



І.В. Белозьоров

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України», м. Харків

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

© І.В. Белозьоров

МОДИФІКАЦІЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ

Резюме. Наведено клінічне застосування модифікованого способу виконання десцендо-ректо анастомозу (18 хворих), продемонстровано його переваги над традиційними методами, особливо при «короткій» культі прямої кишки та вираженому злуковому процесі в порожнині малого тазу.

Ключові слова: *культя прямої кишки, товстокишковий анастомоз, ускладнення.*

Вступ

Не дивлячись на значні успіхи у колоректальній хірургії, удосконалення техніки накладання механічного та апаратного кишкового шву, частота неспроможності анастомозів залишається доволі високою [4, 6]. У зв'язку з небезпекою виникнення даного ускладнення при значній поширеності запального або пухлинного процесу відсутня можливість формування первинного кишкового анастомозу, виконується резекція товстої кишки за способом Гартмана [1, 5]. Після таких операцій, що виконані з приводу рака верхньої третини прямої кишки або дистальних відділів сигмоподібної кишки, найбільші труднощі при реконструктивно-відновних операціях надає виділення відвідної частини кишки. Це обумовлено масивним рубцево-спайковим процесом у брюшній порожнині та малому тазу, коли значно змінені топографо-анатомічні взаємовідношення органів, культя прямої кишки частіше розташовується під сечовим міхуром або піхвою, що створює високий ризик їх пошкодження. Доволі часто рубцева деформація культі прямої кишки не дозволяє достатньо мобілізувати її проксимальну частину, або це призводить до пошкодження сусідніх органів, у тому числі нервових структур малого тазу.

За даними вітчизняних та зарубіжних авторів [2, 3, 8] частота неспроможності товсто кишкових анастомозів досягає 10-15 % і не має тенденції до зниження. Не дивлячись на вдосконалення традиційних і механічних анастомозів, на сьогоднішній день не вдається повністю здолати негативні сторони цих способів з'єднання стінок кишки: шовні нитки, металеві скріпки, які і є сторонніми тілами, подовжують строки регенерації тканин, що здібне викликати рубцеве стенозування або неспроможність швів анастомозу. За думкою деяких авторів [4, 7, 9] найбільш оптимальні умови для регенерації тканин у зоні анастомозу виникають при формуванні так званих «безшовних» компресійних анастомозів.

Таким чином, проблема формування міжкишкових соусть є актуальною.

Мета роботи

Вдосконалення техніки з'єднання дистальних відділів товстої кишки при виконанні реконструктивного етапу після резекції за способом Гартмана.

Матеріали та методи досліджень

У клініці ДУ «ІЗНХ НАМНУ» за період з 2002 по 2012 роки виконано 119 реконструктивно-пластичних операцій хворим, які перенесли резекцію прямої та сигмоподібної кишки за Гартманом. Кількість чоловіків склала 42 (35,3 %), жінок – 77 (64,7 %), вік пацієнтів знаходився у межах 27-74 років.

У 34 (28,6 %) хворих пухлина знаходилась у верхньоампулярному відділі прямої кишки, у зв'язку із чим довжина сформованої культі не перевищувала 10 см.

Відновний етап виконували у строки від 6 місяців до 3 років після первинної операції при відсутності загальних протипоказань. У процесі підготовки до операції поряд із загальноприйнятими заходами вважаємо необхідним постійний тренінг замикаючого апарату прямої кишки і місцеву профілактику запальних змін у її культі.

У 101 (84,9 %) хворих відновлення безперервності кишкової трубки виконувалося шляхом формування анастомозу за типом «кінець в кінець» або «кінець в бік» традиційним ручним способом. У 18 (15,1 %) випадках виконано формування компресійного десцендоректо анастомозу за модифікованим у клініці ДУ «ІЗНХ НАМНУ» способом.

Описання способу: під час операції хворому у пряму кишку вводилася пневмогруша із лампочкою, що увімкнута, на її дистальному кінці, за допомогою якої вдавалось досить візуалізувати культю прямої кишки. Вважаємо не обов'язковим виділення торцевої частини культі, можливим є виконання анастомозу з однієї із бічних стінок за типом «кінець у бік». Анастомоз формували наступним чином: у кишку вводять поліхлорвінілову трубку діаметром 2 см з трьома-чотирма бічними отворами у проксимальному відділі, стінку кишки



циркулярно розсікають до м'язового шару, у борозну, що утворилася, поміщають лігатуру, якою фіксують трубку. У відвідну кишку через анус вводять дистальний кінець трубки, який виводиться через анус та фіксують на кишці аналогічно проксимальному краю лігатурою у періанальній ділянці. Привідну та відвідну частини кишки зближують до щільного змикання. Циркулярно додатково накладають серозно-м'язові шви між проксимальним та дистальним відділом анастомозу. Лінія швів укріплюється двома пластинками «Тахокомбу». Видалення трубки-стенту виконували на 10-12 добу, шляхом дозованої тракції за трубку та паралельним пальцевим контролем відходження лігатур у зоні анастомозу.

Результати досліджень та їх обговорення

Строки спостереження за хворими склали від 3 місяців до 5 років.

При виконанні традиційним методом ускладнення під час операції, що пов'язані з пошкодженням сусідніх органів у процесі виділення культі прямої кишки, виникли у 9 (8,9 %) пацієнтів. У одному випадку у післяопераційному періоді виникла прямокишково-сечоміхурова нориця, яка під дією консервативних лікувальних заходів загоїлася на 15 добу після операції. У 11 (10,9 %) пацієнтів у післяопераційному періоді були виявлені ускладнення з боку анастомозу з формуванням товсто киш-

кових нориць без явищ перитоніту, що було пов'язано з неспроможністю анастомозу. Нориці загоїлись на фоні консервативної терапії. У 9 (8,9 %) хворих через 2-4 місяці після операції розвилася стриктура у зоні анастомозу, яка потребувала бужування. У всіх випадках досягнуто позитивного ефекту.

При виконанні операції модифікованим способом в одному випадку у пацієнтки з вираженим злуковим процесом у малому тазу і довгою культою до 8 см через 3 місяці після операції виявлена стриктура зони анастомозу до 12 мм, після бужування відновлений достатній просвіт кишки. Ознак неспроможності анастомозу у даних хворих не спостерігали.

Висновки

1. Запропоновані інтраопераційні діагностичні заходи дозволяють попередити ускладнення, що пов'язані з мобілізацією культі прямої кишки.

2. Застосування комплексу заходів, що розроблені, дозволяє відновити безперервність кишкової трубки після резекції прямої кишки за типом Гартмана в умовах вираженого злукового процесу у порожнині малого тазу і «короткої» довжини культі прямої кишки, а також знижує травматичність операції, що є перспективним направленням хірургічного лікування і потребує широкого впровадження у клінічну практику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Хирургическая тактика при осложненном раке сигмовидной кишки [Текст] / С.А. Алиев // Хирургия. – 1999. – № 11. – С. 26–30.
2. Выполнение восстановительных операций по поводу заболеваний толстой кишки [Текст] / М.П. Захараш, А.И. Пойда, Н.Д. Кучер [с соавт.] // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 151–152.
3. К вопросу о кишечных швах при операциях на толстой кишке [Текст] / Б.С. Данзанов, Г.Ф. Жигаев, Е.Н. Цыбиков [с соавт.] : матер. конф. колопроктологов. – Ростов-на-Дону. – 2001. – С. 121.
4. Мельник В.М. Диагностика, лечение и профилактика осложненной, связанной с формированием анастомозов на толстой кишке [Текст] / В.М. Мельник, А.И. Пойда // Хирургия. – 2003. – № 8. – С. 69 – 73.
5. Перспективы комбинированного лечения больных раком толстой кишки, осложненной ее острой непрохо-

6. димостью [Текст] / В.Л. Белый, В.Г. Конев, А.А. Шудрак [с соавт.] // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 65–67.
6. Проценко Е.В. Имплантаты с «памятью» формы в хирургии осложненного рака толстой кишки [Текст] / Е.В. Проценко, А.С. Кучко : матер. конф. «Реконструкция – основа современной хирургии». – М., – 1999. – С. 206–208.
7. Тихонов И.А. Способы формирования межкишечных анастомозов в колоректальной хирургии [Текст] / И.А. Тихонов, Д.В. Басуров // Хирургия. – 2003. – № 8. – С. 69–73.
8. Intestinal anastomosis with the biofragmentable anastomosis ring / A. Di Castro, F. Biancari, R. Brocato et al. // Am J Surg. – 1998. – № 5, Vol. 176. – P. 472–474.
9. The use of the biofragmentable ring (BAR-Valtrac) in colon surgery / S. De Fina, C. Franciosi, G. Codecasa et al. // Minerva Chir. – 2000. – № 3, Vol. 55. – P. 133–137.



МОДИФИКАЦИЯ
РЕКОНСТРУКТИВНЫХ
ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ
КИШКЕ

И. В. Белозеров

Резюме. В статье представлено клиническое применение модифицированного способа наложения десцендоректо анастомоза (18 больных), продемонстрировано его преимущества перед традиционными методиками, в особенности при «короткой» культе прямой кишки и значительном спаечном процессе в полости малого таза.

Ключевые слова: *культя прямой кишки, толстокишечный анастомоз, осложнения.*

MODIFICATION OF
RECONSTRUCTIVE
OPERATIONS ON THE
COLON

I.V. Belozerov

Summary. The article presents the clinical application of the modified method of imposing descendorectocolic anastomosis (18 patients), demonstrated its advantages over conventional methods, especially in the «short» rectal stump and significant adhesions in the pelvic cavity.

Key words: *rectal stump, colonic anastomosis complications..*