

ՀՏԴ 616.33-089

DOI: 10.54503/0514-7484-2025-65.3-162

ՍԼԵՄ-ի ստանդարտ և մոդիֆիկացված եղանակների ներվիրահատական և հետվիրահատական ընթացքի բնութագրիչների համեմատական վերլուծությունը

Ս.Ս. Շահբազյան^{1,2}

¹Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան
0025, Երևան, Կորյունի փ.,²

²«Շենգավիթ» բժշկական կենտրոն
0006, Երևան, Մանանդյան փող., շենք 9

Բանալի բառեր. ստամոքսի երկայնակի մասնահատում, վիրահատության տևողություն, ռելապարասկոպիա, հիվանդանոցային կացություն

Ներածություն

Հիվանդների մեծ խմբերին երկարաժամկետ հետևելու արդյունքները ցույց են տալիս, որ չնայած տարբեր քաշի կորստի ծրագրերի, ներառյալ դիետոթերապիան, դեղորայքային բուժումը և ֆիզիկական վարժությունները, կիրառմանը, դրանք 10 տարվա ընթացքում ոչ միայն չեն նպաստել մարմնի քաշի նվազմանը, այլև հանգեցրել են դրա աճին [9]: Այս պահին կիրառվող վիրահատական մեթոդները՝ մասնավորապես բարիատրիկ վիրահատական միջամտությունները, միակ բուժական մոտեցումներն են, որոնք ապահովում են մարմնի քաշի նվազում ավելի քան 10 տարվա ընթացքում [3]:

Վերջին 2 տասնամյակներում հրապարակվել են լապարասկոպիկ բարիատրիկ վիրահատություններին վերաբերող մի շարք ուղեցույցներ և կատարման արդյունքներին վերաբերող զեկույցներ [5, 8]:

Համաձայն 2020 թվականի մետաբոլիկ և բարիատրիկ վիրաբուժության ամերիկյան ընկերության (ASMBS- American Society for Metabolic & Bariatric Surgery) զեկույցի՝ ՍԼԵՄ-ը ներկայումս ամենատարածված բարիատրիկ վիրահատությունն է, մինչդեռ շրջանցման վիրահատության հաճախականությունը դեռևս մնում է կայուն թվերի վրա [7]: Վերոնշյալ տվյալները հաստատվում են այլ հետազոտողների ուսումնասիրություններով [4]: Ըստ Ճարպակալման և նյութափոխանակության խանգարումների վիրաբուժության միջազգային ֆեդերացիայի (IFSO- International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders) զեկույցի՝

ՍԼԵՄ-ին բաժին է ընկնում ամբողջ աշխարհում կատարված բոլոր առաջնային բարիատրիկ վիրահատությունների 43,6%-ը [6]:

Միննույն ժամանակ ՍԼԵՄ-ի կիրառման տարեցտարի աճող տարածվածությունը հաշվի առնելով անգամ՝ պետք է նշել, որ վերջինիս կիրառումը միշտ չէ, որ ապահովում է ակնկալվող արդյունքները [4]: Վիրահատության արդյունավետությունը որոշվում է քաշի կորուստը բնութագրող ցուցանիշներով, ինչպես նաև գիրության հետ համակցված հիվանդությունների ընթացքի և հիվանդների կյանքի որակի փոփոխությամբ, ինչը փոխկապակցված է վիրահատության տեսակի, կատարման տեխնիկայի, թմրեցման միջոցների ընտրության, հետվիրահատական վարման հետ: Բացի դրանից, առկա են բարիատրիկ վիրահատությունից հետո հիվանդների կյանքի որակի վրա ազդող և հետվիրահատական կոմորբիդության հանգեցնող որոշակի բարդություններ: Հավելենք, որ քաշի նվազեցման արդյունքների ցանկալի մակարդակին միտված վիրահատական միջամտության արդյունավետ մեթոդները միշտ չէ, որ բարելավում են QOL-ի արդյունքները նաև անբավարար շարժունակության կամ օժանդակ թերապիայի կողմնակի ազդեցությունների հետևանքով: Ֆիզիկական և էմոցիոնալ առողջության կարիքների բավարարմանը միտված հիվանդների անհատական պլանի մշակումը բարիատրիկ վիրաբույժների էական նշանակության խնդիրներից է: Բարդությունների վաղաժամ կանխարգելումը հնարավորություն կտա հիվանդներին բարելավելու իրենց կյանքի որակը և նվազեցնելու հիվանդագին գիրության հետ կապված ռիսկերը:

Վերը շարադրվածն անհրաժեշտ է դարձնում այս խնդրի լուծումների այլ ուղիների որոնումը և անմիջականորեն փոխկապակցված է վիրահատական միջամտության պարամետրերի հետ՝ վերջինիս իրականացման ընթացակարգի, հիվանդանոցային կացության և կրկնակի հոսպիտալացման տևողության ցուցանիշների ներառմամբ [10]:

Այս ուսումնասիրության նպատակն է գնահատել ելակետային ՄՁԻ-ի և վիրահատական եղանակների հնարավոր ազդեցությունը ՍԼԵՄ ընթացակարգի բնութագրիչների վրա:

Նյութը և մեթոդները

Մույն ռետրոսպեկտիվ նկարագրական ուսումնասիրությունն իրականացվել է 2015 թվականի օգոստոսից մինչև 2024 թվականի մարտ ընկած ժամանակահատվածում «Շենգավիթ» բժշկական կենտրոնի 20-ից բարձր տարիքի բարիատրիկ հիվանդների ընտրանքում:

Ուսումնասիրության արձանագրությունը համապատասխանում է 1975 թ. Հելսինկիի հռչակագրի էթիկական ուղեցույցներին, որոնք արտա-

ցոված են մարդկային հետազոտությունների հանձնաժողովի կողմից հաստատման մեջ: Ուսումնասիրության արձանագրությունը հաստատվել է Երևանի պետական բժշկական համալսարանի էթիկայի հանձնաժողովի կողմից:

Ուսումնասիրության մասնակիցները

Հիվանդների ընտրության չափանիշներն էին՝ տարիք >20 և ելակետային ՄՁԻ >40 :

Հետազոտության բացառման չափանիշներն էին՝ ակտիվ *Helicobacter pylori* վարակ, ստամոքսի չսպիացած խոց, ստամոքսի ռեզեկցիա կամ ֆոնդոպիլկացիա անցյալում, թմրամիջոցների կիրառում կամ ակոնիոլի չարաշահում և հոգեկան առողջության խանգարումներ, տարիք <20 և ՄՁԻ <40 :

Վիրահատությունները կատարվել են նույն վիրաբուժական խմբի կողմից լապարասկոպիայի եղանակով:

Նշված ժամանակահատվածում «Շենգավիթ» բժշկական կենտրոնի բարիատրիկ վիրաբուժության բաժանմունք ընդունված՝ ներառման չափանիշներին համապատասխան 497 հիվանդ է ընդգրկվել հետազոտության մեջ: Ընտրված մասնակիցների բաժանումը 2 խմբի՝ իրականացվել է համապատասխան ՍԼԵՄ-ի կիրառված եղանակի. առաջին խումբը ($n = 246$) ՍԼԵՄ-ի ստանդարտ եղանակով բուժված հիվանդներն էին, իսկ երկրորդ խումբը ($n = 251$) ներառում էր մոդիֆիկացված ՍԼԵՄ տարած հիվանդներին:

Կլինիկական հետազոտության և վարման մեթոդները

Հիվանդների մարմնի զանգվածի ինդեքսի տվյալներ (ՄՁԻ)

ՄՁԻ-ն հաշվարկվել է համաձայն ստանդարտ բանաձևի [11]:

Նախավիրահատական վարում և վիրահատական միջամտություն:

Հիվանդների նախավիրահատական վարումն իրականացվել է բազմամասնագիտական խմբի կողմից: Նախավիրահատական հետազոտությունը ներառում էր արյան ընդհանուր և բիոքիմիական հետազոտություն, որովայնի ուլտրաձայնային հետազոտություն, աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածի կոնտրաստային ռենտգենոգրաֆիա, էզոֆագագաստրոդուոդենոսկոպիա, կրծքավանդակի ռենտգենյան հետազոտություն, սննդաբանի, էնդոկրինոլոգի, սրտաբանի և հոգեբույժի խորհրդատվություն՝ վիրահատության հնարավոր հակացուցումները բացահայտելու նպատակով: Բոլոր մասնակիցների մոտ հաշվի են առնվել հիվանդության պատմությունը՝ քաշին և դիետային վերաբերող մանրամասներով, վիրահատության մոտիվացիան և վիրահատության արդյունքի հետ կապված ակնկալիքները:

Բոլոր վիրահատությունները կատարվել են լապարասկոպիկ եղանակով նույն վիրաբուժական խմբի կողմից՝ օգտագործելով չորս պորտ:

Ստամոքսի երկայնակի լապարասկոպիկ մասնահատում ստանդարտ ընթացակարգով:

Ընդհանուր անզգայացման պայմաններում ձախ թուլակողում ստեղծվում է կարբոքսիպերիտոնեում մինչև 15–16 մմ.սս., տեղադրվում են տրոակարները և օպտիկական սարքերը: Կատարվում է նախնական որովայնադիտում, որից հետո մոբիլիզացվում է ստամոքսի մեծ կորությունը՝ պիլորիկ հատվածից 2,5սմ պրոքսիմալ մինչև կարդիալ հատվածը: Տեղադրվում է օրոգաստրալ տրամաչափիչ զոնդը՝ 32–34 Fr: Կատարվում է ստամոքսի երկայնակի մասնահատում գծային կարող-կտրող Eshelon 60mm սարքի կիրառմամբ (օգտագործվում է 4–6 հաստ քարթրիջ): Գնահատվում է հեմոստազը: Տեղադրվում է նազոգաստրալ զոնդ: Մեկ դրենաժ դրվում է ստամոքսի ծայրատի երկարությամբ: Ստամոքսի հեռացվող հատվածը դուրս է բերվում աջ կողմնային կտրվածքից, վերքը կարվում է շերտ առ շերտ հանգույցակարով՝ ներծծվող թելով: Ստամոքսի մնացորդային ծավալը 150 մլ է: Կատարվում է դեսուֆլյացիա, հեռացվում են տրոակարները և գործիքները: Վերքերը խուլ կարվում են:

Ստամոքսի երկայնակի լապարասկոպիկ մասնահատում մոդիֆիկացված ընթացակարգով:

Վիրահատությունը կատարվում է ըստ ստանդարտ ընթացակարգի՝ մեր մոդիֆիկացիայով [2]: Ընդհանուր անզգայացման պայմաններում ձախ թուլակողում ստեղծվում է կարբոքսիպերիտոնեում մինչև 15–16 մմ.սս., տեղադրվում են տրոակարները և օպտիկական սարքերը: Կատարվում է նախնական որովայնադիտում, որից հետո մոբիլիզացվում է ստամոքսի մեծ կորությունը՝ պիլորիկ հատվածից 2,5սմ պրոքսիմալ մինչև կարդիալ հատվածը: Տեղադրվում է օրոգաստրալ տրամաչափիչ զոնդը՝ 28Fr: Ստամոքսի հյուսվածքի կարումն իրականացվում է կարող-կտրող Eshelon 60mm սարքի կիրառմամբ (օգտագործվում է 4–6 հաստ քարթրիջ): անտրալ հատվածը մշտապես կարվում է 2,0–4,1սմ բարձրություն ունեցող ստեպլերներով (առաջին երկու հատը), իսկ մնացած հատվածը՝ 1,5–3,5 սմ բարձրություն ունեցող ստեպլերներով, որոնց քանակը որոշվում է ըստ ծայրատի երկարության: Գնահատվում և կարգավորվում է հեմոստազը: Մեկ դրենաժ դրվում է ստամոքսի ծայրատի երկարությամբ: Ստամոքսի հեռացվող հատվածը դուրս է բերվում աջ կողմնային կտրվածքից, և վերքը կարվում է շերտ առ շերտ հանգույցակարով՝ ներծծվող թելով: Ստամոքսի մնացորդային ծավալը 110–120 մլ է: Կատարվում է դեսուֆլյացիա, հեռացվում են տրոակարները և գործիքները: Վերքերը խուլ կարվում են [1]:

Վիճակագրական վերլուծություն

Խմբերի միջև ցուցանիշների նշանակալի տարբերություն հայտնաբերելու նպատակով տվյալների վիճակագրական մշակումն իրականացվել է SPSS 23 վիճակագրական ծրագրային փաթեթի միջոցով (Statistical Package for Social Science 23): Փոփոխականները նկարագրվել են հանդիպման հաճախականությամբ և տոկոսային մեծությամբ: Միջամտության ընթացքում կլինիկական խմբերի համապատասխան ենթախմբերի արդյունքների համեմատական վերլուծության համար հաշվարկվել են հնարավորությունների հարաբերակցությունը (OR – odds ratio) ազդեցության և արդյունքի միջև կապի չափանիշները CI95%-ով: Բացարձակ թվերի համեմատության նպատակով կիրառվել է Ստյուդենտի թեստը: Համեմատված ընտրանքների շեղումների տարբերությունների վիճակագրական նշանակությունը ,05 էր:

Արդյունքները և քննարկումը

Հետազոտված հիվանդների կլինիկական խմբերում և ենթախմբերում ՍԼԵՄ ընթացակարգի թվային բնութագրիչները ներկայացված են աղյուսակ 1-ում:

1-ին խումբ:

1-ին խմբի Ա և Բ ենթախմբերի հիվանդների մոտ վիրահատության տևողությունը գերազանցել է 90 րոպեն համապատասխանաբար՝ 48 (34,8%) և 50 (46,3%) դեպքերում: Ընդ որում՝ Ա ենթախմբում ներվիրահատական բարդություններ չեն գրանցվել, մինչդեռ՝ Բ ենթախմբում վերջինս գրանցվել է 9 (8,3%) դեպքերում: Այլ վիրահատության փոխակերպում/կոնվերսիա արձանագրվել 1 Բ ենթախմբի 1 հիվանդի մոտ:

Նախորդ ցուցանիշի նմանությամբ ռելապարասկոպիա չի իրականացվել Ա ենթախմբի հիվանդների մոտ, սակայն կրկնակի վիրահատության ենթարկվել է Բ ենթախմբի 3 հիվանդ: Վիրահատության ընթացքում կիրառված հեղուկի ծավալը կազմել է 3230 ± 90 մլ և 3505 ± 480 մլ՝ համապատասխանաբար Ա և Բ ենթախմբերի հիվանդների համար:

Վիրահատված հիվանդի կրկնակի հոսպիտալացում գրանցվել է 4 (2,9%) և 4 (3,7%) դեպքերում առաջին կլինիկական խմբի՝ համապատասխանաբար Ա և Բ ենթախմբի հիվանդների մոտ: Հիվանդանոցային կացության տևողությունն առաջին խմբի Ա ենթախմբում կազմել է $2,7 \pm 0,2$ օր, իսկ Բ ենթախմբում՝ $3,0 \pm 0,5$ օր:

2-րդ խումբ:

Երկրորդ խմբի հիվանդների մոտ վիրահատության տևողությունը 90 րոպեն գերազանցել է 27 (17,6%) և 34 (34,7%) դեպքերում՝ համապատասխանաբար IIԱ և IIԲ ենթախմբերի համար: Ընդ որում IIԱ ենթախմ-

բում ներվիրահատական բարդություններ չեն գրանցվել, մինչդեռ 2-րդ խմբի Բ ենթախմբում գրանցվել է 1% դեպքերում: Այլ վիրահատության փոխակերպում (կոնվերսիա) և վիրահատված հիվանդի կրկնակի միջատության դեպքեր երկրորդ ենթախմբի պացիենտների մոտ չեն արձանագրվել: Վիրահատության ընթացքում կիրառված հեղուկի ծավալը կազմել է 3250 ± 370 մլ և 3490 ± 450 մլ՝ համապատասխանաբար Ա և Բ ենթախմբերի հիվանդների համար:

Հիվանդանոցային կացության տևողությունը երկրորդ խմբի Ա ենթախմբում կազմել է $2,5 \pm 0,3$ օր, իսկ Բ ենթախմբում՝ $2,8 \pm 0,2$ օր:

Համապատասխան ենթախմբերի կլինիկական բնութագրերի միջխմբային համեմատությունը ներկայացված է աղյուսակ 2-ում: Վիրահատության տևողության 90 րոպեն գերազանցող ցուցանիշի հանդիպման հաճախականությունը կլինիկական խմբերում բնութագրվել է հավաստի տարբերությամբ ($OR=0,402$, 95% CI $[0,233 - 0,692]$ $p=0,001$ և $OR=0,620$, 95% CI $[-0,351 - 1,081]$, $p=0,042$) համապատասխանաբար՝ Ա և Բ ենթախմբերի համար:

Աղյուսակ 1

ՄԼԵՄ ընթացակարգի թվային բնութագրիչները կլինիկական խմբերում

Ցուցանիշներ	I խումբ n=246 Ստանդարտ եղանակ		II խումբ n=251 Մոդիֆիկացված եղանակ	
	ՄՁԻ < 50 n=138	ՄՁԻ >50 n=108	ՄՁԻ < 50 n=153	ՄՁԻ>50 n=98
Վիրահատության տևողությունը (90 րոպեից ավել), n	48 (34,8%)	50 (46,3%)	27 (17,6%)	34 (34,7%)
Ներվիրահատական բարդություններ, %	-	9(8,3%)	-	1 (1,0 %)
Այլ վիրահատության փոխակերպում /կոնվերսիա	-	1 (0,9%)	-	-
Ռելապարասկոպիա, %	-	3 (2,7%)	-	-
Կրկնակի հոսպիտալացում, %	4 (2,9%)	4 (3,7%)	-	1 (1,02%)
Վիրահատության ընթացքում կիրառված հեղուկի ծավալ, մլ	3230 ± 390	3505 ± 480	3250 ± 370	3490 ± 450
Ներհիվանդանոցային կացության տևողություն, օր	$2,7 \pm 0,2$	$3,0 \pm 0,5$	$2,5 \pm 0,3$	$2,8 \pm 0,2$

Ի տարբերություն Ա ենթախմբերի հիվանդների՝ ներվիրահատական բարդությունների զգալի միջխմբային տարբերություն գրանցվել է Բ ենթախմբերի հիվանդների շրջանում ($OR=0,113$ 95% CI $[0,014 - 0,912]$ $p=,041$ համապատասխանաբար):

Աղյուսակ 2

ՍԼԵՄ ընթացակարգի քանակական բնութագրիչների միջխմբային համեմատությունը (վիճակագրական տվյալներ)

Ցուցանիշներ	Վիճակագրական ցուցանիշներ					
	1ա vs 2ա n=138 n=153			1բ vs 2բ n=108 n=98		
	OR	CI	P	OR	CI	P
Վիրահատության տևողությունը (90 րոպեից ավել)	0,402	[0,233 – 0,692]	0,001	0,620	[0,351 – 1,081]	,092
Ներվիրահատական բարդություններ, %	n/a	n/a	n/a	0,113	[0,014 – 0,912]	0,041
Այլ վիրահատության փոխակերպում (կոնվերսիա)	n/a	n/a	n/a	0,36	[0,015 – 9,035]	,537
Ռեկապարասկոպիա	n/a	n/a	n/a	0,15	[0,008 – 3,000]	,216
Կրկնակի հոսպիտալացում	0,11	[0,006 – 2,095]	,143	0,27	[0,029 – 2,440]	,243
Ցուցանիշներ	Վիճակագրական ցուցանիշներ					
	T	CI	P	T	CI	P
Վիրահատության ընթացքում կիրառված հեղուկի ծավալ, մլ	0,45	[-67,715 – 107,715]	,654	0,23	[-143,175 – 113,175]	,818
Հիվանդանոցային կացության տևողություն, օր	6,16	[-0,259 – -0,140]	< ,0001	3,70	[-0,307 – -0,093]	,0003

Հիվանդանոցում գտնվելու տևողությունը բնութագրվել է վիճակագրորեն նշանակալի տարբերությամբ առաջին և երկրորդ կլինիկական խմբերի երկու ենթախմբերում: Երկրորդ խմբի համապատասխան ենթախմբերի հիվանդներն առաջին խմբի հիվանդների համեմատությամբ ավելի կարճ են գտնվել հիվանդանոցում (OR=6,16, 95% CI [-0,259 – -0,140] $p < ,0001$ և OR=3,70, 95% CI [-0,307 – -0,093], $p = ,0003$ ՝ համապատասխանաբար Ա և Բ ենթախմբերի հիվանդների համար:

Փոխակերպում այլ վիրահատության/կոնվերսիա կատարվել է միայն առաջին խմբի Բ ենթախմբի ընդամենը 1 պացիենտի մոտ, և այդ ցուցանիշը չի բնութագրվել միջխմբային հավաստի (OR=0,36, 95% CI [0,015 – 9,035, p=,537): Այլ վիրահատության փոխակերպում մեր կլինիկական ընտրանքում չի իրականացվել երկրորդ կլինիկական խմբում, որը փաստում է այն մասին, որ մոդիֆիկացված ընթացակարգով ՍԼԵՄ տարած 40 կգ/մ²-ից բարձր ՄՁԻ-ով հիվանդների մոտ ի սկզբանե ընտրված վիրահատական միջամտության եղանակը 100 %-ով տեխնիկապես արդարացված է:

Նմանատիպ օրինաչափությունն նկատվել է նաև ռելապարասկոպիայի արդյունքներում: Առաջին կլինիկական խմբի Բ ենթախմբի հիվանդների 3 (2,7%) դեպքերում եղել է ռելապարասկոպիայի անհրաժեշտություն, ի հակադրություն ՍԼԵՄ մոդիֆիկացված ընթացակարգով վիրահատված և 40–50 կգ/մ² ՄՁԻ-ով ստանդարտ ՍԼԵՄ տարած հիվանդներին: Կլինիկական խմբերում այս ցուցանիշի համեմատությունը վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ չի գրանցել ինչպես 40–50 կգ/մ² ՄՁԻ-ով (p=0,959, OR= 0,902, 95% CI [0,018 – 45,782]), այնպես էլ 50 կգ/մ²-ից բարձր ՄՁԻ ունեցող հիվանդների համար (OR =0,15, 0,95% CI=[0,008 – 3,000], p=,216):

Հարկ է նշել, որ ներվիրահատական բարդությունների, վիրահատական միջամտության այլ տեսակի փոխակերպման և կրկնակի միջամտությունների իրականացման ցուցանիշների միջխմբային տարբերությունների ոչ հավաստի բնույթը կապված է երկու կլինիկական խմբերի Ա ենթախմբերում վերոնշյալ գործոնների բացակայության հետ:

Անդրադառնալով կրկնակի հոսպիտալացման անհրաժեշտությանը՝ կարելի է նաև եզրակացնել, որ այն աննշան է երկու կլինիկական խմբերում էլ: Միջխմբային համեմատությունը չի բացահայտում նաև վիճակագրորեն նշանակալի տարբերություններ համապատասխան ենթախմբերի կրկնակի հոսպիտալացման հաճախականության ցուցանիշների միջև (OR=0,11, 95% CI [-0,006 – 2,095] p=,143, և OR=0,27, 95% CI [0,029 – 2,440], p=,243՝ համապատասխանաբար Ա և Բ ենթախմբերի հիվանդների համար):

Առաջին և երկրորդ կլինիկական խմբերի համապատասխան ենթախմբերում վիրահատության ընթացքում հիվանդներին տրվող հեղուկի քանակի տարբերությունը նույնպես վիճակագրորեն աննշան էր (OR=0,45, 95% CI [-67,715 – 107,715] p=,654, և OR=0,23, 95%CI [-143,175 – 113,175], p=,818՝ համապատասխանաբար Ա և Բ ենթախմբերի հիվանդների համար:

Այսպիսով, ստացված տվյալների վերլուծության արդյունքում հաստատվեց առաջին և երկրորդ կլինիկական խմբերի համապատասխան

ենթախմբերում որոշ ցուցանիշների տարբերությունների հավաստիությունը: Մասնավորապես մոդիֆիկացված եղանակի՝ ստանդարտ ընթացակարգի համեմատությամբ 90 րոպեն գերազանցող վիրահատությունների ավելի բարձր հաճախականությունը, Բ ենթախմբի հիվանդների մոտ ներվիրահատական բարդությունների ավելի բարձր հաճախականությունը (երկու կլինիկական խմբերի Ա ենթախմբում դրանց բացակայության պարագայում) և համեմատաբար ավելի երկար հիվանդանոցային կացությունը: Այնուամենայնիվ, կրկնակի հոսպիտալացման, ռելապարասկոպիկ վիրահատության, այլ տեսակի վիրահատական միջատության փոխակերպման կամ վիրահատության ընթացքում ընդունված հեղուկի քանակին վերաբերող ցուցանիշների համեմատությամբ էական տարբերություններ չեն գրանցվել:

Հնդունված է 03.03.25

Сравнительный анализ интраоперационных и послеоперационных количественных характеристик стандартной и модифицированной продольной резекции желудка

С.С. Шахбазян

Целью данного исследования является оценка потенциального влияния исходного ИМТ и техники хирургического вмешательства на характеристики процедуры ПРЖ.

В исследование были включены 497 пациентов, поступивших в отделение бариатрической хирургии Медицинского центра «Шенгавит» и соответствующих критериям включения. Разделение отобранных участников на 2 группы проводилось в соответствии с используемым методом ПРЖ. Первую группу ($n = 246$) составили пациенты, получавшие стандартную ПРЖ, а вторую группу ($n = 251$) составили пациенты, которым проводилась модифицированная ПРЖ.

Проведенный анализ полученных данных позволил выявить наличие достоверных различий некоторых показателей в соответствующих подгруппах первой и второй клинических групп: более высокую частоту операции, длящейся дольше 90 минут при стандартном протоколе операции по сравнению с модифицированным, более высокую частоту интраоперационных осложнений у пациентов подгруппы Б (при их отсутствии в подгруппе А обеих клинических групп), а также сравнительно более высокие сроки пребывания в стационаре. При этом достоверных различий в показателях повторной госпитализации, релапароскопии, конверсии в другой вид оперативного вмешательства и количества жидкости, введенной за время операции, выявлено не было.

Comparative Analysis of Intrasurgical and Postsurgical Quantitative Characteristics of Standard and Modified Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Procedures

S.S. Shahbazyan

The aim of this study was to assess the possible influence of baseline BMI and surgical techniques on the characteristics of the LSG procedure.

A study, which was carried out at the Bariatric Surgery Department of Shengavit Medical Center, included 497 patients meeting the specified criteria for the study. The selected participants were divided into 2 groups according to the LSG method used. The first group (n = 246) included patients treated with standard LSG procedure, and the second group (n = 251) included patients who underwent modified LSG.

The analysis of the obtained data revealed the presence of reliable differences in some indicators in the corresponding subgroups of the first and second clinical groups. In particular, a higher frequency of operations lasting more than 90 minutes with a standard protocol of surgery compared to a modified one, a higher frequency of intraoperative complications in patients of subgroup B (in their absence in subgroup A of both clinical groups), as well as comparatively longer periods of hospital stay. At the same time, reliable differences in the indicators of rehospitalization, relaparoscopy, conversion to another type of surgical intervention and the amount of fluid administered during the operation were not revealed.

Գրականություն

1. Մտավոր սեփականության գրասենյակի պաշտոնական տեղեկագիր, 2024, № 05/1, <https://aipo.am/public/uploads/files/file-aptjrl1Fn1.pdf>, էջ 5:
2. Շահբազյան Ս.Ս., Բաղդադյան Ժ.Է. Կոմորբիդության ցուցանիշների վրա ստամոքսի երկայնակի մասնահատման ազդեցության համեմատական վերլուծությունը 3-րդ աստիճանի ճարպակալմամբ հիվանդների տարբեր խմբերում, Հայաստանի բժշկագիտություն, ՀՀ ԳԱԱ, 2024, LXIV, № 2, էջ 114–129:
3. Серкова М.Ю., Бакулин И.Г. Гастроинтестинальные осложнения в позднем послеоперационном периоде после продольной резекции желудка. ЭиКГ, 2019, 10 (170). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gastrointestinalnye-oslozhneniya-v-pozdnem-posleoperatsionnom-periodе-posle-prodolnoy-rezeksii-zheludka> (дата обращения: 25.04.2025).
4. Berger E.R., Huffman K.M., Fraker T. et al. Prevalence and Risk Factors for Bariatric Surgery Readmissions: Findings From 130,007 Admissions in the Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program. Ann Surg., 2018, № 267(1), pp. 122–131. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002079>.
5. Bhandari, 2019 Di Lorenzo N. et al. 2020, 7th IFSO Global Registry Report, 2023. <https://asmbs.org/app/uploads/2021/07/Metabolic-Bariatric-Surgery-Fact-Sheet-2021.pdf>.
6. Brown A.W., Kow L., Shikora S., Welbourn R. et al. The IFSO Global Registry Sixth IFSO Global Registry Report IFSO & Dendrite Clinical Systems, 2021.
7. Clapp B., Ponce J., DeMaria E. et al. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery 2020 estimate of metabolic and bariatric procedures performed in the United States. Surg Obes Relat Dis., 2022, № 18(9), pp. 1134–1140. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.06.284>.

8. *Mocian F., Coroş M.* Laparoscopic sleeve gastrectomy as a primary bariatric procedure: postoperative outcomes. *Med Pharm Rep.*, 2021 Apr, 94(2):208-213. doi:10.15386/mpr-1762. Epub 2021 Apr 29. PMID: 34013192; PMCID: PMC8118220.
9. *Varela JE, Nguyen NT.* "Laparoscopic sleeve gastrectomy leads the U.S. utilization of bariatric surgery at academic medical centers," *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 11, no. 5, 2015, pp. 987–990.
10. Bariatric-Surgery-Numbers <https://asmbs.org/resources/estimate-of-bariatric-surgery-numbers>, 2021.
11. https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/bmitools.html.