

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 introsusception 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.