

**СПОСОБ КОМПЛЕКСНОГО
ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
НИЗКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО
АНАСТОМОЗА**

Д.З. Агаджанян, С.Г. Павленко

*ГОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет»*

г. Краснодар

По данным отечественных и зарубежных авторов при формировании колоректального анастомоза все еще часто наблюдается несостоятельность швов, что обуславливает высокую послеоперационную летальность (45–92,8%, Каримов Ш.И. с соавт., 1998; Исаев Г.Б., 2002; Wang A., 2000). Для лечения подобных осложнений одним из способов является выведение петли кишки, несущей анастомоз, на брюшную стенку. Это вмешательство при низких колоректальных анастомозах невыполнимо. В таких случаях многие авторы применяют лапаростомию различных модификаций. Используемые лапаростомы не лишены существенных недостатков, так как не устраняют возможность эвентерации, опасности нагноения раны брюшной стенки, не обеспечивают эффективный отток содержимого из брюшной полости, не предупреждают формирование межкишечных абсцессов и деформации колоректального анастомоза. Все это подчеркивает актуальность модернизации лапаростомий.

Нами разработан способ дренирования при несостоятельности швов низких колоректальных анастомозов, а также в других случаях, когда вывести наружу петлю кишки, несущую анастомоз, не представляется возможным.

Разработанный способ комбинированного дренирования брюшной полости и раны брюшной стенки обеспечивает эффективное и непрерывное удаление гноя и кишечного содержимого из брюшной полости. Обеспечивает визуальный, а при необходимости и эндоскопический контроль за прилежащими зонами брюшной полости и процессом заживления раны стенки кишки в области анастомоза. Частично изолирует брюшную полость от патологического очага. Создает условия для наименее травматичного ушивания дефекта анастомоза с сохранением его формы и просвета, исключает повторную операцию в области анастомоза при восстановлении непрерывности желудочно-кишечного тракта. Максимально защищает лапаротомную рану от нагноения.

Используется следующим образом, после диагностирования несостоятельности швов анастомоза в экстренном порядке производят срединную лапаротомию и интраоперационное исследование брюшной полости. Оценивают распространенность перитонита. Накладывают разгрузочную колостому по общепринятой методике, затем проводят дополнительный разрез длиной 8-10 см над областью анастомоза, через который имплантируют конус в брюшную стенку строго над анастомозом. Верхний край конуса фиксируют 4-мя узловыми швами к коже, нижний край конуса 2-мя швами укрепляют к париетальной брюшине левой подвздошной ямки, что позволяет частично изолировать брюшную полость от патологического очага. Осуществляют отмывание содержимого кишки на участке разгрузочной колостомы и колоректального анастомоза. Введение конуса в рану производят с заранее фиксиро-

ванными вокруг него дренажными трубками и заваленным для атравматичности нижним краем конуса. Концы трубок выводят через дополнительные разрезы по краям конуса. Через просвет конуса вставляют 2-х просветный дренаж с диаметром толстой трубки 1,0–1,2 см, просвет которого устанавливают на 0,5 см над раной анастомоза. Снаружи этот дренаж фиксируют к коже, после чего нижний конец дренажа окончательно устанавливают в правильном положении и ограничивают в подвижности тампоном с левомеколем, введенным в просвет конуса. Производят санацию брюшной полости, введение дренажей в боковые каналы живота и в малый таз, в зависимости от распространенности перитонита, ушивание срединно-лапаротомной раны. Осуществляют контроль за правильностью расположения лапаростомного конуса и дренажами в этой области. Рыхлое укладывание большой салфетки на область конуса. Повязки на раны.

В послеоперационном периоде через все дренажи осуществляют постоянную аспирацию. Во время перевязок меняют тампоны в конусе и несколько раз окончательным зажимом или пинцетом удаляют оформленные фрагменты кала, которые не могли выделиться через дренажи. После того как рана в области анастомоза полностью очистилась от гноя, дефект в кишке ушивается однорядным монофиламентным узловым швом. При этом удается избежать деформации анастомоза и в целом сохранить форму и просвет кишки. Конус удаляется, и рана в этой области ушивается редкими швами до 2-х просветного дренажа, который первоначально подводился к анастомозу. Его удаляют в последнюю очередь. Рана заживает по типу первичного на-

тяжения. Разгрузочную колостому закрывают местно по общепринятой методике. При этом исследование колоректального анастомоза не производится, а хорошую проходимость его подтверждают контрольной ирригографией и колоноскопией.

У всех 40 больных удалось в короткие сроки (10–14 дней) ликвидировать местный или диффузный перитонит, избежать развития разлитого перитонита и предотвратить нагноение операционной раны, и также защитить рану на кишке в области несостоятельности швов через лапаростомический конус без релапаротомии. Кроме того создана возможность визуально наблюдать за течением воспалительного процесса в животе и регенерацией раны стенки кишки. Время пребывания больных в стационаре сократилось в среднем на 2 недели. Летальный исход наблюдался только у одного больного, у которого поздно диагностирована несостоятельность швов анастомоза и развился разлитой перитонит.

Использование предложенного метода не требует немедленного ушивания раны в области несостоятельности швов и выполнения таких операций, как обработка параколостомических абсцессов при их возникновении. Хирургическую обработку раны брюшной стенки в области несостоятельности выполняют через лапаростомический конус. Улучшается дренирование брюшной полости и раны брюшной стенки за счет постоянного вакуумирования через все дренажи, что предотвращает распространение перитонита и предупреждает нагноение раны брюшной стенки в области лапаростомы. Таким образом в результате применения разработанного способа визуального контроля

и отграничения области несостоятельности толстокишечного анастомоза с помощью конуса снижена количество осложнений и летальности.

Список литературы

1. Бичурин Н.Р., Загинайко А.В., Шаляпин В.Г. Способ внебрюшинного закрытия двухствольных отдельных кишечных стом // Актуальные вопросы колопроктологии. Тезисы докладов первого съезда колопроктологии России с международным участием. Самара. — 2003. — С. 343.

2. Бичурин Н.Р., Ионин В.П. Формирование кишечных стом, стом // Актуальные вопросы колопроктологии. Тезисы докладов первого съезда колопроктологии России с международным участием. Самара. — 2003. — С. 344.

3. Воробьев Г.И., Лихтер М.С., Шельгин Ю.А., Одарюк Т.С., Ачкасов С.И. Лечение и реабилитация больных с поражением органов мочевой системы при местнораспространенном колоректальном раке // Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы второго съезда колопроктологии России с международным участием. Уфа. — 2007. — С.40.

4. Гончаров Ю.И., Моргоев А.Э., Гончаров Д.Ю., Созиев Б.Х., Собиев И.Г., Течиева Р.Х. Комплексное лечение колоректального рака у пожилых больных // Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы второго съезда колопроктологии России с международным участием. Уфа. — 2007. — С.248.