

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

УДК 618.2:616.33-089

Д. К. Калиева, Т. С. Слободчикова, И. А. Евгеньева, А. А. Нурбеков, Е. А. Юхневич

БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ – ШУНТИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА

Представлен клинический случай, демонстрирующий наступившую беременность на фоне перенесенной ранее бариатрической операции – шунтирования желудка, проведенной с целью лечения морбидного ожирения. Данный клинический случай подтверждает, что бариатрические операции улучшают фертильность женщин детородного возраста, способствуют наступлению беременности. Однако подобные вмешательства провоцируют развитие анемии, нарушение процессов пищеварения, развитие хирургической патологии, в частности кишечной непроходимости, что ставит под угрозу благополучное вынашивание ребенка. Поэтому необходимо дальнейшее изучение результатов данного вопроса для определения оптимального режима ведения беременности

В последнее десятилетие бариатрическая хирургия стала основой лечения морбидного ожирения, вследствие продемонстрированной эффективности в достижении значительной потери веса и улучшения сопутствующих заболеваний. До 80% пациентов, перенесших бариатрические операции, составляют женщины детородного возраста. Самые последние практические рекомендации, спонсируемые Американским обществом по метаболической и бариатрической хирургии, Обществом по ожирению и Американской ассоциацией клинической эндокринологии, предлагают отложить беременность на 12-18 мес. после операции; Американский колледж акушеров и гинекологов рекомендует подождать 12-24 мес., чтобы гарантировать, что беременность не наступит в период быстрой катаболической потери веса, что теоретически может привести к задержке внутриутробного роста плода [1]. Бариатрическая операция показана при индексе массы тела (ИМТ) ≥ 40 кг/м² или при 35-40 кг/м² с сопутствующими заболеваниями (возможно даже от >30 до <35 кг/м² в случае сахарного диабета 2 типа) [2]. Несмотря на то, что опосредованная хирургическим вмешательством потеря веса оказывает положительное влияние на исход беременности, в последующем могут наблюдаться неблагоприятные исходы, например, дефицит питательных микроэлементов, железодефицитная или В₁₂-дефицитная анемия, развитие демпинг-синдрома, хирургических осложнений, таких как вентральные грыжи, кишечная непроходимость [2].

Представлен клинический случай, демонстрирующий наступившую беременность с последующим благополучным родоразрешением после проведенной ранее бариатрической операции – шунтирования желудка.

Больная Р., 37 лет, жительница села,

страдает морбидным ожирением. ИМТ до 2016 г. превышал 40 кг/м² (120 кг). Пациентка в браке с 2011 г. Состояла на диспансерном учете у гинеколога по поводу бесплодия на фоне ожирения, эндометриоза, полипа матки. В 2011 г. проведено лечебное выскабливание матки по поводу полипа тела матки. В 2016 г. осуществлена бариатрическая операция – шунтирование желудка. Вес пациентки снизился до 109 кг, ИМТ в 2018 г. составил 38,9 кг/м².

01.09.2018 г. пациентка поступила в экстренном порядке в Региональный акушерско-гинекологический центр (РАГЦ) г. Караганды с признаками угрозы прерывания беременности. При осмотре у больной верифицирована беременность 18-19 нед. Многоводие. Анемия легкой степени. Пациентка не состояла на учете по беременности вследствие отсутствия прикрепления к поликлинике, так как не имела гражданства Республики Казахстан. В стационаре проводилось динамическое наблюдение и лечение анемии. Выписана с прогрессирующей беременностью. 14.11.2018 г. на фоне полного благополучия стала отмечать появление болей в верхней половине живота. Состояние прогрессивно ухудшалось, присоединились боли в поясничной области, тошнота, рвота. Консультирована хирургами Городской больницы №1 г. Караганды. По данным клиники, рентгенологической картины у больной верифицирована острая спаечная кишечная непроходимость. С учетом беременности (29 нед.) больная была транспортирована в КГП «Областная клиническая больница» г. Караганды. При объективном осмотре состояние средней степени тяжести, за счет болевого синдрома, интоксикации. Больная была в сознании, адекватна. Гипертеничного телосложения. Тургор кожи снижен. Подкожно-жировая клетчатка сильно развита. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме за счет беременной

матки и выраженной подкожно-жировой клетчатки. На передней брюшной стенке по средней линии послеоперационный рубец, без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезненный во всех отделах, больше в верхней половине живота. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный во всех отделах. Перистальтика кишечника ослаблена. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул был утром. Газы отходили в небольшом количестве. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание было свободное, безболезненное.

Учитывая тяжесть состояния и наличие беременности, больная госпитализирована в отделение реанимации. На момент осмотра данных об акушерской патологии не выявлено. При осмотре: матка в форме продольного ововида, не возбудима, родовой деятельности не было. Положение плода продольное, головка предлежит над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, число ударов 142 мин. Патологических выделений из половых путей нет. Срок беременности в неделях по менструации: 29 нед. + 2 дня (23.04.2018 г.), по УЗИ: 28 недель + 6 дней (24 нед. + 2 дней от 17.10.18 г.). С целью профилактики синдрома дыхательных расстройств с учетом возможного оперативного лечения и досрочного родоразрешения, назначен дексаметазон 6 мг в/м каждые 12 ч 4 раза. По данным гинекологического (трансабдоминального) УЗИ 14.11.2018 15:02 беременность по фетометрии 28-29 нед. Маточно-плацентарный и плодово-плацентарный кровотоки не нарушены. На УЗИ ГДЗ от 14.11.2018 г. 15:05 в брюшной полости лоцируются расширенные петли кишечника до

41 мм, перистальтика не лоцируется. Лоцируется свободная жидкость в правых отделах до 25 мм. На обзорной рентгенографии от 14.11.2018 17:11 рентген-признаки кишечной непроходимости. По данным лабораторных исследований у больной верифицирована анемия I степени (эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 99,0 г/л; гематокрит – 31,3%). В отделении ОРИТ проводилась интенсивная консервативная терапия: инфузионная (раствор натрия хлорид 0,9%, раствор глюкозы 5%), гормональная (дексаметазон 6 мг, актрапид 8МЕ), симптоматическая (НПВС с целью обезболивания, церулин с целью купирования диспепсических расстройств). Состояние больной на фоне лечения улучшилось, явления кишечной непроходимости регрессировали, показаний к оперативному лечению не было. 16.11.2018 г. пациентка переведена в отделение плановой хирургии, где была продолжена консервативная терапия. 19.11.2018 г. с улучшением пациентка выписана для дальнейшего лечения и наблюдения по месту жительства.

07.02.2019 г. пациентка доставлена в РАГЦ с диагнозом беременность 41 неделя + 3 дня. Ложные схватки. Умеренное многоводие. Отягощенный гинекологический анамнез. Анемия средней степени. Ожирение II степени (ИМТ – 38,9 кг/м²). Первородящая старшего возраста.

Учитывая срок беременности 41 неделя + 4 дня, акушерско-гинекологический анамнез, возраст первобеременной 37 лет, «незрелую» шейки матки по шкале Бишопа, предложено родоразрешение путем операции кесарево сечение. Согласие пациентки получено.

08.02.2019 г. проведено плановое кесарево сечение. Родился ребенок женского

*D. K. Kaliyeva, T. S. Slobodchikova, I. A. Evgenyeva, A. A. Nurbekov, Ye. A. Yukhnevich
PREGNANCY AFTER BARIATRIC OPERATION – GASTRY BYPASS*

*Department of surgical diseases №2, Department of obstetrics, gynecology and perinatology, Department of clinical pharmacology and evidence-based medicine of NCJSC «Karaganda medical university»
(Karaganda, Republic of Kazakhstan)*

Presented clinical case is demonstrating the onset of pregnancy on the background of a previously undergone bariatric surgery – gastric bypass surgery performed for morbid obesity treatment. This clinical case confirms that bariatric surgery improves fertility of women of childbearing age, contributes to the onset of pregnancy. However, such interventions provoke the development of anemia, impaired digestion, the development of surgical pathology, in particular intestinal obstruction, which threatens the safe bearing of the child. Therefore, further study of the results of this issue is necessary to determine the optimal mode of pregnancy after bariatric surgery.

Key words: bariatric surgery, pregnancy, morbid obesity

*Д. К. Калиева, Т. С. Слободчикова, И. А. Евгеньева, А. А. Нурбеков, Е. А. Юхневич
БАРИАТРИКАЛЫҚ ОПЕРАЦИЯЛЫҚТАН КЕЙІНГІ ЖҮКТІЛІК – ГАСТРИЯ БИПАСЫ*

*№2 хирургиялық аурулар бөлімі, акушерлік, гинекология және перинатология кафедрасы, клиникалық фармакология және дәлелді медицина кафедрасы «Қарағанды медициналық университеті» НАО
(Қарағанды, Қазақстан Республикасы)*

Бұрынғы бариатрикалық хирургия аясында жүктіліктің басталуын көрсететін клиникалық жағдай ұсынылған - ауруды семіздікті емдеу үшін асқазанды айналып өту операциясы. Бұл клиникалық жағдай бариатрика-