reporting weight loss. *Obes Surg.* 2007; 17: 565-8.
- Лечение морбидного ожирения у взрослых. Национальные клинические рекомендации. *Ожирение и метаболизм.* 2011; 3: 75-83.
- Российский национальный бариатрический реестр. URL: www.bareoreg.ru/charts. [Доступ только для зарегистрированных пользователей].
- Kular K.S., Manchanda N., Rutledge R. A 6-year experience with 1,054 mini-gastric bypasses – first study from Indian subcontinent. *Obes Surg.* 2014; 24: 1430-5.
- Jammu G.S., Sharma R. A 7-year clinical audit of 1107 cases comparing sleeve gastrectomy, Roux-en-Y gastric bypass, and mini gastric bypass, to determine an effective and safe bariatric and metabolic procedure. *Obes Surg.* 2016; 26: 926-32.
- Carbajo M.A., Luque-de-León E., Jiménez J.M. et al. Laparoscopic One-Anastomosis Gastric Bypass: Technique,

Results, and Long-Term Follow-Up in 1200 Patients. *Obes Surg.* 2017; 27: 1153-67. DOI: 10.1007/s11695-016-2428-1.

- Rutledge R., Walsh W. Continued excellent results with the mini-gastric bypass: six-year study in 2,410 patients. *Obes Surg.* 2005; 15: 1304-8.
- Mahawar K.K., Jennings N., Brown J. et al. «Mini» gastric bypass: systematic review of a controversial procedure. *Obes Surg.* 2013; 23 (11): 1890-8.

References:

- Deitel M., Gawdat K., Melissas J. Reporting weight loss. *Obes Surg.* 2007; 17: 565-8.
- Treatment of morbid obesity in adults. National clinical recommendations. [Lechenie morbidnogo ozhireniya u vzroslykh. Nacional'nye klinicheskie rekomendacii]. *Ozhirenie i metabolizm.* 2011; 3: 75-83 (in Russian).
- Russian National Bariatric Register. [Rossijskij nacional'nyj bariatricheskij reestr]. URL: www.bareoreg.ru/charts (in Russian). [Access for registered users only].
- Kular K.S., Manchanda N., Rutledge R. A 6-year experience with 1,054 mini-gastric bypasses – first study from Indian subcontinent. *Obes Surg.* 2014; 24: 1430-5.
- Jammu G.S., Sharma R. A 7-year clinical audit of 1107 cases comparing sleeve gastrectomy, Roux-en-Y gastric bypass, and mini-gastric bypass, to determine an effective and safe bariatric and metabolic procedure. *Obes Surg.* 2016; 26: 926-32.
- Carbajo M.A., Luque-de-León E., Jiménez J.M. et al. Laparoscopic One-Anastomosis Gastric Bypass: Technique, Results, and Long-Term Follow-Up in 1200 Patients. *Obes Surg.* 2017; 27: 1153-67. DOI: 10.1007/s11695-016-2428-1.
- Rutledge R., Walsh W. Continued excellent results with the mini-gastric bypass: six-year study in 2,410 patients. *Obes Surg.* 2005; 15: 1304-8.
- Mahawar K.K., Jennings N., Brown J. et al. «Mini» gastric bypass: systematic review of a controversial procedure. *Obes Surg.* 2013; 23 (11): 1890-8.

Сведения об авторах:

Самойлов Владимир Сергеевич – к.м.н., зав. отделением эндокринной, метаболической и висцеральной хирургии, бариатрический хирург НУЗ «ДКБ на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД». Тел.: +7(903)5416412. E-mail: vssamoylov@yandex.ru.

Новомлинский Валерий Васильевич – д.м.н., профессор, врач высшей категории, отличник здравоохранения, главный врач НУЗ «ДКБ на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД»; зав. кафедрой производственной медицины ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ.

Малкина Наталья Александровна – врач-хирург отделения эндокринной, метаболической и висцеральной хирургии НУЗ «ДКБ на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД». Тел. +7(930)4047236. E-mail: nat76620664@mail.ru.

About the authors:

Samoylov Vladimir Sergeevich – PhD, Head of Department of Endocrine, Metabolic and Visceral Surgery, Bariatric surgeon, RCH at the station Voronezh-1 JSC «Russian Railways». Tel.: +7(903)5416412. E-mail: vssamoylov@yandex.ru.

Novomlinskiy Valery Vasilievich – MD, Professor, Awarded Specialist in Healthcare Service, Chief Physician of RCH at the station Voronezh-1 JSC «Russian Railways»; Head of Department of Industrial Medicine, Voronezh SMU n.a. N.N. Burdenko HM of RF.

Malkina Natalia Alexandrovna – Surgeon, Department of Endocrine, Metabolic and Visceral Surgery, RCH at the station Voronezh-1 JSC «Russian Railways». Tel. +7(930)4047236. E-mail: nat76620664@mail.ru.