

АНАЛИЗ СОБСТВЕННЫХ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРВЫХ 100 ОПЕРАЦИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО БАНДАЖИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА

М.Е. Марголин, Е.И. Марголина

ООО «Балтийский Центр исследования и лечения ожирения», г. Рига, Латвия

Марголин Максим Евсеевич, директор ООО «Балтийский Центр исследования и лечения ожирения», врач-хирург,

Марголина Елена Ивановна, врач-хирург,
LV-1003, Латвия, г. Рига, ул. Гребеньщикова, 1, каб. 242,
тел. 8-10 (371) 292-54-794,
e-mail: margolin@mits.lv

Статья посвящена анализу собственного материала по выполнению лапароскопического бандажирования желудка с целью лечения морбидного ожирения. Авторами разбираются наиболее часто встречающиеся трудности при выполнении вмешательства и возникающие в послеоперационном периоде, связанные с ними расстройства и осложнения. На основании накопленного опыта обоснован тезис о необходимости технического обеспечения операции и тщательной подготовки как со стороны медицинского персонала, так и пациента.

Ключевые слова: лапароскопическое бандажирование желудка, осложнения, оперативное лечение.

ANALYSIS OF OWN ERRORS OF THE FIRST 100 LAPAROSCOPIC GASTRIC BANDING

M.E. Margolin, E.I. Margolina

Baltic Centre for Obesity Research and Treatment, Riga, Latvia

Article is devoted to the analysis of own material on performance of laparoscopic gastric banding for the purpose of treatment of morbidly obesity. Authors considered most often meeting difficulties performing the operation and frustration arising in the postoperative period and complications. On the basis of the saved-up experience the thesis about need of technical ensuring operation and thorough preparation of the medical personnel and the patient is given.

The key words: laparoscopic gastric banding, complications, surgical treatment.

Введение

Резкий взрывной рост числа людей, страдающих ожирением, в последние десятилетия приобрел масштабы эпидемии [8,11]. Морбидное ожирение, характеризующееся индексом массы тела (ИМТ), превышающим 40 кг/м^2 , часто сопровождается различными сопутствующими заболеваниями и требует значительных расходов для длительного многолетнего лечения [1,3]. Альтернативой консервативного лечения выступает бариатрическая хирургия, предлагающая различные виды хирургического вмешательства на желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), имеющего своей целью сократить пациентом потребление излишних калорий с пищей, приводящее к ожирению. Типы бариатрических операций можно разделить на две группы: вмешательства, ограничивающие потребление рестриктивного типа (бандажирование желудка, гастрэктомия по малой кривизне, вертикальная гас-

тропластика с бандажированием, гастропликация) и операции, имеющие своей целью создание ятрогенной малабсорбции (операция Скопинаро, Фоби-Капеллы, илеоцеаноанастомозы и некоторые другие). Гастрошунтирование, широко распространенное в США и все более популярное в Западной Европе, можно рассматривать как синтез этих обоих направлений. Однако лапароскопическое бандажирование желудка является более распространенной операцией в европейских странах и достаточно широко применяемой в РФ и странах СНГ и Прибалтики [2,9,10].

Все большее количество хирургов начинают практиковать лапароскопическое бандажирование желудка и достаточно часто, особенно в начале своей деятельности, сталкиваются с различными осложнениями, возникающими как в ходе выполнения самого вмешательства, так и в послеоперационный период. Часто эти осложнения являются следствием

собственных ошибок различного характера [5,12]. Целью данной работы является анализ ошибок, совершенных при выполнении первых 100 операций лапароскопического бандажирования желудка.

Материалы и методы

В 2002-2009 годах выполнено 102 лапароскопических бандажирования желудка.

Использовались бандажи Lap-Band, SAGB (Jonhson-Jonhson) и Mini Mizer Extra. Клинический эффект не зависит от выбираемого типа бандажа [13]. Средний ИМТ перед операцией 43,0 кг\м² – 56% пациентов имели сопутствующий метаболический синдром. 12 % пациентов выполнена симультанная лапароскопическая холецистэктомия. ПЛВ через два года после операции составил 52,1%.

Результаты и обсуждение

1. Ошибки, связанные с установкой бандажа

При дооперационном обследовании пациентов очень важное техническое значение, наряду со стандартными исследованиями, имеет ультрасонографическое исследование печени.

Практически у всех пациентов с морбидным ожирением при УС определяется жировой гепатоз печени, характеризующийся изменением плотности органа и увеличением ее размеров. Однако очень важно знать точные размеры печени, особенно ее левой доли, поскольку гипертрофия печени за счет левой доли, прикрывающей кардиальную часть желудка, вокруг верхней части которой и создается туннель для установки бандажа, может вызывать большие технические сложности и даже невозможность выполнения лапароскопического вмешательства. Большая левая доля печени занимает собой все пространство и лишает обзора и доступа инструментов к операционному полю. В нашей практике было 3 случая конвертации вмешательства.

Профилактика: отдельные авторы рекомендуют жесткую двух-трехнедельную диету непосредственно перед операцией (до 800-1000 килокалорий в день), добиваясь уменьшения объема печени при этом на 25-30%. Мы практиковали в качестве первого этапа лечения у 4 пациентов установку внутрижелудочного баллона (BIB) со сроком экспозиции 6 месяцев и спустя 5-7 дней после извлечения его производили успешное лапароскопическое бандажирование. Иногда для обеспечения большей подвижности левой доли печени можно рассечь левую треугольную связку печени.

Мы практикуем т.н. «4-х троакарное бандажирование», используя 3 10-мм и 1 15-мм троакары. Важным обстоятельством представляется расположение троакаров: 10-мм троакар, размещенный в правой мезогастральной области, должен располагаться на 2-4 см ниже 15-мм, установленного с левой стороны, поскольку печеночная связка может быть достаточно протяженной для того, чтобы представить собой значительное анатомическое препятствие для проведения инструментов к кардии.

Определяющим моментом в профилактике наиболее часто встречающегося осложнения лапароско-

пического бандажирования желудка – соскальзывания бандажа – является его адекватная фиксация отдельными серозно-мышечными швами с использованием нерассасывающегося шовного материала. Мы применяем шелк 2\0.1. Шов, создающий муфту над бандажом, должен накладываться по большой кривизне желудка максимально близко к его задней стенке. Дно желудка может также подшиваться 1 швом (лигатура Фриденберга) к левой ножке диафрагмы [6]. Таким образом, исключается заднее соскальзывание кольца. Дополнительными 1-2 швами формируется муфта по передней стенке желудка, предотвращающая переднее соскальзывание бандажа. Из-за недостаточной фиксации бандажа, связанной с недостатком опыта в первой серии вмешательств и анатомическими особенностями, вытекающими из вышеупомянутой гипертрофии печени по ее левой доле, соскальзывание кольца в первые сутки после операции наблюдалось в 4% случаев (все соскальзывания бандажа по задней стенке).

Клинические проявления этого осложнения: рвота выпитой жидкостью и тяжесть за грудиной, которая может сопровождаться распирающими болями умеренной интенсивности. Соскальзывание бандажа дает убедительную однозначную рентгенологическую картину, поэтому все пациенты при выписке проходят контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка.

2 случая соскальзывания бандажа в поздний (6 и 14 месяцев после операции) послеоперационный период были связаны с нарушением пищевого поведения и злоупотреблением алкоголя с сопутствующей рвотой. В 1 случае выполнена репозиция бандажа, в другом – его удаление.

2. Ошибки, связанные с управлением бандажа

В случае чрезмерного заполнения жидкостью резервуара бандажа развивается нарушение проходимости пищи через него с дальнейшим расширением верхнего желудка – осложнение, именуемое в мировой литературе «pouch dilatation», наблюдавшееся нами у 7% пациентов. Клинически проявляется рвотой, часто неизменной недавно съеденной пищей, срыгиванием, гиперсаливацией, в острых случаях – невозможностью проглотить даже глоток воды, резкой потерей веса, сопровождающейся проявлениями обезвоживания различной степени тяжести. Это состояние образно охарактеризовала одна пациентка: «Так хорошо, доктор! За три дня я потеряла пять килограммов веса. Только проглотить ничего не могу, иногда перед глазами темно, обмороки бывают и слюна сильно отделяется.»

Рентгенологически характерно расширение верхнего желудка при полном непрохождении контраста вниз за линию бандажа. Важным отличием от соскальзывания кольца является сохранение правильного анатомического положения бандажа – угла его наклона к вертикальной оси тела, который остается неизменным. Лечение заключается в немедленном полном опорожнении резервуара бандажа, назначении h-2 блокаторов, жидкой диеты. Иногда на 2-3 суток можно установить назогаст-

ральный зонд с проведением его дистального конца через просвет бандажа для разгрузки и питания. Все пациенты успешно излечились консервативно, однако при сохраняющейся рвоте показано повторное вмешательство, заключающееся в репозиции бандажа, либо конверсии в гастрощунтирование или косую резекцию желудка по малой кривизне.

3. Ошибки, связанные с установкой порта

Очень важным представляется тщательная фиксация порта к апоневрозу прямых мышц живота, поскольку следствием недостаточной фиксации является обязательный разворот порта по отношению к плоскости передней брюшной стенки, что существенно затрудняет введение жидкости при зауживании бандажа. Фиксация порта должна производиться нерассасывающимся шовным материалом с обязательной визуализацией апоневроза. Из нашей практики наиболее технологичной представляется система Velocity с фиксацией порта за апоневроз крючками, хотя у 6 пациентов, у которых применялись бандажи «Swedish band» с подобной системой сохранялась длительная, в течение 3-4 недель после операции, болезненность в области порта. В одном случае мы наблюдали рассоединение порта из-за перелома трубки коннектора, что потребовало полной его замены.

4. Ошибки, приводящие к неэффективности операции

Бандажирование желудка - это, по сути, операция на здоровом органе, целью которой является стабильное и максимально сохраняющееся во времени снижение веса пациента, в идеале приводящее его к норме. Общеизвестным критерием эффективности бариатрического вмешательства является потеря половины лишнего веса пациента в течение первого года после операции. Однако любая бариатрическая операция, в том числе и бандажирование желудка, не является «просто операцией», и бариатрический пациент не выступает только как объект для демонстрации умения и таланта хирурга. По нашему мнению, он является едва ли не равноправным субъектом длительного процесса потери веса, в котором сама операция является только одним, пусть и важнейшим этапом.

Ожирение, являясь сложным, комплексным и мультифакториальным заболеванием, не ограничивается только изменениями и нарушениями в деятельности эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Этот патологический процесс не может не затрагивать психической сферы пациента, его личности. Как само ожирение, так и бариатрическое хирургическое вмешательство, его ближайшие и отдаленные результаты, сама эффективность процедуры во многом зависят от психологического состояния пациента [4,6,7]

В этой связи нам представляется принципиально важным дооперационный отбор пациентов с обязательным учетом их психо-эмоционального статуса [5].

Перед операцией все пациенты прошли рутинное психологическое обследование – тест Leonhard-Smishek, Liri, Lusher, MMPI. Каждый пациент получил

заключение психолога, и с каждым из них проводились длительные собеседования с участием как оперирующего хирурга, так и психолога. Пациенты направлялись на консультацию к психологу и в послеоперационный период, если при неоднократных зауживаниях бандажа не наблюдалось выраженного эффекта потери веса.

Заключение

Лапароскопическое бандажирование желудка является безопасной, широко распространенной и сравнительно эффективной бариатрической операцией [13], которая, несмотря на относительную техническую простоту исполнения, предъявляет повышенные требования как к оперирующему хирургу, так и ко всей мультидисциплинарной команде врачей, пользующей пациентов, страдающих ожирением. Тщательная подготовка пациента к операции, полноценное техническое обеспечение операционного блока, квалифицированный обученный операционный персонал и обязательное длительное послеоперационное наблюдение пациента позволяют как избежать ошибок и опасностей в ходе самой операции, так и добиться хорошего результата – максимального приближения веса пациента к физиологической норме.

Список литературы

1. Boschi S. et al. Avoiding complications after laparoscopic esophago-gastric banding: experience with 400 consecutive patients // *Obes. Surg.* – 2006. – Vol. 16. – P. 1166-1170.
2. Buchwald H., Williams S.E. Bariatric surgery worldwide 2003 // *Obes. Surg.* - 2004. – Vol. 14. – P. 1157-1164.
3. Calle E.E., Thun M.J., Petrelli J.M. et al. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults // *N. Engl. J. Med.* – 1999. – Vol. 341. – P. 1097-1105.
4. Duval K. et al. Health-related quality of life in morbid obesity // *Obes. Surg.* – 2006. – Vol. 16. – P. 574-579.
5. Fabricatore A. et al. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results // *Obes. Surg.* – 2006. – Vol. 16. – P. 567-573.
6. Hrabosky J.I. et al. A prospective study of body dissatisfaction and concerns in extremely obese gastric bypass patients: 6- and 12-month postoperative outcomes // *Obes. Surg.* – 2006. – Vol. 16. – P. 1615-1621.
7. Kinzl J.F. et al. Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery // *Obes. Surg.* – 2006. – Vol. 16. – P. 1609-1614.
8. Kopelman P.G. Obesity as a medical problem // *Nature.* – 2000. – Vol. 404. – P. 635-643.
9. Lanthaler M., Mittermair R., Erne B. et al. Laparoscopic gastric re-banding versus laparoscopic gastric bypass as a rescue operation for patients with pouch dilatation // *Obes. Surg.* – 2006. – Vol. 16. – P. 484-487.
10. Launay-Savary M.V. et al. Band and port-related morbidity after bariatric surgery: an underestimated problem // *Obes. Surg.* – 2008. – Vol. 18. – P. 1406-1410.

11. Mokdad A.H., Bowman B.A., Ford E.S. et al. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States // JAMA. – 2001. – Vol. 286. – P. 1195-2000.

12. Naef M. et al. Outcome and complications after laparoscopic swedish adjustable gastric banding: 5-

year results of a prospective clinical trial // Obes. Surg. – 2007. – Vol. 17. – P. 195-201.

13. Suter M. et al. Lapband versus SAGB for morbid obesity. Long-term results of a prospective randomized trial // 16 th. World Congress of IFSO. – Hamburg, 2011.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА ВУЛЬВЫ У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Г.А. Неродо, Е.М. Непомнящая, Е.А. Неродо

ФГБУ Ростовский Научно-исследовательский онкологический институт

Неродо Галина Андреевна, главный научный сотрудник
Ростовского Научно-исследовательского онкологического
института, член-корр. РАМН, д-р мед. наук, профессор,
Непомнящая Евгения Марковна, руководитель
патологоанатомического отделения, д-р мед. наук, профессор,
Неродо Екатерина Алексеевна, клинический ординатор
Ростовского Научно-исследовательского
онкологического института,
344037, Россия, г. Ростов-на-Дону, 14-я линия, д. 63,
тел. 8 (928) 163-46-87,
e-mail: rnioi@list.ru, nerodok@bk.ru

Изучена частота рака вульвы у больных репродуктивного возраста (до 50 лет) и особенности клинического течения данного заболевания. За последние 30 лет в отделении гинекологии РНИОИ подверглись лечению 839 больных раком вульвы в возрасте от 20 до 90 лет. Группа больных репродуктивного возраста от 20 до 50 лет включала в себя 64 пациентки (7,6%). Рак вульвы у больных репродуктивного возраста выявлялся в ранних стадиях в большем количестве, чем у пожилых больных. Неуродистрофические процессы на вульве отмечены у молодых больных значительно реже. У больных до 40 лет почти у 80% отмечены признаки вируса папилломы человека, в группе от 41 до 50 лет - только у 50%, а среди больных старшего возраста инфицированность вирусом папилломы наблюдалась только в единичных случаях - 0,48%. Молодым больным при строгом индивидуальном подходе возможно выполнение органосохраняющих операций. Лечение больных раком вульвы, особенно с распространенным злокачественным процессом, желательно проводить комплексное, с использованием неоадьювантной и многокурсовой адьювантной химиотерапии. Рецидивы заболевания у больных репродуктивного возраста возникают несколько реже, чем у пожилых. Для лечения рецидивов заболевания с целью повышения операбельности целесообразно проводить химиотерапию.

Ключевые слова: рак вульвы, молодой возраст, клиническое течение.

CLINICAL COURSE OF VULVAR CANCER IN REPRODUCTIVE PATIENTS

G.A. Nerodo, E.M. Nepomnyashaya, E.A. Nerodo

Rostov Research Oncological Institute

Incidence of vulvar cancer in reproductive patients and peculiarities of clinical course of the disease have been studied. 839 vulvar cancer patients aged 20-90 years have been treated at Gynecology Department of Rostov Research Oncologic Institute within the latest