

Антирефлюксная гастропластика у больных с морбидным ожирением и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

В.П. Кочуков, А.Г. Кирпичев, А.А. Ложкевич, И.А. Казьмин,
И.Л. Самойленко, Е.М. Бачурина, Е.Г. Островерхова
ФГУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Количество больных, страдающих ожирением, увеличивается год от года. Ожирение является актуальной проблемой и во всем мире приобретает характер пандемии. У 40 % больных с ожирением имеются признаки недостаточности пищевода-желудочного перехода и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Выполнение лапароскопической операции при морбидном ожирении не решает проблему устранения пищевода-желудочного рефлюкса. Авторы приводят клиническое наблюдение больной, у которой одновременно произведено лапароскопическое устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и использована оригинальная методика гастропластики. Получены хорошие непосредственные результаты.

Ключевые слова: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, морбидное ожирение, лапароскопическая фундопликация.

A number of patients suffering of obesity is increasing every year. This problem is actual worldwide and is acquiring a character of pandemia. 40 % of obese patients have signs of insufficiency of gastro-esophageal transition and have a hernia of esophageal opening in the diaphragm. Laparoscopic interventions in morbid obesity are not always effective in eliminating gastro-esophageal reflux. The authors propose their clinical experience when they simultaneously make laparoscopic correction of hernia defect in the esophageal opening in the diaphragm and make an original gastropasty. The obtained results are good.

Key words: hernia of esophageal opening in the diaphragm, morbid obesity, laparoscopic fundoplasty

По определению американского общества диетологов, ожирение — это хроническое заболевание обмена веществ, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее определенный круг осложнений и обладающее высокой вероятностью рецидива после окончания лечения».

По данным ВОЗ, предполагается двукратное увеличение числа больных ожирением к 2025 г. по сравнению с 2000 г. К этому времени число больных ожирением может достигнуть 45–50% населения США, 30–40% в других промышленно развитых странах.

Начиная с 1985 по 2006 г., по данным американских экспертов Государственного центра профилактики и контроля заболеваний, число американцев, страдающих ожирением, возросло приблизительно в 3 раза. Около 60 млн человек, или треть населения США, на сегодняшний день страдают ожирением.

В Российской Федерации более 40% населения имеет избыточную массу тела, у 26% избыточная масса тела рассматривается как ожирение.

В России темпы роста заболеваемости ожирением сравнимы с таковыми в странах Европы и Северной Америки.

Среди взрослого населения на лиц с избыточной массой тела и ожирением ежегодно приходится около 80% случаев сахарного диабета 2-го типа, 35% случаев ишемической болезни сердца (ИБС) и 55% случаев гипертонической болезни, а также более 1 млн летальных исходов.

Кроме того, избыточная масса тела и ожирение являются факторами риска развития ИБС, гипертонической болезни, рака ободочной кишки, рака молочной железы, рака эндометрия и остеоартрита, а также оказывают нега-

тивное влияние на психоэмоциональное здоровье людей и качество жизни.

Почти у 40% больных с ожирением наблюдаются гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, вследствие этого коррекция грыж пищеводного отверстия диафрагмы в сочетании с хирургическим вмешательством на желудке является актуальной проблемой у этой категории больных.

На сегодняшний день выполняются следующие оперативные вмешательства, направленные на снижение массы тела больных:

- эндоскопическое лечение с применением внутрижелудочного баллона — метод, недостаточно эффективный и дающий высокий процент рецидива ожирения;
- регулируемое бандажирование желудка, в том числе лапароскопическое (лапароскопическое желудочное бандажирование), — наиболее часто применяемая операция.

Среди других операций применяются желудочное шунтирование, рукавная гастрэктомия, билиопанкреатическое шунтирование.

Все эти операции имеют показания и противопоказания и используются в зависимости от приверженности авторов к той или иной методике.

При выполнении лапароскопической операции с шунтированием желудка по Ру, лапароскопической операции бандажирования желудка и лапароскопической гастропластики, рукавной резекции желудка («sleeve gastrectomy») у большинства пациентов отмечено появление или усиление изжоги как следствие недостаточности кардии и наличие грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Это обстоятельство объяснимо,

так как при рукавной гастрэктомии разрушается клапанный механизм пищеводно-желудочного перехода, который превращается в совершенно прямую трубку, развивающийся рефлюкс-эзофагит приводит к развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и тяжелых форм эзофагита.

Наиболее патогенетически обоснованной и благоприятной операцией является модифицированная антирефлюксная гастропластика, при этом, кроме рукавной гастропластики, используются приемы антирефлюксной операции (Ниссен).

При выполнении этой операции малая кривизна желудка превращается в длинную (15–20 см) узкую трубку, от антрального отдела до угла Гисса. Абдоминальная часть пищевода мобилизуется, выполняется крурорафия, с наложением двух нерассасывающихся швов, формируется 360° антирефлюксная манжетка. Использование данной методики позволяет почти полностью исключить желудочно-пищеводный рефлюкс.

Нами предложена методика выполнения у больных с морбидным ожирением в сочетании с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы лапароскопической гастропластики с фундопликацией по Ниссену – Розетти.

Суть операции заключается в следующем: на первом этапе выполняем крурорафию и фундопликацию по Ниссену – Розетти с целью устранения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, затем производим гастропластику, сборирование (инвагинирование в просвет желудка) передней стенки желудка, начиная от дна желудка по большой кривизне до привратника. При этом продольно собираем несколькими нерассасывающимися швами (4–5 швов) переднюю стенку желудка, начиная от дна желудка, чуть ниже манжетки, доходя до привратника. После выполнения этого этапа желудок превращается в трубку, приближающуюся по диаметру к пищеводу.

При мобилизации кардии и дистального отдела пищевода ассистент путем тракции зажимом Беккокка совершает тракцию желудка вниз, после освобождения дна желудка и зоны пищеводно-желудочного перехода выделяются ножки диафрагмы, затем выполняется крурорафия. Количество швов зависит от размера дефекта, в среднем накладываем 2–3 шва. Иногда при больших параэзофагеальных грыжах необходимо выполнить переднюю и заднюю крурорафию. Затем приступаем к формированию фундапликационной манжетки по Ниссену – Розетти. При этом в формировании широкой манжетки участвует передняя стенка желудка, что в последующем препятствует развитию «Nissen-синдрома соскальзывания манжетки». Использование такой методики позволяет отказаться от рукавной резекции желудка, что чревато осложнениями в послеоперационном периоде, мы также считаем, что предложенная методика является наиболее физиологичным способом уменьшения объема желудка. Необходимо отметить, что у больной после ранее использованной методики установки эндоскопического баллона объем желудка несколько увеличился.

Приводим клиническое наблюдение.

Б о л ь н а я Х., 47 лет, поступила в плановом порядке для оперативного лечения 03.08.10 г. Из анамнеза известно, что в течение более 10 лет отмечает изжогу, отрыжку воздухом, горечь во рту, периодический болевой синдром в эпигастрии, срыгивание после приема пищи при

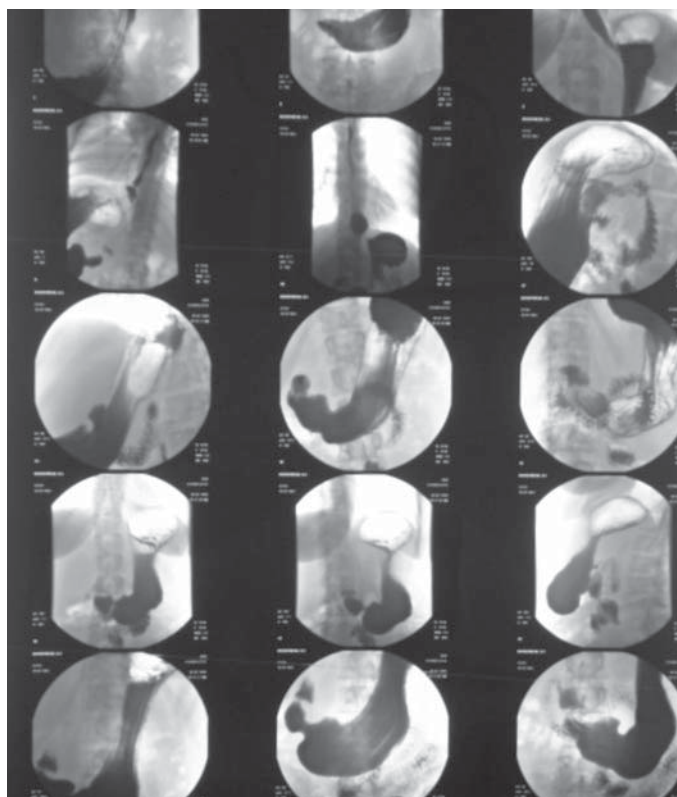


Рис. 1. Рентгеноскопия желудка до операции.

наклоне туловища вниз. Больная лечилась амбулаторно у гастроэнтеролога с кратковременным эффектом, кроме того, больная страдала избыточной массой тела, при росте 150 см масса тела составляла 78 кг. С целью похудения больной устанавливали эндоскопически внутрижелудочный баллон, эффект от этой методики отсутствовал. В дальнейшем лечилась медикаментозно, помимо этого, часто практиковала вызов самопроизвольной рвоты с целью освобождения желудка после приема пищи. При эзофагогастроскопии и рентгенокопии у больной выявлена аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточность кардии, со стороны других органов и систем без патологии (рис. 1).

В связи с тем что больная испытывает огромное желание похудеть, а самостоятельно с этим не может справиться и настаивала на «уменьшении объема желудка», после консультации с психоневрологом больной предложено провести лапароскопическую фундопликацию и гастропластику.

04.08.10 г. выполнена операция под эндотрахеальным наркозом, лапароскопическая фундопликация по Ниссену Розетти, задняя крурорафия с наложением двух швов и гастропластика (сборирование желудка) по вышеописанной методике. Послеоперационный период без осложнений, на 3-и сутки в удовлетворительном состоянии выписана домой, швы сняты амбулаторно на 7-е сутки. В течение месяца больная похудела на 3 кг, симптомы, которые беспокоили больную ранее, исчезли. Необходимо отметить, что после приема 150–160 мл пищи наступает насыщение. Больная осмотрена через месяц, при рентгенокопии желудка отмечены уменьшение объема желудка и достаточно хорошо функционирующая фундапликационная манжетка (рис. 2).

На момент осмотра жалоб нет, состояние удовлетворительное, ведет активный образ жизни, отмечает улучшение качества жизни.

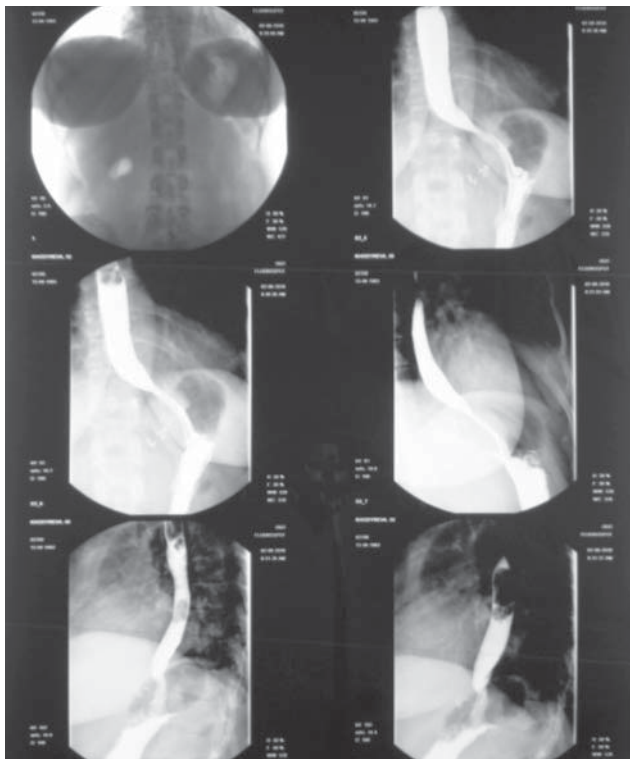


Рис. 2. Рентгеноскопия желудка после операции.

Таким образом, у больных с морбидным ожирением в сочетании с грыжами пищевода отверстия диафрагмы лапароскопическая фундопликация по Ниссену – Розетти

с методикой сбора желудка с целью уменьшения объема желудка является наиболее физиологичной операцией, отвечающей требованиям бариатрической хирургии, кроме того, позволяет устранить пищеводно-желудочный рефлюкс как неизменный спутник больных, страдающих ожирением.

При этом риск развития осложнений существенно ниже, чем при желудочном шунтировании.

Риск развития такого типичного осложнения, как желудочно-пищеводный рефлюкс, сведен к минимуму.

Литература

1. Эфендиев В.М., Шкипарева В.М. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита. *Хирургия*. N 2. – 1995. – С. 58–62.
2. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищевода отверстия диафрагмы. *Медпрактика*. – М. – 2003. – 171 с.
3. Седов В.М., Фишман М.Б., Lantsberg L. Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка как способ лечения ожирения и сопутствующих метаболических нарушений. *Эндоскопическая хирургия*. – N5. – 2008. – С. 27–31.
4. Феденко В.В., Евдошенко В.В. *Бариатрическая хирургия*. – 2008. – 44 с. «75 лет в медицине Gitti».
5. Егизев В.Н., Зорин Е.А., Кевин М.А. Симультанное лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка и фундопликация по Тоурет. *Непосредственные и отдаленные результаты. Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского*. – Т.5, N1. – 2010. «Материалы XIII съезда Общества эндоскопических хирургов России», 17–19 февраля 2010 г., Москва. – С. 243–244.

Остеосаркома плечевой кости

С.В. Одинцов, С.П. Морозов, А.С. Люсов

ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Приведено клиническое наблюдение больного со злокачественной опухолью костной системы человека – остеосаркомой, описаны клинические проявления, методы диагностики и лечения, а также послеоперационный прогноз у больных с этим злокачественным новообразованием.

Ключевые слова: остеосаркома, плечевая кость.

The authors describe their clinical observation of treating a patient with malignant tumour of the bone system in human organism – osteosarcoma- and discuss clinical manifestations, diagnostic and curative techniques in such pathology as well as its prognosis.

Key words: osteosarcoma, humeral bone.

Клиническое наблюдение

В 2009 г. у пациента В., 34 лет, было выявлено уплотнение мягких тканей в области левого плечевого сустава. При рентгенологическом исследовании обнаружена литическая деструкция латерального края верхней трети плечевой кости. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) было выявлено дополнительное солидное образование (см. рисунок, а-к) размером до 6,1×5,4×12 см с неровными, нечеткими контурами, прорастающее в окружающие мягкие ткани.

Таким образом, по данным МРТ, диагностирована опухоль с инфильтративным ростом и деструкцией костной ткани – вероятнее всего, остеосаркома.

Проведенная трепанобиопсия с последующим гистологическим исследованием подтвердила диагноз остеосаркомы.

Больному были произведены субтотальная резекция плечевой кости с удалением опухолевой массы и протезирование плечевой кости металлическим эндопротезом.

Через 6 мес при контрольной МСКТ был выявлен рецидив опухоли на протяжении всей области плеча и верхней трети предплечья с несостоятельностью послеоперационных швов и прорастанием опухоли в подкожную жировую клетчатку, истончение кортикальных слоев дистального эпифиза плечевой кости, головки лучевой кости, а также локтевого и венечного отростков локтевой кости с диффузным снижением плотности костной структуры до 30 НУ, с кистовидной перестройкой, истончением, разряжением и деструкцией костной структуры. Также в мышечной области и мягких тканях плеча выявлялись увеличенные