

МИНИГАСТРОШУНТИРОВАНИЕ КАК РЕВИЗИОННАЯ ОПЕРАЦИЯ

Стебунов С.С., Глинник А.А., Германович В.И.

*Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и
гематологии,*

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. В последние годы хирургическое лечение ожирения и метаболического синдрома приобретает все большую популярность. Это связано с тем, что эпидемия ожирения не имеет тенденции к уменьшению, а количество первичных бариатрических операций увеличивается с каждым годом во всех странах. Одним из самых молодых, но стремительно развивающихся вариантов первичной бариатрической операции является одно-анастомозное желудочное шунтирование или минигастрошунтирование (MGB-OAGB). В мировой статистике это вмешательство с 2016 года занимает третью позицию. Однако в некоторых странах (например, Израиль) и в нашей клинике минигастрошунтирование является операцией выбора и выполняется в большинстве случаев, как более эффективное вмешательство по сравнению с рестриктивными операциями, такими как бандажирование желудка и рукавная резекция желудка. Статистика последних лет показывает, что после рестриктивных вмешательств, которые чаще всего выполнялись в последнее десятилетие в отдаленном послеоперационном периоде у части пациентов приводят к рецидивам избыточного веса или развитию поздних осложнений, в большинстве случаев требующих проведения повторных реконструктивных операций.

Материалы и методы. Всего в центре имеется опыт выполнения 1058 бариатрических вмешательств. Из наиболее часто выполняемых это бандажирование желудка (с 2021 года не выполняется) – 152 операции, рукавная резекция желудка - 379 и минигастрошунтирование – 459.

Результаты и обсуждения. Повторных (ревизионных бариатрических вмешательств на данный момент выполнено 77 (7.3%), в том числе по поводу рецидива веса – 52 (49.2%). Минигастрошунтирование, как ревизионная операция была выполнена в 27 случаях (52%). После бандажирования желудка было выполнено 8 минигастрошунтирований. Во всех случаях, кроме одного, бандажная система была удалена. Примерно у половины пациентов бандаж был удален предварительно, и у второй половины – во время гастрошунтирования. Считаем необоснованным мнение, что бандаж должен во всех случаях быть удален предварительно, так как по нашим данным при определенной хирургической технике нет достоверного различия в количестве осложнений в двух этих группах. Исключения составляют случаи, когда бандажная система удаляется по поводу отдаленных осложнений по медицинским показаниям. Таковыми могут быть слиппаж, некроз стенки желудка, эрозия бандажа в просвет желудка, инфицирование системы и

другие. Такие осложнения бандажирования, как расширение пищевода, рефлюкс-эзофагит, увеличение объема малого желудка, недостаточная потеря или рецидив веса, не являются показанием для этапного лечения. После рукавной резекции желудка минигастрошунтирование было выполнено нами в 19 случаях. Относительным противопоказанием для выбора минигастрошунтирования в качестве ревизионного вмешательства является наличие язвенной болезни двенадцатиперстной кишки или антрального отдела желудка, полипы этой части желудка или цирроз печени. В таких случаях операцией выбора могут являться привратник-сохраняющие операции (САДИ, SASI) или transit bipartition.

При изучении результатов минигастрошунтирования, как ревизионного вмешательства, мы не наблюдали осложнений в данной группе пациентов в течение 7 лет после лечения. Частичный рецидив веса после минигастрошунтирования имел место у двух пациентов, что значительно меньше, чем после рестриктивных ревизионных вмешательств.

Выводы. Таким образом, наш опыт, а также данные литературы свидетельствуют о том, что минигастрошунтирование высоко эффективно и безопасно не только как первичная бариатрическая операция, но и как ревизионное вмешательство.