

## СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

*А.В.Шкрадюк*

*Кафедра общей хирургии с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. курсом – проф. Т.А.Фоминых) Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь*

**Резюме.** Пропонується новий метод формування сигмокретального анастомозу, який можна застосувати для ліквідації колостоми після операції Гартмана. Методика дозволяє зберегти широку рефлексогенну зону передньолатеральної поверхні прямої кишки та зменшити ризик розвитку неспроможності швів. Анастомоз володіє достатніми функціональними та пластичними властивостями.

**Ключові слова:** сигмокретальний анастомоз, неспроможність швів анастомозу, операція Гартмана.

Несмотря на значительные преимущества, операции Гартмана присущи недостатки, связанные с наличием функционирующей колостомы. Наличие последней приводит, главным образом, к социально-психической дезадаптации пациентов. Значительное количество больных с колостомой после подобного рода вмешательств возможно реабилитировать путем восстановления непрерывности толстой кишки. Реконструктивные операции после обструктивной резекции прямой кишки (ПК) широко выполняются лишь в единичных клиниках, имеющих значительное число собственных наблюдений [1]. В настоящее время имеется несколько вариантов реконструкции кишечной трубки: ручной анастомоз между культей ПК и сигмовидной ободочной кишкой (СОК) – сигмокретальные термилоатеральные и терминотерминальные соустья; анастомоз, выполняемый путем наложения механического шва с использованием сшивающих аппаратов типа АКА, КЦ-28 и др.; низведение ободочной кишки через культю ПК; брюшно-анальная резекция культи ПК с низведением ободочной кишки в анальный канал; илеоколонопластика [2, 3]. Однако ряд вмешательств несет в себе обширную интраоперационную травму для организма, нарушает рефлексогенные взаимоотношения в стенке ПК, другая группа операций обладает высокой способностью к образованию рубцовых стриктур в отдаленном послеоперационном периоде. Кроме того, не решен вопрос о профилактике не-

состоятельности сигмокретальных анастомозов [4]. Осложнения послеоперационного периода хирургического и нехирургического генеза встречаются на 10% чаще у лиц 60 лет и старше, что напрямую связано с продолжительностью и травматизмом выполняемого оперативно-вмешательства.

**Цель исследования.** Теоретически обосновать и экспериментально апробировать способ реконструкции толстой кишки после операции Гартмана.

**Материал и методы.** Экспериментальная работа выполнена на 20 беспородных собаках обоего пола в возрасте 1-5 лет и массой тела 5-25 кг. В ходе экспериментальной работы выполнены все требования Европейской конвенции о гуманном отношении к лабораторным животным (Страсбург, 1985). На первом этапе под кетамин-тиопенталовым наркозом после нижнесрединного лапаротомного доступа выполняли обструктивную резекцию ПК с формированием плоской сигмостомы слева от операционной раны и формированием культи ПК размером 5-6 см. Последнюю не экстраперитонизировали ввиду предстоящей реконструктивной операции. Животные содержались в условиях вивария в течение 6 месяцев. По прошествии указанного срока животным формировали сигмокретальный анастомоз по предложенной методике (рисунок). После лапаротомии, разделения сращений в брюшной полости и выделения культи ПК выполняли мобилизацию СОК вместе с колостомой. Иссекали фрагмент СОК, несущей колостому, и наглухо ушитый отдел ПК. Формировали переднюю губу анастомоза отдельными узловыми викриловыми швами. Крайние нити вы-

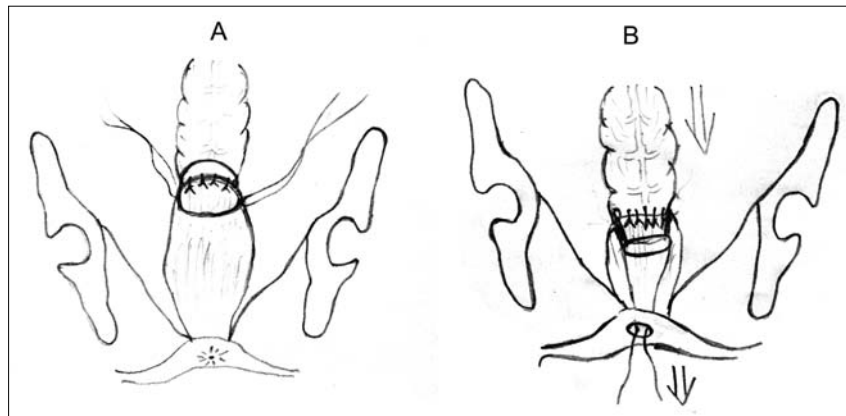


Рис. Этапы формирования сигморектального анастомоза: А – формирование передней губы анастомоза; Б – инвагинация сигмовидной кишки в просвет прямой.

водили через культю ПК наружу. Затем формировали переднюю полуокружность анастомоза отдельными узловыми викриловыми швами с узелками, ориентированными внутрь кишки. Выведенные наружу нити подтягивали, СОК инвагинировали в просвет ПК, и, удерживая в таком положении, фиксировали путем наложения П-образных викриловых швов по всей окружности сформированного анастомоза.

Перитонизировали линию анастомоза париетальной брюшиной малого таза, санировали брюшную полость, ушивали лапаротомную и колостомическую раны наглухо. Послеоперационный период вели по специальной схеме [5].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Послеоперационный период у всех животных, перенесших реконструктивную операцию, протекал без осложнений. К концу первых суток состояние животных оценивалось как удовлетворительное, а к 2-3 суткам внешний вид оперированных животных не отличался от интактных. Пить разрешали на 2-е сутки, жидкую пищу вводили в рацион питания с 3-х суток, а на 4-е сутки переводили на рацион, принятый в виварии. Перистальтика обычно восстанавливалась на 2-3 сутки, а оформленный стул появлялся на 5-6 сутки.

Макроскопически через 7 дней анастомоз имел следующий вид: серозная оболочка тусклая, местами с участками кровоизлияний, брыжейка отечна, утолщена. На поперечном срезе анастомоз проходим, содержит полужидкое кишечное содержимое, в просвете ПК имеется циркулярно расположенный инвагинат стенки СОК шириной до 4 мм, макроскопически идентичный окружающим тканям. При использовании метода гидропрессии – герметичность анастомоза полная. Париетальная брюшина малого

таза отечна, с участками петтехиальных кровоизлияний. Через 30 дней и более макроскопически анастомоз не отличается от интактных отделов кишечника, проходимость анастомоза полная, рубец на серозных поверхностях кишок полноценный, окружающие ткани не изменены.

При микроскопическом исследовании линии анастомоза через 7 дней с момента наложения определялась выраженная воспалительная реакция слизистой оболочки преимущественно за счет лимфогистиоцитарных клеток, явления отека и кровоизлияний в подслизистом слое кишки, полнокровие капилляров. Микроскопическая структура инвагинированной порции СОК представлена аналогичными изменениями, наблюдаемыми в стенке кишки. Вокруг волокон шовного материала выражены явления отека и инкапсуляции. На месте соединения серозных поверхностей кишок отмечалось выпадение нитей фибрина, миграция клеточных элементов воспалительного и соединительнотканного происхождения. При исследовании фрагментов кишечной стенки на расстоянии 5 см от линии анастомоза отмечались слабо выраженные явления десквамации клеток эпителия слизистой оболочки кишки. В брыжейке СОК – отек и участки кровоизлияний. Через 30 дней наблюдался регресс описанных изменений, а наблюдаемая микроскопическая картина демонстрировала последовательность развития фаз асептического воспаления и регенерации. Через 3, 6, 12 месяцев наблюдения микроскопическая картина свидетельствовала о затихании воспалительного процесса в стенках сшитых органов, новообразовании кровеносных сосудов по линии анастомоза, образовании полноценного

рубца с сохранением клеточных гранулем вокруг волокон шовного материала в некоторых полях зрения.

**Выводы.** 1. Данные гистологического и макроскопического исследований свидетельствуют о наличии процессов репарации в стенках сшиваемых органов, протекающих по типу первичного натяжения. 2. Формирование анастомоза между прямой и сигмовидной кишками при помощи отдельных узловых швов оказывает благоприятное влияние на процессы заживления соустья. 3. Предлагаемая методика восстанов-

ления непрерывности кишечника после операции Гартмана технически простая, не требует наличия дорогостоящих аппаратов для наложения механического шва.

**Перспективы научного поиска.** Перспективным направлением в абдоминальной хирургии является разработка новых способов, направленных на снижение числа послеоперационных осложнений. В дальнейшем целесообразно провести сравнительный анализ различных способов наложения указанных анастомозов, а также апробировать их в условиях клиники.

### Литература

1. Запорожченко Б.С., Шишлов В.И. Восстановление непрерывности толстой кишки у больных после наложения колостомы // *Клин. хирургия.* – 2005. – № 4-5. – С. 10.
2. Черкес В.Л., Кныш В.И. Восстановление непрерывности кишечной трубки у больных с колостомой // *Хирургия.* – 1997. – № 9. – С. 19-22.
3. Шкрадюк А.В., Березовский С.В. Анестезиологическое обеспечение острых хирургических экспериментов // *Клин. та експерим. патол.* – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 114-116.
4. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. – М.: МЕДпрессинформ, 2004. – 376 с.
5. Northover J.M.A., Arnott S., Jass J.R., Williams N.S. Colorectal cancer // *Oxford Textbook of Oncology: Second edition.* – 2001. – V. 2. – P. 1545-1589.

### СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

*А.В.Шкрадюк*

**Резюме.** Предлагается новый способ формирования сигморектального анастомоза, который может быть использован при ликвидации колостомы после операции Гартмана. Методика позволяет сохранить обширную рефлексогенную зону переднелатеральной поверхности прямой кишки и уменьшить риск развития несостоятельности швов. Анастомоз обладает хорошими функциональными и пластическими свойствами.

**Ключевые слова:** сигморектальный анастомоз, несостоятельность швов анастомоза, операция Гартмана.

### A TECHNIQUE OF REESTABLISHING INTESTINAL CONTINUITY AFTER OBSTRUCTIVE RESECTION OF THE RECTUM

*A.V.Shkradiuk*

**Abstract.** A new technique is proposed to form sigmorectal anastomosis that may be used to liquidate colostomy after Gartman's operation. The technique enables to preserve an extensive reflexogenic zone of the anterolateral surface of the rectum and diminish the risk of the development of suture line disruption. The anastomosis possesses sufficient functional and plastic properties.

**Key words:** sigmorectal anastomosis, anastomosis suture line disruption, Gartman's operation.

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

Надійшла в редакцію 07.04.2006 р.