

DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-170-10-96-100

УДК 616.33/.342•036.12:577.3

Гастроинтестинальные осложнения в позднем послеоперационном периоде после продольной резекции желудка

Серкова М. Ю., Бакулин И. Г.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 191015, Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул. 41

Gastrointestinal complications in the late postoperative period after longitudinal resection of the stomach

M. Yu. Serkova, I. G. Bakulin

Federal public budget educational institution of higher education "North-West State Medical University n.a. I. I. Mechnikov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 191015, Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya Str. 41

Для цитирования: Серкова М. Ю., Бакулин И. Г. Гастроинтестинальные осложнения в позднем послеоперационном периоде после продольной резекции желудка. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;170(10): 96–100. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-170-10-96-100

For citation: M. Yu. Serkova, I. G. Bakulin Gastrointestinal complications in the late postoperative period after longitudinal resection of the stomach. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;170(10): 96–100. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-170-10-96-100

✉ Corresponding author:

Серкова Маргарита Юрьевна
Margarita Yu. Serkova
serkova.margarita@yandex.ru

Серкова Маргарита Юрьевна, к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса

Бакулин Игорь Геннадьевич, д.м.н., профессор заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса

Margarita Yu. Serkova, assistant of the Chair of the Propedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Dietology n.a. S. M. Riss: [ORCID: orcid.org/0000-0001-9600-3131](https://orcid.org/0000-0001-9600-3131)

Igor G. Bakulin, MD, PhD, professor, Head of the Chair of the Propedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Dietology n.a. S. M. Riss: [ORCID: orcid.org/0000-0002-6151-2021](https://orcid.org/0000-0002-6151-2021)

Резюме

Цель статьи. Показать проблемы нарушения пищевого поведения, особенностей психосоциальных характеристик пациентов с морбидным ожирением и связанные с ними гастроинтестинальные осложнения в позднем послеоперационном периоде после проведения бариатрического вмешательства.

Основные положения. Ожирение является актуальной медико-социальной проблемой и требует пожизненного лечения. При тяжелых формах ожирения хирургические методы лечения остаются безальтернативными. В работе представлены данные литературы о эпидемиологии ожирения, методах лечения морбидного ожирения, риске развития осложнений, с которым сопряжена бариатрическая хирургия. Приведенный клинический случай демонстрирует развитие гастроинтестинальных осложнений, возникших у пациентки в позднем послеоперационном периоде, основной составляющей развития которых явились несоблюдение режима питания и диетических рекомендаций после бариатрического вмешательства и особенности психо-социальных характеристик пациентки.

Заключение. При лечении гастроинтестинальных осложнений хирургического лечения морбидного ожирения необходимо учитывать особенности пищевого поведения, высокую вероятность нарушения диетических рекомендаций и режима питания, личностные характеристики пациентов. Пациентам, перенесшим бариатрические операции, рекомендуется длительно находиться под наблюдением мультидисциплинарной команды специалистов, имеющих опыт лечения медицинских, психологических и гастроэнтерологических побочных эффектов бариатрических операций.

Ключевые слова: морбидное ожирение, бариатрическая хирургия, пищевое поведение

Summary

Objective of the Paper. To update the problems of eating disorders and psychosocial characteristics of patients with morbid obesity and associated gastrointestinal complications after bariatric intervention in the late postoperative period.

Key Points. Obesity is an urgent medical and social problem that increases the cost of medical care and worsens the quality of life of patients and requires lifelong treatment. In severe forms of obesity, surgical methods of treatment remain uncontested. The paper presents the literature data on the epidemiology of obesity, methods of treatment of morbid obesity, the risk of complications associated with bariatric surgery. We present our own observation of the clinical case, demonstrating the development of gastrointestinal complications that occurred in the patient in the late postoperative period, the main component of the development of which were non-compliance with the diet and diet after bariatric intervention and especially the psycho-social characteristics of the patient.

Conclusion. In the treatment of gastrointestinal complications of surgical treatment of morbid obesity, it is necessary to take into account the peculiarities of eating behavior, violation of dietary recommendations, diet, personal characteristics of patients. Patients who have undergone bariatric surgery are recommended to be under the supervision of a multidisciplinary team of specialists with experience in the treatment of medical, psychological and gastroenterological side effects of bariatric surgery for life.

Keywords: morbid obesity, bariatric surgery, nutritional behavior

Введение

Ожирение – глобальная медико-социальная проблема человечества, увеличивающая расходы на медицинскую помощь, ухудшающая качество жизни пациентов. Ожирение является фактором риска многих тяжелых, инвалидизирующих заболеваний. Избыточный вес и ожирение относятся к числу пяти основных факторов риска смерти. Ежегодно по меньшей мере 2,8 млн взрослых умирают по причине избыточного веса или ожирения. Избыточным весом и ожирением обусловлены 44% диабета, 23% ишемической болезни сердца, от 7 до 41% онкологических заболеваний. 80–90% неалкогольной жировой болезни печени выявляется у лиц с ожирением, при этом следует ожидать, что высокая степень стеатоза является отражением активности накопления жира в печени. В России по данным Министерства здравоохранения России на 2009 г. у 2–4% взрослого населения встречается морбидное ожирение [1, 2]. Морбидное ожирение – результат того, что многие экзогенные и эндогенные причины и патогенетические механизмы вовлечены в формирование нарушения пищевого поведения, извращения адекватных энергозатрат как на уровне центральных гипоталамо-гипофизарных структур, так и на уровне собственно жировой ткани. Практически все пациенты, страдающие морбидным ожирением, имеют метаболический синдром – состояние, объединяющее нарушения углеводного обмена, в том числе сахарный диабет, инсулинорезистентность, нарушения липидного обмена, сердечно-сосудистую патологию и т.д. [3]. Риски развития сердечно-сосудистых катастроф, онкологических заболеваний, нарушения репродуктивной функции, психических расстройств в сотни раз выше у лиц с морбидным ожирением, чем у людей без ожирения. На фоне традиционной терапии не более 10% больных морбидным ожирением могут достичь желаемого результата лечения. Результаты длительного наблюдения за большими когортами пациентов показывают, что, несмотря на применение различных программ снижения веса, включающих диетотерапию, фармакотерапию и физические нагрузки, в течение 10 лет не только не происходит снижения массы тела, но отмечается ее увеличение. Хирургическое лечение

при ожирении является единственной мерой, доказавшей свою эффективность в плане снижения массы тела у больных с морбидным ожирением на срок более 10 лет. В то же время эти методы лечения требуют больших затрат и имеется определенный риск развития осложнений как в ранний, так и в поздний послеоперационный период [4].

К хирургическим методам лечения относятся: бариатрические операции – хирургические вмешательства, выполняемые на органах пищеварительного тракта с целью снижения массы тела; рестриктивные (гастроограничительные) операции направлены на уменьшение размеров желудка; мальабсорбтивные (шунтирующие) и комбинированные операции направлены на шунтирование различных отделов тонкой кишки, уменьшающее абсорбцию пищи. Эффективность хирургического лечения определяется: показателями, характеризующими снижение массы тела; воздействием на течение связанных с ожирением заболеваний; изменением качества жизни пациентов. Хирургическое лечение рекомендуется проводить при морбидном ожирении и неэффективности ранее проводимых консервативных мероприятий у лиц в возрасте 18–60 лет: при ИМТ > 40 кг/м² (независимо от наличия сопутствующих заболеваний); при ИМТ > 35 кг/м² и наличии тяжелых заболеваний, на течение которых можно воздействовать путем снижения массы тела (уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1) [5]. Противопоказаниями к хирургическому лечению ожирения являются: обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; беременность; онкологические заболевания; психические расстройства: тяжелые депрессии, психозы (в том числе, хронические), злоупотребление психоактивными веществами (алкоголем, наркотическими и иными психотропными), некоторые виды расстройств личности (психопатий); заболевания, угрожающие жизни в ближайшее время, необратимые изменения со стороны жизненно важных органов (хроническая сердечная недостаточность III–IV функциональных классов, печеночная, почечная недостаточность и др.) [7]. Необходимо учитывать и возможные осложнения после оперативного

лечения морбидного ожирения как в ранний послеоперационный период (внутрибрюшное кровотечение; несостоятельность швов желудка; повреждение переднего блуждающего нерва, непроходимость анастомоза, тромбоэмболия легочной артерии), так и в поздний послеоперационный период (дисфагия, развитие рубцового сужения анастомоза, пептическая язва анастомоза гастро-эзофагеальный рефлюкс, демпинг-синдром, недостаточность витамина B12, камнеобразование в желчном пузыре, запоры, восстановление исходного веса). В обязательном порядке пациентам необходимо соблюдать общие принципы диетотерапии, как на этапе подготовки к операции, так и в дальнейшем. Рекомендовано: распределение суточной калорийности на 3 основных и 2 промежуточных приема пищи, для каждого приема пищи выделять не менее 30–45 минут, прием жидкости отделить от принятия пищи – за 30 минут до или после, жидкость употреблять маленькими глотками, соблюдать норму потребления чистой жидкости 1400–1800 мл в сутки, содержание жиров в порции не должно превышать 5 г, исключить из рациона продукты с высоким содержанием сахара (> 10 г на порцию), перед проглатыванием пищу разжевывать до жидкой консистенции, исключить продукты, имеющие потенциальную способность вызывать обструкцию: воздушную кукурузу, орехи, перегородки цитрусовых, хурму, семечки, изделия с цельными зёрнами, измельчать очень плотную пищу [8].

Результатом бариатрического вмешательства является не косметический эффект, а лечение угрожающих жизни заболеваний, связанных с ожирением, улучшение качества жизни пациентов, восстановление их трудоспособности, социальная адаптация. Соблюдение режима питания и диеты после бариатрического вмешательства является очень важной составляющей профилактики осложнений в послеоперационном периоде. Тенденция к набору веса может наблюдаться через 2–3 года после операции и, как правило, является следствием нарушений правил приема пищи пациентами: употребление пищи после момента насыщения, слишком быстрый прием пищи, употребление газированных напитков [9–11].

Клинический пример: пациентка Б., 40 лет, поступила на гастроэнтерологическое отделение клиники им. Петра Великого СЗГМУ им. И. И. Мечникова в январе 2018 года с жалобами на ноющие боли умеренной интенсивности в эпигастриальной области, переходящие в левое подреберье, затем в спину и правое подреберье, возникающие после приема пищи, вздутие живота, периодическое послабление стула, кислый привкус во рту по утрам, изжогу, общую слабость, нарушение сна, повышенную потливость в ночное время, нервозность.

Из анамнеза заболевания: в октябре 2015 года в центре комплексного лечения ожирения и метаболических нарушений городской больницы Святого Георгия пациентке была проведена лапароскопическая продольная резекция желудка, по поводу ожирения 3 степени, достигнут эффект в виде снижения массы тела со 150 кг до 90 кг за 6 месяцев.

В апреле 2016 года стала отмечать сильную слабость, повышенную утомляемость. Обратилась к терапевту по месту жительства. После обследования со слов пациентки в биохимическом анализе крови было выявлено повышение показателей АЛТ, АСТ. Было проведено лечение: препараты калия, магния, гепатопротекторы – с положительным эффектом.

Через месяц после терапии, в мае 2016 года почувствовала ухудшение самочувствия, отметила появление умеренных ноющих болей опоясывающего характера после приема пищи, вздутие живота. Самостоятельно обследовалась: по результатам УЗИ органов брюшной полости (май 2016 года) выявлено наличие билиарного сладжа. Была назначена медикаментозная терапия курсом на 1 месяц: УДХК (500 мг в сутки), спазмолитические препараты, ИПП 40 мг в сутки, ферментные средства 10 000 ЕД 3 раза в сутки с положительным эффектом.

Через 2 месяца после курса терапии появились боли в эпигастриальной области, самостоятельно принимала спазмолитические препараты с незначительным положительным эффектом. В ноябре 2016 года боли значительно усилились, пациентка обратилась к гастроэнтерологу в клинику МЧС. По УЗИ органов брюшной полости от ноября 2016 года: ЖКБ, УЗ-признаки хронического калькулёзного холецистита, незначительное увеличение печени, умеренные диффузные изменения поджелудочной железы по типу хронического панкреатита. ФЭГДС от ноября 2016 года: состояние после продольной резекции желудка.

В ноябре 2016 года была проведена холецистэктомия по поводу ЖКБ. Через некоторое время боли возобновились, обратилась к терапевту по месту жительства, было назначено лечение: прокинетики, спазмолитические препараты, ферментные средства 10 000 ЕД 3 раза в сутки – с положительным эффектом.

В конце августа 2017 года почувствовала ухудшение самочувствия: боли усилились, болевой синдром стал беспокоить после каждого приема пищи. Обратилась к гастроэнтерологу по месту жительства, было назначено обследование. По результатам МРТ органов брюшной полости от августа 2017 года выявлено: МР-признаки состояния после холецистэктомии, умеренного выраженного хронического панкреатита. Убедительных МР-данных за наличие объёмных образований в брюшной полости не получено. По ФЭГДС от августа 2017 года: Недостаточность кардии, рубцовая деформация желудка (продольная резекция желудка 2015 год), катаральный рефлюкс-гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс. По ФКС от августа 2017 года: органическая патология не выявлена. Получала медикаментозную терапию: прокинетики, спазмолитические препараты, ИПП с незначительным положительным эффектом. Болевой абдоминальный синдром, диспептический синдром беспокоили пациентку в течение последующих двух месяцев.

Консультация гастроэнтеролога от ноября 2017 год – назначенная терапия: прокинетики, спазмолитические препараты, препараты железа, ИПП – без эффекта. Последнее ухудшение самочувствия

отмечает с января 2018 года. Возобновились опоясывающие боли ноющего характера, умеренной интенсивности после каждого приёма пищи. Гастроэнтерологом по месту жительства была рекомендована плановая госпитализация в гастроэнтерологическое отделение для дообследования и лечения.

Из анамнеза жизни: образование высшее, работает воспитателем в детском саду. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает в отдельной квартире с сыном. Вредные привычки: курение до 20 сигарет в сутки с 1993 года. Употребление алкогольных напитков и наркотических средств отрицает. Перенесенные заболевания: бронхиальная астма, ремиссия. Наблюдается у психотерапевта и до бариатрической операции проходила курс лечения антидепрессантами.

Объективные данные: Состояние: удовлетворительное. Тип телосложения нормостенический. Вес 74 кг. Рост 161 см. ИМТ= 28,5 кг/м². Кожа иктеричная, сухая. Тurgор снижен. ЧСС= 90 уд. в мин. Пульс 90 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительных свойств. Артериальное давление: 110/70 мм. рт.ст. на обеих плечевых артериях. ЧДД= 18 в мин. Язык обложен налетом жёлтого цвета у корня. Живот в дыхании участвует, правильной формы, увеличен за счет подкожной жировой клетчатки, симметричный. При пальпации – мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Край печени на уровне реберной дуги, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, 4 типа по Бристольской шкале, чередуется с 5/6 типом, без примесей крови и слизи.

По данным лабораторных (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, амилаза мочи, копрологическое исследование) и инструментальных методов обследования в период настоящей госпитализации выявлено: клинический анализ крови от 19.01.2018 года: признаки железодефицитной анемии. По результатам остальных лабораторных исследований – показатели без отклонений от нормальных значений. ЭГДС (от 17.01.2018 г.): Картина гастрита, рубцовой деформации тела желудка (опер. – продольная резекция желудка 2015 г.), недостаточности кардии. Рентгеноскопия желудка (30.01.2018 г.): Состояние после продольной резекции желудка. Органических изменений со стороны пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки не выявлено. УЗИ органов брюшной полости (18.01.2018 г.):

состояние после холецистэктомии, дополнительных патологических изменений не выявлено.

По поводу выраженного тревожно-депрессивного синдрома была консультирована психиатром: рекомендовано продолжить прием антидепрессантов, нейролептиков, наблюдение в психо-неврологическом диспансере по месту жительства.

При анализе пищевого дневника выявлены выраженные признаки нарушения пищевого поведения: пациентка систематически переедает, употребляет большое количество углеводов, жиров, после чего отмечает появление абдоминального дискомфорта. Во время беседы пациентка осознает избыточное употребление пищи, однако относится к этому не критично, так как прием пищи для пациентки связан с положительными эмоциями.

Пациентке был поставлен клинический диагноз: Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия (2016 г.). Постхолецистэктомический синдром. Синдром оперированного желудка. Состояние после продольной резекции желудка (2015), нарушения эзофагокардиальной и гастродуоденальной моторики, рубцовая деформация желудка. Хронический поверхностный гастрит культи желудка. Хронический билиарнозависимый панкреатит без клинических признаков внешнесекреторной недостаточности. Соматизированное расстройство. Нарушение пищевого поведения.

Рекомендовано: наблюдение гастроэнтеролога, психотерапевта, диетолога амбулаторно. Соблюдение диетических рекомендаций. Медикаментозная терапия: препараты железа, спазмолитические, желчегонные, антацидные препараты, препараты с анксиолитическим действием курсом до 3-х месяцев. Прием витаминно-минерального комплекса в течение месяца 1 раз в 3 месяца. Решение о назначении ферментативных препаратов по результатам анализа кала на панкреатическую эластазу. Прием препаратов согласно рекомендации психиатра.

Приведенный клинический пример иллюстрирует нарушение пищевого поведения, характерное для данной категории больных, типичный психологический портрет пациента с морбидным ожирением, демонстрирует возникновение ряда гастроинтестинальных осложнений бариатрической хирургии, сопряженных как с нарушением диетических рекомендаций, так и изменениями, которые происходят в организме за достаточно короткий промежуток времени.

Заключение

Консервативные методы лечения дают стабильный и долгосрочный результат при индексе массы до 35 кг/м². Консервативное лечение пациентов с индексом массы 40 кг/м² и выше неэффективно. При морбидных формах ожирения хирургические методы лечения остаются безальтернативными. На этапе подготовки к хирургическому лечению морбидного ожирения необходимо учитывать психо-социальные характеристики пациента, наличие сопутствующей гастроинтестинальной патологии, что поможет минимизировать риски поздних

послеоперационных осложнений. Рекомендовано включать в план обследования кандидата на выполнение бариатрической операции обязательную консультацию психиатра (с добровольного согласия на нее пациента), имеющего опыт в психопатологии ожирения.

Пациентам, перенесшим хирургическое лечение, рекомендуется пожизненно находиться под наблюдением мультидисциплинарной команды, имеющей опыт лечения медицинских, психологических и психиатрических последствий бариатрических

операций. При хирургическом лечении морбидного ожирения необходимо учитывать особенности пищевого поведения пациентов, личностные особенности пациентов, а также разрабатывать

алгоритм профилактики наиболее частых гастроинтестинальных осложнений обучать пациентов правильному и адекватному питанию в условиях изменения конституции органов пищеварения.

Литература | References

1. Кляритская И.Л., Стилиди Е.И., Максимова Е.В. Морбидное ожирение и ассоциированная патология: алгоритм ведения больных. Крымский терапевтический журнал. 2015. № 1 (24). С. 43–48.
Klyaritskaya I. L., Stilidi E. I., Maksimova E. V. Morbid obesity and associated pathology: an algorithm for management patients. Crimean therapeutic journal. 2015;1 (24):43–48. (In Russ).
2. Бакулин И. Г., Сандлер Ю. Г., Кейян В. А., Винницкая Е. В. и др. Оценка стеатоза печени с помощью неинвазивного метода: миф или реальность? Доктор.Ру. Гастроэнтерология. 2015. № 12 (113). С. 57–64.
Bakulin I. G., Sandler Yu. G., Keyyan V. A. et al. Evaluation of liver steatosis using a non-invasive method: myth or reality? Doctor.Ru. Gastroenterology. 2015;12 (113): 57–64. (In Russ).
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В. и соавт. Лечение морбидного ожирения у взрослых. Ожирение и метаболизм. 2018. Т. 15. № 1. С. 53–70.
Dedov I. I., Melnichenko G. A., Shestakova M. V. et al. Treatment of morbid obesity in adults. Obesity and metabolism. 2018, vol. 15, no. 1, pp. 53–70. (In Russ).
4. Фишман М.Б., Седов В.М., Соловьёва М.О. и др. Опыт лечения ожирения и метаболического синдрома. Седьмой Российский симпозиум «Хирургическое лечение ожирения и метаболических нарушений». Анналы хирургии (приложение). Екатеринбург, 2013. С. 55–56.
Fishman M. B., Sedov V. M., Solovyova M. O. et al. Experience in the treatment of obesity and metabolic syndrome. Seventh Russian Symposium "Surgical treatment of obesity and metabolic disorders." Annals of Surgery (Appendix). Yekaterinburg, 2013, pp. 55–56. (In Russ).
5. Клинические рекомендации по бариатрической и метаболической хирургии. М.: Российское общество бариатрических хирургов, 2014.
Clinical guidelines for bariatric and metabolic surgery. M.: Russian Society of Bariatric Surgeons, 2014. (In Russ).
6. Лечение морбидного ожирения у взрослых. Национальные клинические рекомендации. М., 2012. 20 с.
Treatment of morbid obesity in adults. National clinical guidelines. M., 2012, 20 P. (In Russ).
7. Пряхин А.Н. Хирургическое лечение ожирения. Продольная резекция желудка: учебное пособие. Челябинск, 2015. 39 с.
Pryakhin A. N. Surgical treatment of obesity. Longitudinal resection of the stomach: study guide. Chelyabinsk. 2015, 39 p. (In Russ).
8. Яшков Ю.И., Луцевич О.Э., Бордан Н.С. и др. Продольная резекция желудка при ожирении – результаты 5-летних наблюдений. Эндоскопическая хирургия. 2014. № 1. С. 479–480.
Yashkov Yu. I., Lutsevich O. E., Bordan N. S. et al. Longitudinal resection of the stomach in obesity – the results of 5-year observations. Endoscopic surgery. 2014, no. 1, pp. 479–480. (In Russ).
9. Fabricatore A.N, Crerand C.E, Wadden T.A et al. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. Obes Surg. 2005, no. 15, pp. 567–573.
10. Madalosso CA, Gurski RR, Callegari-Jacques SM, Navarini D. The impact of gastric bypass on gastroesophageal reflux disease in patients with morbid obesity: a prospective study based on the Montreal Consensus. Ann Surg. 2010;251(2): 244–248.
11. Неймарк А.Е., Еганын Ш.А., Гринева Е.Н. Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций. Consilium Medicum. 2016;18(4):53–56.
Neymark A. E., Eganyan Sh. A., Grineva E. N. Psychological assessment of the patients before and after bariatrics urgery. Consilium Medicum. 2016;18(4):53–56. (In Russ).