

Внутренний желудочный свищ как осложнение операции шунтирования желудка по Ру по поводу морбидного ожирения

**А. В. Фомин², А. С. Лаврик¹, Д. Ш. Махатадзе², И. П. Бескровный²,
 А. С. Сергиева², М. Н. Майоренко²**

¹Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев,
²Медицинский дом «Odrex», г. Одесса

Internal gastric fistula, as a complication of Roux gastric shunting procedure, performed for morbid obesity

**A. V. Fomin², A. S. Lavrik¹, D. Sh. Makhatadze², I. P. Beskrovnyi²,
 A. S. Serhiieva², M. N. Maiorenko²**

¹Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology NAMS of Ukraine, Kyiv,
²Medical House «Odrex», Odessa

Сегодня бариатрическая хирургия является единственным эффективным методом лечения пациентов с морбидным ожирением. Современные бариатрические операции позволяют добиться стойкого адекватного снижения избыточной массы тела (МТ) и вернуть пациента к полноценной жизни. Большинство операций выполняется из лапароскопического доступа, что существенно снижает количество осложнений. Важной проблемой является повторное увеличение МТ после операции, причин которого может быть множество.

По различным данным в течение 5 лет после выполнения бариатрической операции отмечается повторное увеличение МТ на 14% и более от ранее потерянной МТ. Шунтирование желудка по Ру (RYGB) – одна из наиболее распространенных бариатрических операций, многие хирурги считают ее «золотым стандартом» в хирургии ожирения. Однако ряд авторов указывает, что у 25 – 30% пациентов возможно повторное увеличение МТ через 2 – 5 лет после операции [1].

Причины повторного увеличения МТ после бариатрических операций можно разделить на две основные группы: не хирургические и хирургические. К не хирургическим причинам относятся: особенности пищевого поведения и диеты, физическая активность, психическое здоровье, пренебрежение рекомендуемыми контрольными визитами к врачу; к хирургическим – дилатация проксимального желудочного резервуара, дилатация гастроэнтероанастомоза, алиментарной петли, желудочно–желудочный свищ между малым резервуаром и выключенной частью желудка [2–4].

Реканализация скобочного шва между функционирующей и выключенной частями желудка позволяет пище проходить в выключенную часть желудка, нивелируя гастроограничительный эффект операции (рис. 1).

В клинике Медицинского дома «Odrex» за период с декабря 2016 по июль 2020 г. было выполнено 134 бариатрических операции, из них рукавных резекций желудка – 74, желудочных шунтирований по Ру – 33, минигастро-

шунтированных – 21, ревизионных – 6, из них по поводу повторного увеличения МТ – 5 (повторная рукавная резекция желудка – 1, лапароскопическое степлерное сужение алиментарной петли – 1, разобщение внутреннего желудочного свища – 1, расширение проксимального желудочного резервуара и слепой части алиментарной петли с последующим их сужением с помощью технологии Tri-Staple™ Technology 60 мм фирмы «Covidien–1» (фиолотые кассеты) – 1, преобразование рукавной резекции в шунтирование желудка по Ру–1). Приводим наблюдение.

Пациент В., 54 года, обратился с жалобами на повторное увеличение МТ. Диагноз: морбидное ожирение (индекс МТ 42,7 кг/м², МТ 125 кг). Из анамнеза известно, что пациенту в плановом порядке по поводу ожирения III сте-



Рис. 1.
 Схема межжелудочного свища.

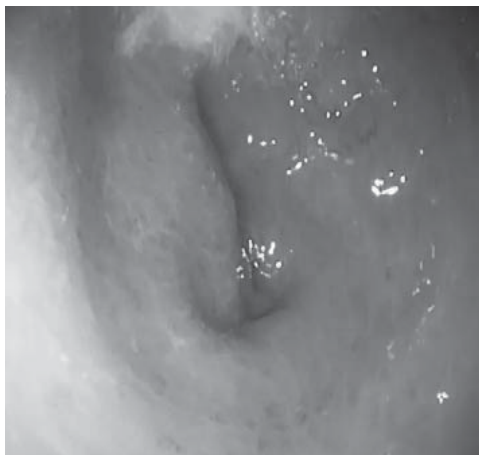


Рис. 2.
ЭФГДС.
Фото внутреннего отверстия желудочного свища.

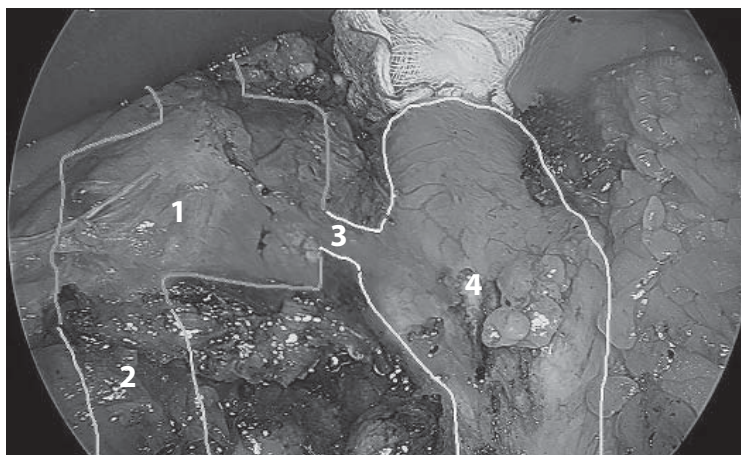


Рис. 3.
Интраоперационное фото желудочного свища.
1 – роиш; 2 – алиментарная петля; 3 – фистула;
4 – остаточный желудок.

пени выполнена лапароскопическая операция шунтирования желудка более 13 лет назад. В послеоперационном периоде МТ снизилась с 148 до 120 кг за 12 мес. Сопутствующие заболевания: бронхиальная астма средней степени тяжести, частично контролируемая; сахарный диабет 2-го типа; неалкогольная жировая болезнь печени.

При обследовании по данным компьютерной томографии органов брюшной полости с динамическим пероральным контрастированием выявлен проксимальный желудочный резервуар небольших размеров, алиментарная петля тонкой кишки не расширена, без признаков экстравазации контраста.

При эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС): желудок оперирован, уменьшен в объеме, сформирован малый проксимальный желудочный резервуар, слизистая оболочка его без эрозивных изменений, гастроэнтероанастомоз не расширен, свободно проходим. По левому краю (место скобочного шва) в складках слизистой оболочки желудка выявлено воронкообразное углубление – заподозрено наличие внутреннего желудочного свища (рис. 2). При детальном эндоскопическом осмотре убедительных данных, подтверждающих наличие свища, не выявлено.

Учитывая повторное увеличение МТ, характер выполненной бариатрической операции и данные эндоскопического исследования, пациенту предложена повторная операция – лапароскопия, ревизия оперированного желудка и при необходимости реконструктивная операция с разобщением и ликвидацией внутреннего желудочного свища между двумя частями желудка. Больной дал согласие на операцию.

После установки троакаров в типичных точках, а именно: в правой боковой области 5-миллиметровый троакар для ретрактора печени, 10-миллиметровый троакар по срединной линии и на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, два 12-миллиметровых троакара в левом и правом подреберьях под манипуляторы (указанные доступы точно соответствовали предыдущим послеоперационным рубцам), с большими

техническими трудностями с помощью острой и тупой диссекции разобщены сращения и спайки ультразвуковым диссектором Thunderbird; в проекции дна желудка идентифицирована латеральная сторона проксимального желудочного резервуара и медиальная сторона выключенного желудка. В проксимальной части желудка выявлено соустье шириной до 1 см между функционирующей и выключенной частями желудка (рис. 3). Таким образом, во время лапароскопии были подтверждены данные ЭФГДС. Выполнено разъединение свища между частями желудка с помощью технологии Tri-Staple™ Technology 45 мм фирмы «Covidien» (фиолетовая кассета) и автоматической сшивающей системы I-Drive Ultra Powered фирмы «Covidien».

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 2-й день после операции.

Спустя 3 мес МТ у пациента снизилась на 9 кг. Через 12 мес при повторном обследовании отмечено снижение МТ на 11 кг.

Представленное наблюдение демонстрирует необходимость тщательной ревизии оперированного желудка при повторном увеличении МТ после бариатрических операций.

Выводы

1. При повторном увеличении МТ выбор повторного хирургического вмешательства должен зависеть от характера первичной операции, а также данных инструментальных и клинических исследований, включая лапароскопию.

2. Пациенты, у которых отмечается повторное увеличение МТ, должны обследоваться и лечиться в специализированных центрах, располагающих мультидисциплинарной командой специалистов и опытом повторных реконструктивных бариатрических операций.

Подтверждение

Финансирование. Исключительно за собственные средства авторов.

Конфликт интересов. Авторы, которые приняли участие в этом исследовании, декларируют отсутствие конфликта интересов в отношении этой рукописи.

References

1. Magro DO, Ueno M, Coelho-Neto JS, Callejas-Neto F, Pareja JC, Cazzo E. Long-term weight loss outcomes after banded Roux-en-Y gastric bypass: a prospective 10-year follow-up study. *Surg Obes Relat Dis.* 2018 Jul;14(7):910-7. doi: 10.1016/j.soard.2018.03.023. Epub 2018 Mar 26. PMID: 29706496.
2. Corcelles R, Jamal MH, Daigle CR, Rogula T, Brethauer SA, Schauer PR. Surgical management of gastrogastic fistula. *Surg Obes Relat Dis.* 2015 Nov-Dec;11(6):1227-32. doi: 10.1016/j.soard.2015.03.004. Epub 2015 Mar 12. PMID: 26003896.
3. Ribeiro-Parenti L, De Courville G, Daikha A, Arapis K, Chosidow D, Marmuse JP. Classification, surgical management and outcomes of patients with gastrogastic fistula after Roux-En-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2017 Feb;13(2):243-8. doi: 10.1016/j.soard.2016.09.027. Epub 2016 Sep 28. PMID: 27889483.
4. Tucker ON, Szomstein S, Rosenthal RJ. Surgical management of gastro-gastric fistula after divided laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *J Gastrointest Surg.* 2007 Dec;11(12):1673-9. doi: 10.1007/s11605-007-0341-6. Epub 2007 Oct 3. PMID: 17912592.

Надійшла 08.10.2020