



Е.Г. Доценко, Е.В. Косов,  
Д.Г. Доценко

ГУ «Институт общей  
и неотложной хирургии  
АМН Украины»

Харьковский национальный  
медицинский университет

© Коллектив авторов

## ПРИНЦИПЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНО-РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКЕ

**Резюме.** В работе представлен опыт восстановительно-реконструктивных операций на толстой и прямой кишке. Сформулированы основные принципы их выполнения, позволившие значительно снизить число послеоперационных осложнений.

**Ключевые слова:** колостома, восстановительно-реконструктивные операции, аппаратный шов, экстраперитонизация, несостоятельность анастомоза.

### Введение

В ургентной хирургии операции на толстой кишке нередко завершаются колостомией. Такой вид завершения операции в большинстве случаев является единственно возможным жизнеспасающим методом, поскольку имеет ряд преимуществ на счет снижения послеоперационных осложнений и летальности. Колостома, сыграв решающую роль в снижении риска операции, существенно нарушает профессиональный, социальный и семейный статус пациента. Важнейшим элементом реабилитации таких больных является выполнение им восстановительно-реконструктивных операций (ВРО) [3, 4].

ВРО относятся к группе весьма сложных, в плане технического выполнения, нередко сопровождаются рядом осложнений (несостоятельность – 6,8-12,6 %, перитонит – 1,2-3,6 %, релапаротомии – 2,4-6,1 %). Летальность после ВРО составляет 3-5 % [2, 5].

**Целью исследования** являлось определение оптимальных подходов к ВРО, позволяющих минимизировать количество осложнений и неблагоприятных исходов.

### Материалы и методы

В клинике ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины» за период с 2008 по 2011 г. выполнено 37 реконструктивно-пластических операций больным, перенесшим обструктивную резекцию прямой и сигмовидной кишки возрастом от 42 до 71 лет. Мужчин было 24 (64,8 %) человек, женщин – 13 (35,2 %). В большинстве случаев формирование колостомы выполняли на фоне обструктивной кишечной непроходимости вследствие опухолевой обтурации толстой кишки – 25 (67,6 %). Остальными причинами были дивертикулез, дивертикулит сигмовидной кишки с абсцедированием (5 (13,5 %)), перфорация сигмовидной кишки (3 (8,1 %)) с образованием абсцесса, рак мочевого пузыря (2 (5,4 %)), ак-

тиномикоз брюшной полости (1 (2,7 %)) и рак яичников (1 (2,7 %)).

Сроки выполнения восстановительного этапа варьировали от 4 мес. до 1 года со времени первичной операции при отсутствии общих противопоказаний и данных за пролонгацию рака.

Важное значение придаем тщательному предоперационному обследованию больных, в которое, помимо общеклинических исследований, включали рентгенологическое исследование с контрастированием, эндоскопическое исследование приводящего отдела толстой кишки с биопсией, компьютерную томографию.

При подготовке больных к операции выполняли тренинг замыкательного аппарата прямой кишки с увеличением размеров и профилаксией воспалительных изменений в ее культе, деконтаминацию ЖКТ.

Выбор способа реконструктивно-восстановительных операций зависел от индивидуальных особенностей больного, выраженности спаечного процесса, длины приводящего отдела толстой кишки и размеров культы прямой кишки.

Аппаратный шов накладывался с помощью аппарата СДН фирмы «Ethikon»

### Результаты исследования и их обсуждение

При выполнении ВРО нами были выполнены следующие варианты вмешательств: десцендо-ректоанастомоз наложен у 15 (40,5 %) (11 – аппаратным методом, 4 ручной шов) больных, сигморекто у 11 (29,7 %) (7 – аппаратным методом, 4 ручной шов), десцендосигмо у 6 (16,2 %) (2 аппаратным методом, 4 ручной шов), трансверзосигмо у 5 (13,5 %). Использовали два основных типа кишечного анастомоза: «конец в конец» у 30 (81 %) и «конец в бок» у 7 (19 %) пациентов. Анастомоз экстраперитонизирован в 34 (91,9 %) случаях.

Мы придерживались следующих принципов выбора варианта ВРО.



1. Наложение анастомоза на уровне среднеампулярного отдела прямой кишки предпочтение отдавали аппаратному шву (12 (32,4 %) случаев), с наложением анастомоза конец в конец.

2. При наложении анастомоза на уровне верхнеампулярного отдела прямой кишки считали возможным выполнение ручного шва с применением методики «артифициального расширения» приводящей кишки за счет наложения W-образных зеркальных рядов швов. Это обеспечивало создание адекватных по диаметру анастомозируемых кишечных трубок (2 (5,4 %) больных).

3. В случаях анастомозирования прямой кишки с вышележащими отделами ободочной кишки (поперечный отдел, восходящий), считаем более предпочтительным анастомозирование типа конец в бок, что в дальнейшем создавало предпосылки к замедлению пассажа в анастомозируемом сегменте и снижало частоту стула, и уменьшало частоту развития недержания кала (3 (8,1 %) пациента).

4. Кроме того, в отдельную группу выносились случаи невозможности технически осуществить адекватную мобилизацию культи прямой кишки, обусловленную риском повреждения соседних органов или критической ишемизации зоны анастомоза. При этом варианте выполняли термино-латеральные анастомозы с помощью циркулярных аппаратов либо по предложенной ранее методике [1]. Выполнено в 4 (10,8 %) случаях.

5. Принципиальным при указанных вариантах считаем экстраперитонизацию зоны анастомоза с захватом участка приводящей петли на расстоянии 8-10 см. При отсутствии достаточного участка брюшины при интраоперационной мобилизации анастомозируемых участков, считаем возможным дополнительную препаровку и смещение лоскутов с сохранением кровоснабжения и оставлением минимального объема клетчатки. Кроме того, для экстраперитонизации возможным считаем использование мобилизованного связочного аппарата матки и придатков (в 5 (13,5 %) случаях). Наложение анастомоза в вышележащих отделах толстой кишки (трансверзосигмо и десцендосигмо) вынуждало в ряде случаев, помимо указанных мер, применять и мобилизуемые рубцовые ткани для экстраперитонизации. При сохраненном большом сальнике, возможности изоляции зоны анастомоза от брюшной полости расширялись и осуществлялись путем фиксации узловыми швами его пряди с созданием минимально возможной полости и обязательным «проекционным дренированием» в нижней точке (4 (10,8 %) больных). Фиксация сальника непосредствен-

но к линии швов считаем нецелесообразным, в связи с риском развития микроабсцессов и длительной персистенцией инфекции в этой зоне. Использование алломатериалов для восполнения недостатка аутопластического материала считаем малоэффективным.

6. Подходы к дренированию.

Наложение анастомозов на уровне среднеампулярного или более низких считали показанием к установлению двух забрюшинных дренажей: 1 – промежностный трубочный, 2 – забрюшинно в левой подвздошной области перчаточный-трубочный или дренаж Блэйка (8 (21,6 %) наблюдений).

При более высоком уровне восстановления достаточным и адекватным считали забрюшинное дренирование в левой подвздошной области.

При невозможности экстраперитонизации, принципиальным считали установку перчаточного-трубочного дренажа в левой подвздошной области с укладкой перчаточного элемента медиальнее и выше линии швов с целью отграничения этой зоны от свободной брюшной полости, трубка устанавливалась латеральнее кишки по флангу, во избежание возможной миграции дренажа и компрессии кишечной трубки. Из правой подвздошной области трубочный дренаж подводили через нижнюю точку таза к анастомозу. Такой вариант использован у 3 (8,1 %) пациентов.

7. Немаловажным элементом ВРО является послеоперационная декомпрессия приводящей кишки. Мы считали достаточным заведение трансанального зонда № 32-34 из силиконизированного пластика, что позволяло достичь адекватного баланса гибкости и жесткости и обеспечивало декомпрессию. В последние годы внедрены зонды с раздуваемой в приводящем отделе манжетой, что дополнительно защищало линию швов от воздействия кишечного содержимого.

Летальных исходов не отмечено. У 3 (8,1 %) больных отмечена частичная несостоятельность анастомоза (1 с десцендосигмоанастомозом; 2 – сигморектоанастомоз, из них в одном случае аппаратным методом). Все пациенты с несостоятельностью анастомоза пролечены консервативно, благодаря отграниченности процесса и возможности локальной санации. Нагноение послеоперационных ран выявлено у 3 (8,1 %) пациентов (2 с сахарным диабетом). Из общих осложнений отмечены: 6 случаев пневмоний, в 2 – плеврит, в 1 – тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Средний послеоперационный койко-день составил  $12,3 \pm 2,1$ .

Сроки наблюдения за больными составили от 3 мес. до 3 лет. У 4 больных выявлены послеоперационные вентральные грыжи, 3 случая



в області снятої колостоми. Стриктурна анастомоза у 3 пацієнтів з низкими сигморектальними анастомозами.

#### Выводы

1. Выполнение ВРО является технически сложной, требующей тщательного предоперационного обследования, прецизионной техники и периоперационного ведения вмеша-

тельства, что обуславливает целесообразность концентрации стомированных пациентов в специализированных центрах.

2. Соблюдение сформулированных нами подходов к ВРО позволило избежать таких грозных осложнений как перитонит, спаечная ОКН, а следовательно, релапаротомий и летальных исходов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пути улучшения результатов реконструктивных операций на толстой кишке / В.В. Бойко, В.П. Далавурак, С.А. Савви [и др.] // Харьковская хирургическая школа. – 2006. – № 1 (20). – С. 15 – 17.

2. Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии / В.А. Шапринский, А.А. Каминский, В.Ф. Билошицкий [и др.] // Украинский Журнал Хирургии. – 2011. – № 5 (14). – С. 170 – 172.

3. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с илеоколотомой / Ф.И. Гюльмамедов [с соавт.]. – Севастополь-Донецк, 2001. – 200 с.

4. Реконструкция толстой кишки у больных с колостомой / С.А. Гешелин, В.Ф. Варбанец, А.В. Варбанец [и др.] // Харьковская хирургическая школа. – 2006. – № 1 (20). – С. 21 – 24.

5. Nijhof H.W. Colostomy as a cause of deverification colitis in a blind-ended bowel segment / H.W. Nijhof, A.T. Classen, J.B. Delemarre // Ned. Tijdschr. Geneesk. – 2006. – Vol. 11. – P. 559 – 562.

#### ПРИНЦИПИ ВОСТАНОВЧО- РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТІЙ І ПРЯМІЙ КИШЦІ

*Е.Г. Доценко, Е.В. Косов,  
Д.Г. Доценко*

#### THE PRINCIPLES OF RESTORATIVE- RECONSTRUCTIVE SURGERY ON THE COLON AND RECTUM.

*E.G. Dotsenko, E.V. Kosov,  
D.G. Dotsenko*

**Резюме.** У роботі представлений досвід відновлювально-реконструктивних операцій на товстій і прямій кишці. Сформульовані основні принципи їх виконання, що дозволили значно знизити число післяопераційних ускладнень.

**Ключові слова:** колостома, відновлювально-реконструктивні операції, апаратний шов, екстраперитонізація, неспроможність анастомозу.

**Summary.** The experience of restoration and reconstructive surgery on the colon and rectum was presented. The main principles of their implementation, which allowed to significantly reduce the number of postoperative complications were formulated.

**Key words:** colostomy, restorative-reconstructive surgery, hardware seam, extraperitonisation, the failure of the anastomosis.