

УДК 616.345:617-089.168.1:616-089.843

П.А. Резанов*Кафедра хирургии № 1 (зав. – проф. А.В. Костырной) ГУ “Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского”, г. Симферополь*

ПРЕЦИЗИОННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ПРЕЦИЗИЙНІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У КОЛОРЕКТАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Резюме. Розроблено та клінічно апробовано авторський прецизійний шов для формування міжкишкових анастомозів. Його використання, особливо в колоректальній хірургії, сприяє значному поліпшенню результатів лікування зі зниженням числа післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: прецизійний шов, міжкишковий анастомоз, післяопераційні ускладнення.

Несмотря на бурное развитие высоких технологий последние 50 лет, а также давнее существование проблемы возникновения осложнений после хирургического лечения полых органов желудочно-кишечного тракта, доля последних остается достаточно высокой [1]. По данным литературы, самым частым показанием к релапаротомии является несостоятельность швов (24,5% среди всех причин релапаротомии) [2], в раннем послеоперационном периоде осложнения развиваются в 19-25% наблюдений, в 0,4-8% случаев развивается несостоятельность швов анастомоза, приводящая к развитию гнойно-септических процессов в брюшной полости [3]. Данная ситуация обуславливает необходимость поиска и исследования новых способов восстановления полых органов желудочно-кишечного тракта, а также методов профилактики несостоятельности их швов [1]. Поэтому проблема улучшения ближайших и отдаленных результатов операций на органах желудочно-кишечного тракта путем применения оптимальных вариантов швов и использования современных шовных материалов требует дальнейшего изучения [4]. Одним из перспективных направлений для ее решения могло бы стать внедрение в клиническую практику прецизионных технологий формирования кишечного шва. В литературе имеются немногочисленные экспериментальные и клинические работы, свидетельствующие об эффективности применения прецизионной и элементов микрохирургической техники в хирургии ободочной кишки, касающиеся прежде всего формирования толсто-толсто- и

тонко-толстокишечных анастомозов [5, 6]. Предложено применение оптического увеличения, тонкого атравматического шовного материала, хотя методика их формирования оставалась общехирургической. Отмечено более благоприятное течение послеоперационного периода, снижение числа осложнений со стороны анастомозов. Однако не решены окончательно такие разделы проблемы, как выбор адекватного шовного материала, методики толсто-толсто- и тонко-толстокишечных анастомозов, кишечного шва, использование микрохирургических технологий с учетом микроанатомических особенностей соединяемых отделов кишок, определение этапов операций, на которых целесообразно использование микрохирургических оперативных приёмов [5].

Цель исследования: разработать и клинически апробировать в колопроктологической практике авторский прецизионный шов для формирования межкишечных анастомозов.

Материал и методы. Работа основана на результатах хирургического лечения 211 пациентов, которые находились на стационарном лечении в хирургическом и проктологическом отделениях республиканской клинической больницы имени Семашко и хирургического отделения Отделенческой клинической больницы на ст. Симферополь за период 2004-2013 гг. Возраст больных от 18 до 86 лет. Женщин было 119 (56,4%), мужчин 92 (43,6%). Больные были распределены на две группы, которые были сопоставимы по возрасту, соотношением пола, видами выполненных оперативных вмешательств. В первую группу

© Резанов П.А., 2014

было включено 104 больных, у которых для формирования межкишечных анастомозов применяли авторский однорядный прецизионный шов [7], вторую группу составили 107 пациентов, у которых применялась традиционная техника двухрядного шва для формирования межкишечных анастомозов.

Среди всех больных по поводу долихоsigmoidy и долихомегаколон с нарушением функции кишечника прооперировано 43 (20,38%) больных. Всем больным с данной патологией производилась левосторонняя гемиколэктомия. По поводу рака толстого кишечника оперировано 168 (79,62%) больных. Среди онкопатологии рак восходящего отдела и печёночного угла наблюдался у 12 (5,69%) человек. Все эти больные были доставлены с клиникой кишечной непроходимости. Рак поперечно-ободочной кишки наблюдался у 29 (13,74%) человек, а рак нисходящей ободочной, сигмовидной ободочной кишки и ректосигмоидного угла у 127 (60,19%) человек. При гистологическом исследовании выявлены: аденокарцинома толстой кишки различной степени дифференцировки, солидный рак, слизистый рак, смешанные формы.

Результаты исследования и их обсуждение. При выполнении операций на ободочной кишке и ректосигмоидном сегменте одним из ключевых моментов вмешательства является наложение анастомоза. У больных первой группы нами использована методика закрытого однорядного анастомоза “конец-в-конец” с применением прецизионного непрерывного шва, в том числе и на неподготовленном кишечнике с явлениями кишечной непроходимости. Особенности данной методики являются следующие технические приёмы: тщательное освобождение от жировых тканей сопоставляемых краёв резецированной кишки на расстоянии не менее 0,8 см от края резекции; перемещение части каловых масс из приводящих петель в резецируемый участок кишки; наложение эластических кишечных жомов на петли кишки для предупреждения поступления кишечного содержимого в область анастомозирования; косая линия пересечения (70-80° по отношению к брыжеечному краю) отрезков кишки, анастомозируемых “конец-в-конец” с тем, чтобы увеличить поперечное сечение межкишечного анастомоза; тщательный гемостаз резекционных краёв с помощью диатермокоагуляции; наложение прецизионного непрерывного мышечно-подслизистого шва на атравматической игле викриловой нитью 3/0 не более 8,0 мм от краёв стежками 4,0-8,0 мм, с интервалом 5,0-6,0 мм между швами; интубация области анастомоза ПХВ трубкой № 20 (при операции на левом фланге и ректосигмоидном угле); контроль за расправлением просвета анастомоза (при отсутствии интубации)

большим и указательным пальцами, вводимыми навстречу друг другу через стенки анастомозированных отрезков кишки; наложение, при необходимости, дополнительных швов на углы анастомоза.

Предложенный способ прецизионного шва желудочно-кишечного тракта состоит в следующем. Оперативное вмешательство производится при 4 кратном увеличении с помощью лобного нейро-хирургического осветителя. Использовался микрохирургический инструментарий и атравматические иглы с синтетическими нитями из викрила и пролена фирмы “Ethicon”. Формировали однорядный непрерывный анастомоз, при котором толщина нити составляла 4-0. При создании анастомоза непрерывной викриловой нитью первым витком сшивались подслизистые слои с обеих сторон, следующим витком – мышечно-подслизистые, затем вновь лишь подслизистые и т.д. циркулярно. Важным условием при выполнении однорядного анастомоза являлись точное сопоставление слоев в концах сшиваемых кишок и широкое сопоставление подслизистого слоя, играющего основную роль в регенерации и биологической изоляции анастомоза. При этом слизистая оболочка не прошивалась и в шов не захватывалась (рисунок).

Преимуществами такой техники наложения анастомоза являются: асептичность вмешательства: первоначальная герметизация шовной полосы по всему периметру анастомоза с последующим вскрытием просвета кишечной трубки; возможность наложения анастомоза в условиях неподготовленного кишечника; достижение полного гемостаза при электрокоагуляции.

После использования двухрядного шва осложнения наблюдались у 17 (15,89%) больных: несостоятельность анастомоза у 5 (4,67%), перитонит у 4 (3,74%), инфильтрат в брюшной полости у 3 (2,80%), тромбоэмболия легочных артерий у 4 (3,74%); смерть от острой сердечно-сосудистой недостаточности у 1 (0,93%); 2 (1,87%) больных умерло от осложнений, ассоциированных с несостоятельностью анастомоза.

При применении однорядного шва послеоперационные осложнения наблюдались у 11 (10,58%) человек: несостоятельность анастомоза у 2 (1,92%) больных; у 2 (1,92%) формирование инфильтрата в брюшной полости в течение 10–12 дней с благоприятным исходом; тромбоэмболия легочных артерий у 6 (5,77%) больных; 1 (0,96%) больной умер от сопутствующей хронической почечной недостаточности, острой сердечно-сосудистой недостаточности (больной находился на гемодиализе). На секции признаков несостоятельности анастомоза не выявлено. Разработанный и внедренный в практику новый прецизионный шов позволил достоверно снизить число случаев несостоятельности анастомоза в 2,43 раза, а также

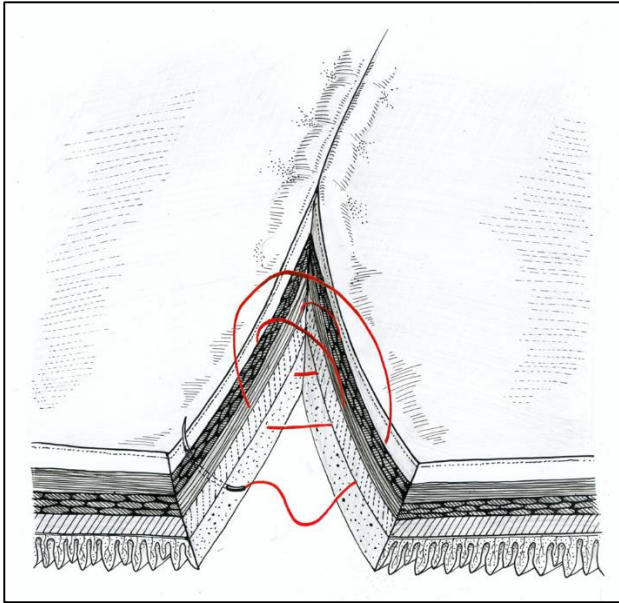


Рисунок. Схема формування анастомоза

ократить послеоперационную летальность в 2,92 раза по сравнению с контрольной группой.

Вывод. Предложенный способ формирования межкишечного анастомоза технически прост. Его использование в колоректальной хирургии позволяет значительно улучшить качество лечения больных, оперированных на ободочной кишке, улучшить результаты лечения со снижением числа послеоперационных осложнений. Это дает основания рекомендовать данную методику к широкому применению в хирургической практике.

Перспективы научного поиска. Проведенные исследования обосновывают возможность применения микрохирургических приемов при оперативном лечении заболеваний ободочной кишки. Однако полностью проблема несостоятельности кишечного шва пока не решена. В связи с этим дальнейшее совершенствование техники формирования межкишечных анастомозов не утрачивает своей актуальности.

Список использованной литературы

1. Способы профилактики несостоятельности межкишечных анастомозов / И.Г. Жук, Р.М. Салмин, А.В. Гайдук [и др.]. // Журнал ГрГМУ. – 2010. – № 1. – С. 3-6.
2. Золотарёва, Е.В. Повторные операции в неотложной хирургии органов брюшной полости / Е.В. Золотарёва // Вестник РГМУ. – 2006. – Т. 49, № 2. – С. 130.
3. Черноусов А.Ф. Профилактика недостаточности анастомозов желудочно-кишечного тракта / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, О.Н. Антонов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2005. – № 12. – С. 25-29.
4. Антипов Н.В. Современное представление о возможности применения ручного метода кишечного шва в хирургии / Н.В. Антипов, А.Ю. Шкиренко, В.А. Коноплянко // Університетська клініка. – 2011. – Т. 7, № 1. – С. 68-71.
5. Каган И.И. Анатомическое и экспериментальное обоснование микрохирургической технологии межкишечных анастомозов ободочной шки / И.И. Каган, Д.Ю. Коновалов // Вестн. новых мед. технолог. – 2008. – Т. XV, № 3. – С. 75-78.
6. Коновалов Д.Ю. Микрохирургическая техника при онкологической патологии ободочной кишки и илеоцекальной области / Д.Ю. Коновалов // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2008. – Т. 19, № 4. – С. 48-52.
7. Патент 32940 Україна МПК (2008.01) А61В17/11 Спосіб формування анастомозу на шлунково-кишковому тракті. / Резанов П.О., Камінський І.В. (Україна). – № u2008 00204; Заявл. 04.01.2008; Опубл. 10.06.2008. Бюл. № 11.

ПРЕЦИЗИОННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Резюме. Разработан и клинически апробирован авторский прецизионный шов для формирования межкишечных анастомозов. Его использование, особенно в колоректальной хирургии, способствует значительному улучшению результатов лечения со снижением числа послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: прецизионный шов, межкишечный анастомоз, послеоперационные осложнения.

PRECISION SURGICAL METHODS TO FORM INTESTINAL ANASTOMOSIS TO PREVENT POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN COLORECTAL SURGERY

Abstract. The author's precision suture to form intestinal anastomosis is elaborated and clinically tested. Its application, especially in colorectal surgery, promotes considerable improvement of treatment with a reduction of postoperative complications.

Key words: precision suture, intestinal anastomosis, postoperative complications.

S.I.Georgiyevskiy Crimean State Medical University (Simferopol)

Надійшла 15.01.2014 р.
Рецензент – проф. Іващук О.І. (Чернівці)