

ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА

*Журбенко Г. А., Стебунов С.С., Карпицкий А. С., Шестюк А.М.,
Игнатюк А. Н., Бродницкий А.А.*

УЗ «Брестская областная клиническая больница», Брест, Беларусь

Введение: Лапароскопическая рукавная резекция желудка (СЛИВ-резекция) относится к рестриктивным операциям по снижению веса и является одной из самых часто выполняемых бариатрических процедур. Так, по данным седьмого отчёта международной федерации хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений – IFSO 2022, большинство выполняемых в крупнейших бариатрических центрах по всему миру операций составляют именно рукавные гастрорезекции (61%). Результаты применения СЛИВ-резекции, оцениваемые в течение последних 15 лет показали, что пациенты могут рассчитывать на 65% потерю избыточного веса в течение двух лет после операции. Однако, несмотря на продемонстрированную эффективность СЛИВ-резекции желудка ахиллесовой пятой этой операции является либо предсуществующая гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), либо развитие ГЭРБ «de novo» с необходимостью проведения длительной медикаментозной антирефлюксной терапии и риском появления потенциальных осложнений, таких как пептический эзофагит в 20% случаев, пищевод Барретта – в 17% случаев, а в долгосрочной перспективе – риск развития аденокарциномы пищевода.

Цель: изучить в условиях эксперимента техническую возможность модификации рукавной резекции желудка с целью профилактики возникновения гастроэзофагеального рефлюкса в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Ранее был предложен метод хирургического лечения ГЭРБ, относящийся к операциям, восстанавливающим острый угол Гисса – лапароскопическая клапанная эзофагофундораффия (патент № 19883 от 23.11.2015г. и рац. предложение № 17 от 07.06.2018г.). Принципиальной технической особенностью операции, позволяющей сформировать острый угол Гисса по задне-боковой стенке пищевода, которая была использована в данной экспериментальной работе является: с одной стороны – максимальное низведение пищевода в брюшную полость, с другой – максимальное расправление дна желудка за счёт введения в его просвет воздуха через орогастральный зонд.

Результаты и обсуждение: Для проведения экспериментальной работы был использован секционный материал, представляющий из себя органокомплекс, состоящий из грудного и абдоминального отдела пищевода,

желудка и двенадцатиперстной кишки. Разработанная экспериментальная модель апробирована на 15 органокомплексах.

Этапы эксперимента: В органокомплекс вводился зонд 30 Fr, пищеводный конец которого был предварительно заглушен. В зонде на уровне просвета желудка имелись 4 перфоративных отверстия. Через дуоденальный конец зонда в просвет желудка вводился воздух для придания желудку объёмной формы. Далее формировались узловые швы между задне-боковой стенкой пищевода справа и слева и раздутой воздухом стенкой дна желудка (по 3 шва с каждой стороны), после чего воздух из желудка удалялся. По ходу зонда в просвете желудка, который позиционировался по малой кривизне выполнялось моделирование рукавной СЛИВ-резекции желудка с ушиванием линии резекции непрерывным обвивным швом. Выполнение рукавной резекции на уровне пищеводно-желудочного перехода осуществляется таким образом, чтобы по задне-боковой стенке пищевода сформировался «минижелудок» из фундальной части, фиксированной ранее к пищеводу справа и слева узловыми швами. После этого зонд из пищевода перемещался в просвет желудка со стороны двенадцатиперстной кишки, пищеводный конец зонда разгерметизировался, а через стенку желудка в его просвет на уровне тела вводилась система для измерения давления в мм водного столба.

По зонду в просвет желудка осуществлялась непрерывная подача жидкости. Отмечали цифры давления в просвете желудка. Так, при наличии фиксированного узловыми швами по задне-боковой стенке «минижелудка» – цифры давления составили 70 ± 30 мм. вод. ст. После снятия фиксирующих швов «минижелудка» к пищеводу – давление в просвете снижалось до 20 ± 10 мм.вод.ст. А после герметичной резекции «минижелудка» цифры измеряемого давления были 15 ± 5 мм.вод ст. Также измерялся объём резецированного «минижелудка» который равнялся 30 ± 10 мл.

Выводы: Разработанный в условиях эксперимента способ модификации рукавной резекции желудка обладает достаточными антирефлюксными свойствами – градиент давления в желудочной трубке с «минижелудком» и без него до 60 мм.вод.ст. Выполнение рукавной резекции желудка после формирования «минижелудка» позволяет достичь объёма последнего в 30 ± 10 мл, что в два раза меньше, чем оставляемая часть желудка по методике Слив-Ниссен (70 ± 20 мл).