

Заключение: Таким образом, наш опыт свидетельствует, что однопортовые лапароскопические технологии позволяют выполнить вмешательство на любом отделе ободочной кишки при различных ее заболеваниях. При этом применение SILS технологий приводит к снижению частоты развития послеоперационных осложнений и сопровождается уменьшением потребности в наркотических анальгетиках за счет минимальной выраженности болевого синдрома, что приводит к сокращению сроков пребывания больных в стационаре и ранней активизации пациентов в послеоперационный период. Также стоит отметить прекрасный косметический эффект после проведенной операции.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СТРИКТУР ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ЗОНЕ АНАСТОМОЗОВ

Давыгора Л.О., Кечеджиев В.В., Богун М.Ю.

Научный руководитель: ас. Киосов А.М.

Запорожский государственный медицинский университет
«Университетская клиника», кафедра факультетской хирургии

Цель исследования: Комплексное изучение особенностей клинического течения послеоперационных стриктур анастомозов и оптимальных методов их коррекции.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения больных с различными типами стриктур анастомозов пищеводно-желудочно-кишечной локализации за период 2015-2016 гг. В исследование включены 15 пациентов в возрасте от 45 до 61 года. Использовался видеоскоп марки «Fujinon EG-590ZW ». Исследовалась причина возникновения стриктуры, протяженность стеноза и выбранный метод лечения.

Анастомозы из лапаротомного доступа выполнены у 5 (33,3%) больных, лапароскопически – у 10 (66,6%). Тип наложенного анастомоза: обходной гастроэнтероанастомоз – 1 (6,66%); эзофагоэуноанастомоз – 8 (53,3%); эзофагогастроанастомоз – 4 (26,6%); эзофагоколоанастомоз – 2 (13,3%). По степени сужения анастомоза: I степень (диаметр 9-11мм) наблюдалась у 7 (46,6 %) пациентов, II (диаметр 6-8мм) у 4 (26,6%), III (диаметр 3-5 мм) – у 2 (13,3%), IV (диаметр 0-2мм) – у 2 (13,3 %). Причины возникновения стриктур у больных: травма тканей при мобилизации – у 2 (13,3%), нарушение кровоснабжения области анастомоза – у 7 (46,6%), рубцовая реакция на шовный материал – у 1(6,66%), воспалительные изменения вследствие застоя пищи или рефлюкса через зону анастомоза – у 4(26,6%), деформирующий анастомозит – у 1 (6,66%). Протяженность стриктур: короткие (до 1 см) – у 7 (46,6%) пациентов, протяженные (более 1 см) – у 8(53,3%).

Результаты: Проведены следующие методы лечения: баллонная дилатация – у 10 (66,6%) пациентов; бужирование (бужами Savary Gilliard №1-40) – у 1 (6,66%); электрорассечение – у 2 (13,3%); комбинированные методы – у 2 (13,3%).

Оценивая непосредственные результаты эндоскопического лечения стриктур анастомозов, предложена оригинальная классификация результатов лечения для оценки дальнейшего ведения этих пациентов. Отличный результат определен у 7 пациентов, хороший – у 3, удовлетворительный – у 3. Неудовлетворительный результат наблюдался у 2 пациентов вследствие выраженной ишемии зоны анастомоза и неэффективности баллонной дилатации. Этим больным установлены пищеводные стенты.

Наличие рубцовой стриктуры вне зависимости от уровня ее локализации является абсолютным показанием для применения эндоскопических методов лечения. На основе собственного опыта лечения стриктур пищеводных анастомозов, оптимальной является методика баллонной дилатации, при этом не исключается сочетание баллонной дилатации и электрорассечения.

Выводы: 1. Современные эндоскопические методы лечения стриктур анастомозов являются безопасным и эффективными, что позволяет у большинства больных избежать сложной реконструктивной операции. 2. Для закрепления полученных результатов и предупреждения рецидивов необходимо проводить в дальнейшем планомерные, поддерживающие дилатации всем больным по окончании основного курса лечения.