

анастомозов желудочно-кишечного тракта

с использованием вакуумно-аспирационной системы

Старков Ю.Г., Джантуханова С.В., Замолотчиков Р.Д., Воробьева Е.А., Лаврентьева В.Ю.
ФГБУ «Национальный Медицинский Исследовательский Центр Хирургии им. А.В.Вишневского» Москва

Введение: несостоятельность анастомозов верхних отделов ЖКТ возникает в 3-25% наблюдений и осложняется быстро развивающимися и трудно поддающимися консервативной терапии осложнениями, такими как медиастинит, флегмона и абсцесс средостения. Как правило, истощенное состояние пациентов не позволяет прибегнуть к «агрессивной» хирургической тактике и провести повторную реконструктивную операцию. В подобных условиях приоритетным направлением является новейшая внутрипросветная технология – эндоскопическая вакуумно-аспирационная терапия (ВАТ).

Цель: продемонстрировать возможности вакуумно-аспирационной терапии в устранении несостоятельности анастомозов верхних отделов ЖКТ в рамках комплексного хирургического лечения.

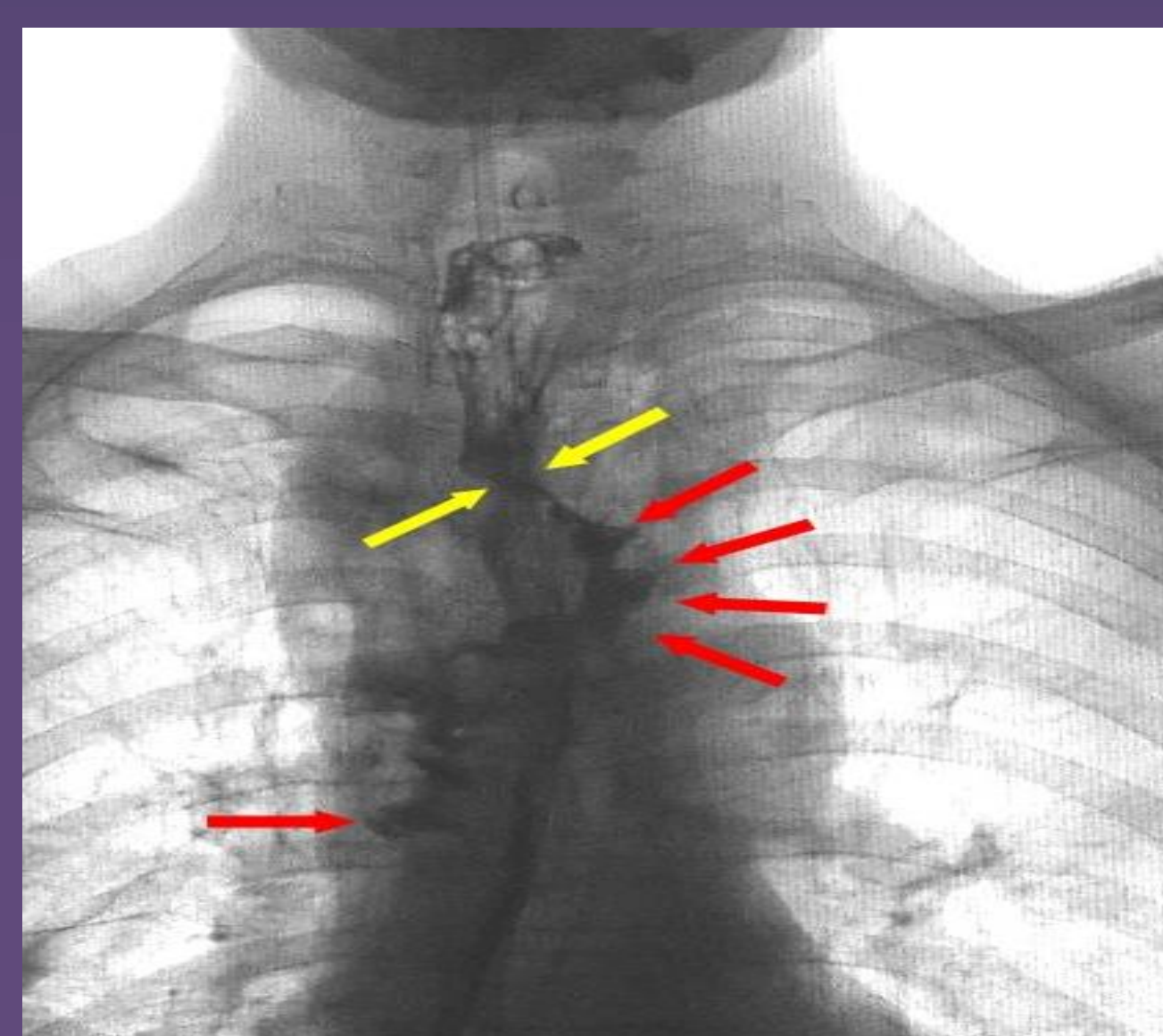
Материалы и методы: В период с 2015 по 2018 гг. на базе хирургического эндоскопического отделения ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» пролечено 12 пациентов с несостоятельностью анастомозов верхних отделов желудочно-кишечного тракта, возникшей в раннем послеоперационном периоде на 6-7 сутки после проведенных операций. Среди них 3 пациента перенесли расширенную гастрэктомию с еюногастропластикой, 4 пациента – субтотальную эзофагэктомию с пластикой изоперистальтической желудочной трубкой, 1 пациент перенес проксимальную резекцию желудка и нижней трети пищевода с еюногастропластикой, 2 пациента – резекцию пищевода с пластикой желудочной трубкой. Еще 2 пациентам выполнена повторная резекция желудка с резекцией эзофагогастроанастомоза и еюногастропластикой. У всех пациентов консервативная терапия не дала положительного эффекта. На 14-15 сутки после операции подключали ВАТ.

Вакуумно-аспирационную терапию проводили под общей анестезией. При первичном осмотре определяли уровень пищевода анастомоза от уровня резцов и размеры дефекта соустья. При наличии затека, по возможности проводили эндоскопическую ревизию полости с оценкой ее размеров.

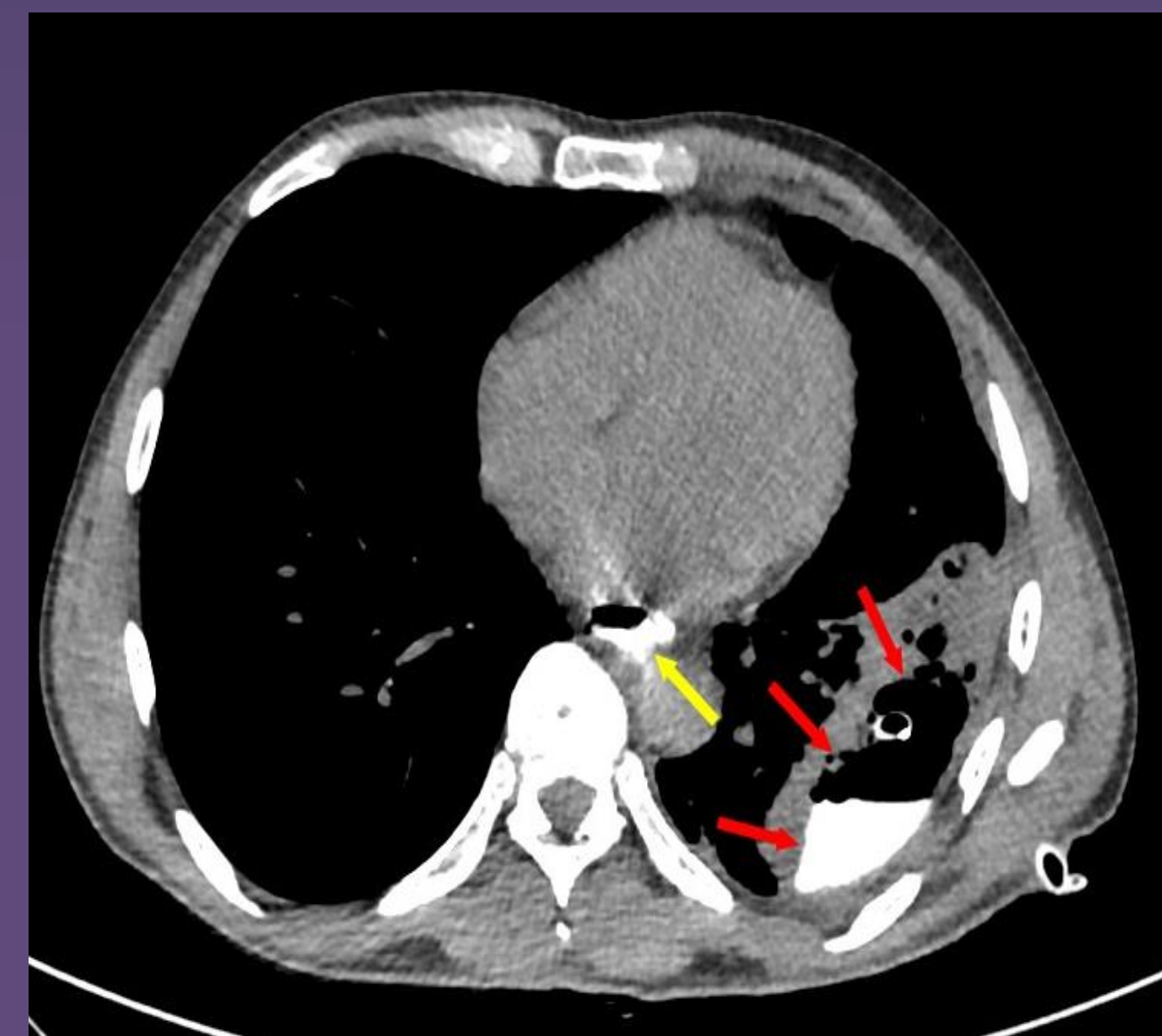
ВАТ представляла собой губчатую систему в форме цилиндра с открытыми сообщающимися ячейками, применяемую в лечении раневых инфекций. Систему монтировали на желудочном зонде с фиксацией 2 швами. Установку системы к области несостоятельности выполняли через эндоскопический overtube и подключали к вакуумному аспиратору, создающему постоянное разрежение 100-120 мм вод. ст. Плановые замены системы проводились с периодичностью каждые 3-4 дня.

Результаты. У 11 пациентов получен клинический успех в виде полного закрытия несостоятельности анастомоза, что в большинстве наблюдений достигнуто к 4 сеансу. У 1 пациента к окончанию эндоскопического лечения в области несостоятельности образовалась отграниченная полость, заполненная грануляциями.

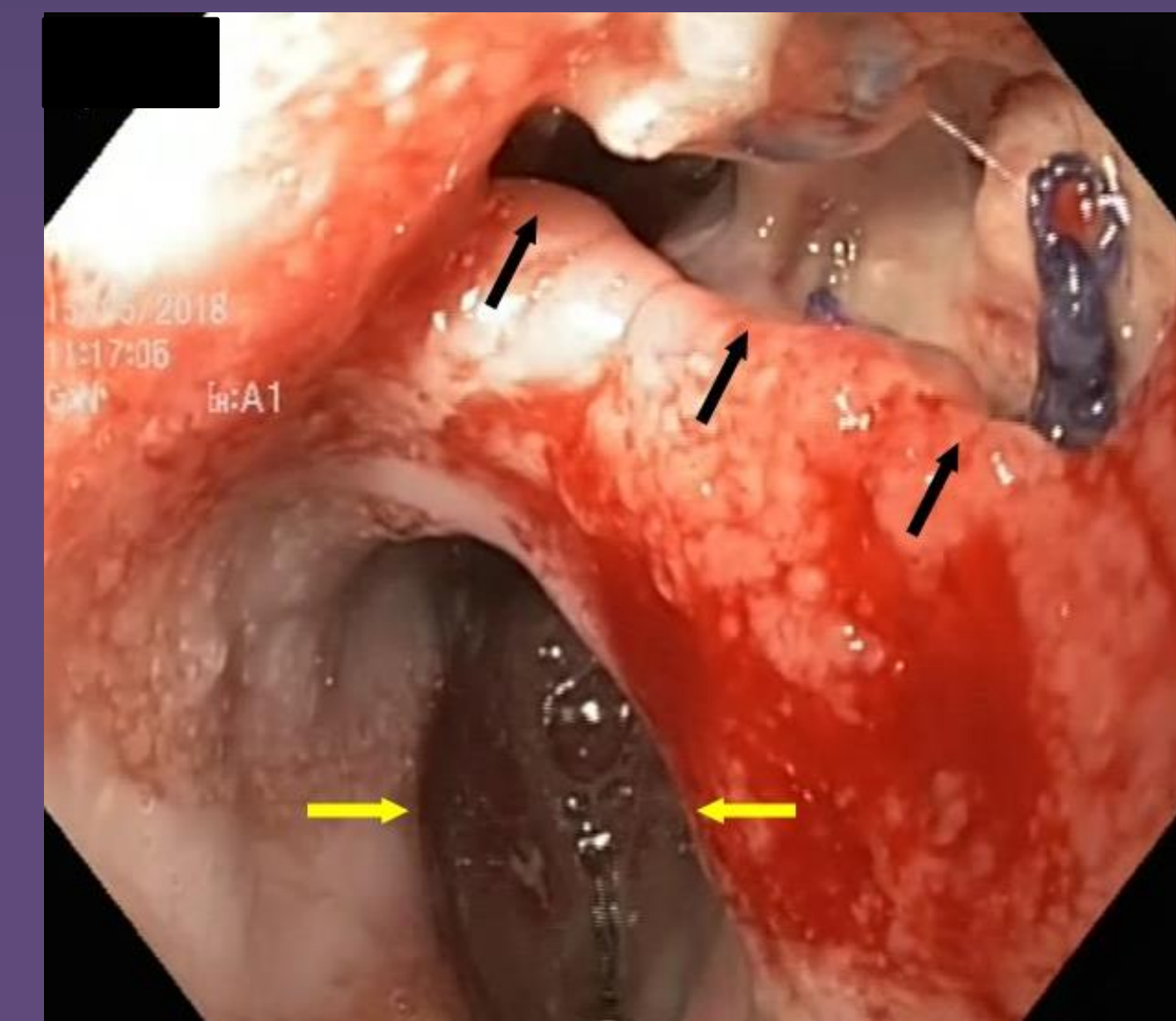
Заключение: эндоскопическая вакуумно-аспирационная терапия – перспективный минимально инвазивный метод, характеризующийся высоким уровнем клинического успеха в случае применения в рамках комплексного лечения несостоятельности анастомозов верхних отделов ЖКТ.



Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с водорастворимым контрастом у пациента после трансиатальной эзофагэктомии с пластикой пищевода изоперистальтической желудочной трубкой. Желтыми стрелками указана зона несостоятельности анастомоза, красными – область затёка контрастного препарата



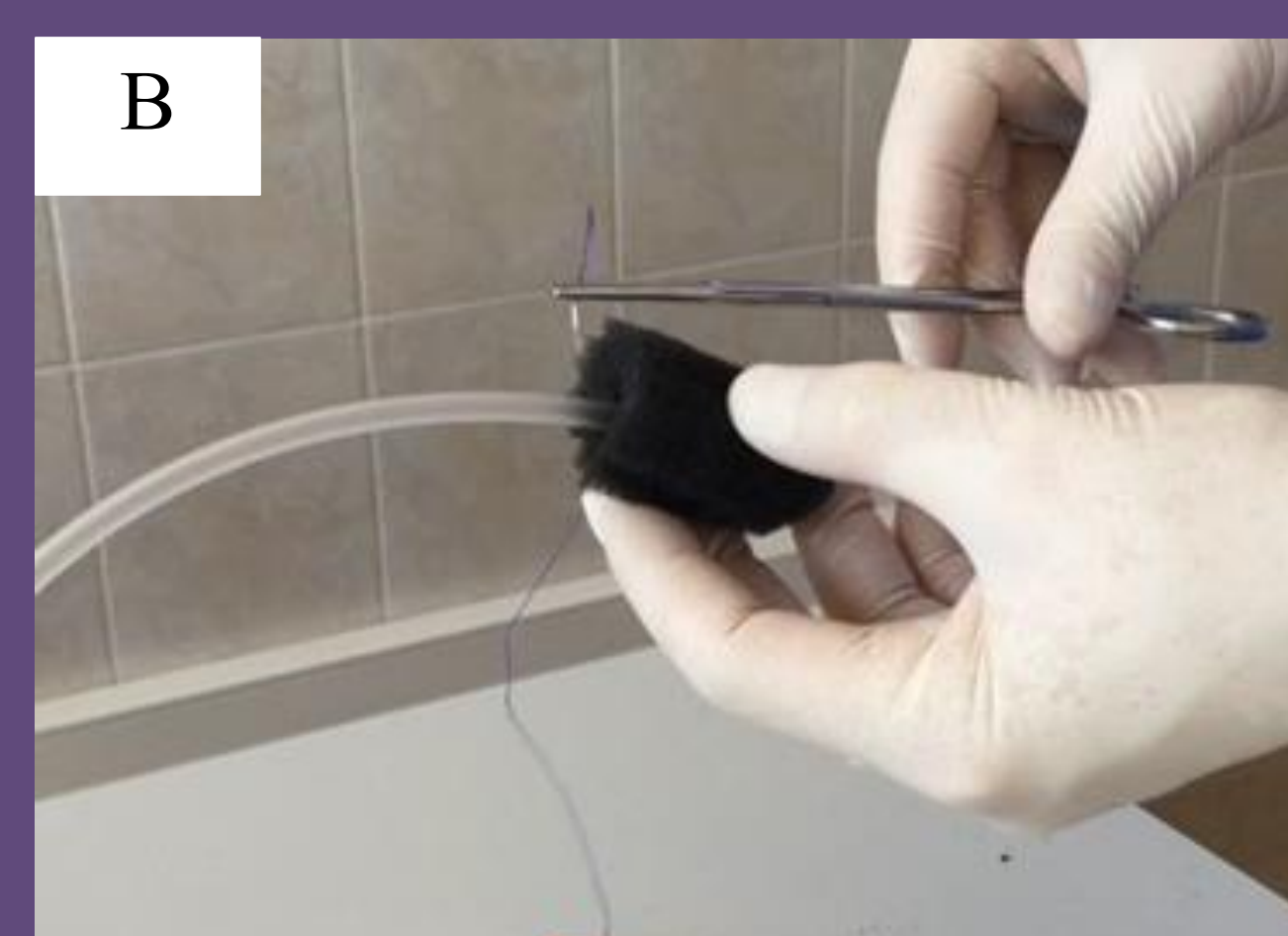
Компьютерная томограмма пациента после низведения желудка, проксимальной резекции желудка с резекцией эзофагогастроанастомоза и еюногастропластики. Желтой стрелкой указана зона несостоятельности анастомоза, красными – область затёка контрастного препарата



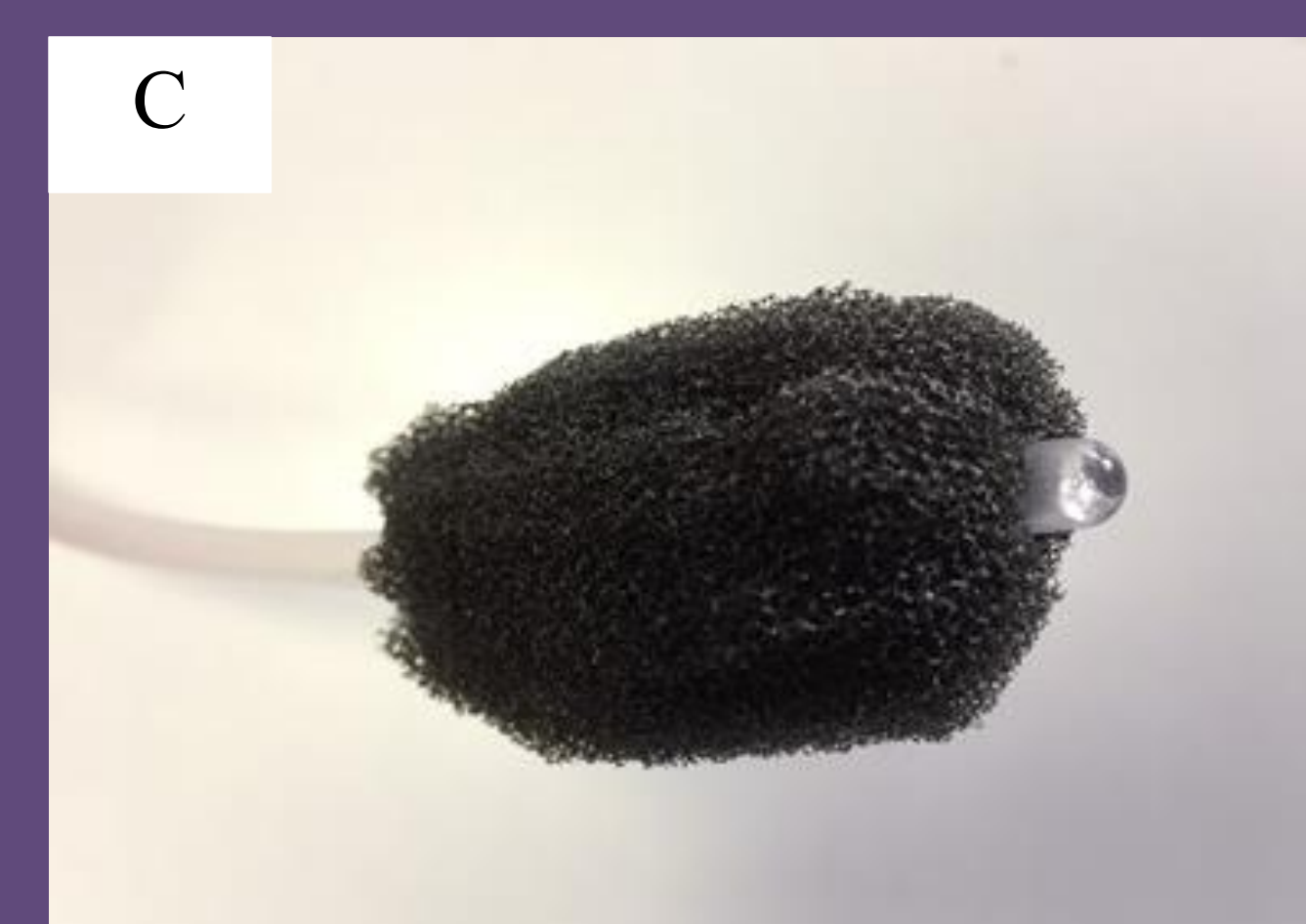
Эндоскопическая картина у пациента после трансиатальной эзофагэктомии с пластикой пищевода изоперистальтической желудочной трубкой. Желтыми стрелками указан просвет желудочной трубки, черными – зона несостоятельности анастомоза



Пошаговое моделирование ВАТ:
А - губчатая система с открытыми сообщающимися ячейками размером 10x7,5 см и толщиной 3,3 см;



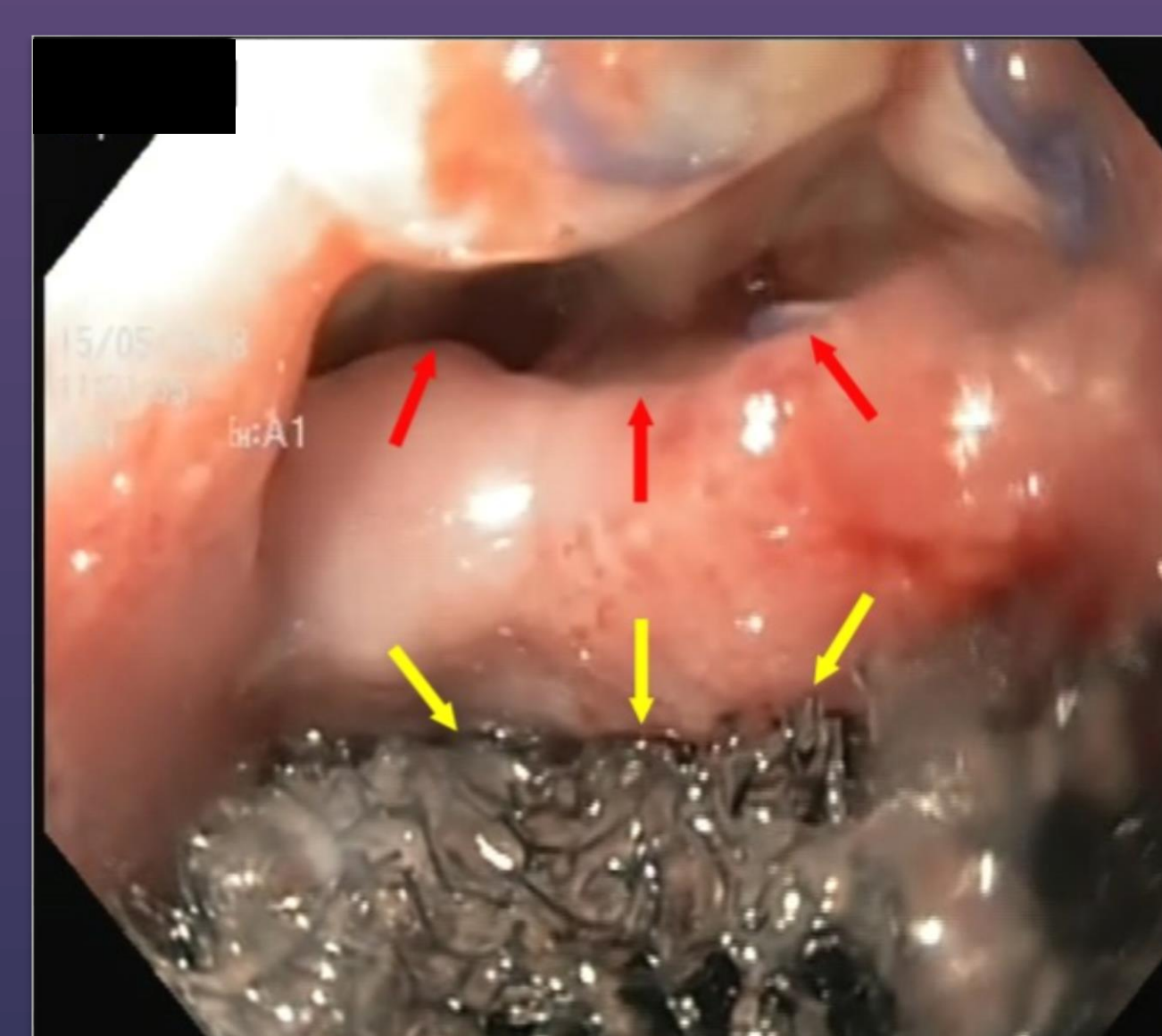
В – назогастральный зонд, на котором моделировали вакуумно-аспирационную систему



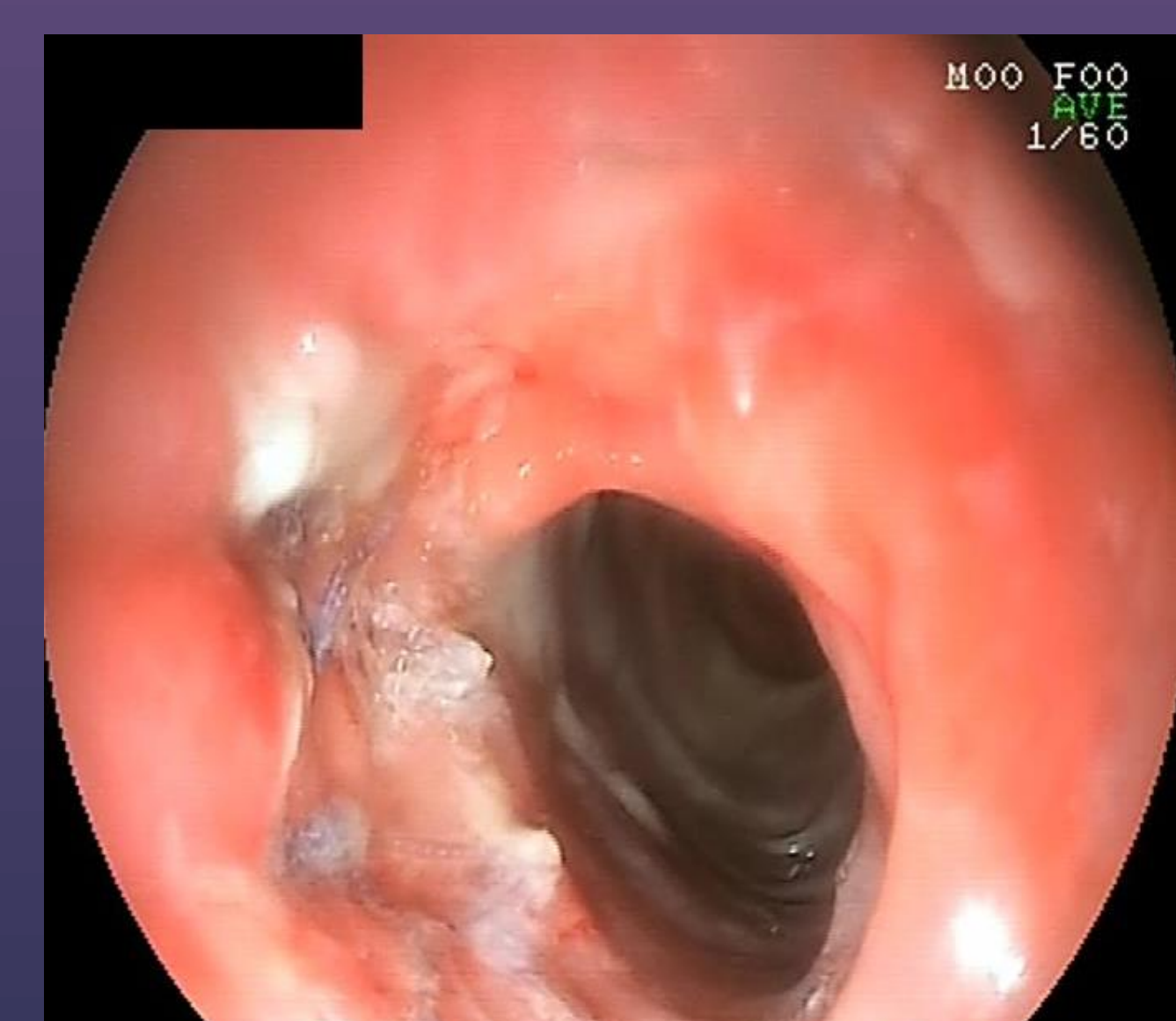
С – окончательный вид вакуумно-аспирационной системы



Эндоскопическая картина установки и позиционирования ВАТ:
ВАТ проведена в просвет пищевода



Эндоскопическая картина соотношения ВАТ и зоны несостоятельности анастомоза. Желтыми стрелками указана ВАТ; красными – зона несостоятельности анастомоза.



Эндоскопическая картина у пациента с несостоятельностью эзофагоеюноанастомоза и трех сеансов лечения с помощью ВАТ. Полное закрытие дефекта в зоне пищевода соустья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018.
2. Seely AJ, Ivanovic J, Threader J, et al. Systematic classification of morbidity and mortality after thoracic surgery. Ann Thorac Surg 2010;90:936–42
3. Mennigen R, Colombo-Benkmann M, Senninger N, Laukoetter M. Endoscopic closure of postoperative gastrointestinal leakages and fistulas with the Over-the-Scope Clip (OTSC). J Gastrointest Surg 2013;17:1058–65
4. Alissa MA, Petersen TI, Taha AY, Shehatha JS. The role of esophageal stent placement in the management of postesophagectomy anastomotic leak. Saudi J Gastroenterol 2014;20:39-42
5. И.Е. Хатьков, К.В. Шишин, И.Ю. Недолужко, Н.А. Курушкина, Р.Е. Израйлов, О.С. Васнев, Б.А. Поморцев, Е.Н. Черникова, И.А. Павлов. Эндоскопическая вакуумная терапия в лечении несостоятельности анастомозов верхних отделов пищеварительного тракта. Первый опыт и обзор литературы. – Раны и раневые инфекции. Журнал им. Проф. Б.М. Костюченко. Том 3, 2016; 32-33