

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНОЙ МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Воронов И.А., Добровольский Н.А., Биленко А.А., Косаковский Д.И., Машуков А.А.,
Максимовский В.Е., Рациборский Д.В.

Одесский областной онкологический диспансер, Одесса, Украина

ВВЕДЕНИЕ

Применение сшивающих аппаратов в хирургии рака ободочной и прямой кишки значительно сокращает время операции, снижает роль «человеческого фактора», улучшает функциональные результаты. При тазовых операциях – расширяет показания к сфинктеросохраняющей хирургии, позволяет формировать межкишечные анастомозы на любом уровне. При использовании одноразовых аппаратов нивелируется значимость фактора изношенности и технической неисправности оборудования. Цель работы. В статье мы излагаем наш опыт использования сшивающих аппаратов Ethicon Endosurgery CDH компании Johnson&Johnson. При наложении анастомоза происходит одномоментное формирование двухрядного скобочного шва. Компрессия скобок (тканей анастомоза) может быть регулируема во время процедуры в зависимости от анатомических особенностей пациента. Герметизм анастомоза определяется путём контроля целостности колец резецируемой стенки кишки внутри рабочей части аппарата после извлечения. Несомненным удобством является широкая номенклатура изделий, используемая в зависимости от диаметра просвета кишки.

Ключевые слова: хирургические сшивающие аппараты.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Циркулярные степлеры CDH компании Johnson&Johnson, размерами 25, 29, 33. Объект и методы исследования. Всего с помощью сте-

плерной методики произведены резекции толстой кишки у 20 пациентов по поводу рака. У 17 — по поводу рака прямой кишки, у 3 — по поводу рака сигмовидной кишки. Максимальная глубина формирования колоректального анастомоза составила 4 см от ануса. У 1 больной резекция кишечника сочеталась с субтотальной резекцией желудка по поводу первично-множественного рака, у 1 — с радиочастотной термоабляцией внутрипечёночных метастазов. Послеоперационные осложнения имели место у 6 больных. У 2 больных наблюдалась несостоятельность аппаратного анастомоза, что в обоих случаях потребовало urgentного формирования колостомы. 2 больных умерло: 1 — от несостоятельности швов прямокишечного анастомоза, пельвиоперитонита, 1 — от острого инфаркта миокарда, развившегося на 11-ые сутки послеоперационного периода. У 1 больного спустя 4 месяца после операции возник параректальный гнойный абсцесс, потребовавший дренирования. У 2 больных имел место анастомозит, подтверждённый данными эндоскопического исследования. Послеоперационная летальность составила 10%.

ВЫВОДЫ

С целью объективной оценки эффекта, выполнялись контрольные эндоскопические и рентгенологические исследования. Выводы. Учитывая имеющиеся показатели непосредственных результатов лечения, можно сделать вывод о том, что методика не сопряжена с высоким послеоперационным риском и при имеющихся несомненных преимуществах имеет показания к применению.