

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД МИНИЖЕЛУДОЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Стебунов С.С., Глинник А.А., Германович В.И., Авлас С.Д.
Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и
гематологии,
Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Минижелудочное шунтирование или гастрощунтирование с одним анастомозом занимает все более прочное место в арсенале бариатрической хирургии. По данным последнего мирового регистра, в некоторых странах (например, Израиль) процент выполнения данного вмешательства доходит до 72% от числа всех бариатрических операций. Причинами такого положения является высокая эффективность, не уступающая классическому гастрощунтированию по Ру, а также низкое число осложнений. В нашем центре с накоплением опыта минигастрощунтирование стало операцией выбора при метаболическом синдроме и высоком ИМТ.

Материалы и методы. Всего проведен анализ результатов 1058 бариатрических лапароскопических вмешательств, проведенных одной хирургической бригадой. Минигастрощунтирование выполняется в центре с 2016 года. В настоящее время выполнено около 500 минишунтирований, что составило более 50% всех первичных вмешательств, если исключить из общего числа ревизионные операции у бариатрических пациентов.

Результаты и обсуждения. Исходя из имеющихся возможностей, инструментов, положения операционной бригады и опыта, большинство бариатрических хирургов как правило превносят в технику вмешательства свои особенности. В самого начала выполнения минижелудочного шунтирования в клинике, мы модифицировали технику операции. Операция всегда проходит с участием трех хирургов. Оператор начинает операцию с положения между ног пациента и лишь на стадии ушивания технологического отверстия переходит в положение слева от пациента и накладывает шов “от себя”. Используем пять троакаров: один 10 мм над пупком для оптики; два 5 мм в эпигастральной области для отведения печени и в левом подреберье для зажима; два 14 мм для сшивающих аппаратов в правом и левом мезогастриях. Начинаем диссекцию всегда с формирования небольшого окна в области угла Гиса (желудочно-селезеночная связка). Затем делаем окно в малом сальнике на уровне угла желудка чуть ниже гусиной лапки с заходом под желудок. Здесь же накладываем первую кассету из правого доступа поперек желудка. Остальные прошивания производим из левого мезогастрия (14 мм троакар) по толстому желудочному зонду (45 Fr). Обычно это 4-6 кассет по 60 мм, то есть длина малого желудка составляет не менее 24-30 см. Далее крючком коагулятором делаем отверстие в культе желудка, преимущественно по задней стенке и переходим к измерению тонкой кишки. Длину петли определяем

исходя из ИМТ, наличия и выраженности метаболического синдрома, а также пожеланий пациента по достижению окончательного веса. Как правило, длина отключенной петли составляет 150, 200, 220 или 250 см. Аппаратный анастомоз шириной от 35 до 45 мм накладываем вертикально снизу вверх по задней стенке культи желудка из левого мезогастрального доступа. Далее оперирующий хирург становится слева от пациента и через два левых троакара начинает ушивать технологическое отверстие. Используем нить длиной 35 см типа “Vi-Ioc” с концевым блоком в виде петли и насечками. Нить длительного срока рассасывания. Шов двухрядный непрерывный. Первым рядом закрываем технологическое отверстие до полной герметизации доходя до правого края отверстия, затем последними швами первого ряда захватываем стенку желудка и возвращаемся «на себя» серо-серозным швом до петли (первого вкола), полностью закрывая первый ряд швов. Таким образом, в области медиального угла зоны ушивания отверстия анастомоз той же нитью фиксируется к выключенной части желудка двумя швами вида «малый желудок – выключенная часть желудка – отводящая петля кишки». Этим достигается надежная фиксация гастроэнтероанастомоза и отводящей петли к стенке выключенной части желудка, что предотвращает ротацию анастомоза и перегиб отводящей петли. Также достигается фиксация медиального угла гастроэнтероанастомоза, который является его слабым местом и, таким образом, осуществляется профилактика несостоятельности анастомоза (Евразийский патент). Аппаратный шов не ушиваем. Гемостаз осуществляем при необходимости путем клиппирования. После этого рутинно проверяем герметичность и проходимость анастомоза с помощью оригинального устройства и теста с метиленовым синим (Патент «Устройство для контроля герметичности швов и анастомозов и электронный манометр для измерения давления при операции на желудке: полез. модель ВУ 12518 / Опубл. 28.02.2021.»). На 12-18 часов отставляем два дренажа (к анастомозу и аппаратному шву желудка).

Выводы. Предложенная методика выполнения минигастрошунтирования позволят снизить количество осложнений и полностью избежать таких осложнений, как перекрут культи желудка и ротации гастроэнтероанастомоза. Практическое использование данного метода целесообразно как с медицинской, так и с экономической точки зрения.