

УДК 616.345-007.272-089.84 (575.2) (04)

## ВАРИАНТ ВЫБОРА ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ПРАВСТОРОННИХ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯХ

*И.Е. Сурлевич* – соискатель,  
*Э.Х. Акрамов* – докт. мед. наук

---

The authors have proposed an approach to restoration of large intestinal continuity under the right hemicolectomy. The restoration is done by forming the iliotransferzoanastomosis with the “aseptic” and invaginated method end-to-end.

Заболеваемость раком ободочной кишки, по литературным данным неуклонно возрастает [1]. Одним из наиболее часто встречающихся осложнений колоректального рака является толстокишечная непроходимость [2]. За последние 50 лет общая смертность от этого заболевания не снизилась [3, 4]. В литературе широко обсуждаются вопросы диагностики и лечения больных злокачественными опухолями ободочной кишки с указанным осложнением, но до сих пор нет единой точки зрения относительно тактики лечения данной категории больных.

По мнению некоторых исследователей, явления кишечной непроходимости можно разрешить консервативным путем, что позволит увеличить процент выполнения радикальных оперативных вмешательств. Бесспорно одно: количество послеоперационных осложнений, а собственно и летальность, значительно ниже после операций, проведенных на подготовленном кишечнике, но далеко не всегда развившуюся обтурационную толстокишечную непроходимость удается разрешить консервативным путем [5–7].

При тяжелом состоянии данной категории больных возможно трехэтапное оперативное вмешательство. Сформированная на первом этапе разгрузочная стома является наименее травматичным и технически легко выполнимым вмешательством, а также дающим достаточную

разгрузку для разрешения кишечной непроходимости. Но, как показывает опыт, стома не всегда дает адекватную разгрузку кишечника, а оставленная в брюшной полости опухоль является источником интоксикации и метастазирования.

В этом отношении операция Гартмана имеет ряд преимуществ, во-первых, ликвидируются причины непроходимости – резекция части кишки с опухолью; во-вторых – сама непроходимость. Однако при наличии колостомы на передней брюшной стенке, причем нередко осложненной, дефекация становится неуправляемой, что значительно снижает качество жизни больных. Таким людям необходима социальная и трудовая реабилитация.

Клинический опыт свидетельствует, что повторное вмешательство, направленное на восстановление непрерывности толстой кишки, занимает в два, а то и в три раза больше времени, чем операция Гартмана. Кроме того, вторая операция часто сопряжена с выделением культи кишки из массивных рубцов, поэтому сопровождается большим риском развития кровотечения, повреждения мочеточников, десерозированием участков кишки, чем одномоментное вмешательство.

По литературным данным, восстановление непрерывности кишки в 40–72% наблюдений становится невозможным. С этих позиций представляется перспективным стремление

определенного числа хирургов к выполнению одномоментных операций с первичным восстановлением кишечной непрерывности.

В хирургии осложненного рака ободочной кишки особый интерес представляют способы декомпрессии кишечника. В настоящее время большинством хирургов признается бесспорным необходимость проведения различных видов декомпрессии желудочно-кишечного тракта во время операции.

По данным литературы, методом выбора при опухолях правой половины толстой кишки (как при неосложненных, так и при осложненных) является правосторонняя гемиколэктомия, в частности наложение илиотрансверзоанастомоза.

Более 100 лет дискутируется вопрос по выбору варианта восстановления непрерывности кишечника после резекции правой половины толстой кишки. Ни один из разделов хирургии не характеризовался созданием такого обилия способов соединения отрезков кишки, включая самые непредвиденные. Тонко-толстокишечный анастомоз является одним из самых сложных среди всех межкишечных анастомозов, ибо надо соединить две разные по функции и диаметру кишки. Это создает технические трудности при наложении анастомоза; и опасность рефлюкса толстокишечного содержимого в тонкую кишку.

С 1996 по 1998 гг. в хирургических отделениях Чуйской областной больницы произведены 7 правосторонних гемиколонэктомий с наложением “асептического” инвагинационно-илиотрансверзоанастомоза конец в конец.

Наложение анастомоза начинается с задней стенки. После проведения гемостаза путем электрокоагуляции краевых участков кишки, с внешней стороны зажимов, на заднюю стенку накладываем ряд узловых серозно-мышечных швов. Затем на переднюю стенку накладываем четыре наводящих, узловых серозно-мышечных швов, которые являются так называемыми швами “ловушками”. При подтягивании лигатур наводящих швов зажимы снимаются. Края анастомоза самостоятельно инвагинируют вовнутрь, швы затягиваются. Между четырьмя наводящими швами накладывают дополнительные узловые серозно-мышечные швы.

Инфицированность толстой кишки (особенно при операциях по поводу obturationalной

толстокишечной непроходимости) – следствие проведения лигатуры как нити, так и всего шовного канала. Это приводит к микроабсцессам, и подтверждает несостоятельность швов анастомоза. Поэтому при такой методике шва слизистая оболочка не прошивается и лигатура, а также шовный канал не инфицируются. Такой способ наложения шва применяется нами, в частности, при инвагинационных анастомозах.

Второй ряд представлен П-образными серозно-мышечными швами, которые накладываются поочередно на заднюю, а затем на переднюю стенки анастомоза.

При использовании подобного способа наложения анастомоза ни в одном случае не отмечено несостоятельности швов.

Клинически функция анастомоза была удовлетворительной. Признаков рефлюкса толстокишечного содержимого в тонкую кишку не выявлено. Стул у больных в послеоперационном периоде стабилизировался – 1–2 раза в сутки.

Таким образом, при правосторонней гемиколэктомии “асептический” инвагинационный анастомоз конец в конец является методом выбора при наложении илиотрансверзоанастомоза.

#### Литература

1. Трапезников Н.Н., Поддубной И.В. Справочник по онкологии. – Вып. 4. – М., 1996.
2. Cichon S, Brzezinski M, Orlicki P, et al. Mechanical ileus from material of the IIIrd Department of Surgery at the College of Medicine of the Jagiellonian University. *Przegl. Lek.* 1997. – V. 54(3). – P. 154–157.
3. Ивашкин В.Т., Минасян Г.А. Перспективы профилактики и раннего выявления колоректального рака // Русский медицинский журн. – 1996.
4. De Cosse J.J., Tsioulis G.L., Jacobson J.S. Colorectal cancer: Detection, treatment and rehabilitation. *CA.* – 1994. – V. 44. – P. 27–42.
5. Топузов Э.Г., Мельников Р.А. Вестник хирургии. – 1983. – №12. – С. 35–37.
6. Топузов Э.Г. Рак ободочной кишки, осложненный непроходимостью. Дис. ... докт. мед. наук. – Л, 1986.
7. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология. – М: Медицина, 1994.