

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТКИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НЕСФОРМИРОВАННЫМИ СВИЩАМИ ТОНКОЙ КИШКИ*

Штофин С.Г., Атаманов К.В., Штофин Г.С., Шумков О.А., Егоров В.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (630091, Новосибирск, Россия)

SURGICAL RECONSTRUCTION IN PATIENT WITH DAMAGE OF COMMON BILE DUCT AND UNFORMED BOWEL FISTULAS*

Shtofin S. G., Atamanov K. V., Shtofin G. S., Shumkov O. A., Egorov V. A.

Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «Novosibirsk State Medical University» of the Ministry of Health of Russia (FSBEI HE NSMU MOH Russia) (630091, Novosibirsk, Russia)

Для цитирования: Штофин С.Г., Атаманов К.В., Штофин Г.С., Шумков О.А., Егоров В.А. Реконструктивные хирургические вмешательства у пациентки с повреждением общего печеночного протока и множественными несформированными свищами тонкой кишки. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;155(7): 161–162.

For citation: Shtofin S. G., Atamanov K. V., Shtofin G. S., Shumkov O. A., Egorov V. A. Surgical reconstruction in patient with damage of common bile duct and unformed bowel fistulas. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;155(7): 161–162.

Штофин Сергей Григорьевич — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии

Атаманов Константин Викторович — д.м.н., заведующий кафедрой факультетской хирургии

Штофин Григорий Сергеевич — к.м.н., доцент кафедры общей хирургии

Шумков Олег Анатольевич — д.м.н.

Егоров Вадим Анатольевич — д.м.н.

Shtofin Sergey Grigoryevich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of General Surgery

Atamanov Konstantin Viktorovich — doctor of medical sciences, head of the department of faculty surgery

Shtofin Grigoriy Sergeevich — Candidate of Medical Sciences, docent of the Department of General Surgery

Shumkov Oleg Anatolyevich — Doctor of Medical Sciences

Egorov Vadim Anatolievich — Doctor of Medical Sciences

Штофин

Сергей Григорьевич

Shtofin Sergey G.

sshtofin@yandex.ru

Резюме

В работе приводится описание случая двухэтапной реконструктивной хирургической реконструкции у пациентки с повреждением общего печеночного протока и множественными несформированными свищами тонкой кишки

Ключевые слова: повреждения желчного протока, кишечные свищи, реконструктивная хирургия, никелид титана

* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал.

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal.

Summary

The study describes a case of a two-stage reconstructive surgical reconstruction in a patient with damage of common bile duct and unformed bowel fistulas

Key words: damage of bile duct, bowel fistulas, reconstructive surgery, nitinol

Введение

В настоящее время мы часто сталкиваемся с таким понятием как реконструктивная хирургия, которая занимается восстановлением формы и функций любого органа или ткани человеческого организма. Необходимость в выполнении таких оперативных вмешательств обычно возникает после перенесенных операций, травм, при наличии врожденных

изменений. Благодаря изобретению нового инструментария, шовных материалов и лекарственных препаратов стало возможным выполнять уникальные операции по восстановлению тканей и органов. Целью реконструктивной хирургии является повышение качества жизни пациента. Приводим собственное наблюдение.

Клиническое наблюдение

Пациентка А. 52 лет поступила в клинику факультетской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета 27.06.2014 с диагнозом: множественные несформированные свищи тонкой кишки, гепатикостома. Из анамнеза: 06.05.14 во время плановой лапароскопической холецистэктомии был пересечен общий печеночный проток. Повреждение сразу не распознано. 14.05.14 выполнена петлевая гепатикоэнтеростомия с межкишечным анастомозом по Браун. На 8 сутки после операции возникла несостоятельность швов гепатикоэнтероанастомоза и швов межкишечного анастомоза. 22.05.14 произведено наружное дренирование желчных путей, ушивание несостоятельных швов энтеро-энтероанастомоза. На момент поступления дебит желчи составлял 800–900 мл в сутки, потери кишечного содержимого – до 1100 мл в сутки. Схема повреждений представлена на рисунке 1. Несформированный наружный тонкокишечный свищ энтероэнтероанастомоза протезирован оригинальным obturator (рисунк 2, 3). Выполнено аспирационное дренирование подпеченочного пространства. Через 6 месяцев после формирования свища тонкой кишки на obturatore, выполнена резекция кишечной петли несущей свищ с восстановлением ее проходимости. Второй этап реконструкции общего печеночного протока выполнен через 2,5 месяца после закрытия кишечного свища и через 9 месяцев после повреждения общего печеночного протока. Сформирован гепатикоэнтероанастомоз на U-образно выключенной кишечной петле с использованием стента из никелида титана диаметром 12 мм. Применяемый нами стент, при всех его преимуществах, имеет недостаток, стимулирующий его совершенствование. В начальный период морфологической перестройки участки рубцовой толщи анастомоза пролабируют в просветы плетеной структуры стента.

Возникающая неравномерность компрессии в области просвета приводит к слабовыраженному нарушению микроциркуляции, отеку и гистиолимфоцитарной инфильтрации. Указанный недостаток устраняется тем, что стент для профилактики образования грубых рубцовых тканей укрывается плотно примыкающим слоем сетчатой ткани из никелид-титановой нити диаметра 30–60 мкм, при этом размеры ячеек сетчатой ткани составляют отношение 0,1–0,5 с размерами просветов структуры плетения самого стента. Никелид-титановая сетчатая ткань представлена нитью с проницаемо-пористой поверхностью. Дополнение стента слоем сетчатой ткани из никелид-титановой нити имеет полезное для достижения результата следствие: сетчатая ткань перекрывает просветы плетения структуры стента, неизбежные для этой технологии и использованного материала – ленты никелида титана. Просветы представляют собой бреши для тканей стенки протока, особенно в первое установочное время. Еще несформированные, как это им предстоит в отдаленные сроки, ткани стенок, с увеличенным объемом в зоне анастомоза, в состоянии послеоперационного отека, пролабируют в просветы плетения, вызывая в микромасштабе, на краях просвета, атрофию и некроз.

Сетчатая ткань создает дополнительную опору пролабирующим тканям, устраняя указанный недостаток. Выравнивание контактных слоев тканей приводит к улучшению трофики и, как следствие, к повышению состоятельности операции (рисунк 4).

Образовавшаяся после неоднократных вмешательств большая послеоперационная грыжа передней брюшной стенки протезирована сеткой из никелида титана размером 20х30 см, с толщиной нити 90 мкм. Пациентка осматривалась неоднократно на протяжении 4 лет, жалоб не предъявляет (рисунк 5).

Заключение

Приведенное клиническое наблюдение показывает большие возможности применения никелид-титано-

вых конструкций в реконструктивно-восстановительной хирургии желчевыводящих путей и герниологии.

К статье

Реконструктивные хирургические вмешательства у пациентки с повреждением общего печеночного протока и множественными несформированными свищами тонкой кишки (стр. 161–162)

To article

Surgical reconstruction in patient with damage of common bile duct and unformed bowel fistulas (p. 161–162)

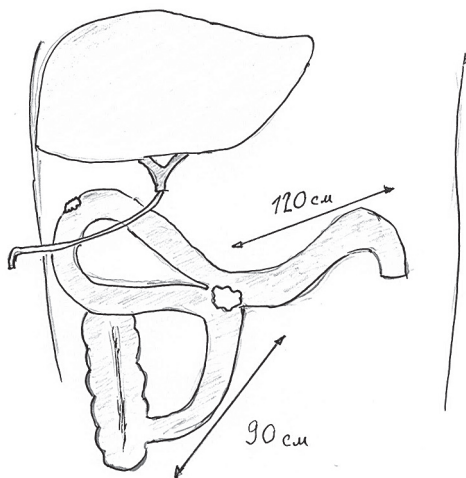


Рисунок 1.
Схема повреждений

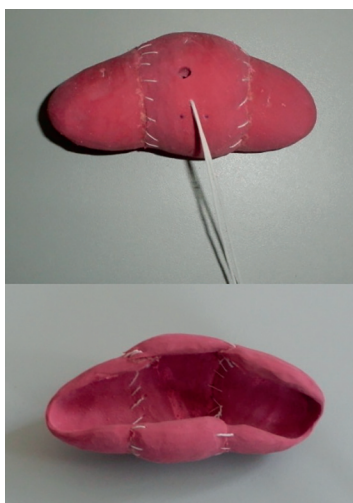


Рисунок 2 и 3.
Несформированный наружный тонкокишечный свищ энтероэнтероанастомоза протезирован оригинальным обтуратором

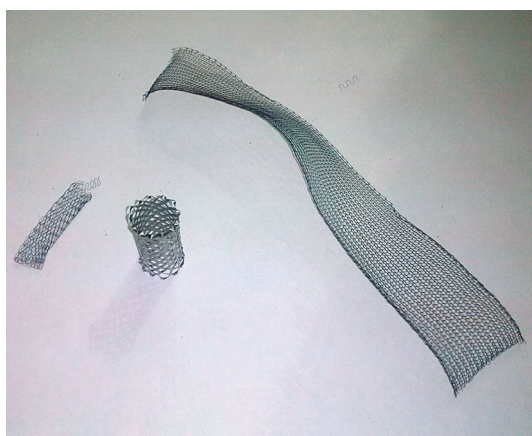


Рисунок 4.
Выравнивание контактных слоев тканей приводит к улучшению трофики и повышению состоятельности операции

Рисунок 5.
Пациентка через 4 года