



## МОДИФИЦИРОВАННЫЕ МЕТОДИКИ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ЛЕВОСТОРОННЕЙ КОЛОСТОМЫ

*Мадазимов М.М., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А., Султонов Х.С.*

Андижанский государственный медицинский институт  
Республика Узбекистан, г. Андижан

✓ *Резюме*

*Авторами установлено, что в настоящее время для соединения полых органов уже разработано и внедрено более 500 способов наложения кишечного анастомоза. Однако количество предлагаемых способов наложения кишечного анастомоза увеличивается с каждым годом, что связано относительно высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности. Эти обстоятельства послужили поводом к разработке и внедрению модифицированных методик и технических приемов операций, что позволило уменьшить частоту осложнений связанных с формированием анастомозов – 7,4% (в контрольной – 12,3%). Тем самым улучшены результаты хирургического лечения больных с левосторонними толстокишечными стомами.*

*Ключевые слова: операция Гартмана, кишечная стома, реконструктивно восстановительные операции.*

## MODIFIED METHODS AND TECHNIQUES FOR RECONSTRUCTIVE RECOVERY SURGERY FOR LEFT-SIDED COLOSTOMY

*Madazimov M.M., Botirov A.K., Botirov Zh.A., Sultonov Kh.S.*

Andijan State Medical Institute. Republic of Uzbekistan, Andijan

✓ *Resume*

*The authors found that more than 500 methods of intestinal anastomosis have already been developed and implemented to connect hollow organs. However, the number of proposed methods for applying intestinal anastomosis is increasing every year, which is associated with a relatively high incidence of postoperative complications and mortality. These circumstances were the reason for the development and implementation of modified methods and techniques of operations, which made it possible to reduce the frequency of complications associated with the formation of anastomoses - 7.4% (in the control - 12.3%). Thus, the results of surgical treatment of patients with left-sided colonic stoma have been improved.*

*Key words: Hartmann operation, intestinal stoma, reconstructive and restorative operations.*

## CHAP TOMONLAMA KOLOSTOMIYA BO'YICHA REKONSTRUKTIV TIKLOVCHI TASHRIXLARDA TAKOMILLASHTIRILGAN USULLAR VA TEXNIK YONDASHUVLAR

*Madazimov M.M., Botirov A.K., Botirov J.A., Sultonov X.S.*

Andijon davlat tibbiyot institute. O'zbekiston Respublikasi, Andijon shahri

✓ *Rezyume*

*Mualliflar, hozirgi kunda ichak anastomozlarining 500 dan ortiq usullari mavjudligini va kovak organlarni ulash uchun amalga oshirilganligini aniqladilar. Biroq, har yili ichak anastomozini qo'llash uchun tavsiya etilgan usullar soni ortib bormoqda, bu operatsiyadan keyingi asoratlar va o'limning nisbatan yuqori darajasi bilan bog'liq. Ushbu holatlar operatsiyaning takomillashtirilgan usullarini ishlab chiqish va amalga oshirish uchun sabab bo'lgan, bu esa anastomozlarning shakllanish bilan bog'liq asoratlar chastotasini - 7,4% ga (nazorat guruhida - 12,3%) kamaytirish imkonini bergan. Shunday qilib, chap tomonlama yo'g'on ichak stomasi bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash natijalari yaxshilangan.*

*Kalit so'zlar: Gartman operatsiyasi, ichak stomasi, rekonstruktiv va tiklovchi operatsiyalar.*

### **Актуальность**

**В** настоящее время для соединения полых органов уже разработано и внедрено более 500 способов наложения кишечного анастомоза. Сохранившаяся ситуация связано относительно высокой частотой осложнений и летальности, что вызывает настоятельную необходимость к поиску методик и технических приемов операций у больных с толстокишечными стомами. Эти обстоятельства послужили поводом для проведения данного исследования. К тому же, выбор способа формирования межкишечного соустья в хирургии толстой кишки остается не до конца решенным [1-10].

**Цель:** Улучшение результатов реконструктивно восстановительных оперативных вмешательств после операций Гартмана, путем разработки и внедрения модифицированных методик и технических приемов операций.

### **Материал и методы**

На базе кафедры хирургии с урологией АндГосМИ и хирургического отделения Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Анджианского филиала с 2001 по 2020 годы находились 169 больных с толстокишечной стомой.

Из 169 больных в 42 случаях причиной формирования толстокишечных стом явились опухолевые заболевания. Больные с толстокишечными стомами опухолевого генеза дальнейшему научному анализу не подлежал.

В 127 случаях причинами формирования толстокишечных стом явились urgentные состояния неопухолевого генеза, где возникла необходимость выполнения операций Гартмана (заворот сигмовидной кишки – 124 больных и ножевое ранение у 4 больных). Эти больные явились предметом настоящего исследования.

Согласно цели и задачам нашего исследования нами условно выделены две группы:

- Контрольная - с 2001 по 2010 гг., включающий 73 (57,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, которые подлежали ретроспективному анализу;

- Основная - с 2011 по 2020 гг., включающий 54 (42,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, где оптимизировалась хирургическая тактика и технические приемы операций.

Из общего числа больных (127), мужчины составили 78(61.4%), а женщины 49(38,6%), с соотношением 2:1. При этом, в возрасте 20-44 года было 23 (18.1%) больных, в возрасте 45-59 лет - 10 (58,8%) и в возрасте 60 лет и старше - 33 (26,0%) больных. Возраст пациентов колебался от 22 до 79 лет.

Наш анализ показал, что основной контингент составили больные молодого и зрелого возраста - 94(74.0%), то есть наиболее трудоспособная часть населения. В то же время немалую часть составили и лица пожилого и старческого возраста. Полученные данные еще раз подчеркивают медицинскую, экономическую и социальную значимость, а также чрезмерную актуальность данной проблемы.

Всем больным, поступившим в плановом порядке, независимо от возраста и клинических признаков заболевания, проводилась детальное обследование с использованием общеклинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики (обзорная и контрастная рентгеноскопия, рентгенография, фиброколоноскопия, ирригоскопия. По показаниям УЗИ, компьютерная томография и лапароскопия).

Применение вышеуказанных методов обследования на различных этапах ведения больных позволяет иметь более цельное представление о состоянии больного, а также оптимизировать хирургическую тактику у больных с толстокишечными стомами при выборе способа реконструктивно восстановительной операции и ведении послеоперационного периода.

### **Результаты и обсуждение**

Кто сталкивался с больными с наличием кишечной стомы отчетливо знают, что у них кроме нарушения привычного образа жизни, существенно нарушено психоэмоциональное состояние. И нет ни одного больного, который бы не желал расстаться со стомой. Однако, по сей день остается не до конца решенным вопрос выбора оптимальных сроков и способа реконструктивно восстановительных операций (РВО).

Общие данные больных с левосторонними кишечными стомами в зависимости от сроков РВО представлены в таблице №1.

Таблица №1.

**Распределение больных по срочности оперативного вмешательства.**

| Сроки реконструктивно<br>восстановительных операций | Общее число больных |      |
|---|---------------------|------|
|   | абс                 | %    |
| - 3-6 месяцев                                       | 43                  | 33,8 |
| - 7-12 месяцев                                      | 75                  | 59,1 |
| - более года  | 9                   | 7,1  |
| Всего:  | 127                 | 100  |

Как видно из таблицы №1, больные с толстокишечными стомами подлежащие реконструктивно восстановительным операциям после ранее перенесенных операций Гартмана, в первые 3-6 месяцев оперированы 43 (33,8%) случаев. Наибольшую часть составили пациенты, оперированные в сроки 7-12 месяцев – 75 (59,1%). В сроки более года РВО проведены у 9 (7,1%) больных. При этом у 2 больных РВО проведены через 3 и 5 лет, соответственно.

Дальнейший анализ показал, что у больных, где причиной формирования толстокишечных стом являются urgentные состояния неопухолевого генеза целесообразно расширить показания к более ранним срокам восстановления непрерывности кишечной трубки.

На выбор сроков реконструктивно восстановительных операций и определении хирургической тактики, наряду с рядом факторов, определенное значение имеют перистомальные кожные осложнения.

Из общего числа больных, поступивших для реконструктивно восстановительных операций в 26(20,4%) случаях диагностированы перистомальные осложнения. В частности, у 12(9,4%) диагностирован перистомальный дерматит, у 6 (4,7%) гиперкератоз и у 8 (6,3%) гипергрануляция кожи. У данного контингента больных проводилась соответствующая терапия. При необходимости, консультация дерматолога. Данное мероприятия входили в комплекс предоперационной подготовки больных.

Необходимо отметить, что в определении сроков и характера РВО имели место исходное общее состояние больного, наличие сопутствующей терапевтической патологии (особенно у лиц пожилого возраста), расположение стомы на передней брюшной полости и расстояние между приводящей петлей кишки и длиной культи. Также проводился детальный анализ анамнеза (выписка из истории болезни), общеклинических, объективных и инструментальных методов исследования, что явилось предметом обсуждения в последующей главе нашей работы.

Немаловажную роль сказывающихся на исходах хирургического лечения способ формирования межкишечного анастомоза.

Традиционными способами по принципу «конец в конец» оперировано 14(11%) больных, по принципу «конец в бок» РВО - 9 (7,1%) и межкишечные анастомозы по принципу «бок в бок» - 55(43,3%) больных.

Следует отметить, что в начальном периоде нашей работы мы стали использовать модифицированный способ «инвагинационного» межкишечного анастомоза по принципу «конец в бок», который более широко использовался с 2006 года (патент ПВ РУз №03238. 2006г). Используя данный способ, мы значительно улучшили результаты реконструктивно восстановительных операций у наших больных. Но это стало возможным по мере накопления практического опыта и уточнения показаний к применению данного способа. По данной методике оперировано 37 (29,1%) больных.

У больных основной группы с колостомами после операции типа Гартмана в зависимости диагноза, установленного в предоперационном периоде или после уточнения его во время оперативного вмешательства мы переходили к РВО т.е., к ликвидации колостомы, формированию культи приводящей и отводящей части кишечника, и к формированию межкишечных анастомозов.

Поскольку традиционные методы анастомозирования в хирургии толстой кишки считается более распространенными мы сочли не давать подробную технику формирования традиционных методов анастомозирования.

При РВО после лапаротомии и рассечения спаек, оценивали состояние культи отводящей части (прямой кишки). При этом оценивалась длина и ширина отводящей части, состояние приводящей части, наличие рецидива заболевания (новообразование толстой кишки, наличие метастазов).

После верификации состояния т.е. если нет противопоказаний к формированию анастомоза переходили к мобилизации отводящей части толстой (прямой) кишки. А затем переходили к ликвидации колостомы, обработки культи приводящей части толстой кишки и к формированию межкишечного анастомоза.

Далее дистальный отрезок кишки удерживали и подтягивали двумя нитями – держалками. Конец приводящего отрезка толстой кишки длиной 3-4 см мобилизовывали с сохранением его питания. Это достигается сбережением части брыжейки вместе с краевым сосудом, питающим этот участок.

На приводящий отрезок кишки, выше мобилизуемого участка, следует наложить мягкий зажим, для предупреждения выделения кишечного содержимого. Осторожно придерживая пинцетом, основание погружаемого отрезка кишки и удерживая дистальный за нити-держалки, накладывали задний ряд серозно-мышечных швов в один этаж. Первыми накладывали крайние швы, после чего легче наложить остальные. Таким образом, формируется задняя стенка анастомоза.

После этого мобилизованный конец приводящей кишечной трубки легко погружали в просвет отводящей. Далее, после погружения инвагината накладывали один ряд узловых швов, формирующих переднюю стенку соустья. Наложение этого ряда швов следует начинать со середины поперечника кишечной трубки. Этот шов служит фиксирующим.

Швы должны накладываться с таким расчетом, чтобы они не проникали в просвет кишки, что предотвращает «фитильный» эффект. Учитывая то, что швы накладывали в один ряд, захватывали достаточно массивный серозно-мышечный вал, обеспечивающий широкое соприкосновение тканей для их прочного сращения.

Во всех случаях операции заканчивали дренированием боковых каналов живота, области сформированного анастомоза. При этом Дугласово пространство дренировали двумя дренажами по типу «проточной системы». Количество дренажных трубок в брюшной полости варьировалось в зависимости от объема и особенностей операции. При необходимости по ним на 2-3 суток налаживали активную аспирацию. Удаляли дренажные трубки обычно после восстановления перистальтики, отхождения газов и стула.

Инвагинационный анастомоз, прост по своему исполнению, хотя и требует тщательности при наложении швов. Если швы наложены тщательно, то один ряд их обеспечивает хорошее сращение и заживление без последующих деформаций просвета кишки, затрудняющих эвакуацию содержимого, а способ погружения не требует специальных аппаратов и инструментов.

Следует отметить, что независимо от вида формирования анастомоза, мы считаем обязательным оставление декомпрессионного зонда.

Формирование инвагинационного анастомоза с применением однорядных серозно-мышечных швов является мерой профилактики воспалительных процессов соустья; позволяет создать надежную клапанную структуру, по анатомическим и функциональным признакам очень близкую к нормальному илеоцекальному запирающему аппарату, что улучшает ближайшие и отдаленные результаты оперативных вмешательств

Наряду с этим в последние 5 лет нами стал применяться новый модифицированный способ «инвагинационного» анастомоза, где учтены недостатки прежнего способа (Способ инвагинационного колоколоанастомоза. IAP 2021 0030 – официальный бюллетень. Ташкент. 2021, 3 (329)). По данной методике нами прооперировано 12 (9,4%) больных.

Изобретение относится к медицине и может быть применена при реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательствах после операций Гартмана.

Сущность способа. По окружности соприкасаемых кишок изнутри накладывается первый ряд внутриузловых швов, но без захвата серозной оболочки - слизисто-подслизисто-мышечный. Расстояние между швами 0,5-0,6 см. Тем самым достигается принцип соединения одноименных слоев стенок толстой кишки и предотвращается «фитильный эффект» сквозного шва. Также, по окружности соприкасающихся кишок циркулярно накладывается второй ряд серозно-мышечно-подслизистых швов (без захвата слизистой оболочки). Для этого, отступя 1,5 см от краев линии первого ряда швов на приводящую часть стенки толстой кишки производится вкол иглы, которая проходит внутривисцерально на протяжении 1,5 см с выколом у линии первого ряда шва, также на приводящей части толстой кишки. Затем на отводящую петлю толстой кишки, отступя от линии шва первого ряда швов, аналогичным образом производится вкол иглы, которая также проходит внутривисцерально, с выколом иглы отступя 1,5 см от вкола (серозно-мышечно-подслизистый - подслизисто-мышечно-

серозный). При завязывании лигатуры приводящая часть толстой кишки вворачиваясь инвагинируется в отводящую часть кишки и образуется манжета-валик.

Способ прост по своему исполнению, не требует специальных дорогостоящих аппаратов и инструментария. Позволяет соединить одноименные слои кишок, что позволяет адаптировать соединяемые отрезки кишок с формированием манжеты – валика (инвагината). Это способствует повышению физической герметичности анастомоза.

Наложение серозно - мышечно подслизистых швов, в отличие от серозно-серозных или серозно-мышечных швов способствует более раннему заживлению анастомоза и увеличивает механическую прочность анастомоза, а также предотвращает «фитильный эффект» сквозного шва, то есть повышается ее биологическая прочность.

Увеличивается площадь соприкосновения серозных оболочек кишок, что также способствует повышению его механической прочности. Разница между рядами швов в 1,5 см способствует значительному уменьшению нагрузки на линию швов анастомоза при изменении давления в просвете кишок.

Исключаются недостатки инвагинационных анастомозов путем накладывания первого ряда адаптирующих швов, происходит сопоставление одноименных слоев стенки кишечника. Использование атравматической иглы с викрилом №3-4 и захватом в шов подслизистого слоя стенок кишок увеличивает физическую герметичность и механическую прочность анастомоза.

Таким образом, широкое применение модифицированных методик и технических приемов операций у больных с толстокишечными стомами в основной группе показал, что достигнуто определенное уменьшение общей частоты осложнений – 18,5% (в контрольной - 38,3%), а также осложнений связанных с формированием анастомозов – 7,4% (в контрольной – 12,3%). Тем самым улучшены результаты хирургического лечения у данного контингента больных.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдужаббаров С.Б. Послеоперационные осложнения у больных с толстокишечной патологией: причины и диагностика//Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. -2006. №2. - С. 98.102.
2. Воленко А.В., Рудин Э.П., Воленко Р.А., Куприков С.В., Андреев Ю.В. Частоты послеоперационных осложнений при различных способах формирования кишечного шва в хирургии толстой кишки. //Материалы научно-практической конференции «Современные технологии диагностики и лечения хирургических заболеваний», КГ МСЧ ГУВД по г. Москве. – М. – 2010. - с.38-39.
3. Гюльмамедов Ф.И., Полуниин Г.Е., Макиенко Е.Г. Выбор метода восстановления кишечной непрерывности после операции Гартмана. //Украинский журнал Хирургии №2 - 2009. С. 53-55.
4. Прус С.Ю., Натальский А.А., Егоров Д.А.//Способ формирования межкишечного погружного инвагинационного анастомоза//Сочетанная патология в клинической практике: сб. науч. тр., посвящ. юбилею В.Я. Гармаша. - Рязань, 2011. -С. 117-118.
5. Сафронов, Д. В., Н. И. Богомолов. Хирургические методы реабилитации больных с колостомами// РЖГГК. 2006. - Т. 16, № 4. - С. 49 - 53.
6. Тарасенко С.В., Песков О.Д. Зайцев О.В., Натальский А.А., Прус С.Ю. Пат. 2454191 РФ, МПК А 61В 17/11. Способ формирования межкишечного погружного инвагинационного анастомоза//ГБОУ ВПО Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова Министерства здравоохранения РФ. - № 2010151767/14; заяв. 16.12.2010; опубл. 27.06.2012, Бюл. №18. -6с.
7. Чернышов С.В. Аппаратный и ручной шов при закрытии превентивных илеостом / С.В. Чернышов, В.Н. Кашников, Е.Г. Рыбаков, А.А. Ульянов // Колопроктология. - 2008. - № 24 (2). - С. 40–43.
8. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Новрузов Н.Г., Упырев А.В., Миронов А.С. Осложнения после операции Гартмана //Хирургия №9. 2007, №3, -С. 17-20.
9. Hedrick T.L. A method for estimating the risk of surgical site infection in patients with abdominal colorectal procedures//T.L. Hedrick, R.G. Sawyer, C.M. Friel, G.J. Stukenborg //Diseases of the colon and rectum. - 2013. - № 5 (56). — P. 627–37.
10. Vermeulen, J., Vrijland W., Mannaerts G. Reversal of Hartmann's procedure through the stomal side: a new even more minimal invasive technique //Surg. Endosc. 2008. - Vol. 22, №10. - P. 2319-2322.

**Поступила 09.08.2022**