

53.Способ профилактики ротации гастроэнтероанастомоза при минигастрошунтировании

Руммо О.О., Глинник А.А., Авлас С.Д.,

Стебунов С.С., Германович В.И.

Минск

Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и
гематологии

Актуальность. Операция минигастрошунтирования (МГШ) для лечения морбидного ожирения была впервые разработана R. Rutledge в 1997 г. и настоящее время является одной из наиболее популярных бариатрических операций в мире. Однако, несмотря на высокую эффективность в лечении морбидного ожирения данная операция не лишена риска осложнений. Одним из них является ротация гастроэнтероанастомоза с обструкцией отводящей кишечной петли. Техника операции. В клинике операция лапароскопического МГШ выполняется с применением разработанного способа профилактики ротации гастроэнтероанастомоза. Доступ, мобилизация желудка, калибровка и формирование малого желудочка выполняется общепринятым способом. Длина отключенной петли тонкой кишки 200-250 см. Гастроэнтероанастомоз накладывается аппаратным способом. Шов технологического отверстия закрывался нерассасывающейся нитью. В области медиального угла ушивания отверстия анастомоз той же нитью фиксируется к выключенной части желудка по типу малый желудок – выключенная часть желудка – отводящая петля кишки. Данным способом накладывается два шва. Далее накладывается непрерывный серозно-мышечный шов второго ряда. Пациенты и методы. За период с 2016 по 2020гг. в клинике было выполнено 72 операции лапароскопического МГШ. Из исследования были исключены 4 пациента, которым операция выполнялась после ранее проведенного бариатрического хирургического лечения. Исследование носило ретроспективный наблюдательный сравнительный характер. В группу контроля вошли 36 пациентов, которым операция лапароскопического МГШ была выполнена общепринятым способом. У 32 пациентов, которые вошли в исследуемую группу, операция была выполнена с применением предложенного способа профилактики ротации гастроэнтероанастомоза. Исследуемая и контрольная группы статистически значимо не различались по полу ($p=0,862$), возрасту ($p=0,179$). Статистически значимо ($p<0,001$) различалась средняя длительность

операции, которая в группе контроля составляла 121,19 мин (95%ДИ 105,06 – 137,33), а в исследуемой группе 81,1 мин (95%ДИ 73,49 – 88,7). Все пациенты исследуемой и контрольной групп в раннем послеоперационном периоде находились под наблюдением в отделении реанимации для хирургических пациентов и в хирургическом отделении. Тактика ведения пациентов в раннем послеоперационном периоде включала назначение антикоагулянтной, антисекреторной и антибактериальной, инфузионной, кардиотропной терапии, а также адекватного обезболивания. Обследование пациента после операции включало динамический контроль общего и биохимического анализов крови, УЗИ ОБП и КТ ОБП с пероральным контрастированием водорастворимым контрастом. Все развивающиеся в период пребывания пациента в стационаре осложнения регистрировались. Сравнение исследуемой и контрольной групп по количественным признакам проводилось после предварительного анализа вида распределения признака с использованием t-критерия Стьюдента для признаков с нормальным распределением и по методу Манн-Уитни для остальных признаков. Сравнение групп по количеству послеоперационных осложнений проводилось по точному критерию Фишера. Результаты и выводы. В исследуемой группе пациентов частота хирургических осложнений была статистически значимо ниже в сравнении с контрольной группой пациентов ($p=0,01$). При этом в исследуемой группе таких осложнений как ротация гастроэнтероанастомоза, несостоятельность линий швов и гастроэнтероанастомоза и кровотечение из линий швов и гастроэнтероанастомоза не наблюдалось. Также необходимо отметить, что при неосложненном течении послеоперационного периода клиническое наблюдение за пациентами проводилось на протяжении 3 – 11 дней после операции, в то же время при наличии хирургических осложнений (несостоятельность линий швов или гастроэнтероанастомоза) длительность стационарного лечения после операции достигала в ряде случаев 34 дней.