

Сравнительные результаты антирефлюксной и бариатрической хирургии у пациентов с ожирением и ГПОД, ассоциированной с ГЭРБ

Uzakov Xusan Egamberdiyevich

Tashkent tibbiyot akademiyasi

Введение. ГЭРБ и ГПОД чаще встречаются у пациентов с ожирением, по сравнению с лицами без ожирения [1, 2, 3]. Сообщаемые показатели ГПОД у людей с ожирением колеблются от 5 до 50%³⁻⁵. Основным способом лечения, позволяющим восстановить анатомо-физиологические изменения в зоне гастроэзофагеального перехода и устранить гастроэзофагеальный рефлюкс, является хирургический. Помимо выполнения крурорафии и закрытия дефекта пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) обязательным компонентом является формирование антирефлюксной манжетки с целью предотвращения гастроэзофагеального рефлюкса как основного симптома, определяющего качество жизни данной категории пациентов. Наиболее часто выполняемой антирефлюксной процедурой является фундопликация по Ниссену, при которой из дна желудка формируют фундопликационную манжету, окутывающую пищевод на 360°. Значительное количество исследований, посвященных данной проблеме, показали, что лапароскопическая фундопликация по Ниссену является безопасным и эффективным методом лечения ГЭРБ [4, 5]. Однако у пациентов с ожирением результаты антирефлюксной хирургии не столь однозначны. Литературные данные говорят о том, что долгосрочный успех этой процедуры у пациентов с ожирением и ГПОД низок. Сегодня рутинным является выполнение задней диафрагмокрурорафии у пациентов с ожирением и ГПОД. Большинство бариатрических хирургов уверено, что ушивание ножек диафрагмы значительно уменьшает риски развития гастроэзофагеального рефлюкса в послеоперационном периоде независимо от вида бариатрического вмешательства.

Целью настоящего исследования является сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов фундопликации по Ниссену и РуГШ в сочетании с задней крурорафией у пациентов с морбидным ожирением и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, ассоциированной с ГЭРБ.

Материал и методы. В основу данного ретроспективно-проспективного когортного исследования положены результаты хирургического лечения 183 пациентов с морбидным ожирением, из них 65 пациентов мужского пола и 118 женского пола в возрастном промежутке от 18 до 65 лет, которые проходили лечение в хирургическом отделении клиники Ремедиум и Инвивов в г. Ташкенте в период с апреля 2019 г. по октябрь 2023 г.

Результаты. В настоящем исследовании все данные были проспективно собраны, все операции выполнялись одним хирургом, и все пациенты наблюдались в течение как минимум 5 лет после первичной операции (в среднем 42 мес). При сравнительном анализе полученных результатов проведенного исследования в отношении проявлений ГЭРБ выявили, что до операции частота встречаемости РЭ I ст. в обеих группах была сопоставима и составляла 83% и 87% в группах ЛФН и РуГШ соответственно. Через год после операции частота встречаемости РЭ I ст. в группе ЛФН увеличилась до 91%, а в группе РуГШ снизилась до 32%. Разница между группами статистически достоверна. Данные опросника GERD-HRQL показали, что общая тяжесть симптомов ГЭРБ до операции в обеих группах была сопоставима и составляла 3,1 и 3,3 балла в группах ЛФН и РуГШ соответственно. Через год после операции выраженность симптомов рефлюкса в группе ЛФН увеличилась до 4,1 балла, а в группе РуГШ снизилась до 2,4 балла. Разница между двумя группами по этому признаку статистически достоверна ($p < 0,05$). В нашем исследовании у пациентов группы ЛФН наблюдалось статистически значимое увеличение частоты рецидивов по сравнению с пациентами группы РуГШ в разные сроки после операции. При этом в обеих группах наблюдалась корреляция между высоким ИМТ и

увеличением количества рецидивов. Пациенты с ИМТ ≥ 40 кг/м² имели значительно более высокую частоту рецидивов, чем у пациентов с ИМТ от 35 до 39,9 кг/м². Так, через год после операции в группе ЛФН рецидивы были отмечены у 53,9% и у 62,5% пациентов с ожирением II и III ст. соответственно. В группе РуГШ спустя такой же промежуток времени рецидивы были отмечены у 6,7% пациентов с ожирением II ст. и у 8% пациентов с ожирением III ст. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что выполнение фундопликации у пациентов с морбидным ожирением сопряжено с более высокой частотой рецидивов ГПОД и ГЭРБ в отдаленном послеоперационном периоде, по сравнению с пациентами, которым было выполнено гастрощунтирование по Ру. При этом чем выше ИМТ до операции, тем более высок риск рецидива вне зависимости от вида хирургического вмешательства.

Выводы. Когда хирургическое лечение ГЭРБ показано пациенту с тяжелым ожирением, следует настоятельно рассмотреть возможность бариатрической хирургии, а не фундопликации. Бариатрическая хирургия и, в частности, РуГШ, не только лучше устраняет механизмы, которые приводят к ГЭРБ у пациентов с ожирением, но также воздействует на сопутствующие хронические заболевания, связанные с ожирением, достигая значительной и устойчивой потери веса. Следовательно, в этом случае хирург имеет возможность существенно улучшить качество жизни пациента, положительно повлиять на многочисленные хронические заболевания и, самое главное, снизить повышенный долгосрочный риск смертности, связанный с тяжелым ожирением, с помощью приемлемо безопасного, минимально инвазивного и экономически эффективного метода лечения. Лапароскопическое гастрощунтирование по Ру должно рассматриваться в качестве операции выбора при лечении пациентов с ожирением и ГПОД, ассоциированной с ГЭРБ.