

УДК 616.345-082

ЛЕОНОВ В.В., ХАМЕД АКІЛ АЛІ ІБРАХІМ АББАС

Сумський державний університет
Медичний інститут, м. Суми, Україна

ФАКТОРИ ЗАГОЄННЯ ІНВАГІНАЦІЙНИХ АНАСТОМОЗІВ

Резюме. Причини ускладнень при інвагінаційному анастомозі виникають у зв'язку з технічними дефектами втручання та ішемічними порушеннями — при формуванні заглибного колоректального анастомозу. Заглибні анастомози на 70-ту добу після їх формування повністю функціональні. Завершальним процесом є загоєння та морфологічна перебудова серозної оболонки кишки.

Ключові слова: товстокишкові анастомози, відновні операції.

Вступ

У процесі становлення абдомінальної хірургії не припинялись пошуки оптимального способу відновлення шлунково-кишкового тракту після резекції. Питання про тип кишкового шва та фактори, що запобігають неспроможності анастомозів, досі залишаються відкритими.

Мета дослідження: вивчення факторів загоєння інвагінаційних анастомозів.

Матеріал і методи

Характер порушення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту цілеспрямовано вивчений у 48 хворих, в яких накладався товстокишковий інвагінаційний (31 хворий) або занурювальний колоректальний (17 хворих) анастомоз. При цьому враховувався час появи кишкових перистальтичних шумів і термін початку відходження газів і відновлення випорожнення. Перші ознаки кишкової перистальтики виявлені в першу післяопераційну добу у 4 хворих (8,3 %), на другу — у 32 хворих (66,7 %) і на третю добу — у решти 12 хворих (25,0 %).

Було встановлено, що час відновлення перистальтики залежав від тяжкості оперативного втручання: всі випадки лапаротомії з лімфодисекцією, як і випадки резекції попереочно-ободової кишки в її середній третині, супроводжувалися більш вираженим і тривалим післяопераційним періодом. Це, мабуть, пов'язано з травмою кореня брижі та заочеревинного простору [1–3].

На окрему інтерпретацію заслуговував стан моторики в 17 спостереженнях колоректального анастомозу: випадків метеоризму або посиленого переймоподібного болю в цій групі хворих не спостерігалось. Цьому сприяла декомпресія тонкої кишки зондом, уведеним в ліву половину товстої кишки, що забезпечувало постійне розвантаження її від умісту. Самостійне випорожнення відновилося у хворих із накладеним товстокишковим інвагінаційним анастомозом на четверту-п'яту добу.

Результати та обговорення

Формування інвагінаційного анастомозу передбачає створення інвагінації, хоча і на обмеженому (3,5–4 см) про-

тязі. Тому можливе звуження просвіту кишки викликало необхідність оцінки анастомозу на предмет його функціональної придатності. Для визначення функціональної придатності анастомозу були використані методи рентгенологічного дослідження: зі звичайним пероральним прийомом рідкої барієвої суспензії (50 мл) — у 14 хворих і метод рентгеноконтрастної мітки (пероральний прийом 3–5 контрастних міток діаметром 5–7 мм) із подальшим динамічним рентгенологічним контрастуванням — у 9 хворих. У зазначених випадках не вдалося контрастувати затримки барієвої суспензії в товстій кишці. Пасаж контрастних міток також виявився вільним: прийняті гранули з часовим проміжком просувалися по кишкових петлях окремо одна від одної і лише через 8–15 годин виявлялися згрупованими в лівій половині товстої кишки. У 17 хворих проведена візуальна оцінка характеру загоєння колоректального анастомозу (на зонді). З восьмої доби після операції при ректороманоскопії виявлялася набряклість низхідної ділянки сигми, що збільшувалась і поширювалась на 1,5–2 см від накладеної лігатури. Вже на другу добу в усіх випадках край кишки нижче лігатури виявився некротичним, темно-сірого кольору і розташовувався по всьому колу. Лише на четверту добу ділянка некрозу почала поширюватися вище лігатури, але не більше ніж на 3 мм. Причому з цієї ділянки почав з'являтися кишковий уміст. Деструкція кишки (сигми) по лінії перев'язки виникла після четвертої-п'ятої доби, однак відторгнення тканин некрозу починалося на шосту-сьому добу і пізніше. Це супроводжувалося вивільненням зонда і його мимовільним випаданням. Із 17 спостережень у п'яти випадках доводилося трансанально видаляти некротичні тканини, щоб витягти зонд.

Протягом наступних шести-семи діб кукса інвагінації, що опустилася в просвіт кишки, залишалася в стані набряку, отвір анастомозу з'явився, не перевищуючи в діаметрі 10 мм. Деяка набряклість поширювалася і на борозну, утворену серозною оболонкою кукси сигми (тобто очеревиною) і

© Леонов В.В., Хамед Акіл Алі Ібрахім Аббас, 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

слизовою оболонкою прямої кишки. Дефектів у зазначеній борозні не виявлялося. На п'ятнадцяту добу набряклість кукси сигмоподібної кишки різко зменшилася, край кишки по всьому колу вивільнився від некротичних тканин. Отвір анастомозу залишався відкритим, збільшуючись у розмірах до 15 мм.

Через 27–30 днів після формування анастомозу набряклість тканин практично зникла, збереглася лише деяка ригідність кукси сигмоподібної кишки і отвір набув клиноподібної форми. Тільки через 70–80 днів сформувався анастомоз, втративши набряклість і ригідність, отвір анастомозу збільшився у діаметрі до 25–30 мм, причому при подразненні він одразу ж розширювався до 3,5–4 см. Був помічений факт морфологічної перебудови серозної оболонки сигмоподібної кишки, введеної у просвіт прямої кишки: вона візуально набула вигляду слизової оболонки.

У наших спостереженнях мало місце чотири випадки ускладнень, що вимагали повторних операцій. Два з них стосувалися оборотної інвагінації при накладенні товстокишкового анастомозу; два інших випадки неспроможності при формуванні колоректальних сполучень вимагали повторних оперативних втручань.

Висновки

Таким чином, незважаючи на невелику кількість спостережень при накладенні інвагінаційного анастомозу,

основна причина ускладнень виникає через технічні дефекти втручання, а при формуванні заглибного колоректального анастомозу — в ішемічних порушеннях. Заглибні анастомози, за нашими даними, на 70-ту добу після їх формування є повністю функціональними, із завершеним процесом загоєння та морфологічною перебудовою серозної оболонки кишки.

Список літератури

1. Di Leo A. Is overall survival a realistic primary end point in advanced colorectal cancer studies? A critical assessment based on four clinical trials comparing fluorouracil plus leucovorin with the same treatment combined either with oxaliplatin or with CPT-11 / A. Di Leo, M. Buyse, H. Bleiberg // *Ann. Onc.* — 2004. — Vol. 15. — P. 545-549.
2. Anand G. Low Population-Based Assessment of the Surgical Management of Locally Advanced Colorectal Cancer / G. Anand, Natalie G. Coburn, Alex Kiss, Linda Rabeneck, Andrew J. Smith, H.L. Calvin // *J. Natl. Cancer Inst.* — 2006. — Vol. 98. — P. 1474-1481.
3. Enestvedt C.K. Clinical review: healing in gastrointestinal anastomoses, part II / C.K. Enestvedt, K. Thompson, E.Y. Chang, B.A. Jobe // *Microsurgery.* — 2006. — Vol. 26, № 3. — P. 137-143.

Отримано 30.11.13 □

Леонов В.В., Хамед Акил Али Ибрахим Аббас
Сумской государственной университет
Медицинский институт, г. Сумы, Украина

ФАКТОРЫ ЗАЖИВЛЕНИЯ ИНВАГИНАЦИОННЫХ АНАСТОМОЗОВ

Резюме. Причины осложнений при инвагинационном анастомозе возникают в связи с техническими дефектами вмешательства и ишемическими нарушениями — при формировании погружного колоректального анастомоза. Погружные анастомозы к 70-м суткам после их формирования

полностью функциональны, с законченным процессом заживления и морфологической перестройкой серозной оболочки кишки.

Ключевые слова: толстокишечные анастомозы, восстановительные операции.

Leonov V.V., Hamed Aqeel Ali Ebrahim Abbas
Sumy State University
Medical Institute, Sumy, Ukraine

FACTORS OF INVAGINATED ANOSTOMOSES HEALING

Summary. Introduction. In the process of formation and development of abdominal surgery searches for an optimal method of recovery of the intestinal tube after resection constantly ongoing. Including the question of the type of intestinal suture and the factors preventing anastomotic leakage is still controversial.

The Purpose of the Study. In our work, we set a goal — to examine the state of healing submersible anastomoses.

Materials and Methods. Purposeful nature of the infringement motor-evacuation function of gastrointestinal tract studied in 48 patients, which was superimposed colonic internal anastomosis (31 patients) or immersion colorectal (17 patients). At the same time take into account the appearance of intestinal bowel sounds and flatus starting dates and recovery chair. First signs of intestinal motility revealed in the first postoperative day in 4 patients (8.3%), on the second — in 32 patients (66.7%) and on the third day in the remaining 12 patients (25.0%).

Results and Discussion. Formation internal anastomosis establishes intussusceptum, although on a limited (3.5–4 cm) length. Therefore, a possible narrowing of the intestine caused the need to assess

anastomosis for its functional fitness. For this purpose, the study used X-ray method. Passage of contrasting markers also appeared clear: adopted granules with an hour interval moved by intestinal loops separately from each other and only after 8–15 hours appears to be grouped in the left half of the colon. 17 patients performed a visual assessment of the nature of healing colorectal anastomosis (the probe). From the second day after surgery at sigmoidoscopy detected swelling sigma plot, swelling increased to the second — the third day and was distributed by 1.5–2 cm from the ligature. In our study, four cases had complications that required reoperation.

Conclusions. Thus, despite the small number of observations at imposing internal anastomosis main cause complications arise due to technical defects of the intervention, and in the formation of colorectal anastomosis immersion — in ischemic disorders. Submersible anastomoses on our data to 70 days after their forming fully functional with a complete healing process and morphological transformation process serosa of the colon.

Key words: colonic anastomoses, recovery surgeries.