

884. Модификация способа формирования гастроэнтероанастомоза при минигастрошунтировании

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

Минск

Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

Количество бариатрических операций во всем мире увеличивается с каждым годом. Не вызывает сомнения, что на выбор вида вмешательства влияет и изменение общих трендов в бариатрической хирургии. В настоящее время одной из самых частых бариатрических вмешательств при ожирении является минигастрошунтирование – операция с одним гастроэнтероанастомозом. При этом одним из самых серьезных осложнений этой операции является несостоятельность анастомоза. Несостоятельность анастомоза при выполнении бариатрических операций имеет место примерно в 1,5-3% наблюдений. Цель работы. Целью настоящего исследования являлось изучение эффективности модифицированного способа наложения гастроэнтероанастомоза у бариатрических пациентов при выполнении минигастрошунтирования. Материалы и методы. После формирования узкой длинной трубки из желудка с помощью швиглаппарата к его культе подводилась петля тонкой кишки и формировался механическое соустье предпочтительно по задней стенке диаметром около 4 см в краниальном направлении. Наша модификация состояла в оригинальном закрытии

отверстия от сшивающего аппарата. Ушивание начинали ручным швом с левой стороны. Использовали рассасывающуюся нить моносорб 3.0 длиной 30 см с насечками и петлей отечественного производителя «ФИАТОС» типа V-loc. Первый ряд непрерывного шва накладывали через все слои желудка и кишечника до полной герметизации отверстия делая вкол примерно на 2-3 мм от края последнего. Качество герметизации на этом этапе определяли визуально. Доходя до правого края отверстия делали еще 1-2 стежка через механический шов, затем захватывали переднюю стенку «большого» желудка для предотвращения ротации анастомоза и дополнительного укрытия анастомоза по задней стенке. После этого этой же нитью делался второй непрерывный серо-серозный шов в обратном направлении справа-налево с полным укрытием предыдущего. При необходимости этой же нитью далее делалась «шпора» для подвешивания приводящей кишки выше анастомоза. В конце шва на нить накладывалось две клипсы с захватом стенки желудка. Проходимость анастомоза и герметичность определялись путем гидропрессии (через желудочный зонд под давлением вводилось от 100 до 200 мл раствора метиленового синего) с предварительным пережатием приводящей и отводящей петель кишечника. Данная методика применена у 80 пациентов при проведении минигастрошунтирования. Она уменьшала время наложения анастомоза на 12±3 мин. В данной группе пациентов несостоятельность гастроэнтероанастомоза мы наблюдали в одном случае, что составило 1.2%. Выводы: Применение предлагаемого нами варианта формирования гастроэнтероанастомоза при выполнении минигастрошунтирования уменьшает время операции и количество несостоятельности, а также увеличивает надежность формирования соустья.