

**Стебунов С.С., Германович ВИ, Глинник А.А.**

## **ВИДЫ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ОЖИРЕНИИ**

*Минский НППЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск*

Около 20% населения экономически развитых стран Европы и Америки отмечают типичные симптомы рефлюкс-эзофагита. Особую проблему составляет наличие симптомов рефлюксной болезни у пациентов с ожирением, а также усиление этих симптомов после ряда бариатрических вмешательств. Особенно это касается рукавной резекции желудка (СЛИВ-резекция). Вопрос необходимости рутинной крурорафии и других мероприятий для профилактики рефлюкса у таких пациентов остается открытым, учитывая высокий процент развития рефлюкса после операции (от 2 до 35%). Большинство авторов связывают это с повышением давления в тонкой желудочной трубке, а также разрушением мышечных волокон (петли Гельвеция) и угла Гиса. Поэтому рукавная резекция желудка считается относительно противопоказанной при симптомах ГЭРБ. Величина рефлюкса после рукавной резекции желудка, на наш взгляд, преувеличена и на самом деле при формировании «идеальной» трубки встречается редко. Этому есть несколько причин: уменьшение кислотопродуцирующей зоны, удаление дна как зоны, являющейся источником релаксационных волн к пищеводу, понижение давления в антральном отделе (эффект Вентури). Поэтому мы разработали ряд антирефлюксных операций в сочетании со СЛИВ-резекцией.

**Материалы и методы.** В настоящее время мы имеем опыт выполнения различных антирефлюксных операций у 154 пациентов с 2004 года. Из них 53 мужчины и 101 женщина в возрасте от 20 до 72 лет (средний возраст 49.8 года). Длительность симптомов ГЭРБ от 1.3 до 20 лет (в среднем – 2.4 года). Всем пациентам для диагностики заболевания перед операцией производим рутинные методы обследования: эндоскопия, рентгенография желудка в положении Тренделенбурга, МРТ или КТ органов брюшной полости с пероральным контрастированием, избирательно – суточная рН-метрия. При этом ожирение и лишний вес встречался до 68% пациентов с ГЭРБ.

В группе оперированных пациентов с ожирением, симптомы рефлюксной болезни были нами выявлены в 56 случаях. Пациентам с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы 3 ст. сразу была рекомендована и выполнена гастрощунтирующая операция. Таких была 14 человек. В оставшихся случаях нами были применены различные виды антирефлюксных процедур. Всего в группе пациентов с ожирением и симптомами рефлюкс-эзофагита, нами было выполнено 42 рукавных резекций желудка в сочетании с антирефлюксными процедурами. В 11 случаях у пациентов выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 1-2 степени. Необходимо отметить, что несмотря на предоперационное обследование, у 5 пациентов из этой группы

грыжа была выявлена только в процессе операции. В 8 случаях причинами рефлюкс-эзофагита была недостаточность кардии, выявленная на ФГДС. И в остальных случаях рефлюксная болезнь не была связана с какими-то анатомическими изменениями в кардиоэзофагеальной зоне. В 4 случаях выполнен «клапанный» СЛИВ, фундопликация по Ниссену в сочетании с рукавной резекцией желудка – 2, изолированная передняя или задняя крурорафия – 12, передняя крурорафия в сочетании с частичной фундопликацией по Дору – 5, фундопликация по Дору без вмешательства на ножках диафрагмы – 16, фундопликация по Тоупе с задней крурорафией – 3.

Методика «клапанного» СЛИВА предполагает оставление небольшого участка дна желудка (2-3 см) в проксимальной его части при аппаратной резекции с последующим погружением этого участка полукисетным или z-образным швом (формирование клапана). При частичной передней фундопликации по Дору оставленный, как и предыдущем случае, участок дна желудка, фиксировался 2-3 не рассасывающимися швами к правой ножке диафрагмы, тем самым укрепляя сфинктер стенкой желудка сверху. При фундопликации по Тоупе аналогичная процедура производилась снизу после формирования окна позади пищевода и выделения ножек диафрагмы. При этом возникала необходимость задней крурорафии. Методика Ниссен-СЛИВ предполагала предварительное формирование фундопликационной манжеты, а затем выполнялась аппаратная резекция желудка, в верхней части отступя 1-2 см латеральнее манжеты. У части пациентов в первые дни после операции мы наблюдали проходящую дисфагию. Особенно это относится к операциям Ниссен-СЛИВ, Тоупе-СЛИВ и СЛИВ-Дор. После крурорафии и клапанного СЛИВА дисфагии, как правило, не наблюдалось. По данным опросника отличные и хорошие результаты наблюдались через 6 месяцев у 91%, через 3 года – у 92%, удовлетворительные соответственно у 7.3% и 6.3%, неудовлетворительные у 2.1% и 1.5%. Учитывая эти данные, в последующем мы начали производить клапанный СЛИВ рутинно (45 пациентов) независимо от наличия или отсутствия симптомов рефлюксной болезни.

**Выводы.** Лапароскопические антирефлюксные операции в сочетании с рукавной резекцией желудка имеют хорошие и удовлетворительные долгосрочные результаты у 98% пациентов с ГЭРБ. У пациентов с ожирением во время бариатрических операций, в особенности рукавной резекции желудка, необходимо производить антирефлюксные процедуры, вид которых зависит от выраженности ГЭРБ. Считаем обязательным уточнение перед операцией у пациентов наличия клиники рефлюксной болезни и использование специальных опросников. Наличие по данным предоперационного обследования диафрагмальной грыжи 3 ст. является относительным противопоказанием для выполнения рукавной резекции желудка.