

УДК 616.345-089.84 (575.2) (04)

ОДНОРЯДНЫЙ И ДВУХРЯДНЫЙ ШОВ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.М. Мадаминов – докт. мед. наук, профессор,
А.А. Субанов – канд. мед. наук,
Т.К. Адиев – соискатель

In the article results of surgical treatment of 92 patients with colon diseases are discussed. Double-row suture were used in 15 (36,6%) patients in urgent cases, and 1 (2,3%) patient in plan able operation. In postoperative period 2 patients had discomposition of anastomose. In plan able operation single-row suture was used in 46 (97,7%) patients. There are no complications in this group.

В настоящее время уровень развития анестезиологии и реаниматологии, совершенная техника оперативных вмешательств, разработанных за последние годы, алгоритмы фармакологической профилактики и лечения гнойно-септических осложнений обеспечивают достижения хороших результатов при хирургическом лечении заболеваний толстой кишки. Вместе с тем до сегодняшнего дня одной из основных проблем в хирургии толстой кишки остается довольно высокая частота несостоятельности швов толстокишечных анастомозов.

Несостоятельность швов толстокишечных соустьев, по данным разных авторов [1–4], наблюдается у 1,1–28,5% больных, оперированных по поводу толстой кишки с наложением анастомоза ручным способом, 2,7–8,6% пациентов [5–7] анастомоз был сформирован с помощью сшивающих аппаратов различных модификаций. На фоне несостоятельности толстокишечных анастомозов развиваются тяжелейшие каловые перитониты, которые приводят к летальным исходам в 50,0% случаях [8–10].

Одним из основных путей профилактики несостоятельности швов межкишечных соустьев является выбор оптимального способа формирования анастомоза в конкретной клинической ситуации. Решить указанную задачу

можно, если учесть ряд факторов, оказывающих непосредственное влияние на заживление толсто-толстокишечных анастомозов. Речь идет, прежде всего, о выборе способа формирования соустья и о применении наиболее эффективного шовного материала.

К сегодняшнему дню многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями доказано, что все межкишечные анастомозы в большей или меньшей степени заживают вторичным натяжением, проходя все стадии репарации гнойной раны. Вместе с тем продолжительность репаративного процесса во многом зависит от вида сформированного соустья [11].

Морфологическое изучение толстой кишки позволило установить существование поверхностных и глубоких пограничных подслизистых артериальных сплетений [12]. Эти сплетения рассматриваются как разветвленные полушунты, функция которых связана с регуляцией кровотока в слизистой оболочке. Поэтому при захвате в шов слизистой возникают распространенные и необратимые изменения микроциркуляции и трансапиллярного обмена тканей в зоне швов соустья, что, в свою очередь, вызывает гипоксию тканей, отек и крово-

излияние, замыкая тем самым порочный круг нарушений локальной гемодинамики [13].

При двухрядном шве анастомоза воспалительные изменения тканей, некроз кишечной стенки на участках сдавления лигатурой сохраняются длительное время, приводя к проникновению кишечной микрофлоры в брюшную полость. Микрофлора толстой кишки, действуя на тканевые фибробласты, приводит к гипоксии, нарушается обмен коллагена, в результате чего поддерживается воспаление и расстраиваются механизмы регенерации в области кишечного шва [6]. Выраженная и продолжительная первая фаза воспаления в зоне анастомоза обуславливает снижение барьерной функции кишечной стенки [14]. Установлено, что биологическая герметичность двухрядного шва не наступает даже к 7-м суткам.

Растянutosть по времени фаз воспаления приводит к увеличению срока формирования рубца и эпителизации кишечной раны до 3–5 недель [15]. Заживление в зоне анастомоза, сформированного однорядным швом, в большинстве наблюдений протекает по типу первичного натяжения. Это способствует формированию узкого линейного рубца соустья к 7–10 суткам [17].

С конца 80-х годов прошлого столетия в хирургии толстой кишки все чаще стал использоваться однорядный внеслизистый шов [4, 17, 18]. Особого внимания заслуживает непрерывный однорядный шов. Если после наложения узловых швов всегда сохраняется опасность просачивания между ними кишечного содержимого, то при использовании непрерывного шва подобное осложнение маловероятно [19].

При выполнении оперативных вмешательств на толстой кишке предпочтительнее использовать рассасывающие лигатуры, что позволяет избежать сколько-нибудь выраженных воспалительных реакций в зоне анастомоза в отдаленном послеоперационном периоде [20–23].

Изложенное выше показывает, что на сегодняшний день в хирургии толстой кишки не существует общепринятой методики создания межкишечных соустьев, поскольку ни одна из них не гарантирует идеального непосредственного результата оперативного вмешательства.

Поэтому изучение данной проблемы представляет несомненный интерес как в научном, так и практическом аспектах.

Материал и методы исследования. Нами обследованы и проведены операции 92 больным по поводу толстокишечного стаза, 63 пациента находились в хирургическом отделении Ошской областной объединенной клинической больницы с 1994 по 2006 г., а 29 – в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики с 2002 по 2007 г. Мужчин было 39 (42,1%), а женщин – 53 (57,9%), в возрасте от 19 до 72 лет. Средний возраст больных составил $42 \pm 1,4$ лет. Наиболее часто у больных регистрировали долихосигму – 85 (92,3%), подвижную слепую кишку – 6 (6,6%) пациентов и мегаколон – один (1,1%) человек.

Среди причин, побудивших больных с толстокишечным стазом обратиться к врачу были: у 35 (38,5%) – явления кишечной непроходимости за счет заворота сигмовидной ободочной кишки, у 6 (6,6%) – явления кишечной непроходимости за счет заворота слепой кишки, а у 51 (54,9%) – боли в левой подвздошной области, жалобы на постоянные запоры.

Экстренным больным перед операцией осуществляли общеклинические исследования и обзорную рентгенографию органов брюшной полости, плановым больным – ирригографию, колоноскопию, общеклинические и биохимические исследования.

Показанием к экстренному хирургическому вмешательству была острая кишечная непроходимость, возникшая за счет заворота слепой или сигмовидной ободочной кишки.

Показанием к плановому оперативному лечению больных с толстокишечным стазом явились:

- ☞ осложненные формы хронического толстокишечного стаза (наличие некупируемого болевого синдрома, хроническая интоксикация, приступы толстокишечной непроходимости);
- ☞ отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Результаты и обсуждение. Из 92 больных 41 (45,1%) оперирован по экстренным показаниям, а 51 (54,9%) – в плановом порядке. Из 41 больного, оперированного в экстренном

порядке, у 35 (85,4%) был заворот сигмовидной ободочной кишки, а у 6 (14,6%) – заворот слепой кишки, из 51 пациента, подвернутых хирургическому вмешательству в плановом порядке, у 50 (98,1%) была долихосигма, у одного (1,9%) – мегаколон. Из 35 больных с диагнозом заворот сигмовидной ободочной кишки у 5 (14,2%) произведена деторсия сигмовидной ободочной кишки, у 10 (28,5%) – деторсия сигмовидной ободочной кишки с сигмоплексией, у 13 (37,1%) – резекция сигмовидной ободочной с одномоментным наложением межкишечного анастомоза двухрядными швами, у 7 (20,2%) – резекция сигмовидной ободочной кишки с наложением одностольной колостомы. Из 13 больных, которым была произведена резекция сигмовидной ободочной кишки с одномоментным наложением межкишечного анастомоза двухрядными швами, у одного пациента в послеоперационном периоде наступила несостоятельность швов анастомоза, которому произведена релапаротомия, наложение одностольной колостомы, санация и дренирование брюшной полости. Из 6 больных с заворотом слепой кишки – 4 (66,7%) произведен разворот слепой кишки с цекопексией, а 2 (33,3%) правосторонняя гемиколэктомия с первичным илеотрансверзоанастомозом двухрядными швами.

Таким образом, двухрядный шов использован у 15 (36,6%) больных, оперированных в экстренном порядке.

Из 50 больных долихосигмой 4 (8,0%) произведена сигмопексия, а 42 (84,0%) – резекция сигмовидной ободочной кишки с наложением межкишечного анастомоза “конец в конец” непрерывным однорядным швом, 4 (8,0%) – левосторонняя гемиколэктомия с наложением соустья также непрерывным однорядным швом.

Больному с мегаколон осуществлена субтотальная резекция толстой кишки с наложением анастомоза двухрядным швом. У этого больного в послеоперационном периоде развилась дилатация тощей кишки с некрозом и разрывом, в связи с чем произведена релапаротомия, резекция тощей кишки с анастомозом по Майделю, санация и дренирование брюшной полости.

Таким образом, среди больных, оперированных в плановом порядке, у 46 (97,7%) применен непрерывный однорядный шов, а у одного (2,3%) – двухрядный. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Несмотря на формирование межкишечных соустьев различными способами, до сих пор проблема хирургического шва толстой кишки окончательно не решена. Идеального во всех отношениях способа восстановления непрерывности кишечника практически нет. Поэтому совершенствование известных и поиск новых способов хирургического шва оправданы. Однорядный серозно-мышечно-подслизистый шов по прочности не уступает двухрядному.

Литература

1. *Кныш В.И.* Непосредственные результаты резекции ободочной кишки в зависимости от способа формирования анастомоза / В.И. Кныш, В.Л. Черкес, В.С. Ананьев и др. // Хирургия. – 1988. – №11. – С. 8–12.
2. *Лохвицкий С.В.* Профилактика несостоятельности швов ободочной кишки при ее повреждениях // Хирургия. – 1992. – №9–10. – С. 51–56.
3. *Юрлов В.В.* Значение монофиламентных шовных материалов в уменьшении послеоперационных осложнений и летальности при операциях на толстой кишке / В.В. Юрлов, А.О. Левин // Матер. 1-ой Всесоюз. конф. “Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств и шовных материалов”. – М., 1989. – С. 237–238.
4. *Mann B.* Prospective study of handsutured anastomosis after colorectal resection / B. Mann, S. Kleinschmidt, W. Stremmel // Br. J. Surg. – 1996. – V. 83. – №1. – P. 29–31.
5. *Горфинкель И.В.* О технике анастомозов на желудочно-кишечном тракте / И.В. Горфинкель, Ю.В. Чирков // Хирургия. – 1991. – №3. – С. 72–75.
6. *В.И. Корепанов, Р.Б. Мумладзе, И.Н. Марков и др.* Кишечный шов. – М.: РМАПО, 1997. – 71с.
7. *Corman M.I.* Valtrac (BAR) Stady group comparison of the valtrac biofragmentable anastomosis ring with conventional suture and stapled anastomosis in colon surgery. Results of a prospective, randomized clinical trial / M.I. Corman, E.D. Prader, Th.G. Bubrick M.P. // Dis colon Rectum. – 1989. – V. 32. – №3. – P. 183–187.

8. Земляной А.Г. Морфологическая оценка однорядного и двухрядного швов на ободочной кишке / А.Г. Земляной, Н.И. Глушков, Н.В. Левашова // Вестник хирургии. – 1992. – №22. – С. 326–332.
9. Шелянов В.В. Однорядный прецизионный шов при повреждениях ободочной кишки / В.В. Шелянов // Вестник хирургии. – 1996. – №4. – С. 118.
10. Fluger H.L. Single layer colonic anastomosis with a continuous absorbable monofilament polyglyconate suture / H.L. Fluger, T.U. Hakanson, L.P. Jensen // Evr. J. Surg. – 1995. – V. 161. – №12. – P. 911–913.
11. Гадлевский А.И. Шов толстой кишки и пути повышения его герметичности / А.И. Гадлевский: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1978. – 16 с.
12. Васина Е.Н. Морфология сосудисто-тканевых отношений в подслизистой основе ЖКТ в норме и при остром нарушении кровотока / Е.Н. Васина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1980. – 15 с.
13. Власов А.П. Кишечный шов в условиях нарушенного кровоснабжения / А.П. Власов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Самара, 1991. – 31 с.
14. Наумов Н.В. Профилактика несостоятельности толстокишечных анастомозов / Н.В. Наумов // Проблемы колопроктологии. – 1998. – №16. – С. 409–411.
15. Егиев В.Н. Шовный материал / В.Н. Егиев // Хирургия. – 1998. – №3. – С. 33–38.
16. Клинецвич В.Ю. Экспериментальное изучение факторов надежности кишечного шва / В.Ю. Клинецвич // Клиническая хирургия. – 1992. – №1. – С. 25–27.
17. Harder F. Single layer end on continuous suture of colonic anastomosis / F. Harder, P. Vogelbach // Am. J. Surg. – 1988. – V. 155. – №4. – P. 611–614.
18. Marines Mas E. The impact of lowresidue enteral feeding on the healing of colonic anastomosis / E. Marines Mas, A. Vazgues Prado, M. Larrocha Grau et al. // Hepatoenterology. – 1993. – V. 40. – №5. – P. 481–484.
19. Клименко Г.А. Применение однорядного шва проволокой в хирургии толстой кишки / Г.А. Клименко, Я.П. Яковцов // Клиническая хирургия. – 1988. – №2. – С. 28–30.
20. Буянов В.М. Хирургический шов / В.М. Буянов, В.Н. Егиев, О.А. Удотов // ЗАО: Фирма Антис, 2000. – С. 42–48.
21. Кузин М.И. Хирургические рассасывающиеся шовные материалы // Хирургия. – 1990. – №9. – С. 152–157.
22. Полоус Ю.М. О значении шовного материала в хирургии желудочно-кишечного тракта / Ю.М. Полоус // Вестник хирургии. – 1991. – №3. – С. 18.
23. Chittmitrapap S. One layer continuous anastomosis of the alimentary tract with absorbable polydioxanone suture / S. Chittmitrapap, P. Kisin, P. Navicharen // J. Med. Assj. Thai. – 1993. – V. 76. – №5. – P. 264–270.