

ARSA MEDICA

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПРОВИЗОРОВ

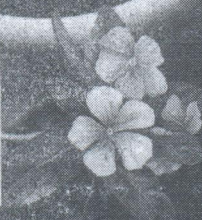
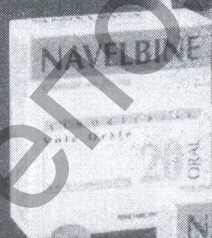
ОНКОЛОГИЯ



Pierre Fabre
Médicament

НАВЕЛЬБИН

Дополнительная возможность
амбулаторной химиотерапии
для онкологических
пациентов



Однорядный узловой шов в колоректальной хирургии

Н.И. Батвинков,
Г.Г. Божко,
В.А. Мицкевич

УО «Гродненский
государственный
медицинский университет»

4131

■ Со второй половины 20 столетия происходит рост числа больных страдающих злокачественными и доброкачественными заболеваниями ободочной и прямой кишок, что сопровождается увеличением количества не только плановых, но и экстренных колоректальных хирургических вмешательств. При этом до сих пор остается высокой частота послеоперационных гнойно-септических осложнений, которые обусловлены преимущественно несостоятельностью кишечного анастомоза.

В этой связи проблема хирургического шва толстой и прямой кишок продолжает оставаться весьма актуальной, несмотря на свою более чем столетнюю историю [2]. Требования к качеству и надежности кишечного шва особенно возрастают при тяжелом состоянии больного, что может быть обусловлено интоксикацией, нарушением белкового и водно-электролитного обмена, а также анемией у больных онкологического профиля [3].

В последние годы появились и успешно развиваются новые способы формирования межкишечных анастомозов с использованием одноразовых сшивающих аппаратов, компрессионных устройств и различных конструкций магнитов, что обусловлено все более широким применением высокотехнологических хирургических вмешательств, при которых кишечное соустье накладывается интракорпорально лапароскопическим

доступом. Вместе с тем в абдоминальной хирургии по-прежнему доминируют различные способы ручного шва, количество видов и модификаций которого насчитывает более пяти сотен [4]. Несмотря на это многообразие, чаще всего хирурги традиционно отдают предпочтение двухрядному шву. По данным многих авторов использование указанного шва сопровождается наибольшим количеством послеоперационных осложнений, в том числе с летальным исходом [1]. В этих случаях процесс заживления анастомозированных тканей сопровождается образованием воспалительного вала, который обращен в просвет кишки и покрыт слизистой с язвенно-некротическими участками, которые не только удлиняют сроки эпителизации, но могут осложняться анастомозитом с нарушением эвакуаторной функции кишечника. В связи с этим мы считаем целесообразным поделиться собственным опытом использования однорядного узлового шва в колоректальной хирургии. Пионерами его применения при операциях на желудочно-кишечном тракте являются Н.И. Пирогов (1854), А. Bier (1923), В.П. Матешук (1945). Однако длительное время однорядный шов не находил широкого распространения из-за несовершенства шовного материала. После появления в хирургических клиниках синтетического шовного материала было пересмотрено отношение к традиционному ручному шву. Современные шовные нити характеризуются атравматичностью, способностью рассасываться в различные сроки после формирования анастомозов,

что явилось основанием для возвращения к технике однорядного шва и широкому его внедрению в абдоминальной хирургии.

В данной статье представлен собственный опыт применения однорядного узлового шва в колоректальной хирургии. Всего оперативному вмешательству подверглось 43 больных, среди которых мужчин было 31, а женщин – 12. С учетом возраста пациенты распределялись следующим образом: от 31 до 40 лет – 7 человек, от 41 до 50 лет – 9, от 51 до 60 лет – 12, от 61 до 70 лет – 9.

Рак правой половины ободочной кишки наблюдался у 9 больных, при этом, у 4-х он локализовался в слепой кишке, у 2-х – в восходящей, а у 3-х – в области печеночного угла ободочной кишки. Рак левой половины ободочной кишки имел место у 14 пациентов с локализацией в зоне селезеночного угла у 4-х больных, в нисходящей кишке – у 2-х, в сигмовидной кишке – у 5-ти и в зоне ректосигмоидного перехода – у 3-х. В 2-х случаях опухолевый процесс поражал поперечно-ободочную кишку, а в 4-х – верхнеампулярный отдел прямой кишки. В одном случае отмечены первичные синхронные опухоли в прямой и слепой кишке. Кроме того, одного пациента оперировали дважды: первая операция по поводу рака слепой кишки, а вторая – через 11 лет ввиду карциномы нисходящего отдела ободочной и сигмовидной кишки. По поводу доброкачественных заболеваний толстой кишки оперативные вмешательства произведены 5-ти больным, страдавшим хроническими запорами на почве мегадолихоколон. В порядке реабилитации прооперированы 7 пациентов с колостомами, которые были ранее сформированы для ликвидации острой кишечной непроходимости.

Характер и объем оперативных вмешательств у онкологических больных зависел от локализации опухоли и ее стадии. При раке слепой кишки, восходящей ободочной и ее печеночного угла выполнялась правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза (терминотерминального или терминолатерального). При локализации опухоли в зоне селезеночного угла ободочной кишки и ее нисходящем отделе

проводилась левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзосигмо-анастомоза. При развитии опухоли в поперечной ободочной кишке использовалась ее резекция с наложением трансверзотрансверзоанастомоза. При локализации опухоли в сигмовидной кишке производилась левосторонняя гемиколэктомия или резекция с наложением толсто-толстокишечных или толсто-прямокишечных анастомозов. При раке ректосигмоидного и верхнеампулярного отделов прямой кишки проводилась чрезбрюшная передняя резекция с формированием колоректального анастомоза. У больного с синхронным раком слепой и прямой кишки оперативное вмешательство заключалось в одномоментной правосторонней гемиколэктомии и брюшно-анальной резекции с наложением илеотрансверзо- и сигморектоанастомозов. У 1-го пациента с карциномой слепой кишки была проведена правосторонняя гемиколэктомия, а через 11 лет в связи с метастатической опухолью в сигмовидной кишке была выполнена левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзоректоанастомоза. Больным, имевшим ранее наложенные колостомы, проводились хирургические вмешательства, заключавшиеся в резекции толстой кишки, несущей свищ с наложением толсто-толстокишечного или толстопрямокишечного анастомозов.

Оперативные вмешательства у пациентов с мегадолихоколон заключались в субтотальной резекции толстой кишки с восстановлением непрерывности толстой кишки путем формирования соустьев между подвздошной или поперечно-ободочной кишкой с одной стороны и прямой кишкой – с другой.

Все соустья создавались однорядным узловым швом с применением прецизионной техники для послойной адаптации краев сшиваемых кишок. Преимуществами указанного шва являются его меньшая травматичность, более редкое образование эрозий и язв и, как следствие, более ранняя эпителизация слизистой в зоне соустья [4]. Несомненно, при формировании соустьев следует избегать натяжения соединяемых тканей, стремиться к максимальному сохранению кровоснаб-

жения анастомозируемых органов. У одного пациента послеоперационный период осложнился несостоятельностью толстокишечного анастомоза, что явилось причиной летального исхода. Анализируя этот случай можно предположить, что возникшая несостоятельность была связана с крайне выраженными воспалительными изменениями брюшины в зоне сшиваемых органов в момент выполнения операции.

Таким образом, результаты клинического исследования однорядного узлового шва в колоректальной хирургии показали его высокую надежность. Кроме этого, этот шов прост в техническом исполнении, не требует дополнительных сложных технических устройств (сшивающие аппараты), и поэтому может приносить большой экономический эффект. По указанным причинам данный вид ручного шва может найти широкое применение в онкологии и хирургии при выполнении операций на желудочно-кишечном тракте.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беляков О.И., Черенков В.Г., Горбачев О.Л. и др. Непосредственные результаты применения однорядного шва в хирургическом

лечении колоректального рака. В кн.: Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы конференции. Волгоград, 1997. – С.9-10.

2. Буянов В.М., Егиев В.М., Егоров В.И., Маскин С.С., Рудакова М.Н., Абулов С.Э. Однорядный непрерывный шов в абдоминальной хирургии // Хирургия, 2000. - №4. – С.13-18.
3. Доценко Б.М., Дружинин Е.Б., Довженко А.И. и др. Однорядный шов атравматической рассасывающейся нитью в хирургии толстой кишки. В кн.: Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы конференции. Санкт-Петербург, 1993. - С.67-68.
4. Кочеруков А.И., Чернов А.И., Алиев В.Ш., Баралулин А.А., Котельников А.С., Молокова О.А. Проблема хирургического шва толстой кишки // Хирургия, 2003. - №9. – С.68-74.
5. Матешук В.П. Наиболее простая и совершенная методика заживления ран кишечника: Дис. ...д.м.н. Ярославль. 1945. – 492с.
6. Bier A. Allgemeine Technik in Bauchoperation. Chirurgische Operationslehre. Zpz., 1923. - №3. S. 1-57.