

## ОЦЕНКА ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОГРУЖНЫХ АНАСТОМОЗОВ

**В. В. Леонов, Хамед Аббас,**

*Медицинский институт Сумского государственного университета,  
г. Сумы*

*Причины осложнений инвагинационного анастомоза возникают в связи с техническими дефектами вмешательства, а при формировании погружного колоректального анастомоза – в ишемических нарушениях. Погружные анастомозы к 70-м суткам после их формирования полностью функциональны с законченным процессом заживления и с морфологическим процессом перестройки серозной оболочки кишки.*

**Ключевые слова:** толстокишечные анастомозы, восстановительные операции

### ВВЕДЕНИЕ

В процессе становления и развития абдоминальной хирургии поиски оптимального способа восстановления кишечной трубки после ее резекции постоянно продолжаются. В том числе вопрос о типе кишечного шва и факторах, предотвращающих несостоятельность анастомозов, до сих пор остается спорным.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В своей работе мы поставили цель – изучить состояние заживления погружных анастомозов.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целенаправленно характер нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта изучен у 48 больных, которым накладывался толстокишечный инвагинационный анастомоз (31 больной) или погружной колоректальный (17 больных). При этом учитывалось время появления кишечных перистальтических шумов и сроки начала отхождения газов и восстановления стула. Первые признаки кишечной перистальтики выявлены в первые послеоперационные сутки у 4 больных (8,3 %), на вторые – у 32 больных (66,7 %) и на третьи сутки – у остальных 12 больных (25,0 %).

Было установлено, что время восстановления перистальтики зависело от тяжести оперативного вмешательства: все случаи лапаротомии с лимфодиссекцией, как и случаи резекции поперечно-ободочной кишки в ее средней трети, сопровождались более выраженным и длительным послеоперационным периодом. Это, по-видимому, связано с травмой корня брыжейки и забрюшинного пространства [1 – 3].

Отдельной интерпретации заслуживало состояние моторики в 17 наблюдениях колоректального анастомоза: случаев метеоризма или усиленной схваткообразной боли в этой группе больных не наблюдалось. Этому способствовала декомпрессия тонкой кишки заведенным зондом в левую половину толстой кишки, что обеспечивало постоянную разгрузку ее от содержимого. Самостоятельный стул восстановился у больных с наложенным толстокишечным инвагинационным анастомозом к четвертым и пятым суткам.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Формирование инвагинационного анастомоза предусматривает создание инвагината, хотя и на ограниченном (3,5–4 см) протяжении. Поэтому возможное сужение просвета кишки вызвало необходимость оценки анастомоза на предмет его функциональной пригодности. С этой целью были использованы два метода рентгенологического исследования: с обычным пероральным приемом жидкой бариевой взвеси (50 мл) – у 14

больных и метод рентгеноконтрастной метки в виде также перорального приема 3–5 контрастных меток диаметром 5–7 мм с последующим динамическим рентгенологическим контрастированием у 9 больных. В указанных случаях не удалось контрастировать задержки бариевой взвеси в толстой кишке. Пассаж контрастных меток также оказался свободным: принятые гранулы с часовым промежутком продвигались по кишечным петлям отдельно друг от друга и лишь спустя 8–15 часов оказывались сгруппированными в левой половине толстой кишки. У 17 больных проведена визуальная оценка характера заживления колоректального анастомоза (на зонде). Со вторых суток после операции при ректороманоскопии обнаруживалась отечность низведенного участка сигмы, отечность увеличивалась ко вторым – третьим суткам и распространялась на 1,5–2 см от наложенной лигатуры. В то же время во всех случаях уже на вторые сутки ниже лигатуры край кишки представлялся некротическим в виде темно-серого цвета и располагался по всей окружности. Лишь на третьи, четвертые сутки участок некроза начинает распространяться выше лигатуры, но не более чем на 3 мм. Причем из этого участка начинает появляться кишечное содержимое. Деструкция кишки (сигмы) по линии перевязки появлялась не позже четвертых, пятых суток, однако отторжение тканей некроза начиналось на шестые, седьмые сутки и позже. Это сопровождалось освобождением зонда и его самопроизвольным выпадением. Однако из 17 наблюдений в пяти случаях приходилось трансанально подсекать некротические ткани, чтобы извлечь зонд.

В течение последующих шести, семи суток «культя» инвагината, спустившаяся в просвет кишки, оставалась в состоянии отека, отверстие анастомоза зияло, не превышая в диаметре 10 мм. Некоторая отечность распространялась и на борозду, образованную серозной оболочкой культы сигмы (то есть брюшиной) и слизистой оболочкой прямой кишки. Дефектов в указанной борозде не выявлялось. К пятнадцатым суткам отечность культы сигмовидной кишки резко уменьшилась, край кишки по всей окружности освободился от некротических тканей. Отверстие анастомоза оставалось открытым, увеличиваясь в размерах до 15 мм.

Спустя 27–30 дней после формирования анастомоза отечность тканей практически исчезла, сохранилась лишь некоторая ригидность культы сигмовидной кишки, и отверстие приняло клиновидную форму. Только через 70–80 суток сформировавшийся анастомоз утрачивал отечность и ригидность и отверстие анастомоза увеличивалось по диаметру до 25–30 мм, причем оно сразу же расширялось при раздражении до 3,5–4 см. Был замечен факт морфологической перестройки серозной оболочки сигмовидной кишки, введенной в просвет прямой: она визуально принимает вид слизистой оболочки. В наших наблюдениях имели место четыре случая осложнений, потребовавших повторных операций. Два из них касались случая обратной инвагинации при наложении толстокишечного анастомоза, два других случая – несостоятельности при формировании колоректальных соустьев, потребовавших повторных оперативных вмешательств.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, несмотря на небольшое количество наблюдений при наложении инвагинационного анастомоза, основная причина осложнения возникает в связи с техническими дефектами вмешательства, а при формировании погружного колоректального анастомоза – в ишемических нарушениях. Погружные анастомозы, по нашим данным, к 70-м суткам после их формирования полностью функциональны с законченным процессом заживления и с морфологическим процессом перестройки серозной оболочки кишки.

## ОЦІНКА ЗАГОЄННЯ ЗАГЛИБНИХ АНАСТОМОЗІВ

**В. В. Леонов, Хамед Аббас,**

*Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми*

*Причини ускладнень інвагінаційного анастомозу виникають у зв'язку з технічними дефектами втручання, а при формуванні заглибного колоректального анастомозу – у ішемічних порушеннях. Заглибні анастомози до 70 діб після їх формування повністю функціональні із закінченим процесом загоєння і з морфологічним процесом перебудови серозної оболонки кишки.*

**Ключові слова:** товстокишкові анастомози, відновні операції.

## EVALUATION OF HEALING OF INTERSTITIAL ANASTOMOSES

**V. V. Leonov, Hamed Abbas,**

*Medical Institut of Sumy State University, Sumy*

*Reasons of intromusception anastomosis complications arise due to technical defects of the intervention, and at the formation of a submersible colorectal anastomosis – in ischemic disorders. Interstitial anastomoses to 70 days after their formation are fully functional with complete healing process and the morphological transformation process of serosa intestine.*

**Key words:** colonic anastomoses, recovery operations.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Di Leo A. Is overall survival a realistic primary end point in advanced colorectal cancer studies? A critical assessment based on four clinical trials comparing fluorouracil plus leucovorin with the same treatment combined either with oxaliplatin or with CPT-11 / A. Di Leo, M. Buyse, and H. Bleiberg // *Ann. Onc.* - Apr. 2004. - Vol. 15. – P. 545–549.
2. Govindarajan Anand. Population-Based Assessment of the Surgical Management of Locally Advanced Colorectal Cancer / Anand Govindarajan, Natalie G. Coburn, Alex Kiss, Linda Rabeneck, Andrew J. Smith, and Calvin H. L. Law // *J. Natl. Cancer Inst.* - Oct. 2006. – Vol. 98. - P. 1474–1481.
3. Enestvedt C. K. Clinical review: healing in gastrointestinal anastomoses, part II / C. K. Enestvedt, S. K. Thompson, E. Y. Chang, and B. A. Jobe // *Microsurgery.* - 2006. - Vol. 26, № 3. - P. 137–143.

*Надійшла до редакції 3 серпня 2012 р.*