Б. И. Пеев, А. В. Леонов, Е. П. Яковцов, А. Е. Гавриков, В. К. Логачов, В. В. Леонов, Ю. Л. Шальков, Р. Н. Михайлусов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

© Коллектив авторов

МЕТОД ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОВЕРКИ ГЕРМЕТИЧНОСТИ АНАСТОМОЗА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ

Резюме. В работе представлена оригинальная методика интраоперационной проверки герметичности анастомоза пищеварительной трубки с последующим анализом полученных результатов у 472 больных. Обоснована эффективность такой проверки, которая снижает риск развития послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: *анастомоз, проверка герметичности, послеоперационные осложнения.*

Введение

Операции на пищеварительном тракте — одни из наиболее часто выполняемых в хирургических клиниках Украины. Поэтому несостоятельность анастомозов пищеварительного тракта, возникающая в силу технических и трофических нарушений, — актуальная проблема современной хирургии. Среди причин летальных исходов при выполнении анастомоза пищеварительной трубки первое место по частоте занимает несостоятельность швов, которая развивается у 1,5—25,0 % оперированных больных. Летальность же среди больных с несостоятельностью анастомозов достигает 25—80 % [5, 6]. И ручному лигатурному, и механическому скобочному швам присущи общие недостатки, главным из которых является длительное нахождение в зоне анастомоза инородных тел. Оба вида швов в первые дни после операции, даже при хорошей их физической герметичности, становятся негерметичными биологически, обусловливая возможность проникновения микроорганизмов из просвета сшиваемых органов по лигатурным каналам, что является одной из наиболее частых причин осложнений [1, 3, 7, 8]. Ручные, и особенно механические скобочные, швы часто не обеспечивают полноценного герметизма, а также не могут исключить развитие имплантационных метастазов по линии швов при онкологических операциях [2, 4].

Материал и методы

С января 2010 по май 2011 г. на базе клиники общей хирургии, эндоскопии и топографической анатомии ХМАПО — в хирургическом отделении ОКТБ выполнено 472 операции с восстановлением непрерывности пищеварительной трубки. Возраст пациентов варьировал от 18 до 70 лет. Женщин было 85 %, мужчин — 15 %. Средний возраст пациентов — 43 ± 7 лет. Тонкокишечный анастомоз выполнен в 9,6 % случаев, толстокишечный — в 90,4 %. Пациентов разделили на три группы: основную — 24 %, сравнения — 26 % и контрольную — 50 %. В группе сравнения герметичность анастомоза проверялась традиционным способом с помощью пневмокомпрессии шприцем Жанэ, в основной группе — по оригинальной методике автоматической карбоксикомпрессией. В контрольной группе герметичность анастомоза интраоперационно не проверялась.

Результаты исследования и их обсуждение

Независимо от способа формирования и высоты расположения анастомоза пищеварительной трубки целесообразно проверить его герметичность. Интраоперационно это можно сделать с помощью пневмо- и гидрокомпрессии. Мы применили собственный оригинальный метод интраоперационной проверки герметичности анастомоза пищеварительной трубки. С этой целью серозная полость, где располагается анастомоз, полностью заполняется стерильным физиологическим раствором. Пищеварительная трубка выше анастомоза предварительно пережимается мягким кишечным жомом для предотвращения утечки газа при использовании гастро- или энтеростомы, или ниже при применении назогастрального зонда. Через назогастральный зонд или через стому пищеварительная трубка медленно наполняется углекислым газом из подсоединенного инсуффлятора под визуальным контролем до ее умеренного расправления в зоне анастомоза. Визуально выявленные пузырьки газа будут указывать на локализацию дефекта в наложенном анастомозе и подлежат устранению.

В основной группе ни в одном случае не было обнаружено несостоятельности анастомоза пищеварительной трубки в послеоперационном периоде. В группе сравнения несостоятельность анастомоза, подтвержденная рентгенологически, составила 1,4 % случаев. Летальность в основной группе от тромбоэмболии в сроки до 4 суток — 0,8 %. В контрольной группе несостоятельность анастомозов достигла 5,7 % случая.

Выводы

Для интраоперационной проверки герметичности анастомоза безопаснее применять углекислый газ, автоматически нагнетаемый равномерно и дозированно под контролем датчика инсуффлятора через трубку в разгрузочной гастро-, энтеростоме

или назогастральный зонд до нетугого расправления пищеварительной трубки в зоне выполненного анастомоза. Интраоперационная проверка герметичности анастомоза пищеварительной трубки снижает риск развития послеоперационных осложнений, связанных с его выполнением.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Егиев В.Н.* Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии / В. Н. Егиев. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 98 с.
2. *Каншин Н.Н.* Компрессионные анастомозы и формирование их аппаратами АСК в эксперименте и клинике / Н. Н. Каншин, А. В. Воленко, Р. А. Воленко // Хирургия. — 2004. — № 5. — С. 79—81.
3. *Милюков В.Е.* Морфофункциональные особенности заживления кишечной раны при формировании различных энтероэнтероанастомозов / В. Е. Милюков, М. Р. Сапин, Н. А. Ефименко // Хирургия. — 2004. — № 1. — С. 38—41.
4. *Русаков В.И.* Экстраперитонизация пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных анастомозов / В. И. Русаков, В. Ф. Касаткин, В. А. Глущенков // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1984. — № 4. — С. 125—126.
5. *Черноусов А.Ф.* Профилактика недостаточности анастомозов желудочно-кишечного тракта / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, О. Н. Антонов // Хирургия. — 2005. — № 12. — С. 25—29.
6. *Comparative* study on three types of digestive reconstruction after total gastrectomy / H. B. Wei, B. Wei, Z. H. Zheng [et al.] // ZaZhi. — 2006. — Vol. 9, № 4. — P. 301—304.
7. *Peroperative* rescue procedure after failure of oesophagojejunostomy following total gastrectomy / V. Nitu, H. El Amrani, J. C. Oilier, J. J. Tuech // Ann. Chir. — 2005. — № 130 (4). — P. 261—263.
8. *Quality* of life in patients with esophagojejunal anastomosis after total gastrectomy for cancer / R. Scurtu, N. Groza, O. Otel [et al.] // Rom. J. Gastroenterol. — 2005. — № 14 (4). — P. 367—372.

МЕТОД ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ПЕРЕВІРКИ ГЕРМЕТИЧНОСТІ АНАСТОМОЗУ ТРАВНОЇ ТРУБКИ

Б. І. Пєєв, А. В. Леонов, Є. П. Яковцов, А. Є. Гавриков, В. К. Логачов, В. В. Леонов, Ю. Л. Шальков, Р. Н. Міхайлусов

Резюме. У роботі подано оригінальну методику інтраопераційної перевірки герметичності анастомозу травної трубки з наступним аналізом отриманих результатів у 472 хворих. Обґрунтовано ефективність перевірки, що знижує ризик розвитку післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: *анастомоз, перевірка герметичності, післяопераційні ускладнення.*

THE METHOD OF INTRAOPERATIVE TESTING OF ANASTOMOTIC LEAKTIGHTNESS OF THE DIGESTIVE TUBE

B. I. Peyev, A. V. Leonov, Ye. P. Yakovtsov, A. Ye. Gavrikov, V. K. Logachov, V. V. Leonov, Yu. L. Shalkov, R. N. Mikhaylusov

Summary. The paper presented an original technique of intraoperative testing of anastomotic leaktightness of the digestive tube with subsequent analysis of the results obtained in 472 patients. Substantiated intraoperative testing of anastomotic leaktightness of the digestive tube reduces the risk of postoperative complications.

Key words: *anastomosis, leak tightness, postoperative complications.*