

ИНВАГИНАЦИОННЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Х.Ю. Шарипов, К.М. Курбонов, Х.Ш. Назаров, Д.Н. Садуллоев
Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проведён анализ результатов хирургического лечения 49 больных с заболеваниями толстой кишки, которым была произведена резекция кишки с наложением инвагинационного анастомоза. Доказано, что наложение инвагинационных анастомозов с интубацией кишечника за линию анастомоза значительно снижает количество несостоятельности швов и является методом выбора при проведении резекции разных отделов толстой кишки.

Ключевые слова: резекция толстой кишки, инвагинационный анастомоз, несостоятельность анастомозов

Введение. Несостоятельность толстокишечных анастомозов занимает одно из первых мест в структуре послеоперационных осложнений и летальности больных. По данным литературы частота осложнений, обусловленных сшиванием полых органов, составляет от 0,3 до 9% [1-3]. Наиболее часто данное осложнение развивается при оперативных вмешательствах на толстой кишке. Именно несостоятельность толсто-толстокишечных анастомозов до 76% случаев приводит к летальному исходу. Разработка и внедрение в клиническую практику новых способов формирования анастомозов и оптимизация техники толсто-толстокишечных анастомозов постоянно привлекает внимание хирургов, а именно колопроктологов. Хорошо известно, что попадание микробов за пределы просвета кишечника тоже является одной из причин развития несостоятельности анастомозов [1,3,5]. Наложение инвагинационных анастомозов создаёт лучшие условия для кровоснабжения сшиваемых участков кишечника, меньше создаёт деформации и натяжения её стенок, тем самым повышает физическую и биологическую герметичность анастомоза.

Цель исследования: анализ исходов несостоятельности толстокишечных анастомозов при хирургическом лечении доброкачественных и злокачественных заболеваний толстой кишки.

Материалы и методы исследования. Работа основана на ретроспективном анализе результатов лечения 49 больных с хирургическими заболеваниями толстой кишки с 2004 по 2009 годы, которые были госпитализированы в хирургических отделениях ГКБ скорой медицинской помощи. Возраст больных составил от 21 до 78 лет. Мужчин было 28 (57,14%), женщин - 21 (42,86%). Всем поступившим больным по показаниям были проведены клинко-лабораторные, инструментальные методы исследования (УЗИ, ирригография, колоноскопия, МРТ, УЗИ с применением металлических контрастных меток).

Результаты и их обсуждение. Заболевания, по поводу которых выполнена резекция толстой кишки, приведены в таблице 1. Как видно из таблицы, наиболее часто в наших наблюдениях резекцию толстой кишки производили больным с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. При этом, в 11 случаях встречались опухоли левой половины толстой кишки, чаще опухоли ректосигмоидального отдела (у 7 больных), имеющие эндофитный рост. В экстренном порядке оперативные вмешательства выполнены 4 больным, в отсроченном порядке - 13 больным после проведения зонда в супрастенотическую часть толстой кишки и подготовки пациента к операции. В 11 (22,45%) случаях резекцию толстой кишки выполняли при завороте сигмовидной кишки. Этим больным в начале проводили комплекс консервативных мероприятий (сифонная клизма, колоноскопическая деторсия), которые были не эффективными и больные были оперированы в экстренном порядке.

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от вида хирургических заболеваний толстой кишки

Заболевания толстой кишки	Количество больных	%
Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза	17	34,69
Заворот сигмы	11	22,45
Мегадолихоколон	8	16,32
Травматические повреждения толстой кишки	5	10,21
Неспецифический язвенный колит	4	8,17
Полипоз толстой кишки	2	4,08
Инородное тело толстой кишки	2	4,08
Итого	49	100

Особую группу составили больные с мегадолихоколон 8 (16,32%). Эти пациенты были оперированы в плановом порядке. 4 (8,17%) пациента с осложнением неспецифического язвенного колита (двое с кровотечением и 2-с перфорацией) были оперированы в экстренном и отсроченном порядке (табл. 2). При интерпретации данных установлено, что 17 больным с толстокишечной непроходимостью в стадии компенсации и субкомпенсации и при расположении опухоли ближе к селезёночному углу толстой кишки, а также 6 больным с мегадолихоколон производили левостороннюю гемиколэктомию с формированием инвагинационного трансверзо-сигмовидного анастомоза, 2 больным при обтурирующей опухоли поперечно-ободочной кишки ближе к печёночному углу толстой кишки и 2 больным с неспецифическим язвенным колитом ограничивались выполнением субтотальной колэктомии с перевязкой а. Iliocolica и наложением илеосигмоанастомоза.

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств на толстой кишке

Вид операции	Число больных	Число умерших
Левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзосигмоанастомоза. Трансректальное дренирование зоны анастомоза	13	1
Левосторонняя гемиколэктомия с наложением инвагинационного трансверзоректального анастомоза. Трансанальная интубация толстой кишки	11	1
Правосторонняя гемиколэктомия с инвагинационным илеотрансверзоанастомозом конец в бок. Закрытая интестинальная и трансректальная интубация кишки	8	
Резекции поперечно-ободочной кишки с наложением инвагинационного трансверзо-трансверзоанастомоза. Интубация тонкой и толстой кишки	7	
Резекция сигмовидной кишки с наложением инвагинационного сигморектоанастомоза. Трансанальная интубация толстой кишки	6	
Проксимальная субтотальная колэктомия с перевязкой а. Iliocolica с инвагинационным илеосигмоанастомозом. Трансанальная интубация толстой кишки	4	
Итого	49	2

У всех больных анастомоз был наложен 2-х рядными швами с применением монофиламентными рассасывающимися нитями (полидиак-санон-PDS, фирмы "Ethnicon" и Максон, фирмы Davis & Geck). Из этих больных умер 1 от раковой интоксикации. В 6-ти наблюдениях при полипозе толстой кишки, осложнившимися перфорацией и заворотом сигмы, произведена резекция сигмовидной кишки с наложением инвагинационного сигморектального анастомоза с трансректальным проведением толстой полиэтиленовой трубки выше места анастомоза. Осложнения среди этих больных в послеоперационном периоде не наблюдались. В 11 случаях при патологии нисходящей и сигмовидной кишки произведена левосторонняя гемиколэктомия с формированием инвагинационного трансверзоректального анастомоза (рис. А и Б) (Патент РТ №ТJ 235). Умер 1 больной от нарушения мозгового кровообращения.

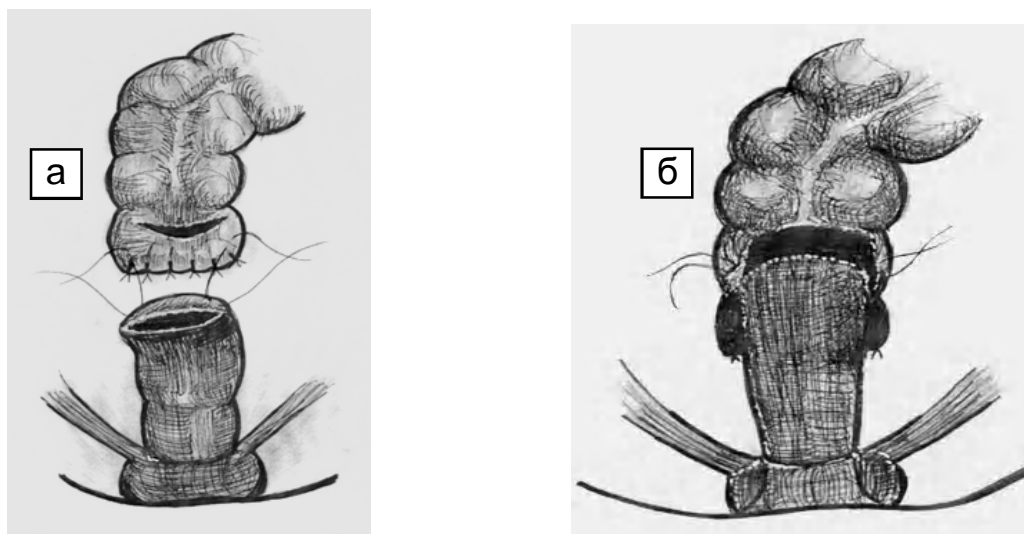


Рис. Инвагинационный трансверзоректальный анастомоз: а - ушивание задней стенки; б - ушивание передней стенки

У 7 больных с перфорацией и опухолями поперечноободочной кишки операцию завершили резекцией поперечноободочной кишки с наложением инвагинационного трансверзо-трансверзоанастомоза. Летальных исходов у этой группы больных не было. В ближайшем послеоперационном периоде после оперативных вмешательств местные гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 8 больных. Двум больным на 4-5 сутки выполнена релапоротомия по поводу несостоятельности швов с развитием перитонита. Им наложена одностольная трансверзостомы после санации и дренирования брюшной полости.

Вывод. Применение инвагинационных тонко-толстокишечных и толсто-толстокишечных анастомозов в реконструктивно-восстановительной хирургии толстой кишки позволяет в значительной степени уменьшить частоту несостоятельности анастомозов. При формировании толстокишечного соустья использование современных шовных материалов и эффективных методов дренирования зоны анастомозов позволяют повышать их физическую и биологическую герметичность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев А.М., Дворецкий С.Ю. Анализ результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2007. №1(17), приложение (часть 2). С. 694-695
2. Горский В.А. О повышении надёжности кишечного шва // Хирургия. 2006. №2. С.47-51
3. Шишкина Г.А. и др. Тактика лечения рака толстой кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью// Материалы науч.-практ. конф. СПбГМА им. И.И.Мечникова. 2008. С.

269-271

4. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке /Захараш М.П. [и др.] // Хирургия. №7. 2006. С.51-55

5. Transanal endoscopic microsurgery. Laparoscopic and endoscopic surgery in oncology. /Buess G.F. [et al.]// Sugical Oncology clinics of North America. 2001. V.10. N3. P. 709-731

ХУЛОСА

Анастомозҳои инвагинатсионӣ дар ҷарроҳии рӯдаи ғафс Х. Ю. Шарифов, К. М. Қурбонов, Х. Ш. Назаров, Д. Н. Саъдуллоев

Муаллифон таҳлили натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии 49 нафар гирифтори бемориҳои рӯдаи ғафс, ки ба онҳо резексияи рӯда бо гузоштани анастомози инвагинатсионӣ гузаронида шуд, оварда шудааст.

Исбот карда шуд, ки гузоштани ин гуна анастомозҳо бо танбиби (интубатсия) рӯдаҳо ба паси хати анастомоз (интисол) миқдори начаспидани дарзҳоро хеле кам мекунад ва усули интиҳобӣ ҳангоми гузаронидани резексияи қисмҳои гуногуни рӯдаи ғафс ба ҳисоб меравад.

SUMMARY

INVAGINATION ANASTOMOSES IN SURGERY OF LARGE INTESTINE

H.Yu. Sharipov, K.M. Kurbonov, H.Sh. Nazarov, D.N. Sadulloev

The analysis of results of surgical care of 49 patients with diseases of large intestine, the resection of the intestine with invagination anastomosis was made. It was proved that putting of invagination anastomoses on the intestine with intubation over a line of anastomosis decreases the number of insolvent stitches and is a method of choice during the resection of different parts of large intestine.

Key words: large intestine, invagination anastomosis

Адрес для корреспонденции:

Х.Ю. Шарипов - ассистент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ; Таджикистан, Душанбе, пос. Испечак-2, 30/1, кв.60. Тел.: (+992) 919-13-00-15 E-mail: dc.Sharipov@mail.ru

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

А.Б. Сангинов, И.В. Мосин, Н.В. Мосина

Кафедра госпитальной хирургии №1 Санкт-Петербургского медицинского университета им.акад. И.П. Павлова, Россия

Наиболее частыми этиологическими факторами возникновения РС трахеи являются: повреждение слизистой оболочки вследствие давления на нее манжеты интубационной трубки или её излишняя подвижность, нарушение микроциркуляции в результате шока различного генеза, инфекция, дефекты ухода за интубационной трубкой при длительной ИВЛ, а также технические погрешности выполнения трахеостомии.

Рассмотрена лечебная тактика при рубцовых стенозах трахеи у 59 больных, которым была выполнена циркулярная резекция трахеи.

Ключевые слова: рубцовые стенозы трахеи, интубация трахеи, трахеостомия, циркулярная резекция трахеи

Введение. Современные достижения реаниматологии и интенсивной терапии привели к увеличению числа больных с посттравматической патологией трахеи, когда после длительной интубации и искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) в реабилитационном периоде раз-