

На правах рукописи

Дворкин Михаил Владимирович

**ИНВАГИНАЦИОННЫЙ АСЕПТИЧЕСКИЙ
ИЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗ ПРИ ПРАВОСТОРОННИХ
ГЕМИКОЛЭКТОМИЯХ**

14.00.27 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Омск - 2002

Работа выполнена на кафедре онкологии цпдо Омской государственной медицинской академии

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ: доктор медицинских наук,
профессор Дёмин Д.И.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

доктор медицинских наук,
профессор Возлюбленный С.И.

кандидат медицинских наук
Шаляпин В.Г.


ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ: Сибирский государственный
медицинский университет, г. Томск

Защита диссертации состоится «28» «05» 2002 года на заседании диссертационного совета Д 084.30.01. при Омской государственной медицинской академии по адресу: 644099, г. Омск, ул. Ленина, 12.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Омской государственной медицинской академии

Автореферат разослан «20» «04» 2002г.

Учёный секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук
профессор

 Федотов В.К.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Опубликованные в медицинской литературе данные свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости раком ободочной кишки в общей структуре онкологических заболеваний, в частности отмечается рост заболеваемости раком правой половины толстой кишки (В.И. Кныш, 1997; В.А. Dowling, 2000; G. Perrier, 2001). В США ежегодно диагностируется 157000 новых случаев колоректального рака, при этом умирают 60000 больных. Такая же тенденция отмечается и в других странах, в том числе и в России. Рост заболеваемости раком ободочной кишки в России в 1989-1995 гг. составил 4,5% у мужчин и 5,6% у женщин. Заболеваемость в Омской области в 1999 - 20,9 на 100000 населения, в Омске 28,5 на 100000 населения, а в 2000 году заболеваемость в Омской области составила 22,5, а в Омске - 29, 6 на 100000 населения.

В связи с высокими темпами роста заболеваемости раком ободочной кишки значительно возросла хирургическая активность, в частности количество правосторонних гемиколэктомий.

Следует отметить, что летальность при правосторонней гемиколэктомии по данным различных авторов составляет от 4% до 15% (Н.Н. Блохин, 1989; Г.В. Бондарь, 1990; M.R. Deddish, 1995, K. Parashar, 2000).

Операции на правой половине толстого кишечника относятся к разряду контаминированных вмешательств, сопровождающихся высоким процентом послеоперационных осложнений. По данным отечественных и зарубежных исследователей послеоперационные инфекционные осложнения составляют от 35% до 55% (М.К. Атанязов, 1994; А.М. Ганичкин, 1970; Ю.В. Истомина, 1998, E. Hungen, 1999). Одним из самых ответственных этапов правосторонней гемиколэктомии по прежнему остаётся формирование тонкокишечного соустья, несостоятельность швов последнего по данным сводной статистики составляют от 2,5 до 13% (С.Х. Массуд, 1990; Б.М. Доценко, 1999; M.L. Corman, 1997).

Не менее важным является возникновение функциональных нарушений в отдалённом послеоперационном периоде, составляющие по данным разных авторов от 7% до 45% (Р.К. Бикбаева, 1990; Р.А. Мельников, 1998; W.E. Enker, 1999). Это и развитие рефлюкс-илеита, дисбактериоза, синдрома « слепого мешка », синдрома псевдообструкции, спячной болезни органов брюшной полости.

С учётом вышеизложенного, актуальность работ, направленных на решение вопросов, связанных с дальнейшим улучшением результатов подобных операций, несомненна.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: разработать в эксперименте и внедрить в клиническую практику новую технологию формирования инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза после правосторонней гемиколэктомии.

Поставленная цель реализована через решение следующих задач:

1. Разработать в эксперименте и внедрить в клиническую практику новую технику формирования инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза.
2. В сравнительном аспекте изучить физические и функциональные характеристики илеотрансверзоанастомозов, выполненных по новому и традиционному способам.
3. В клинике проанализировать результаты правосторонней гемиколэктомии с формированием илеотрансверзоанастомоза по традиционным методикам.
4. Изучить непосредственные и отдалённые результаты правосторонних гемиколэктомий с формированием инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза.
5. Провести сравнительный анализ результатов правосторонних гемиколэктомий, выполненных с применением новой технологии формирования илеотрансверзоанастомоза и правосторонних гемиколэктомий, выполненных по традиционным способам.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработан в эксперименте и применен в клинике инвагинационный, асептический илеотрансверзоанастомоз при правосторонней гемиколэктомии (приоритетная справка на патент РФ № 2001124677 от 06.09.01.).

Изучены особенности сосудистых изменений, репаративных процессов, функциональных характеристик оригинального способа формирования илеотрансверзоанастомоза и традиционных технологий на основании клинико-экспериментального материала.

Впервые изучены ближайшие и отдалённые результаты правосторонних гемиколэктомий, где применена новая инвагинационная, асептическая технология формирования илеотрансверзоанастомоза.

Впервые был проведён сравнительный анализ операций, где илеотрансверзоанастомоз был сформирован по традиционным методикам и операций с применением новой инвагинационной, асептической технологии.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАБОТЫ

Применение инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза при правосторонней гемиколэктомии позволяет:

1. Проводить операцию в асептичных условиях, сокращая временные затраты на формирование илеотрансверзоанастомоза.
2. Уменьшить частоту развития гнойно-септических осложнений.
3. Создать клапанный механизм функционирования илеотрансверзоанастомоза, позволяющий значительно снизить частоту развития функциональных нарушений в отдалённом послеоперационном периоде.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Применение инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза при правосторонних гемиколэктомиях позволяет упростить и унифицировать технику его формирования.
2. Илеотрансверзоанастомозы, сформированные по оригинальной технологии дают наименьший процент гнойно-септических осложнений по сравнению с традиционными способами формирования анастомозов при правосторонних гемиколэктомиях.
3. Заживление инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза происходит по типу первичного натяжения, при этом регенерация анастомоза происходит с незначительным разрастанием соединительной ткани, анастомоз эластичен, хорошо растяжим, механически прочен.
4. Создание клапанного механизма делает илеотрансверзоанастомоз функционально полноценным и позволяет значительно снизить частоту развития функциональных нарушений в отдалённом послеоперационном периоде.

ВНЕДРЕНИЕ

Методика формирования инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза при правосторонних гемиколэктомиях внедрена в отделении абдоминальной хирургии ГУЗ ОООД и в хирургическом отделении ОГКБ №1.

По предложенному способу формирования тонкотолстокишечного анастомоза получена приоритетная справка по заявке на патент РФ № 2001124677 от 06.09.00.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Результаты проведенных исследований доложены на 4-й ежегодной Российской онкологической конференции (г. Москва, 2000), на заседании Хирургического Общества (г. Омск, 2001). Материалы по результатам исследования опубликованы в Сборнике научных работ 4-й ежегодной Российской онкологической конференции (г. Москва, 2000) и в Материалах 5-го Всероссийского съезда онкологов (г. Казань, 2000). По итогам работы опубликован сборник методических рекомендаций (г. Омск, 2002).

СТРУКТУРА РАБОТЫ

Диссертация изложена на 138 страницах машинописного текста, содержит 16 таблиц, 26 рисунков.

Библиография включает 210 литературных источника, из которых 101 отечественных и 109 иностранных авторов.

Статистическая обработка материала проведена с использованием критерия Стьюдента.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Экспериментальная часть работы выполнена на взрослых беспородных собаках. На 30 животных выполнено 2 серии экспериментальных операций. Основная серия представлена 14 экспериментами. Животным этой серии накладывали инвагинационный, асептический илеотрансверзоанастомоз по разработанной нами методике. В контрольной серии, состоявшей из 16 животных илеотрансверзоанастомозы выполнены по традиционным методикам.

В ходе эксперимента проводились следующие методы исследований:

1. Бактериологический
2. Морфологический
3. Определение механической прочности анастомозов путём пневмопрессии.
4. Интраорганный трансиллюминация по методике М.З.Сигала (1974).
5. Определение эластичности анастомозов по методике О.Б.Оспанова (1995).

Все подопытные животные были забиты в сроки от 3 до 30 дней и подвергнуты аутопсии.

Анализируя особенности существующих методик формирования илеотрансверзоанастомозов при выполнении правосторонних гемиколэктомий, мы отметили следующие отрицательные моменты.

1. При формировании тонкотолстокишечных соустьев вскрывается просвет анастомозируемых органов, что ведёт к контаминации окружающих органов и тканей, в связи с чем возрастает риск возникновения гнойно-септических осложнений.
2. Сшивание слизистых оболочек непосредственно по линии пересечения полого органа сопровождается ишемией последних, образованием замкнутых полостей и карманов между швами, с последующим нагноением в области лигатур и заживлением вторичным натяжением, что в свою очередь приводит к формированию грубого рубца, ригидности тканей в зоне соустья, предрасполагающей к застою просвета анастомоза, рефлюксу толстокишечного содержимого в тонкую кишку и формированием рефлюкс-илеита.
3. Большинство методик формирования не предусматривает создания клапанного аппарата, моделирующего функцию илеоцекальной заслонки.

Мы задались целью разработать новый тип инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза поставив перед собой нижеследующие задачи:

1. Упростить технику анастомоза, с выполнением её в асептических условиях.
2. Сформировать мышечный жом и подобие клапана на слизистой оболочке для защиты тонкой кишки, напоминающее естественную баугиневую заслонку.
3. Обеспечить условия, способствующие заживлению раны первичным натяжением.

Кроме того, нас интересовали биомеханические характеристики создаваемых соустьев в зависимости от способа их формирования.

Далее подробно остановимся на применяемой нами методике формирования инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза у животных первой серии

После вскрытия брюшной полости производили мобилизацию правой половины толстой кишки и трети поперечно-ободочной кишки, а также подвздошная кишка подвергалась мобилизации на протяжении 15 см. Далее производили лигирование и пересечение правых ветвей средних толстокишечных сосудов, правых толстокишечных сосудов и подвздошно-толстокишечных сосудов. Подготовка толстой и тонкой кишок к наложению анастомоза, на расстоянии 4-4,5 см от предполагаемой линии резекции, включала освобождение в проксимальном направлении тонкой кишки от брыжейки и в дистальном направлении, на таком же расстоянии толстая кишка освобождалась от жировых привесков. Большое внимание уделяли сохранению полноценного кровоснабжения анастомозируемых отрезков кишечника, ориентируясь на пульсацию краевых сосудов и цвет анастомозируемых участков. На тонкую и толстую кишку по линии резекции накладывали по два зажима Кохера в строго поперечном направлении, а отступив от них 6-8 см, производили наложение мягких кишечных жомов для исключения истечения кишечного содержимого при формировании анастомоза.

Тонкую и толстую кишку пересекали электроножом между зажимами Кохера. Особенностью разработанной нами методики является то, что анастомоз накладывается непрерывным швом по закрытой методике с предварительной обработкой слизистых оболочек анастомозируемых органов электроножом или лучём лазера, чем достигается дополнительный гемостаз и эффект «сваривания» тканей.

На расстоянии 2,5-3 см от краёв культи тонкой и толстой кишки, на задние поверхности анастомозируемых органов, мы накладывали первый, задний, непрерывный, серозно-мышечный, челночный шов рассасывающимся синтетическим материалом на атравматичной игле (полисорб, викрил). Первый вкол делали на толстой кишке в поперечном направлении с захватом серозно-мышечного слоя на ширину 5-7 мм. После выкола и протягивания нити, производили вкол на тонкой кишке в поперечном направлении с захватом серозно-мышечного слоя параллельно первому стежку на толстой кишке. Подобным образом прошивали зад-

ние поверхности анастомозируемых органов, причём последний вкол непрерывного челночного шва производили на толстой кишке. Анастомозируемые отрезки кишечника сближали путём подтягивания за края непрерывного челночного шва, которые брали на зажимы-держалки.

Отступив 1,5-2 см. от первого заднего непрерывного шва, накладывали второй, непрерывный, челночный шов в поперечном направлении с обязательным первым и последним вколом на толстой кишке, анастомозируемые поверхности дополнительно сближали, путём подтягивания за края нитей второго непрерывного шва, а копцы нитей брали на зажимы.

Затем, отступив от краёв культи тонкой и толстой кишки 0,5 см, непосредственно под зажимами Кохера подобным же образом накладывался третий задний, непрерывный шов и на таком же расстоянии после этого производили наложение первого переднего непрерывного шва на переднюю поверхность анастомозируемых органов.

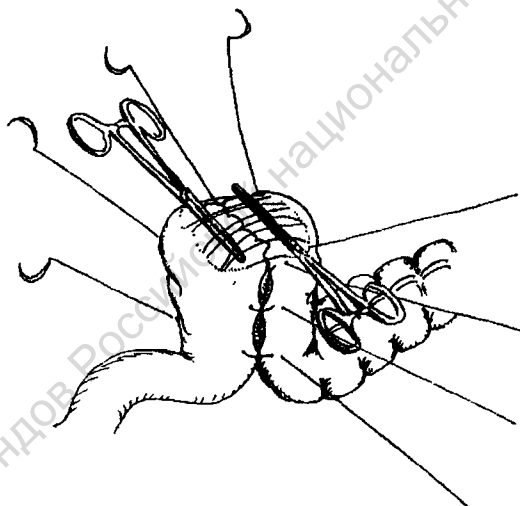


Рисунок 1.

С краёв культи тонкой и толстой кишки аккуратно снимали зажимы Кохера. Причём края анастомозируемых кишечных отрезков оставались в сомкнутом состоянии вследствие электрокоагуляционной обработки и кишечные просветы не вскрывались.

Производили подтягивание и связывание концов нитей третьего непрерывного шва задней поверхности и первого непрерывного шва передней поверхности анастомозируемых органов, при этом происходила самостоятельная инвагинация тонкой кишки в толстую. Встречной пальпацией через кишечные стенки расправляли просветы анастомозируемых органов.

Наложение третьего непрерывного шва задней поверхности и первого непрерывного шва передней поверхности анастомозируемых органов, играет важную роль адаптации кишечных стенок по линии соединения тонкой и толстой кишки, так как создания внутреннего сквозного ряда швов в нашей модификации не предусмотрена. Этим швам принадлежит функция провизорных, наводящих.

Отступив от первого непрерывного шва 1-1,5 см, производили наложение второго непрерывного шва на передней поверхности и связывали концы нитей второго непрерывного шва задней поверхности со вторым непрерывным швом передней поверхности, в результате чего продолжалась инвагинация тонкой кишки в толстую.

Второй ряд непрерывных челночных швов способствовал более плотному соприкосновению серозных оболочек тонкой и толстой кишки, препятствовал возникновению полостей между рядами швов, увеличивал механическую прочность анастомоза и способствовал формированию полноценного тонкотолстокишечного инвагината.

Далее, на передние поверхности анастомозируемых органов, отступив 1,5-2 см от второго ряда швов производили наложение третьего непрерывного шва, концы которого связывались с концами первого непрерывного шва передней поверхности и происходила окончательная инвагинация тонкой кишки в просвет толстой.

Первый непрерывный шов задней поверхности и третий шов передней поверхности анастомозируемых органов определяют размеры тонкокишечного инвагината, а также увеличивают прочность соустья.

Дефект в брыжейке тонкой и толстой кишки ушивали отдельными узловыми швами, осуществляли контроль гемостаза и послойное ушивание брюшной полости наглухо.

Манипуляция непрерывной лигатурой значительно упрощает работу на анастомозируемых органах, снижает травматизацию тканей и сокращает время, необходимое для наложения соустья. Использование синтетического рассасывающегося шовного материала на атравматичной игле (полисорб, викрил) оказывает меньшее травмирующее действие

при проведении через ткани, не нарушает трофику создаваемого анастомоза. Сроки рассасывания нитей совпадают со сроками заживления анастомоза, что сопровождается минимальными воспалительными явлениями, обеспечивая тем самым эластичность соустья.

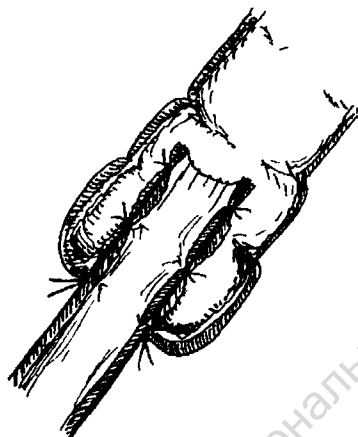


Рисунок 2.

Отсутствие лигатур непосредственно в просвете анастомоза и достаточная площадь соприкосновения серозных оболочек анастомозируемых органов позволяет осуществить точное сопоставление слизистых и адекватное дренирование раневых поверхностей в просвет анастомоза, с последующим заживлением первичным натяжением.

Применение 3-х рядного, непрерывного, челночного шва, обеспечивает необходимую длину тонкокишечного инвагината (2,5-3 см) и обеспечивает удовлетворительную клапанную и антирефлюксную функцию созданного анастомоза, предотвращая развитие рефлюкс – илеита.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинические исследования были проведены у 183 пациентов, перенёвших правостороннюю гемиколэктомию, за период с 1994 по 2000 год. Все пациенты были разделены на 2 группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 89 пациентов, у которых приме-

на методика наложения инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза в период с 1997 по 2000 год.

Контрольную группу составили 94 пациента, оперированные в период с 1994 по 1997 год. У больных этой группы были использованы традиционные методики формирования тонкотолстокишечного соустья.

У 15 больных в контрольной группе при правосторонней гемиколэктомии произведено формирование бокового тонкотолстокишечного соустья, у 25 пациентов - концебоковой клапанной илеотрансверзоанастомоз, у 54 больных наложен концевой, 2-х рядный, инвагинационный анастомоз по открытой методике.

Из 183 пациентов мужчин было 79, что составило 43,2%, женщин 102, соответственно 56,8%. В основной группе мужчин – 39, женщин – 50. В контрольной группе: мужчин - 40, женщин - 54.

Возраст больных был от 30 до 86 лет. Пик заболеваемости приходится на возрастную категорию от 60 до 70 лет. Второе место по заболеваемости приходится на возрастные категории от 50 до 60 лет и от 70 до 80 лет.

Подавляющее большинство больных были оперированы по поводу онкологических заболеваний. У многих имелась различная сопутствующая патология, причём у 110 больных из 183 оперированных было выявлено по три и более сопутствующих заболевания.

Особое внимание мы обращали на выбор оперативного доступа.

Правильно выбранный оперативный доступ даёт возможность произвести широкую ревизию органов брюшной полости, обеспечивает удобное положение для формирования анастомоза, при этом создавая благоприятные условия для наименьшей травматизации анастомозируемых органов и тканей. В качестве хирургического доступа мы используем срединную и парамедиальную лапаротомию, позволяющую при необходимости значительно расширить границы резекции толстой кишки, а также выполнить любые расширенные комбинированные и сочетанные операции.

Из 183 операций было выполнено 24 комбинированных вмешательств (16 в основной группе и 8 в контрольной группе).

При обследовании больных в предоперационном периоде, а так же в послеоперационном периоде, нами применялся комплекс диагностических исследований: рентгенологическое исследование толстого кишечника, колоноскопия (колоноскоп марки “Olimpus”), ультразвуковое исследова-

ние органов брюшной полости (аппараты: “SSD-2000”, “Aloka”), компьютерная томография, общеклинические и биохимические анализы.

Таблица 1

ХАРАКТЕР ВЫПОЛНЕННЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Объем операции	Основная группа	Контрольная группа
ПЭ + атипичная резекция печени	2	1
ПЭ+ резекция тонкого кишечника	4	2
ПЭ+ панкреатодуоденальная резекция	1	-
ПЭ+ атипичная резекция двенадцатиперстной кишки	1	-
ПЭ+ нефрэктомия справа	3	2
ПЭ+ тубовариоэктомия справа	3	2
ПЭ+ резекция передней брюшной стенки	2	1
Всего	16	8

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Морфологические исследования репаративных процессов у различных модификаций илеотрансверзоанастомозов выявили следующие закономерности: формирование анастомоза по закрытой методике обеспечивает асептичность вмешательства и снижает возможность развития спаечного процесса вокруг анастомоза.

Заживление инвагината вследствие хорошего дренирования раневых поверхностей и отсутствия инородных тел (лигатур, танталовых скобок) протекает с меньшей воспалительной реакцией и заканчивается первичным натяжением.

Ангиографические результаты были следующие. Отсутствие внутренних сквозных швов, закрытая методика формирования илеотрансверзоанастомоза, адекватное дренирование раневых поверхностей анастомозируемых органов способствовали минимальным растройствам крово-

снабжения в сформированном соустье. Бессосудистая зона инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза на 7 сутки представляла собой узкое кольцо шириной 2,5-3 мм, к 15 суткам появились признаки восстановления сосудов подслизистого слоя, а к 30 суткам после операции нами отмечено полное восстановление сосудистой сети кишечной стенки.

Результаты изучения биогерметичности инвагинационных, асептических анастомозов были следующие. 12 из 14 исследованных анастомозов оказались биологически герметичными, непроницаемыми для колибактерий. Инфицирования брюшной полости во всех случаях опыта не было выявлено. Микробная проницаемость двух бионегерметичных анастомозов (физически герметичных) составила минимальное значение ($1,2$ на 10^1), что в десятки раз меньше чем инфицированность при формировании анастомозов, сопровождающемся вскрытием просветов анастомозируемых органов и наложением внутренних сквозных швов, что сопровождается контаминацией окружающих тканей и выраженной воспалительной реакцией.

Анализ результатов исследования физической герметичности различных способов формирования илеотрансверзоанастомозов показал, что показатели физической герметичности инвагинационного, асептического анастомоза в день операции были наиболее высокими ($135 \pm 2,7$ мм.рт.ст.). По данным Шот А.В. (1983) при физической герметичности анастомоза, выдерживающего давление не менее 50 мм.рт.ст., последний считается герметичным. При общей закономерности падения показателей физической герметичности анастомозов на 3 сутки после операции, физическая герметичность нашей модификации илеотрансверзоанастомоза ($110 \pm 2,9$ мм.рт.ст.) превосходила аналогичные показатели у анастомозов второй серии опытов ($75-80 \pm 2,3$ мм.рт.ст.).

Дальнейший рост показателей физической герметичности у инвагинационных, асептических соустьев был более интенсивным и к 30 суткам составил $295 \pm 3,4$ мм.рт.ст. Данную динамику физической герметичности у инвагинационных, асептических илеотрансверзоанастомозов мы связываем с более ранним началом процесса активной репарации в результате более раннего очищения от тканевого детрита и уменьшения количества гранулоцитов, влияющих на синтез коллагена.

Биомеханические испытания эластичности различных модификаций илеотрансверзоанастомозов показали существенные отличия в их элас-

тичности. Наиболее высокий процентный показатель эластичности анастомоза (ППЭА) был у инвагинационных, асептических соустьев и соответствовал $91,2 \pm 1,3\%$ ($P < 0,05$) по отношению к интактному участку илеоцекального отдела кишечника, у которого эластичность была принята за 100%. Наиболее грубые изменения эластичности, отмечены илеотрансверзоанастомозов выполненных по типу бок в бок ($59 \pm 1,2\%$, $P < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Из 183 оперированных больных, различные осложнения наблюдались у 41 больного, что составило 22,4%. Однако у больных основной группы осложнения наблюдались в 15,7%, а в контрольной - 28,7%.

Анализ послеоперационной летальности показал определённую зависимость от методики формирования тонкотолстокишечного соустья. Общая летальность для обеих групп составила 4,92%, в то время как в основной группе она составила 2,25%, а в контрольной - 7,45%.

Из 183 операций, мы отметили 49 различных осложнений у 41 больного. Наблюдаемые осложнения были как хирургического, так и терапевтического профиля. Хочется отметить, что из 89 операций в основной группе отмечалось развитие 15 осложнений у 14 больных (15,73%), в контрольной группе было зарегистрировано после 94 операций развитие 34 осложнений у 27 пациентов (28,72%) Причём в контрольной группе преобладают гнойно-септические осложнения. Данный факт мы объясняем низкой асептичностью операций, при которых использовались традиционные методики формирования тонкотолстокишечных соустьев со вскрытием просветов полых органов. Гнойно-септические осложнения в основной группе зарегистрированы у 8 пациентов (9%), в контрольной группе у 23 пациентов (25,8%).

Из 183 оперированных пациента недостаточность швов тонкотолстокишечного соустья возникла у 5 пациентов, что составило 2,73%, причём в основной группе случаев несостоятельности швов тонкотолстокишечного соустья не было, в контрольной же группе, летальность по причине несостоятельности швов соустья составила 3,19%. Во всех 5 случаях несостоятельность швов анастомоза привела к развитию разлитого перитонита. в контрольной группе, 3 из которых привели к летальному исходу. Причём в 2 случаях несостоятельность наблюдалась со стороны швов культи толстой кишки в боковом и концебоковом соустьях.

Одним из показателей эффективности выполненной правосторонней гемиколэктомии служит функциональное состояние тонкотолстокишечного соустья в отдалённом послеоперационном периоде. Мы просматриваем прямую связь между возникающими в отдалённом послеоперационном периоде нарушениями и способом формирования тонкотолстокишечного анастомоза.

Мы наблюдали нижеследующие функциональные нарушения в отдалённом послеоперационном периоде у пациентов, перенёсших правостороннюю гемиколэктомию:

1. Синдром псевдообструкции.
2. Синдром слепого мешка.
3. Спаечная болезнь органов брюшной полости.
4. Рфлюкс-илеит.
5. Дисбактериоз.

В отдалённом послеоперационном периоде проведено обследование 75 больных, перенёсших правостороннюю гемиколэктомию. Из основной группы было обследовано 39 больных, а из контрольной - 36.

Всем больным проведены общее клиническое обследование, лабораторные исследования крови, мочи, биохимических показателей крови, анализ кала на дисбактериоз. Из инструментальных методов исследований пациентам выполнялась ирригоскопия, колоноскопия, УЗИ абдоминальное и малого таза, при необходимости компьютерная томография и ядерно-магнитно резонансное исследование.

Характер нарушений, развившихся в отдалённом послеоперационном периоде представлен в таблице № 2.

В основной группе из 39 пациентов проявления спаечной болезни были зарегистрированы у 1 пациента, которые носили периодический характер.

Дисбактериоз 1 -2 степени на основании клинических данных и данных исследования кала был выявлен у 4-х пациентов.

Проявления дисбактериоза хорошо купировались консервативными мероприятиями.

При колоноскопии лишь одного пациента отметили проявления рефлюкс- илеита, выражающегося в гиперемии приводящего отдела тонкой кишки и зоны анастомоза, во всех остальных случаях слизистая тонкотолстокишечного соустья и приводящего отдела тонкой кишки была бледно-розового цвета, анастомоз щелевидной формы, отмечалось

порционное поступление кишечного содержимого через зону анастомоза в толстую кишку.

Таблица 2

ХАРАКТЕР ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ПРАВСТОРОННЮЮ ГЕМИКОЛЭКТОМИЮ, В ОТДАЛЁННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Характер осложнений	Основная группа n- 39	Контрольная группа (боковой анастомоз) n=10	Контрольная группа (концебоковой, клапанный анастомоз) n=12	Контрольная группа (концевой, клапанный анастомоз, открытая методика) n-14
Синдром Псевдообструкции	-	4	-	-
Синдром «слепого мешка »	-	3	1	-
Спаечная болезнь	1	3	2	2
Дисбактериоз	4	7	2	2
Рефлюкс-илеит	1	6	1	2
Всего:	6 (15,3%)	23 (100%)	6 (50%)	6 (42,8%)

При ирригоскопии признаков заброса бария в тонкую кишку через зону анастомоза не было.

Наиболее тяжёлые функциональные нарушения были в контрольной группе, у пациентов с боковым тонкотолстокишечным анастомозом (10 больных).

Так у 7 пациентов была ярко выраженная клиническая картина синдромов псевдообструкции и слепого мешка.

1 пациент был оперирован в отдалённом послеоперационном периоде по поводу перфорации слепого мешка бокового анастомоза. Спаечная болезнь органов брюшной полости выявлена у 3 пациентов этой группы, причём в одном случае это явилось причиной для повторного оперативного вмешательства.

У 7 пациентов этой группы диагностирован дисбактериоз 3-4 степени, с трудом поддающейся лечебной коррекции.

При колоноскопии у 6 пациентов этой группы выявлен рефлюкс-илеит, выражающийся в резкой гиперемии слизистой анастомоза и приводящего отдела тонкой кишки, анастомоз «зиял», при ирригоскопии отмечен заброс бария в тонкую кишку.

Более благоприятные результаты мы отметили в контрольной группе, где применялась при формировании концебокового соустья клапанная методика (12 больных). В этой группе клинически у 1 пациента мы отметили явления рефлюкс-илеита, развитие клиники спаечной болезни отмечены у 2 пациентов, явления дисбактериоза 2 степени зарегистрированы у 2 пациентов и 1 больного при колоноскопии отмечены умеренные явления рефлюкс-илеита.

У пациентов 3-й подгруппы контрольной группы (14 больных), при формировании концевого анастомоза применялась открытая клапанная методика, у 2 пациентов отмечены явления спаечной болезни, у 2 больных - дисбактериоз 2 степени и 2 пациентов умеренно выраженные явления рефлюкс-илеита.

Таким образом, у больных с инвагинационным, асептическим илеотрансверзоанастомозом осложнения в отдаленном послеоперационном периоде встречались значительно реже, чем у больных с анастомозом, сформированным по традиционным методикам, реабилитация пациентов после данного вида оперативного лечения и качество жизни были выше, как следствие более физиологичной адаптации к новым условиям функции и жизнедеятельности организма.

ВЫВОДЫ:

1. В эксперименте доказано, что сформированный по разработанной технологии илеотрансверзоанастомоз обладает высокими показателями биофизической герметичности, асептичности.
2. Формирование инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза по закрытой методике способствует заживлению раны по типу первичного натяжения с развитием нежного фиброзного рубца по линии соприкосновения слизистых оболочек анастомозируемых органов. Это обеспечивает эластичность соустья и его высокие функциональные свойства.

3. Завершение правосторонней гемиколэктомии формированием илеотрансверзоанастомоза по традиционным модификациям предрасполагает к контаминации окружающих тканей, развитию гнойно-септических осложнений у 23,8% больных, несостоятельности швов илеотрансверзоанастомоза у 5,32% больных и функциональных нарушений в отдалённом послеоперационном периоде у большинства пациентов (100% - при боковом анастомозе, 50% - при концебоковом и у 42,8% при концевом анастомозе по открытой методике).
4. Внедрённый в клиническую практику инвагинационный, асептический илеотрансверзоанастомоз после правосторонней гемиколэктомии прост в техническом исполнении, асептичен, обладает высокими арефлюксными качествами, позволяет в ближайшем послеоперационном периоде исключить возможность развития несостоятельности швов анастомоза, снизить до 9% развитие гнойно-септических осложнений и существенно уменьшить процент развития функциональных нарушений в отдалённом послеоперационном периоде (15,3%).
5. Анализ результатов правосторонних гемиколэктомий с применением новой технологии формирования инвагинационного, асептического илеотрансверзоанастомоза по сравнению с традиционными модификациями показал, что разработанная технология позволяет полностью исключить развитие несостоятельности швов анастомоза, в 3 раза снизить показатели летальности и гнойно-септических осложнений по сравнению с традиционными методиками и добиться значительного улучшения качества жизни в отдалённом послеоперационном периоде.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В клинической практике при выполнении правосторонней гемиколэктомии, для улучшения ближайших, отдалённых и функциональных результатов данного вида операций, между тонкой и толстой кишкой целесообразно производить формирование инвагинационного, асептического анастомоза по разработанной нами методике. Сущность её заключается в том, что анастомоз формируется по закрытому методу с применением лазерного скальпеля или диатермокоагулятора и наложением 3-х рядов непрерывных, «челночных»

швов синтетической, рассасывающейся, низкоректогенной нитью на атравматической игле (викрил, полисорб).

2. Протяжённость инвагината составляет 2,5-3 см. При этом обеспечивается достаточная площадь соприкосновения серозных оболочек тонкой и толстой кишок, точная адаптация слизистых оболочек, достигаются хороший герметизм и прочность соустья, не происходит ишемизации тканей анастомозируемых органов, что обеспечивает заживление анастомоза первичным натяжением и его удовлетворительную антирефлюксную функцию.

Из фондов Российской национальной библиотеки

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Органосохраняющее лечение больных малыми раками толстой кишки // Сборник научных работ 4-й ежегодной онкологической конференции - Москва, 2000.-с.3.(соавт. Дёмин Д.И., Минаев И.И., Вьюшков Д.М.).
2. Пути улучшения результатов лечения рака толстой кишки // Сборник научных работ 4-й ежегодной онкологической конференции.- Москва, 2000.с.4.(соавт. Минаев И.И., Дёмин Д.И., Мун А.В.)
3. Пути совершенствования хирургического лечения колоректального рака // Материалы научно-практической конференции « Социально-клинические проблемы онкологии ».- Кемерово, 2001.-с.57. (соавт. Дёмин Д.И., Тарасевич А.Д., Карпенко А.Д.).
4. Первично-множественный рак толстого кишечника // Материалы научно-практической конференции «Социально-клинические проблемы онкологии».- Кемерово, 2001.- с.47 (соавт. Дёмин Д.И., Минаев И.И., Вьюшков Д.М.).
5. Малые раки толстого кишечника как хирургическая проблема // Материалы научно-практической конференции « Социально-клинические проблемы в онкологии». - Кемерово, 2001.-с.48.(соавт. Дёмин Д.И., Минаев И.И., Заварзин П.И., Мун А.В.).
6. Пути совершенствования хирургического лечения колоректального рака // Материалы юбилейной конференции, посвящённой 55-летию онкологической службы Тюменской области. - Тюмень, 2001.- с.103-104.(соавт. Дёмин Д.И., Тарасевич А.Д., Карпенко А.Д., Минаев И.И., Федосенко С.И., Вьюшков Д.М., Мун А.В.)
7. Первично-множественный рак толстого кишечника // Материалы юбилейной конференции, посвящённой 55-летию онкологической службы Тюменской области. - Тюмень, 2001 -с.105-106. (соавт. Дёмин Д.И., Минаев И.И., Вьюшков Д.М., Мун А.В.).
8. Оптимизация результатов правосторонней гемиколэктомии // Методические рекомендации.- Омск, 2002. (соавт. Дёмин Д.И., Минаев И.И., Володин И.А.).
9. Результаты внедрения рациональной схемы антибиотикопрофилактики гнойно-септических осложнений при правосторонних гемиколэктомиях // Материалы научно-практической конференции «

Актуальные вопросы диагностики и лечения рака лёгкого».- Кемерово, 2002.-с 7 (соавт Дёмин Д.И., Минаев И.И.,Мун А.В.).

10. Результаты применения концевой, асаептического, тонкотолстокишечного анастомоза при правосторонних гемиколэктомиях // Материалы научно-практической конференции « Актуальные вопросы диагностики и лечения рака лёгкого». - Кемерово,2002.-с.7 (соавт. Дёмин Д.И., Минаев И.И., Мун А.В.).

Из фондов Российской национальной библиотеки

Лицензия ЛР № 020845

Подписано в печать 08.04.2002

Формат 60×84/16

Бумага офсетная

П.л. – 1,0

Способ печати – оперативный

Тираж 100

Издательско-полиграфический центр ОГМА
644099 г. Омск, ул. Ленина, 12, тел: 232-888

148

РНБ Русский фонд

2004-4

19786

Из фондов Российской национальной библиотеки



13 МАЙ 2002