

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕТОДА РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА.

Журбенко Г.А.¹, Стебунов С.С.², Карпицкий А.С.¹, Панько С.В.¹, Вакулич Д.С.¹, Игнатюк А.Н.¹

¹УЗ «Брестская областная клиническая больница», Брест, Беларусь.

²ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

FIRST EXPERIENCE OF PERFORMING A MODIFIED METHOD OF SLEEVE GASTRECTOMY.

Zhurbenka H.A.¹, Stebunov S.S.², Karpitski A.S.¹, Panko S.V.¹, Vakulic D.S.¹, Ihnatsiuk A.N.¹

¹*Brest Regional Clinical Hospital,*

²*Minsk scientific-practical center for surgery, transplantology and hematology*

Введение: По данным седьмого и восьмого отчётов международной федерации хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений – IFSO 2022 и 2023, наиболее частой бариатрической операцией, выполняемой в бариатрических центрах по всему миру была и остаётся лапароскопическая рукавная резекция желудка (СЛИВ-резекция), которую в 2022 году выполнили в 61% из всех, зарегистрированных в отчёте операций, а в 2023 году этот процент составил 60,4%. Отдалённые результаты применения СЛИВ-резекции, оцениваемые в течение последних 15 лет, показали, что пациенты могут рассчитывать более чем на 65% потерю избыточного веса в течение первых двух лет после операции. Однако, несмотря на продемонстрированную эффективность СЛИВ-резекции желудка ахиллесовой пятой этой операции по-прежнему остаётся гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), с прогрессированием симптомов заболевания в периоперационном периоде, либо развитием ГЭРБ «de novo» в тех случаях, когда клиники рефлюксной болезни до операции не было. По данным того же IFSO – 2023 симптомы ГЭРБ в периоперационном периоде в Российской Федерации были зарегистрированы у 50% прооперированных пациентов после всех бариатрических процедур, включая рукавную резекцию желудка, а в США – у 52% пациентов.

Для профилактики развития и прогрессирования ГЭРБ после СЛИВ-резекции профессором университетской клиники Монпелье (Франция) Давидом Нокка в 2016 году была предложена модификация рукавной резекции желудка в комбинации с фундопликацией – Ниссен-СЛИВ. Оценка результатов у 25 пациентов через 1 год после этой операции продемонстрировала потерю избыточной массы тела до 58±23% и контроль симптомов ГЭРБ у 88% пациентов, при этом остальные 12% пациентов после операции были вынуждены принимать ингибиторы протонной помпы (ИПП). Тотальная фундопликация Ниссен-СЛИВ также может осложниться дисфагией в послеоперационном периоде, а для формирования самой манжеты необходимо оставлять часть дна желудка в объёме до 70 мл.

Цель: разработать по результатам ранее проведенной экспериментальной работы модифицированный метод рукавной резекции желудка с парциальным антирефлюксным механизмом и оставляемой частью дна желудка в объеме не более 40 мл. Внедрить предложенный модифицированный метод рукавной резекции в практику с оценкой результатов его использования.

Материалы и методы: Технической особенностью нового модифицированного метода рукавной резекции желудка, стало использование при его разработке принципа формирования парциального антирефлюксного механизма на раздутом атмосферным воздухом желудке (патент № 19883 от 23.11.2015г. и рац. предложение № 17 от 07.06.2018г.). Настоящая работа выполняется в рамках задания РНТП «Разработать и внедрить в практику здравоохранения модифицированный метод хирургического лечения пациентов с метаболическим синдромом и морбидным ожирением», № государственной регистрации 20230199 от 14.02.2023.

Для оценки результатов использования разработанного модифицированного метода рукавной резекции желудка всем пациентам проводилось анкетирование анкетами-опросниками GERD-Q и GERD-HRQL до и после операции для оценки выраженности симптомов ГЭРБ, также всем пациентам на 2 сутки после операции выполнялась полипозиционная рентгеноскопия с водорастворимым контрастом. Отдаленные результаты метода по снижению массы тела оценивали при помощи опросника «Оценка эффективности бариатрической операции по системе BAROS» и адаптированного опросника «Moorehead-Ardelt QoL» для оценке качества жизни после бариатрической операции.

Результаты и обсуждение: Используя уже разработанные принципы формирования парциального антирефлюксного механизма на раздутом желудке, а также беря во внимание результаты экспериментальной работы, которые были опубликованы в сборнике материалов XVII съезда хирургов Республики Беларусь (г. Могилев, 12-13 октября 2023 г.), нами был разработан и предложен новый, модифицированный метод лапароскопической рукавной резекции желудка с антирефлюксным механизмом. Принципиальными техническими особенностями нового модифицированного метода стали: 1) формирование острого угла Гисса между дном желудка и задне-боковой стенкой пищевода. Для этого с одной стороны обеспечивается максимальное низведение пищевода в брюшную полость при помощи нити-держалки, а с другой – максимальное расправление стенки дна желудка на этапе его фиксации в ретроэзофагальном пространстве за счёт введения в желудочный просвет атмосферного воздуха через оро-гастральный зонд; 2) фиксация стенки дна к правой и левой боковым стенкам пищевода, а также к правой диафрагмальной ножке; 3) вначале осуществляем фиксацию части дна желудка в ретроэзофагальном пространстве, а затем выполняем аппаратную

рукавную резекцию желудка, после чего в ретроэзофагеальном пространстве остаётся часть дна желудка. Оформлена заявка на изобретение в Евразийскую патентную организацию № 202392874 от 10.01.2024. 10.04.2024 получено уведомление о готовности выдать евразийский патент.

С 11.05.2024 и по настоящее время на базе УЗ «Брестская областная клиническая больница» и ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» с использованием модифицированного метода рукавной резекции желудка было прооперировано 31 пациент. Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на выполнение модифицированного метода рукавной резекции желудка.

Результаты выполненных операций были оценены у 10 пациентов, которые были прооперированы с 11.05.2024 по 05.12.2024 г. При поступлении у 2 пациентов был сахарный диабет 2-го типа, у 4 пациентов имела место гипертоническая болезнь с необходимостью периодического приёма гипотензивных средств, у 7 пациентов выявлена гиперхолестерин- и гиперлипидемия. 7 пациентов также предъявляли жалобы на наличие симптомов ГЭРБ, при этом 4 из них принимали ИПП в режиме «по требованию». Осложнений в раннем послеоперационном периоде у пациентов не было. По результатам полипозиционной рентгеноскопии пищевода и желудка с водорастворимым контрастом на 2 сутки после операции, заброс контрастного вещества из пищевода в желудок в положении Тренделенбурга был выявлен в 1 случае. Средний балл до операции при анкетировании по опроснику GERD-Q составил 7 ± 2 балла, по опроснику GERD-HRQL - 18 ± 2 балла, после операции по опроснику GERD-Q – 4 ± 1 балла, по опроснику GERD-HRQL - 8 ± 2 балла. Симптомов ГЭРБ, требующий приёма ИПП в послеоперационно в периоде у всех 10 пациентов выявлено не было. Индекс массы тела (ИМТ) до операции у пациентов колебался с $31,8 \text{ кг/м}^2$ до $52,4 \text{ кг/м}^2$, в среднем составил $41,08 \text{ кг/м}^2$. В полсеоперационном периоде на момент оценки результатов средний ИМТ равнялся $27,7 \text{ кг/м}^2$. Процент потери избыточной массы тела (%EWL) колебался от 63,9% до 118% и в среднем составил $91,1\pm 11\%$, что равняется среднему баллу по системе BAROS 2,5 из 3 возможных. А в комплексе с использованием адаптированного опросника «Moorehead-Ardelt QoL» для оценки качества жизни после бариатрической операции был получен средний балл 5,7 из 9 возможных, что по результатам анкетирования оценивается как «очень хороший результат хирургического лечения».

Выводы: Разработанный метод модифицированной рукавной резекции желудка обладает инструментально и клинически доказанными антирефлюксными свойствами в отдалённом послеоперационном периоде у 90% пациентов и позволяет достичь потери избыточной массы тела до $91,1\pm 11\%$ в сроки от 1 года до 6 месяцев.