

развитием затеков, в связи с чем больным наложены двухствольные илеостомы через мини-доступ.

У 3 больных клинических признаков несостоятельности не было. Затеки в области анастомоза были выявлены на 7–8-е сутки при пальцевом исследовании и проктографии. У обоих пациентов они были ликвидированы консервативными методами лечения. Стриктура анастомоза выявлена также у 2 пациентов. В обоих случаях ее протяженность не превышала 5–6 мм, и реканализовать ее удалось консервативными способами.

В контрольной группе несостоятельность анастомоза имела место у 5 (9,8%) больных. В одном случае несостоятельность задней полуокружности анастомоза сопровождалась развитием гнойных затеков и перитонитом, в связи с чем потребовалось произвести релапаротомию, санацию и дренирование малого таза и брюшной полости с наложением двухствольной илеостомы.

Еще одному пациенту с несостоятельностью анастомоза и затеками в параректальной области потребовалось хирургическое лечение, больному наложена двухствольная илеостома через мини-доступ.

У трех других пациентов несостоятельность соустья была определена на 7–8-е сутки при пальцевом исследовании и проктографии, лечение у них было ограничено консервативными способами.

Стриктуры анастомоза протяженностью 8–15 мм выявлены у 3 больных. У всех трех лечебные мероприятия были ограничены бужированием.

Сравнительный анализ двух способов наложения анастомозов при низких передних резекциях прямой кишки показал, что выполнение разработанного способа технически не сложнее аппаратного способа, незначительно увеличивает продолжительность оперативного вмешательства. В то же время не увеличивает количество послеоперационных воспалительных осложнений и позволяет снизить количество стриктур и затраты на лечение больных. В связи с чем может являться альтернативой аппаратным анастомозам при выполнении низкой передней резекции прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов А. А., Важенин А. В., Плотников В. В., Власов А. В., Спирев В. В. Применение аппарата компрессионных толстокишечных анастомозов в хирургии рака прямой кишки // Сибирский онкологический журнал. – 2010. – № 3 (39). – С. 20–24.
2. Каншин Н. Н. Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов. – М.: Профиль, 2004. – 63 с.
3. Кечеруков А. И., Чернов И. А., Алиев Ф. Ш., Барадулин А. А., Котельников А. С., Молокова О. А. Проблема хирургического шва толстой кишки // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2003. – № 9. – С. 68–74.
4. Маскин С. С., Наумов А. И., Хомочкин В. В. и др. Результаты 15-летнего применения однорядного непрерывного и двухрядного шва в колоректальной хирургии // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. – Уфа, 2007. – С. 592–593.
5. De Salvo L., Razzetta F., Cagnazzo A., et al. Comparison of colorectal mechanical suture techniques // An. ital. chir. – 1997. – Vol. 68. № 3. – P. 381–384.
6. Forde K. A., Goodell K. H., Della Badia M. A. 10-year singleinstitutional study of the biofragmentable anastomosis ring // Am. j. surg. – 2006. – Vol. 191 (4). – P. 483–487.
7. Jeng-Kai J., Yang S. H., Lin J. K. Transabdominal anastomosis after low anterior resection: A prospective, randomized, controlled trial comparing long-term results between side-to-end anastomosis and colonic J-pouch // Dis. colon. rectum. – 2005. – Vol. 48. – P. 2100–2108.
8. Klingensmith M. E., Chen L. E., Glasgow S. C. et al. Washington manual of surgery. 5th Edition. – 2008. – P. 215–237.
9. MacRae H. M., McLeod R. S. Handsewn vs. stapled anastomoses in colon and rectal surgery: a meta-analysis // Dis. colon. rectum. – 1998. – Vol. 41 (2). – P. 180–189.
10. Massi G., Di Castro A., Brocato R. et al. Biofragmentable anastomosis ring in emergency surgery // An. chi gynaecol. – 1997. – Vol. 86. № 4. – P. 357–359.
11. Petrassi A., Roncone A., Formisani P. et al. Results of the multicenter study (A. C. O. I. Stapler study group) on 420 cases of esophagojejunal and 544 cases of colorectal anastomoses // An. ital. chir. – 1994. – Vol. 65. № 1. – P. 49–58.

Поступила 18.02.2013

**З. В. ТОТИКОВ¹, В. З. ТОТИКОВ¹, А. К. КАЧМАЗОВ¹, В. В. МЕДОЕВ¹,
М. В. КАЛИЦОВА¹, Р. Ю. МАЛЬСАГОВ²**

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ПЕРЕДНИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

¹Кафедра госпитальной хирургии с онкологией ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России,
РСО – Алания, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.

Тел. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com;

²кафедра госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО ИнГГУ Минобрнауки РФ,
Россия, Республика Ингушетия, 386132, г. Назрань, м/о Гамурзиево, ул. Магистральная, 39.
Тел. 8 (8732) 22-38-54. E-mail: ing_gu@mail.ru

В статье представлен новый способ профилактики несостоятельности анастомоза после выполнения передних резекций прямой кишки и реконструктивно-восстановительных операций, который был использован в лечении 33 больных. При выполнении этого способа снижается вероятность развития несостоятельности анастомоза.

Ключевые слова: анастомоз, передняя резекция, реконструктивные операции.

Z. V. TOTIKOV¹, V. Z. TOTIKOV¹, A. K. KACHMAZOV¹, V. V. MEDOEV¹, M. V. KALITSOVA¹, R. U. MALSAGOV²

METHOD OF PREVENTING ANASTOMOSIS FAILURE AFTER ANTERIOR RESECTION OF THE RECTUM AND RECONSTRUCTIVE SURGERY

¹Department with oncology GBOU VPO SOGMA Russian ministry of health hospital surgery, Russia, North Ossetia – Alania, 362019, Vladikavkaz, Pushkinskaya str., 40.

Tel. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com;

²FGBOU VPO IngSU Russian ministry of education and science, Russia, Ingush Republic, 386132, Nazran, Magistralnaya str., 39.

Tel. 8 (8732) 22-38-54. E-mail: ing_gu@mail.ru

The paper presents a new method for preventing anastomosis failure after anterior resection of the rectum and reconstructive operations, which has been used in the treatment of 33 patients. In implementing this method in any of the examined patients were observed insolvency of anastomosis.

Key words: anastomosis, anterior resection, reconstructive surgery.

Введение

Проблема формирования колоректальных анастомозов после выполнении передних резекций прямой кишки или при реконструктивно-восстановительных операциях на сегодняшний день остается актуальной [1, 2, 4]. Несостоятельность колоректального анастомоза является одним из наиболее частых и опасных осложнений после выполнения передней резекции прямой кишки, составляя, по разным данным, от 2,5% до 50%, и нередко требует проведения повторных оперативных вмешательств [3, 5, 6]. Высокая частота недостаточности швов межкишечного соустья связана с несколькими факторами, среди которых наряду с бактериальной загрязненностью операционного поля кишечной флорой, неблагоприятными анатомическими условиями важную роль играют технические особенности формирования анастомоза и неодинаковая квалификация операторов [1, 4]. Неудовлетворенность результатами заставляет хирургов искать новые способы профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов [1, 5].

Цель исследования – снизить количество осложнений и материальные затраты при формировании колоректального анастомоза у пациентов, перенесших передние резекции прямой кишки или реконструктивно-восстановительные операции.

Материалы и методы

В клинике разработан и используется «способ защиты анастомоза» для профилактики несостоятельности колоректального анастомоза после выполнения передних резекций прямой кишки и реконструктивно-восстановительных операций. Предлагаемый способ применялся при стандартной подготовке кишечника, при несоответствии размеров приводящей и отводящей культи, но не более чем в 2 раза, при гипертрофии кишечной стенки не более чем на 2,5 мм.

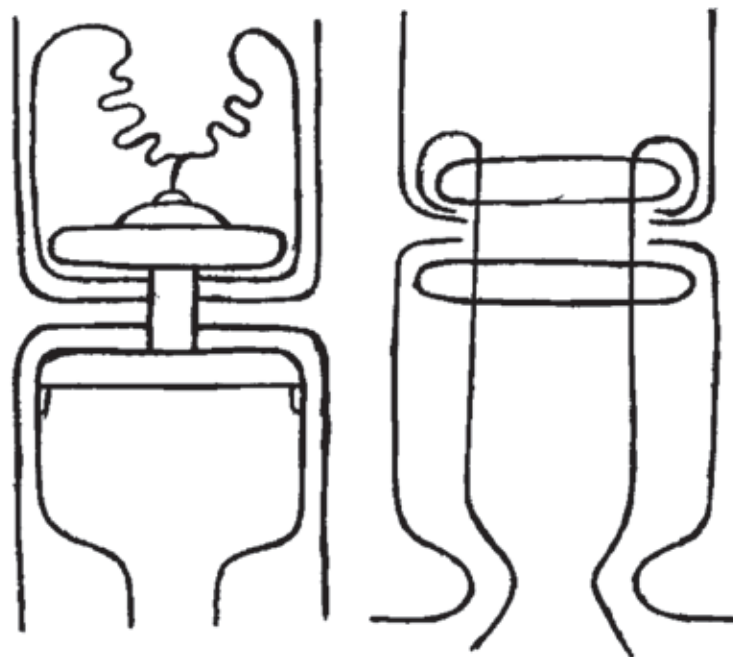
Данный способ был использован при лечении 33 больных, которые составили основную группу. У 19 пациентов – после передней и низкой передней резекции по поводу рака прямой кишки, у 2 больных – по поводу

огнестрельных ранений прямой кишки. Наряду с этим данный способ нами был использован у 12 больных при реконструктивно-восстановительных операциях после операции Гартмана. У этого контингента больных причиной применения данного способа было наличие выраженного рубцового процесса в культе прямой кишки, являвшегося препятствием для наложения герметичного аппаратного анастомоза.

Контрольные группы составили 48 больных, которым накладывали анастомозы с помощью компрессионного сшивающего аппарата АК-2, и 42 больных, у которых были использованы скрепочные циркулярные сшивающие аппараты фирмы «Этикон и Аутошьоче».

Разработанный в клинике способ осуществляется следующим образом: после мобилизации и резекции участка толстой кишки в прямую кишку вводится компрессионный сшивающий аппарат АКА 2. К специально приспособленной петле на стопорном винте аппарата подвязывается полиэтиленовый «рукав», собранный вовнутрь в виде гармошки. Затем свободный конец «рукава» надевается на концевое сшивающее кольцо и подвязывается на стержне. На «рукав» и сшивающее кольцо надевается проксимальная культя ободочной кишки, которая также перевязывается на стержне. На стержне аппарата по общепринятой методике перевязывается также дистальная культя. Кольца соединяются и прошиваются. Аппарат вместе с привязанным к петле концом полиэтиленового «рукава» извлекается из прямой кишки. Избыток полиэтиленового «рукава», выступающего из прямой кишки более чем на 5 см, отсекается. В результате зона анастомоза оставалась вне контакта с кишечным содержимым (рисунок).

Реконструкция после операции Гартмана выполнялась следующим образом. После пересечения и мобилизации приводящей культи и подготовки культи прямой кишки из аппарата АК-2 извлекался стержень с находящимся на нем концевым сшивающим кольцом и стопорным винтом с петлей. К петле на стопорном винте подвязывался полиэтиленовый «рукав», который был собран вовнутрь в виде гармошки. Затем свободный конец «рукава» надевался на концевое сшиваю-



Способ защиты анастомоза

щее кольцо и подвязывался на стержне. На «рукав» и сшивающее кольцо надевалась проксимальная культя ободочной кишки, которая также перевязывалась на стержне. Затем в прямую кишку вводили аппарат АК-2 без стержня и концевого сшивающего кольца и устанавливали его таким образом, чтобы дистальное кольцо располагалось на передней стенке культи. Затем стержнем прокалывали переднюю стенку культи, вводили его в просвет аппарата и фиксировали на аппарате. Сшивающие кольца соединялись и прошивались, аппарат извлекался из просвета кишки. Полиэтиленовый «рукав» отсекался в 5–6 см от края ануса.

Сшивающие кольца вместе с полиэтиленовым «рукавом», как правило, самостоятельно отходили из прямой кишки вместе с кишечным содержимым на 7–8-е сутки, в случае задержки – извлекались.

Результаты

В основной группе клинические проявления несостоятельности анастомоза, выражавшиеся в выделении гнойного содержимого из области анастомоза, выявлены у 2 (6%) больных. В обоих случаях выявлены дефекты колоректального анастомоза на протяжении 10–15 мм. У обоих больных они были ликвидированы консервативными способами. Еще у 3 больных при ректороманоскопии и проктографии выявлены затеки от 5 до 10 мм, заканчивающиеся слепо на глубине 10–15 мм.

При наложении анастомоза с помощью аппарата АК-2 классическим способом несостоятельность имела место у 6 (12,5%) больных, в том числе у одного больного развился перитонит, у 3 больных – абсцессы малого таза и свищи, у 2 больных – небольшие затеки, выявленные при ректороманоскопии или проктографии.

При использовании скрепочных циркулярных сшивающих аппаратов несостоятельность анастомоза имела место у 4 (9,2%) больных. В одном случае несостоятельность задней полуокружности анастомоза сопровождалась развитием гнойных затеков и перитонитом, в связи с чем потребовалось произвести ре-лапаротомию, санацию и дренирование малого таза и

брюшной полости с наложением двухствольной илеостомы.

У 3 других пациентов несостоятельность соустья была выявлена на 7–8-е сутки при пальцевом исследовании и проктографии, лечение у них было ограничено консервативными способами.

Таким образом, предложенный «способ защиты анастомоза» при формировании колоректальных межкишечных соустьев после передних резекций прямой кишки или реконструктивно-восстановительных операций позволяет снизить количество несостоятельств анастомозов и материальные затраты на лечение больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов А. А., Важенин А. В., Плотников В. В., Власов А. В., Спирев В. В. Применение аппарата компрессионных толстокишечных анастомозов в хирургии рака прямой кишки // Сибирский онкологический журнал. – 2010. – № 3 (39). – С. 20–24.
2. Маскин С. С., Наумов А. И., Хомочкин В. В. и др. Результаты 15-летнего применения однорядного непрерывного и двухрядного шва в колоректальной хирургии // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. – Уфа, 2007. – С. 592–593.
3. Канишин Н. Н. Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов. – М.: Профиль, 2004. – 63 с.
4. Кечеруков А. И., Чернов И. А., Алиев Ф. Ш., Барадулин А. А., Котельников А. С., Молокова О. А. Проблема хирургического шва толстой кишки // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2003. – № 9. – С. 68–74.
5. Царьков П. В., Ермаков Д. Ф., Тулина И. А. Факторы риска развития несостоятельности аппаратного анастомоза после выполнения передней и низкой передней резекции прямой кишки // В сб. Всероссийского форума «Пироговская хирургическая неделя». – СПб, 2010. – С. 416–417.
6. Chuwa E. W., Seow-Choen F. Outcomes for abdominoperineal resections are not worse than those of anterior resections // Dis. colon. rectum. – 2006. – № 49. – P. 41–49.

Поступила 15.02.2013