

## კუჭის ლაპაროსკოპიული სახელოსნოებური რეზექცია მორბილული სიმსუქნის დროს გასტროეზოფაგური რეფლუქს დაავადების მქონე პაციენტებში

დ. აბულაძე, დ. კაპანაძე, გ. კაციტაძე, ა. ბაგატურია.

შ.პ.ს. „ი. ჯორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის“ ზოგადი და ბარი-ატრიული ქირურგიული დეპარტამენტი

შ.პ.ს. „დავით აბულაძის ქართულ-იტალიური კლინიკა“

### SLEEVE GASTRECTOMY IN PATIENTS WITH GERD

ABULADZE D., KAPANADZE D., KACITADZE G., BAGATURIA A.

I.Zhordania Institute of Human Reproduction, Department of Bariatric and General Surgery Ltd.

David Abuladze Georgian-Italian Clinic, Tbilisi, Georgia Ltd.

#### რეზიუმე

**კვლევის მიზანი:** იყო იმ შემთხვევათა ანალიზი, სადაც ოპერაციის წინ დადგენილი იყო გასტროეზოფაგური რეფლუქს დაავადება როგორც დიაფრაგმის საყლაპავი ხვრელის თი-აქრით, ასევე მის გარეშე.

**მასალა და მეთოდები:** საკვლევ ჯგუფს წარმოადგენდა 85 პაციენტი (სრული მასალის 33.5%), რომელთაც ოპერაციის წინ დადგენილი ქონდათ გასტროეზოფაგური რეფლუქს დაავადება.

**შედეგები:** საკვლევ ჯგუფში არ გამოვლენილა ქირურგიული გართულების არცერთი შემთხვევა.

51 შემთხვევიდან, სადაც გაკეთდა მხოლოდ კუჭის სახელოსნოებური რეზექცია 12 შემთხვევაში (23,5%) სრულად ალაგდა გერდ-ის კლინიკური სურათი და არ საჭიროებენ მედიკამენტოზურ დახმარებას, 35 (68,7%) აკონტროლებს გერდ-ს პერიოდული ანტაციდური თერაპიით და დიეტის დაცვით, ხოლო 4 (7,8%) შემთხვევაში მოხდა გერდ-ის სიმტომების გაუარესება, პროტონული ინჰიბიტორებს და დიეტურ რეკომენდაციებს აქვთ სუსტად გამოხატული ეფექტი და სავარაუდოდ დადგება კუჭის შუნტირების საკითხი.

#### დასკვნები:

1. კუჭის სახელოსნოებურ რეზექციასთან ერთად საყლაპავის ქვედა მესამედის მედიასტინალური დისექციის წარმოება და ჰიატოპლასტიკა უნდა ჩაითვალოს რადიკალური მკურნალობის მეთოდად იმ პათოლოგიურად ჭარბწონიან პაციენტებში, რომელთაც ოპერაციის წინ აღენიშნებათ მკვეთრად გამოხატული გერდ-ი.
2. ოპერაციის რომელიმე ეტაპზე ჰიატალური თიაქრის გამოვლენისას რეკომენდებულია მედიასტინალური დისექცია და კრურორაფია (ჰიატოპლასტიკა).
3. საკითხი კვლავ რჩება დისკუსიისთვის ღიად. უფრო მეტი და მასშტაბური კვლევები საჭირო რათა დადასტურდეს კუჭის შუნტირების უპირატესობა სახელოსნოებურ რეზექციას + ჰიატოპლასტიკასთან მიმართებაში ოპერაციის წინ მკვეთრად გამოხატული გასტროეზოფაგური რეფლუქსის დაავადების დროს.

გასტროეზოფაგური რეფლუქს დაავადება (გერდ) გასტროეზოფაგური მიდამოს კეთილთვისებიან დაავადებათა შორის პირველ ადგილზე დგას და საერთაშორისო მონაცემებით აღენიშნება მსოფლიო მოსახლეობის საშუალოდ 25%-ს (1, 2, 3) დაავადების კლინიკური გამოვლინება შესაძლოა იყოს როგორც მსუბუქად გამოხატული და ძირითადად აღიმტომარულ ფაქტორთან დაკავშირებული ისეთი სიმტომები როგორცაა პოსტპრანდიალური გულძმარვა და/ან მსუბუქი რეტროსტერნული ტკივილი, ასევე გაცილებით მძაფრად

#### Summary

**Aim:** Comparison of GERD symptoms resolution/improvement in GERD patients having VSG and VSG+hiatoplasty.

**Materials:** 85 patients (33.5%) from 253 total VSG series were included in the study group having preexisting GERD with 12 (4,7%) perioperatively confirmed hiatal hernia. 34 patients from the study group (12 with hiatal hernia and 22 without hiatal hernia but having anamnesis of severe heartburns before surgery) underwent VSG with hiatoplasty associated with adequate mediastinal dissection of lower esophagus to lower GE junction. 51 patients underwent VSG only. Follow up period was from 6 to 48 months. Follow up criteria included verbal interviews revealing existence of GERD symptoms and need for PPI medications. Surgery related morbidity and weight loss results have been evaluated.

**Results:** No major surgical morbidity had been seen in study group.

28 Patients undergone VSG + hiatoplasty had total resolution of GERD symptoms with no need of PPI medication after 3 month period, other 6 are in need to have PPI to resolve the problem.

12 of 51 patients with VSG only are in good condition without PPI, 35 can control reflux with PPI and dietary recommendations, but 4 patients are subject RYGB due to PPI and dietary recommendations failure.

There was no significant difference in weight loss rate in both groups.

#### Conclusions:

1. VSG + hiatal repair with adequate dissection of lower esophagus can be optional for Patients with preexisting severe GERD;
2. We recommend to perform hiatal repair in cases with laparoscopically evident crural defect;
3. More evidences are needed to establish stronger recommendations toward performing VSG+hiatal repair or RYGB in patients with GERD.

მიმდინარე კლინიკური სურათი ეროზიული ეზოფაგით, მუდმივი გულძმარვებით, ბოყინით, ძლიერი შეტევითი რეტროსტერნული ტკივილებით, გულის რითმის მოშლით და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით გართულებული. დაავადების შორსწასულ შემთხვევებში შესაძლებელია მოხდეს ბარეტის ეზოფაგიტის, ხოლო შემდგომ საყლაპავის დისტალური ნაწილის კიბოს განვითარებაც. (4)

პათოლოგიურად ჭარბწონიან პაციენტებს, რომელთაც სხეულის მასის ინდექსი (სმი) აღემატებათ 40-ს,

როგორც წესი გასტროეფოფაგური რეფლუქსი აღენიშნებათ შემთხვევათა 28%-ში, ხოლო სუპერ ჭარბწონიან პაციენტებში რომელთა სმი აღემატება 50-ს გერდ ჩამოყალიბებული აქვთ შემთხვევათა 35%-ში (5).

კუჭის ლაპაროსკოპიული სახელოსებური რეზექციის დროს, თუ ოპერაცია შესრულდა ტექნიკურად სწორად, ანუ რეზექციის უბანი მოიცავს კუჭის ფუნდალურ ნაწილს სრულად, უქმდება ჰისის კუთხე და რეზექციის ხაზი გადის კარდიალური სფინქტერის უშუალო სიახლოვეს, შესაბამისად ირღვევა ამ მიდამოს განივი კუნთების მთლიანობა, რაც ასუსტებს კარდიალური სფინქტერის ტონუსს და იდეალურ პირობებს ქმნის გასტროეფოფაგური რეფლუქსის განვითარებისათვის. სავარაუდოდ სწორედ ამასთან არის დაკავშირებული რომ ლიტერატურული მონაცემებით კუჭის სახელოსებური რეზექციის შემდგომ პაციენტთა დაახლოებით 3%-ს აღენიშნება ე.წ. „ნეო გერდ“-ის განვითარება (6), ანუ დაავადება ყალიბდება იმ პაციენტებში, რომელთაც ოპერაციამდე არ აღენიშნებოდათ გასტროეფოფაგური რეფლუქსი. აღნიშნული პრობლემის გამო მეთოდის ათვისების საწყის ეტაპზე, ანუ მეოცე საუკუნის მიწურულს გერდ ითვლებოდა კუჭის ლაპაროსკოპიული სახელოსებური რეზექციის გარკვეულ უკუჩვენებად და უპირატესობა ეძლეოდა კუჭის შუნტირების წარმოებას, თუმცა ბოლო ათწლეულის მონაცემებში დაგროვდა რიგი პუბლიკაციებისა სადაც ავტორები აღნიშნავენ, რომ თუ კუჭის სახელოსებური რეზექციასთან ერთად შესრულდა ტრანსჰიატალური მიდგომით საყლაპავის ქვედა მესამედის ინტრამედიასტინალური მობილიზაცია, კარდიალური მიდამოს მუცლის ღრუში ადექვატური ჩამოტანით და ჰიატოპლასტიკა (კრურორაფია), პოსტოპერაციულ პერიოდში გერდ-ის ჩამოყალიბება ან პრეოპერაციულად არსებული დაავადების გამწვავება ნაკლებად აღინიშნება. თუმცა ოპერაციისათვის შემოსხნებული კომპონენტი დამატებულია მხოლოდ ისეთ პაციენტებში, რომელთაც უკვე აღენიშნებათ პრე-ოპერაციული გასტროეფოფაგური რეფლუქსი. (7)

**კვლევის მიზანი:** იყო იმ შემთხვევათა ანალიზი, სადაც ოპერაციის წინ დადგენილი იყო გასტროეფოფაგური რეფლუქს დაავადება როგორც დიაფრაგმის საყლაპავი ხვრელის თიაქრით, ასევე მის გარეშე.

**მასალა და მეთოდები:** საკვლევ ჯგუფს წარმოადგენდა 85 პაციენტი (სრული მასალის 33.5%), რომელთაც ოპერაციის წინ დადგენილი ქონდათ გასტროეფოფაგური რეფლუქს დაავადება.

წინასაოპერაციო დიაგნოსტიკა, პაციენტების მომ-

ზადება და პოსტოპერაციული მონიტორინგი წარმოებდა შ.პ.ს. „დავით აბულაძის ქართულ-იტალიურ კლინიკაში“, ხოლო ოპერაციები წარმოებდა შ.პ.ს. „ი. ჟორდანია სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის“ ზოგადი და ბარიატრიული ქირურგიული დეპარტამენტის ბაზაზე.

ყველა პაციენტს წინასაოპერაციო მომზადება და ოპერაციები ჩატარდა ერთი და იგივე პროტოკოლის შესაბამისად, ექიმთა ერთ და იმავე გუნდის მიერ.

საკვლევი ჯგუფიდან 12 პაციენტს (სრული მასალის 4,8%) ოპერაციის წინ დაუდგინდა დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქრის დიაგნოზი, ხოლო 22-ს (სრული მასალის 8,6%) აღენიშნებოდა გერდ-ის მკვეთრად გამოხატული ფორმა, მუდმივი გულძმარვებით, ეროზიული ეზოფაგით, მუდმივად იტარებდნენ ანტაციდურ და პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორებით (პტი) თერაპიას. წარმოდგენილ 34 შემთხვევაში (13.4%) კუჭის სახელოსებურ რეზექციასთან ერთად შესრულდა საყლაპავის ქვედა მესამედის ინტრამედიასტინური მობილიზაცია ტრანსჰიატალური მიდგომით, კარდიალური მიდამოს მუცლის ღრუში ადექვატური ჩამოტანით და ჰიატოპლასტიკა (კრურორაფია). დანარჩენ 51 შემთხვევაში (სრული მასალის 20.1%), რომელთაც ოპერაციის წინ აღენიშნებოდათ ნაკლებად მძაფრი სიმტომატიკა, ენდოსკოპურად ვერიფიცირებული იყო კატარული ტიპის დისტალური ეზოფაგითი და კარდიალური სფინქტერის უკმარისობა ჩატარდა მხოლოდ კუჭის სახელოსებური რეზექცია. (ცხრ. №1)

**ოპერაციის ტექნიკა:** ინტრაოპერაციულად რევიზიის დროს ხდებოდა დიაფრაგმის ჰიატალური მიდამოს შემოწმება და იმ შემთხვევაში თუ აღინიშნებოდა ვიზუალურად გამოხატული დეფექტი დიაფრაგმის ფეხებს შორის საყლაპავის წინა კედელთან, ოპერაციის პირველ ეტაპს წარმოადგენდა ღვიძლ-კუჭის იოგის გაკვეთა, ფრენოეფოფაგური მემბრანის გაკვეთა, დიაფრაგმის მარჯვენა ფეხის დისექცია, წინა შუსაყარში საყლაპავის ქვედა მესამედის მობილიზაცია, ხოლო ამის შემდგომ ხდებოდა კუჭის დიდი სიმრუდის მობილიზაცია პრეპილორული მიდამოდან ფუნდალური ნაწილის ჩათვლით, დიაფრაგმის მარცხენა ფეხის დისექცია, რეტროეფოფაგური სივრცის დისექციით, უკანა შუსაყარში საყლაპავის მობილიზაციის დასრულებით რასაც მოსდევდა ჰიატოპლასტიკა. ამის შემდგომ წარმოებდა კუჭის სახელოსებური რეზექცია ეშელონ ფლექსის 60მმ-იანი საკერი აპარატით. კალიბრაციისათვის ვიყენებდით 15მმ-იან საკალიბრაციო ზონდს. აპარატუ-

ცხრილი №1 გერდის სტატისტიკა მორბილული სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტებში

დიაგნოზი	ოპერაცია	რაოდენობა(%)
მორბილული სიმსუქნე	კუჭის სახელოსებური რეზექცია	168 (66.5%)
მორბილული სიმსუქნე+ დიაფრაგმის საყლაპავი მილის ხვრელის თიაქარი	კუჭის სახელოსებური რეზექცია+ ჰიატოპლასტიკა	12 (4,8%)
მორბილული სიმსუქნე+ მკვეთრად გამოხატული გერდ	კუჭის სახელოსებური რეზექცია+ ჰიატოპლასტიკა	22 (8,6%)
მორბილული სიმსუქნე+ სუსტად გამოხატული გერდ	კუჭის სახელოსებური რეზექცია	51 (20.1%)
<b>სულ ბარიატრიული ოპერაცია</b>		<b>253 (100%)</b>





დაციებს აქვთ სუსტად გამოხატული ეფექტი და სავარაუდოდ დადგება კუჭის შუნტირების საკითხი. (ცხრ. №2)

**დასკვნები:**

1. კუჭის სახელოებურ რეზექციასთან ერთად საყლაპავის ქვედა მესამედის მედიასტინალური დისექციის წარმოება და ჰიატოპლასტიკა შესაძლებელია მიჩნეულ იქნას როგორც რადიკალური მკურნალობის შესაძლო მეთოდად იმ პათოლოგიურად ჭარბწონიან პაციენტებში, რომელთაც ოპერაციის წინ აღენიშნებათ მკვეთრად გამოხატული გასტროეზოფაგური რეფლუქსის დაავადება.

2. იმ შემთხვევაში თუ ოპერაციის რომელიმე ეტაპზე გამოვლინდა დიაფრაგმის საყლაპავი მილის ხვრელის თიაქარი ჩვენს მიერ რეკომენდირებულია წარმოებულ იქნას მედიასტინალური დისექცია და კრურორაფია (ჰიატოპლასტიკა).
3. საკითხი კვლავ რჩება დისკუსიისათვის ღიად. უფრო მეტი და მასშტაბური კვლევებია საჭირო რათა დადასტურდეს კუჭის შუნტირების უპირატესობა სახელოებურ რეზექციას + ჰიატოპლასტიკასთან მიმართებაში ოპერაციის წინ მკვეთრად გამოხატული გასტროეზოფაგური რეფლუქსის დაავადების დროს.

**ლიტერატურა:**

References:

1. William D. Chey, MD, The Global GERD Epidemic: Definitions, Demographics, and the Clinical Implications of Changing Population Trends, <http://www.medscape.org/viewarticle/560076>
2. Prateek Sharma, MD, Sachin Wani, MD; Yvonne Romero, MD; David Johnson, MD; Frank Hamilton, MD, Racial and Geographic Issues in Gastroesophageal Reflux Disease, *Am J Gastroenterol.* 2008;103(11):2669-2680.
3. Sylvester Nwokediuko, Gastroesophageal Reflux Disease: A Population Based Study, *Gastroenterology Research* • 2009;2(3):152-156
4. Guidelines for Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD), <http://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-surgical-treatment-of-gastroesophageal-reflux-disease-gerd/>
5. Vivek N Prachand, MD, John C Alverdy M.D., Gastroesophageal reflux disease and severe obesity: Fundoplication or bariatric surgery?, *World J Gastroenterol.* 2010 Aug 14; 16(30): 3757–3761.
6. Iswanto Sucandy, MD, Gintaras Antanavicius, MD, FACS, Fernando Bonanni, MD, FACS, Gastroesophageal Reflux Symptoms after Laparoscopic Vertical Sleeve Gastrectomy for Morbid Obesity. the Importance of Preoperative Identification of Hiatal Hernia, <http://www.sages.org/meetings/annual-meeting/abstracts-archive/gastroesophageal-reflux-symptoms-after-laparoscopic-vertical-sleeve-gastrectomy-for-morbid-obesity-the-importance-of-preoperative-identification-of-hiatal-hernia/>
7. Korwar V, Peters M, Adjepong S, Sigurdsson A. Laparoscopic hiatus hernia repair and simultaneous sleeve gastrectomy: a novel approach in the treatment of gastroesophageal reflux disease associated with morbid obesity. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2009 Dec;19(6):761-3.