

НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА

В.Л. Коробка^{1,2}, Н.И. Балин²

¹Ростовский государственный медицинский университет

²Ростовская областная клиническая больница

Несмотря на более чем вековую историю хирургии толстой кишки проблема несостоятельности кишечных анастомозов и в настоящее время сохраняет свою актуальность. Использование новых шовных материалов, а также внедрение сшивающих аппаратов и совершенствование хирургической техники в течение последних десятилетий не привело к существенному снижению несостоятельности швов анастомозов [2, 3, 5, 7-9, 16, 20].

Согласно литературным данным, частота развития несостоятельности швов колоректального анастомоза после выполнения резекции прямой кишки колеблется в пределах 3-48,6% [1, 3-5, 9, 16, 17, 19], при этом летальность достигает 1,0-15,9% [1, 4, 5, 9, 20].

Многочисленные исследования причин несостоятельности швов при выполнении хирургических вмешательств на толстой кишке установили полиэтиологическую природу возникновения этого осложнения. Доказано, что основными причинами несостоятельности анастомозов являются нарушение техники операции, особенности кровоснабжения анастомозируемых отрезков, нарушение микроциркуляции в тканях после наложения швов, анатомические особенности строения, воздействие патогенных микроорганизмов, сквозные проколы стенки кишки при прошивании, качество шовного материала, послеоперационный парез кишечника и другие [2, 5, 7-10, 13-18, 20].

Сказанное обретает наибольшую остроту, когда речь идет о формировании анастомоза при передней резекции прямой кишки. Наложение колоректального анастомоза в глубине малого таза представляет значительные технические трудности из-за большой глубины раны и узкого операционного поля, а его надежность может во многом зависеть от

длины культи прямой кишки, не имеющей серозного покрова [3]. Нередко несостоятельность колоректального анастомоза сопровождается такими осложнениями, как каловые свищи, флегмона тазовой клетчатки, перитонит.

Стремление облегчить технику формирования колоректального анастомоза привело к поискам приспособлений, упрощающих наложение соустья. В результате были созданы сшивающие аппараты для наложения циркулярного анастомоза при резекции прямой кишки [8]. Их использование в определенной мере смогло облегчить формирование низкого анастомоза, однако механические скобочные и компрессионные методы имеют ряд недостатков. К ним можно отнести перекосы стыкуемых элементов аппарата при прошивании тканей кишечной стенки разной толщины и разного диаметра стыкуемых отрезков, сужение просвета анастомоза.

Дальнейший поиск надежных способов формирования кишечных анастомозов привел к разработке методик, позволяющих накладывать соустье без специальных сшивающих устройств, посредством

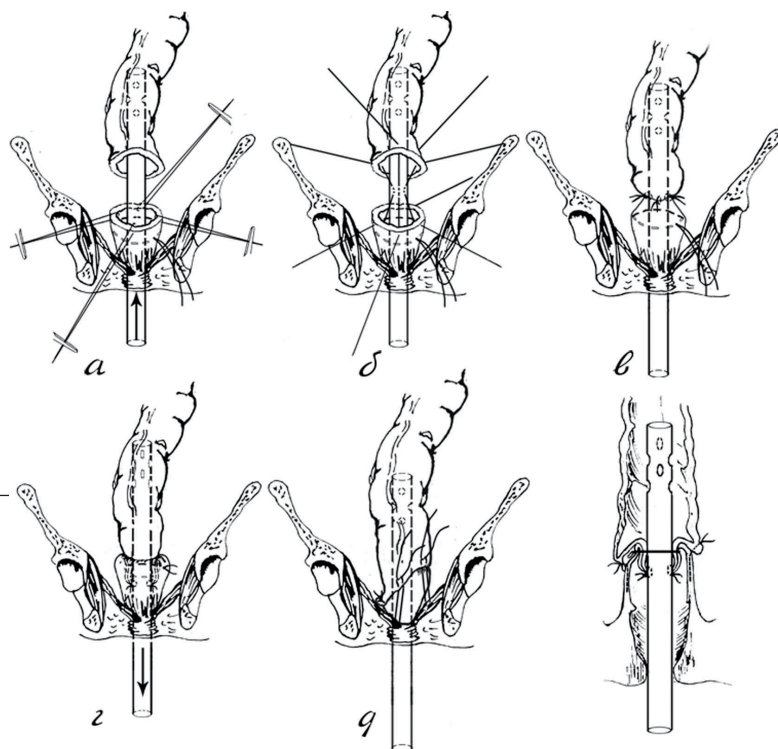


Рис. 1. Основные приемы формирования «компрессионно-лигатурного» колоректального анастомоза на интубационном дренаже.

Коробка Вячеслав Леонидович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней №4 Ростовского государственного медицинского университета, директор Центра реконструктивно-пластической хирургии ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница», тел.: 89185584791, e-mail: orph-rokb@yandex.ru.

Балин Николай Иванович, заведующий колопроктологическим отделением ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница», тел.: 89034643448, e-mail: orph-rokb@yandex.ru.

длительной компрессии обращенных друг к другу серозных поверхностей стыкуемых отрезков кишки.

Одним из вариантов является способ формирования «компрессионно-лигатурного» толстокишечного анастомоза на «потерянном дренаже», разработанный В.Ф. Касаткиным с соавторами (патент №2018269, 30.08.1994). Результаты экспериментально-клинических исследований показали, что компрессионно-лигатурный шов на дренаже атравматичен, обеспечивает высокую степень надежности и герметичности за счет компрессионного эффекта, препятствует проникновению инфекции в сшиваемые ткани, обеспечивает минимальное воспаление и гладкое заживление раны соустья [11, 12].

Материал и методы. Высокая степень надежности «компрессионно-лигатурного» шва при операциях на ободочной кишке позволила нам разработать способ формирования «компрессионно-лигатурного» колоректального анастомоза на интубационном дренаже (приоритетная справка № 2008150520 от 19.12.2008 г., решение о выдаче патента от 12.01.2010 г.). Способ состоит из 5 основных приемов, которые отражены на рисунке 1.

После резекции прямой кишки через всю толщу стенки культи прямой кишки накладываем четыре шва-держалки. Затем со стороны просвета по периметру к слизистой прямой кишки на расстоянии 2 см от резецированного края в восьми точках на равном расстоянии друг от друга фиксируем нить, концы которой выводим через прокол стенки наружу, трансанально вводим интубационный дренаж (рис. 1а).

К стенке дренажа по его окружности и краю приводящего отрезка кишки фиксируем нити швов-держалок (рис. 1б), которые затем завязываем, тем самым сближаем резецированные края отрезков кишки и фиксируем их к интубационному дренажу (рис. 1в).

После этого дренаж вытягиваем из анального отверстия в дистальном направлении до инвагинации фиксированных к нему резецированных краев в просвет прямой кишки ниже уровня кисетной нити. Концы кисетной нити завязываем до плотного прижатия инвагинированных стенок к интубационному дренажу (рис. 1г). Между серозно-мышечным слоем прямой кишки и серозно-мышечно-подслизистым слоем приводящего отрезка кишки накладываем по окружности «П-образные» (салазочные) швы, тем самым завершаем формирование анастомоза. Следует подчеркнуть, что при короткой культе прямой кишки салазочные швы накладываются между серозно-мышечным слоем приводящего отрезка кишки и диафрагмой таза (рис. 1д). Операцию заканчиваем дренированием брюшной полости. Окончательный вид сформированного «компрессионно-лигатурного» колоректального анастомоза на интубационном дренаже показан на рисунке 2.

Результаты и обсуждение. По разработанной нами методике прооперировано 18 больных, не имеющих осложнений основного заболевания и декомпенсированной сопутствующей патологии. Возрастной состав оперированных варьировал от 26 до 72 лет.



Рис. 2. Окончательный вид сформированного «компрессионно-лигатурного» колоректального анастомоза на интубационном дренаже.



Рис. 3. Колоноскопия. Зона анастомоза на 30 суток после операции.

Большинство было в возрасте от 60 до 70 лет – 12 больных. 4 больных были в возрасте до 60 лет и 2 – старше 70 лет. Мужчин было 7, женщин – 11. Всем больным произвели резекцию прямой кишки с формированием колоректального анастомоза по поводу рака II-III стадии. У 14 больных опухоль локализовалась в верхне-ампулярном отделе прямой кишки, у 4 больных – в средне-ампулярном отделе. Гистологический диагноз в 9 наблюдениях – умеренно-дифференцированная аденокарцинома, в 5 случаях – аденокарцинома с высокой степенью дифференцировки, у 4 больных – низкодифференцированная аденокарцинома.

Продолжительность операции составила 94 ± 32 минуты. Течение послеоперационного периода у всех больных, анастомоз которым формировали разработанным способом, было гладким. Общие клинические и биохимические показатели были нормальными или незначительно отличались от нормы. Восстановление моторики желудочно-кишечного тракта отметили с 5-9 суток после вмешательства. По дренажам из брюшной полости отмечали поступление скудного (до 100 мл) отделяемого серозно-геморрагического характера. К 5-6 суткам после операции у большинства больных количество отделяемого было незначительным. Интубационный дренаж и дренажи брюшной полости удаляли на 12-14 сутки. Признаков несостоятельности и других осложнений со стороны сформированных соустьев не было, что позволило выписать больных из стационара на 15-22 сутки после вмешательства.

Для объективной визуальной оценки качества заживления сформированных соустьев всем больным на 30 сутки после операции выполняли колоноскопию и полифокальную биопсию из линии шва. Осмотр колоректальных анастомозов при колоноскопии (рис. 3) подтвердил их заживление первичным натяжением (отсутствовали изъязвления, стеноз и грубые рубцовые изменения в зоне соустья), а морфологические исследования не выявили изменений тканей, характерных для фибринозного воспаления.

Заключение. Полученные клинические данные свидетельствуют о том, что технические приемы разработанного способа позволяют формировать надежный компрессионный колоректальный анастомоз на интубационном дренаже в условиях ограниченного пространства малого таза без учета анатомических особенностей, диаметров и толщины стенок сшиваемых отрезков кишки. При этом атравматичность способа и высокая герметичность компрессионного шва, отсутствие инородных тел (скобок, лигатур) после удаления интубационного дренажа обеспечивают минимальное воспаление в сшиваемых тканях и гладкое заживление раны соустья.

Литература

- Абелевич, А.И. Низкая передняя резекция прямой кишки / А. И. Абелевич // Хирургия. – 2008. – № 6. – С. 63-66.
- Алиев, Ф.Ш. Взгляд на механическую прочность кишечного анастомоза / Ф.Ш. Алиев, И.А.Чернов, О.А. Молокова, А.И. Кечеруков, В.Э. Гюнтер, А.А. Барадулин // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – №2. – С. 89-93.
- Богданов, А.В. Проблема оптимального выбора при формировании низких толстокишечных анастомозов / А.В. Богданов, С.А. Михайлова, А.В. Комков, Р.Д. Ибатуллин, Н.А. Данько // Медицинская наука и образование Урала. – 2008, – № 5. – С. 37-40.
- Бондарь, Г.В. Профилактика несостоятельности анастомоза при хирургическом лечении больных осложненным раком толстой кишки / Г.В.Бондарь // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2001. – Т.5, №1. – С. 103-107.
- Воробьев, Г.И. Передняя резекция прямой кишки у пациентов пожилого и старческого возраста / Г.И. Воробьев // Анналы хирургии. – 2007. – № 2. – С. 64-71.
- Доценко, Б.М. Инвагинационный анастомоз при хирургическом лечении рака прямой кишки низких локализаций / Б.М. Доценко, А.Я. Бардюк, А.В. Кириллов // Колопроктология. – 2004. – № 2(8). – С. 26-30.
- Каншин, Н.Н. Новый этап в развитии механического компрессионного кишечного шва / Н.Н. Каншин, Р.А. Воленко // Тезисы докл. V Всероссийской конференции колопроктологов / Актуальные проблемы колопроктологии. – Ростов н/Д, 2001. – С. 234-235.
- Каншин, Н.Н. Компрессионные анастомозы и формирование их аппаратами АСК в эксперименте и клинике / Н.Н. Каншин, А.В. Воленко, Р.А. Воленко // Хирургия. – 2004. – №5. – С. 46-52.
- Кечеруков, А.И. Проблема хирургического шва толстой кишки / А.И. Кечеруков // Хирургия. – 2003. – №9. – С. 57-62.
- Кныш, В.И. Низкие передние (чрезбрюшинные) резекции прямой кишки / В.И. Кныш, Ю.М. Тимофеев // Хирургия. – 1996. – № 2. – С. 42-44.
- Коробка, В.Л. Компрессионно-лигатурное анастомозирование в хирургии рака ободочной кишки / В.Л. Коробка, В.Ф. Касаткин // Мат. IV Всероссийского съезда онкологов / Проблемы современной онкологии. – Ростов н/Д, 1995. – С. 190-191.
- Коробка, В.Л. Обоснование надежности компрессионно-лигатурного шва в хирургии ободочной кишки / В.Л. Коробка, В.Ф. Касаткин, О.И. Чистяков // Сб. науч. тр. / Клин. онкол. центра МЗ респ. Татарстан, 1998. – Т.3. – С. 89-91.
- Философов, С.Ю. Наш опыт применения аппаратного шва в колопроктологии / С.Ю. Философов // Колопроктология. – 2007. – № 4(22). – С. 37-40.
- Хубезов, Д.А. Эффективность механического шва при низкой передней резекции прямой кишки / Д.А. Хубезов, А.Ю. Огорельцев // Колопроктология. – 2007. – № 2(20). – С. 27-30.
- Шкрадюк, А.В. Профилактика несостоятельности сигморектальных анастомозов при восстановлении непрерывности толстой кишки после операции Гартмана / А.В. Шкрадюк, Д.А Чалбаш // Сибирский онкологический журнал. – 2008 (Прил. №1). – С. 140-141.
- Шуркалин, Б.К. Проблема надежности кишечного шва / Б.К. Шуркалин, В.А. Горский, И.В. Леоненко // Consilium medicum. – 2004. – Т.6, №6 (репринт).
- Lee, M.R. Risk factors for anastomotic leakage after resection for rectal cancer / M.R. Lee, C.W. Hong, S.N. Yoon, S.B. Lim, K.J. Park, J.G. Park // Hepatogastroenterology. – 2006. – Vol. 53, №71. – P. 682-686.
- Lim, M. Clinical and subclinical leaks after low colorectal anastomosis: a clinical and radiologic study / M. Lim, S. Akhtar, K. Sasapu, K. Harris, D. Burke, P. Sagar, P. Finan // Dis. Colon Rectum. – 2006. – Vol.49, № 10. – P. 1611-1619.
- Lipska, M.A. Anastomotic leakage after lower gastrointestinal anastomosis: men are at a higher risk / M.A. Lipska, I.P. Bissett, B.R. Parry, A.E. Merrie // ANZ J. Surg. – 2006. – Vol. 76, №7. – P. 579-585.
- Teoh, C. Review of risk factors associated with the anastomosis leakage in anterior resection in Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia / C. Teoh, T. Gunasegaram, K. Chan, N. Sukumar, I. Sagap // Med. J. Malaysia. – 2005. – Vol. 60, №3. – P. 275-280.

**НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА**
В.А. КОРОБКА, Н.И. БАЛИН

Целью исследования явилось улучшение результатов операции – резекции прямой кишки посредством применения разработанного способа формирования компрессионного колоректального анастомоза на трансанальном интубационном дренаже. По оригинальной методике прооперировано 18 больных. Результаты клинических исследований подтвердили надежность компрессионного анастомоза, высокую герметичность внутреннего шва, минимальное воспаление в сшиваемых тканях и гладкое заживление раны соустья.

Ключевые слова: колоректальный анастомоз

**A NEW TECHNIQUE
OF COLORECTAL ANASTOMOSIS FORMATION**
KOROBKA V.L, BALIN N.I.

The aim of the study was to improve the operative results of the rectum resection by application of the new technique of compression anastomosis formation using colorectal transanal intubation drainage. The original technique described above was assayed in 18 cases. The data obtained confirmed the reliability of the compression anastomosis, high sealed internal seams, minimal inflammation in the tissues and sewed a smooth healing of the anastomosis.

Key words: colorectal anastomosis

© Коллектив авторов, 2010
УДК: 616.34-007.431

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

В.А. Жарких, П.М. Лаврешин, В.К. Гобеджишвили
Ставропольская государственная медицинская академия

Проблема хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается актуальной до настоящего времени. В последние годы широко используется ненапряжная герниопластика с использованием сетчатых материалов. Это позволило расширить показания к выполнению грыжесечения при больших размерах грыж. Предлагаются различные методики аллопластики грыжевых ворот. Использование аллопластики дало возможность улучшить результаты лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами, тем не менее рецидив заболевания на сегодня, по данным разных исследований, колеблется от 4 до 18,1% [1, 2, 5-9]. Неудовлетворительные результаты лечения больных с ПОВГ во многом обусловлены односторонним подходом к выбору способа хирургического вмешательства с учетом локализации, размеров грыж, величины грыжевых ворот, и в недостаточной степени учитываются другие прогностические факторы, особенно фенотипические признаки синдрома дисплазии соединительной ткани, влияющие на развитие рецидива грыжи.

Целью работы явилось улучшение результатов лечения больных с ПОВГ путем дифференцирован-

ного подхода к выбору способа операции. Основой стало положение о взаимосвязи между возникновением ПОВГ у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани (СДСТ) и повышением внутрибрюшного давления (ВД).

Материал и методы. В клинике общей хирургии и МУЗ «Невинномысская городская больница» за период с 1997 по 2010 год находилось на лечении 288 больных с ПОВГ. Мужчин было 96 (33,3%), женщин – 192 (66,7%). Подавляющее большинство пациентов находилось на лечении в возрасте старше 40 лет. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 1:2. Для мониторинга внутрибрюшной гипертензии измеряли ВД в мочевом пузыре. Для выявления СДСТ и изучения распространенности ее признаков у пациентов с грыжами они были обследованы по методике, предложенной А.С. Калмыковой с соавт. [3,4]. Сумма баллов 13 и более свидетельствует о наличии диагноза СДСТ, а сумма баллов менее 13 – об отсутствии такового. Использовалась классификация вентральных грыж по Шаврелю.

Результаты и обсуждение. Больные были разделены на 2 равнозначные по количеству группы. В первую (контрольную) группу вошли 144 больных, оперированных за период с 1997 по 2002 год. Выбор метода грыжесечения у этих пациентов зависел от локализации, размеров, формы грыжевых ворот. При хирургическом лечении этих больных хирурги старались во что бы то ни стало свести края грыжевых ворот. Аутопластика применена у 72 (50%) больных с малыми и средними грыжами. При поперечном расположении грыжевых ворот 34 (23,6%) пациентам выполнена операция грыжесечения с пластикой грыжевых ворот по Мейо. При продольном расположении у 56 (38,9%) больных осуществлена пластика грыжевых ворот по Сапегко. Аутодермопластика по Янову выполнена 20

Жарких Владимир Анатольевич, соискатель кафедры общей хирургии СтГМА, тел.: 89187616760.

Лаврешин Петр Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии СтГМА, тел.: (8652) 34-49-72.

Гобеджишвили Владимир Кишвардиевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии СтГМА, тел.: (8652) 29-68-89, e-mail: v_lin@mail.ru.