
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.34:616-089.86

ФОРМИРОВАНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ РАЗЛИЧНОМ ДИАМЕТРЕ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

В. В. Хомочкин, С. А. Старовидченко

Кафедра госпитальной хирургии ВолГМУ

Представлен модифицированный способ формирования колоректального анастомоза в условиях выраженной разницы диаметров сшиваемых кишок. Способ позволяет отказаться от небезопасных методик, приводящих к гофрированию и деформации межкишечного соустья и уменьшить риск несостоятельности.

Ключевые слова: колоректальный анастомоз, однорядный непрерывный шов

COLO-RECTAL ANASTOMOSIS IN TERMS OF DIFFERENCE OF THE INTESTINAL SEGMENTS DIAMETERS

V. V. Khomochkin, S. A. Starovidchenko

Chair of hospital surgery VolSMU

A modified colo-rectal anastomosis in terms of pronounced difference in the diameter of sutured intestines, is presented. The method applied allows to avoid harmful techniques, which result in corrugating and deformation of inter-intestinal fistula and diminish risk of inconsistency.

Key words: colo-rectal anastomosis, single-layer continuous suture

Большинство хирургических вмешательств по поводу заболеваний левой половины толстой и прямой кишки завершается формированием колоректальных анастомозов. Несостоятельность последних является одним из самых грозных осложнений в колопроктологии и развивается в 5—8 % [4—6]. При использовании однорядного непрерывного шва частота несостоятельности отмечена в 4,5 % случаев при отсутствии смертельных исходов, связанных с анастомозами [1].

В настоящее время разрабатываются и предлагаются новые технологические приемы операций, виды швов и шовные материалы, использование которых вселяет оптимизм в аспекте снижения числа несостоятельности колоректальных анастомозов и уменьшения числа гнойно-воспалительных осложнений. Вместе с тем, в большом многообразии исследований, посвященных этой проблеме, нет четких рекомендаций по применению конкретных видов швов и использованию при этом шовных материалов в случаях различных состояний кишечной стенки. Это особенно актуально в случаях значительной разницы диаметров сигмовидной и прямой кишок при формировании сигморектальных анастомозов. Весьма значимо при опухолевом поражении левой половины толстой кишки с разной степенью пре-стенотического расширения и гипертрофии кишечной

стенки, также при восстановительных операциях после процедуры Гартмана с явлениями гипотрофии и уменьшением просвета отключенной кишки.

Таким образом, одной из причин, способных спровоцировать драматическое течение послеоперационного периода, является наложение анастомоза в условиях выраженной разницы диаметров сшиваемых отрезков кишки. Особенно остро это проявляется при формировании сигморектального анастомоза при выполнении передней резекции прямой кишки. Дело в том, что по анатомическим принципам диаметр прямой кишки в полтора-два раза превышает диаметр сигмовидной кишки, который в среднем составляет 4,0—4,5 см. В этой ситуации перед хирургами возникает вопрос о том, как сшивать два таких весьма разных отрезка кишки. Одни предпринимают попытку «увеличения диаметра» сигмовидной кишки путем продольного рассечения противобрыжечной стенки. Другие пересекают сигмовидную кишку под острым углом к брыжеечному краю. При этом между сшитыми отрезками образуется угол той или иной степени выраженности, что, разумеется, не способствует улучшению продвижения плотного кишечного содержимого. Третьи наоборот стараются уменьшить диаметр прямой кишки. Они гофрируют стенку прямой кишки по линии анастомоза путем «увеличения шага шва» почти

в два раза по отношению к таковому на сигмовидной кишке. При этом, разумеется, речи о какой-либо прецизионности кишечного шва не идет. Порой имеют место откровенные дефекты физической целостности кишечного соустья. Условия для заживления кишечной раны оказываются неблагоприятными. По всей видимости, это обстоятельство предопределяет наибольший процент осложнений среди прочих толстокишечных анастомозов.

Нами разработан модифицированный способ формирования колоректального анастомоза при выраженной разнице диаметров сшиваемых отрезков кишки. Это позволило создать благоприятные условия для заживления кишечной раны, уменьшить риск развития несостоятельности анастомоза и создать условия для благоприятного течения послеоперационного периода. Предложенная методика получила название «латеральное выравнивание просветов» [2, 3].

По разработанной оригинальной методике оперировано 11 больных. Этапы операций, включая резекцию сегмента кишки, выполнялись типично. Процедура сшивания двух отрезков кишки состояла из двух этапов: выравнивание величины просветов и собственно формирования соустья. Во всех случаях применялся однорядный непрерывный экстрамукозный шов. В качестве шовного материала использовались синтетические абсорбирующие нити (биосин, максон, ПДС II) условных размеров $\frac{3}{0}$ — $\frac{4}{0}$. По завершении формирования анастомоза линия шва ничем не укрывалась.

Техника формирования колоректального анастомоза при различном диаметре сшиваемых кишок с использованием методики латерального выравнивания просветов. Формирование соустья начинали с одного из углов (удобнее с правого) большей по диаметру (прямой) кишки путем прошивания серозного, мышечного и подслизистого слоя с одной стороны кишки с последующим вколом иглы на границе слизистой и подслизистой оболочек другой стороны раны. Иглу проводили через стенку кишки, выкалывали на серозной оболочке противоположного края. Накладывали экстрамукозный непрерывный шов до выравнивания диаметров анастомозируемых кишок. По достижении соответствия просветов нить захлестывали. После этого подводили отрезок сигмовидной кишки и начинали формировать заднюю губу анастомоза. Дойдя до правого угла задней стенки, нить захлестывали и переходили к формированию передней губы. По завершении нить завязывалась. Глубина стежка равна 4—5 мм. Шаг шва — 5—6 мм. Однорядный шов накладывали нитью с 1 или 2 иглами, предпочтительнее использовать нить с 2 иглами. Техника формирования колоректального анастомоза «конец в конец» однорядным непрерывным швом (ОНШ) при различном диаметре сшиваемых кишок представлена на рис. 1.

Тем самым, собственно формирование анастомоза проходило в благоприятных условиях равных диаметров кишок. Необходимость увеличения просвета приводящей кишки или гофрирования (уменьшения просвета) отводящей (прямой) была исключена. Время формирования анастомоза не превышало такового при

типичной методике, а в сравнении с вариантом рассечения противобрыжеечного края — время сокращалось, т. к. в последнем случае значительно увеличивается общая протяженность линии шва.

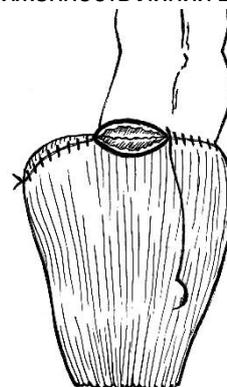


Рис. 1. «Латеральное выравнивание» колоректального анастомоза

Несостоятельности анастомозов, сформированных с применением данной методики, отмечено не было. Заживление кишечной раны протекало по типу первичного натяжения. Проведенные рентгенологические и эндоскопические исследования в сроки более 30 суток после операции, показали отсутствие сужения в зоне анастомоза (рис. 2).



Рис. 2 Последоперационная ирригоскопия при «латеральном выравнивании» колоректального анастомоза

Таким образом, в условиях выраженной разницы диаметров отрезков прямой и приводящей кишки методика «латерального выравнивания просветов» позволяет избежать опасного и неотвратимого в такой ситуации гофрирования стенки прямой кишки в зоне анастомоза; дает возможность отказаться от техники рассечения стенки приводящей кишки в продольном направлении по противобрыжеечному краю, что создает дополнительные технические трудности, приводит к деформации межкишечного соустья и увеличивает общую протяженность линии кишечного шва. Применение данной методики формирования колоректальных анастомозов показало ее надежность — несостоятельности не было ни в одном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маскин С. С., Хомочкин В. В., Старовидченко С. А. // Актуальные вопросы колопроктологии: матер. II съезда колопроктологов России с международ. участием. — Уфа, 2007. — С. 593—594.

2. Хомочкин В. В. Однорядный непрерывный шов первичных и восстановительных колоректальных анастомозов: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2003. — 16 с.

3. Хомочкин В. В., Маскин С. С. // Актуальные вопросы колопроктологии: матер. II съезда колопроктологов России с междунаро. участием. — Уфа, 2007. — С. 650—651.

4. Lee M. R., Hong C. W., Yoon S. N., et al. // Hepatogastroenterology. — 2006. — № 53 (71). — P. 682—686.

5. Lipska M. A., Bissett I. P., Parry B. R., et al. // ANZ J. Surg. — 2006. — № 76 (7). — P. 579—585.

6. Platell C., Barwood N., Dorfmann G., et al. // Colorectal Dis. — 2007. — № 9 (1). — P. 71—79.

УДК 618.14 — 007.43: 616.351 — 007.44: 616.62 — 008.222

РЕКТОЦЕЛЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

И. С. Попова, Т. Д. Ленская, Л. А. Полякова

Кафедра хирургических болезней с проктологией ФУВ

Ректоцеле — это одно из проявлений недостаточности мышц тазового дна у женщин. Главным симптомом ректоцеле является затрудненная дефекация. Ректоцеле требует совместного осмотра проктолога, гинеколога и уролога для определения тактики лечения.

Ключевые слова: ректоцеле, затрудненная дефекация

RECTOCELE AS A MANIFESTATION OF INSUFFICIENCY OF THE PELVIC DIAPHRAGM MUSCLES

I. S. Popova, T. D. Lenskaya, L. A. Polyakova

Rectocele is a manifestation of compromised muscles of pelvic diaphragm in women. The main sign of rectocele is defecation difficulty. Rectocele requires a joint examination by a proctologist, gynecologist and urologist for determination of the course of treatment.

Key words: rectocele, obstructed defecation

В клинической практике проктологов, гастроэнтерологов, терапевтов значительно число больных, жалующихся на различные нарушения дефекации. Так, на проктологическом приеме у 70—80 % всех больных выявляются различные проблемы нарушения кишечного пассажа, главным образом, запоры. Вполне естественно, что клиницист в первую очередь исключает органическую причину нарушения акта дефекации — опухоли прямой и ободочной кишки. Выявление в ходе обследования различных функциональных нарушений моторной функции толстой кишки: дивертикулез, синдром раздраженной толстой кишки, различных анатомических вариантов положения толстой кишки, вызывающих замедление кишечного пассажа, — позволяют врачу назначать обычный перечень из арсенала лечения хронических запоров — диета, слабительные, клизмы и т.д. Однако у женщин причиной затрудненной эвакуации каловых масс из дистального отдела прямой кишки может являться ректоцеле.

Ректоцеле — это дивертикулоподобное выпячивание передней стенки прямой кишки в заднюю стенку влагалища.

У больных с ректоцеле стул может быть ежедневным или через день, но акт дефекации превращается в проблему, о которой женщины стесняются говорить не только с родственниками, но и с врачами. В попытках ускорить, облегчить акт дефекации, больные прибегают к различным ухищрениям в виде ручного пособия (надавливание на промежность и заднюю стенку влагалища, растягивание ягодиц, самостоятельное пальцевое извлечение

кала из ампулы прямой кишки и т.д.). Причиной таких проблем является резкое ослабление мышечного компонента акта эвакуации каловых масс из дистальной части ампулы прямой кишки. Эвакуация каловых масс наружу, представляющая сложный физиологический процесс, в значительной степени обеспечивается за счет сокращения мышц, поднимающих задний проход (*m. levator ani*) и синхронного расслабления анального сфинктера (*m. shincter ani*). Мышцы, поднимающие задний проход, располагаются вокруг прямой кишки и вертикально уходят вверх, прикрепляясь к костям таза. Передняя порция этих мышц проходит в ректовагинальной перегородке. Эти мышцы вместе со связочным аппаратом участвуют в образовании мышечно-сухожильного каркаса, обеспечивающего стабильное положение органов малого таза и промежности: мочевого пузыря, матки и влагалища, прямой кишки. При врожденной слабости мышечно-связочного аппарата, поддерживающего прямую кишку и половые органы, многократных родах, упорных запорах, травмах при родах (разрывы, акушерские манипуляции), операциях на половых органах (ампутации и экстирпации матки), тяжелой физической работе, связанной с постоянным повышением внутрибрюшного давления, астенизации и старческой атрофии происходит расхождение передней порции мышц, поднимающих задний проход, по стенкам таза. Задняя стенка влагалища, интимно связанная с прямой кишкой, приобретает подвижность, ректовагинальная перегородка истончается и при повышении внутрибрюшного давления происходит выбухание передней стенки прямой киш-