



В.В. Бойко, А.П. Колинко,
Д.И. Ивенский

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

СОЗДАНИЕ СОУСТИЙ МЕЖДУ ОРГАНАМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПО «АСЕПТИЧЕСКОМУ» МЕТОДУ

Резюме. Представлен собственный опыт хирургического лечения 15 больных путем создания межкишечных соустьев по «асептическому» методу с использованием разработанного инструмента по предложенной методике.

Ключевые слова: межкишечный анастомоз, компрессионное соустье, хирургическая тактика.

Введение

Несмотря на успехи хирургии органов желудочно-кишечного тракта осложнения, связанные с несостоятельностью швов межкишечных соустьев встречаются довольно часто, а самым частым и наиболее грозным осложнением после хирургического вмешательства на органах пищеварительного тракта является воспаление брюшины вследствие ее загрязнения содержимым полых органов во время операции или в связи с расхождением швов.

В настоящее время осложнения, связанные с несостоятельностью шва анастомоза, встречаются в 1-1,9 % случаев и не имеют тенденции к снижению. Причинами этого являются: технические погрешности, толстые лигатуры, несовершенство шовного материала, недостаточный гемостаз и др. [5]. Стремление добиться полной герметичности анастомоза за счет наложения многорядных швов ничего кроме ухудшения заживления не дает и, кроме того, в пространстве между рядами возникает воспаление, т.к. инфекция проникает по лигатурным каналам первого ряда сквозного шва. Многоэтажные швы суживают просвет анастомоза, создавая условия для стаза, увеличивают травму тканей, ухудшают питание и иннервацию кишечной стенки [6].

Несовершенство ручного способа анастомозирования привело многих хирургов к созданию сшивающих аппаратов. Сшивающие аппараты нашли широкое применение в повседневной хирургической практике сегодня. Одними из наиболее распространенных являются аппараты: НЖКА-60, ПКС-25, СПТУ, СК-28, а также аналогичные американские аппараты GiA и EEA [1].

Механический аппаратный шов лишен части недостатков ручного шва. Его преимущества в следующем:

- 1) быстрота и относительная простота технического исполнения;
- 2) сокращение времени операции;
- 3) хорошая адаптация слоев сшиваемой стенки;
- 4) создание хорошего герметизма анастомоза;
- 5) малая травматичность;

6) достаточная асептичность;

7) высокая механическая прочность;

8) шовный материал тантал инвертен в живых тканях и не обладает фитильными свойствами [1].

Однако присутствуют и значительные недостатки в работе аппаратов:

1) оставление в тканях кишечной стенки шовного материала, оказывающего многогранное отрицательное влияние на анастомоз;

2) при гипертрофии стенок, сшиваемых органов, аппараты не могут быть применены, так как скрепки недостаточно загибаются и не обеспечивают механической прочности соустья;

3) необходимость выполнения в большинстве случаев дополнительных отверстий в стенках органов с последующим их ушиванием [1].

В настоящее время по-прежнему вызывают интерес «отсроченные» межкишечные соустья, которые включаются в пассаж через определенное время, достаточное для надежного сращения стенок анастомозированных органов. Такой тип соединения предотвращает воздействие на зону анастомоза повышенного внутрикишечного давления. Отсроченные анастомозы формируют при помощи специальных сшивающих аппаратов, постоянной силы магнитов, различных компрессионных устройств, лигатурным способом [3].

На базе ГУ «ИОНХ НАМНУ», под руководством директора ГУ «ИОНХ НАМНУ», заведующего кафедрой госпитальной хирургии ХНМУ, доктора медицинских наук, проф. Бойко В.В. был сконструирован специальный аппарат и разработан оригинальный метод наложения соустьев с его помощью на различных участках пищеварительного тракта по «асептическому» (герметичному) варианту (патент Украины № 70394).

Целью исследования является разработка и клиническая апробация данного аппарата для формирования отсроченных межкишечных анастомозов, оценка клинической эффективности отсроченного межкишечного соустья, сформированного данным устройством, опре-

деление показаний и противопоказаний к его использованию.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты хирургического лечения 15 больных с различными заболеваниями кишечника, которые были прооперированы на базе ГУ «ИОНХ НАМНУ» и ХГКБСНМП им. А.И. Мещанинова.

Все больные были госпитализированы в ургентном порядке. Давность заболевания во всех случаях составила более 24 часов.

Количество женщин – 9, мужчин – 6. Возраст пациентов составлял от 60 до 82 лет.

Всем больным проведены клинично-лабораторные и инструментальные методы исследования согласно стандартам, в объеме, достаточном для постановки диагноза, проведены консультации со смежными специалистами. У всех больных выявлены сопутствующие патологии (наиболее часто встречались патология сердечнососудистой и дыхательной систем).

С целью оценки тяжести состояния поступивших больных, нами была применена шкала SAPS. На основании шкалы тяжелое состояние (более 10 баллов) было у 4 больных, 9 баллов – у 11 больных.

Для облегчения анализа больных разделили на группы в зависимости от вида заболевания.

Таблица 1

Распределение больных по нозологическому признаку

№	Диагноз	Количество больных
1	Острая странгуляционная непроходимость тонкой кишки, осложненная нарушением кровообращения, гангреной кишки и перитонитом	7
2	Сегментарный мезентериальный тромбоз с некрозом участка подвздошной кишки, осложненный перитонитом	2
3	Ущемленная паховая грыжа с некрозом участка подвздошной кишки, осложненная перитонитом	6

У всех больных применялось хирургическое лечение путем создания межкишечных соустьев по «асептическому» методу с использованием специального инструмента по предложенной методике.

Результаты исследования и их обсуждение

Предоперационная подготовка проводилась всем больным с целью коррекции витальных функций организма: нормализации водно-электролитного и белкового равновесия, обезболивания, коррекции декомпенсации сопутствующих заболеваний.

Всем пациентам применили антибиотикотерапию (цефалоспорины 3-го поколения или

фторхинолоны в комбинации с метронидазолом, карбопенеми).

Во всех случаях тяжесть состояния пациентов, некроз участка кишки, а также сопутствующий перитонит не позволили наложить первичный анастомоз из-за высокой вероятности его несостоятельности. Последнее сподвигло нас разработать специальный инструмент для создания отсроченных межкишечных соустьев и оригинальный метод его использования.

После этапа вскрытия брюшной полости, мобилизуем участок кишечника, необходимый для формирования анастомоза. Сближаем участки кишок и формируем первую линию серо-серозных швов любым методом, после этого отступается участок по ширине достаточный для формирования площадки (она будет служить местом формирования соустья) приблизительно 2 см и накладываем еще один ряд серо-серозных швов параллельно первому. Формируем отверстие в брюшной стенке для дальнейшего выведения стомы в типичном месте по одной из общепризнанных методик [2]. Затем выводим петлю кишки из брюшной полости и оба конца выведенной петли подшиваем к париетальной брюшине так, что бы предполагаемый анастомоз находился полностью в брюшной полости, а уровень предполагаемого пересечения кишки выступал над кожей на 1,5 см. Отсечение выведенной части кишки производим сразу, желательнее с помощью электроножа.

Дренируем брюшную полость трубочными системами, которые удаляем на 4-5 сутки, послойно ушиваем.

Сформирован каловый свищ в виде двустволки, однако между петлями кишок еще нет анастомоза. Для этого как завершающий этап операции в просвет кишок вводим рабочую губовидную часть аппарата и находим с помощью пальпации площадку для анастомоза. Устанавливаем на площадку рабочую часть инструмента (располагая ее между двумя линиями параллельных серо-серозных швов) и плотно закрываем инструмент, последний остается в просвете кишечника двое суток (время достаточное для формирования соустья). Путем некротизации тканей по линии сдавления рабочей частью инструмента и отхождением некротизированного участка в просвет кишок – формируется соустье.

Для полноценного понимания методики рекомендуем ознакомиться с недавно зарегистрированным патентом Украины № 70394.

Стимуляцию кишечной моторики начинали сразу по окончании операции. Консервативное лечение в послеоперационном периоде проводилось в полном объеме.



Среди пациентов, у которых проводилось оперативное лечение по данной методике, летальных исходов не было. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 2 пациентов, не связанные с использованной методикой:

1) пациентка А., 67 лет, с ущемленной паховой грыжей, некрозом петли подвздошной кишки, местным гнойным перитонитом, произведено грыжесечение, резекция некротизированного участка подвздошной кишки 30 см с выведением двустольной энтеростомы по предложенной методике, дренированием брюшной полости, на 4 сутки верифицирован абсцесс Дугласового пространства, дренирован через задний свод влагалища. Больная выписана с выздоровлением на 14 сутки;

2) пациент К., 61 год, с ущемленной центральной грыжей, некрозом петли тощей кишки и местным серозным перитонитом. Произведено грыжесечение с резекцией ущемленного участка тощей кишки 40 см и выведением двустольной энтеростомы по предложенной методике, дренированием брюшной полости из двух точек, на 4 сутки появилась выра-

женная мацерация кожи вокруг энтеростомы. Произведена дополнительная защита тканей с помощью пасты «Coloplast» и двухкомпонентных калоприемников. Положительный эффект от проведенных манипуляций, мацерации ликвидированы. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 9 сутки.

Средний срок пребывания больных в стационаре составил 10 суток.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что использование разработанного инструмента и оригинального метода его использования для формирования межкишечных соустьев при urgentных операциях по поводу кишечной непроходимости при крайне тяжелом состоянии больных дает хорошие результаты лечения при отсутствии осложнений со стороны методики. Следовательно, обработка и внедрение в практику данного метода является перспективным направлением в развитии неотложной хирургии и нуждается в дальнейшем исследовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопов Э.М. Сшивающие аппараты для наложения анастомозов в желудочно-кишечной хирургии / Э.М. Акопов, П.М. Постолов // Мед. Техника. – 1981. – № 5. – С. 24-32.
2. Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость: руководство для врачей / И.А. Ерюхин, В.П. Петров, М.Д. Ханевич. – СПб: Питер, 1999. – 488 с.
3. Новая технология создания компрессионного анастомоза в желудочно-кишечной хирургии сверхэластичными имплантатами с памятью формы / Р.В. Зиганшин, В.Э. Гюнтер, Б.К. Гиберт [и др.]. – Томск: STT, 2000 – 176 с.

4. Кривошеев С.В. Резекция желудка при язвенной болезни / С.В. Кривошеев, С.М. Рубашев. – Киченев, 1954. – 360 с.

5. Chung R. The role of tissue ischemia in the pathogenesis of anastomotic stricture / R. Chung, D. Hitch, D. Armstrong // Surgery. – 1988. – Vol. 104. – № 5. – P. 824-829.

6. Pelissier G. Reflexion sur les indications des sutures mecaniques et manuelles en chirurgie digestive / G. Pelissier, J. Di Costanzo, J. Martin // Chirurgie. – 1986. – Vol. 112. – № 9. – P. 638-645.

СТВОРЕННЯ СПІВВУСТЬ МІЖ ОРГАНАМИ ТРАВНОГО КАНАЛУ ЗА «АСЕПТИЧНИМ» МЕТОДОМ

**В.В. Бойко, О.П. Колінко,
Д.І. Івенський**

Резюме. Представлено власний досвід хірургічного лікування 15 хворих шляхом створення міжкишкових співвусть за «асептичним» методом із використання розробленого інструменту за запропонованою методикою.

Ключові слова: міжкишковий анастомоз, компресійне співвустя, хірургічна тактика.

CREATION INTERINTESTINAL ANASTOMOSIS ON AN «ASEPTIC» METHOD

**V.V. Boyko, A.P. Kolinko,
D.I. Ivenskyi**

Summary. The personal experience of surgical treatment of 15 patients by a way of creation interintestinal anastomosis on an «aseptic» method with use of the special tool by the offered technique is presented.

Key words: interintestinal anastomosis, compression anastomosis, surgical tactics.