

УДК 616.345-006

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

**Ботиров Ж.А**

**Мадазимов М.М**

**Ботиров А.К**

**Отакузиев А.З.**

**Андижанский государственный медицинский институт**

**Актуальность проблемы.** На сегодняшний день известно более 200 способов формирования кишечных стом, которая при осложненной патологии толстой кишки формируется в 50-80% случаев. Выполнение реконструктивно-восстановительных операций (РВО) после операций Гартмана (ОГ) являются единственным верным способом избавления от этого состояния. Большой процент несостоятельности швов при формировании первичных анастомозов по поводу острой кишечной непроходимости (ОКН) (до 34-80%) и, как следствие, высокая летальность (до 40-60%), обуславливают актуальность обсуждаемой проблемы [4;8;12]. Эти цифры не претерпели значимых изменений за последние 20 лет [2;10].

На сегодняшний день одним из первоочередных, спорных и нерешенных вопросов является определение оптимальных сроков и выбор способа восстановления непрерывности кишечной трубки при РВО [1;5;6;11]. К настоящему времени известно более 500 способов РВО, что свидетельствует о продолжающемся поиске [3;8;9]. При этом, инвагинационные анастомозы стоят в ряду других несколько особняком, а также имеют как положительные, так и отрицательные качества [7;13].

Улучшение результатов РВО после операций Гартмана является актуальным для практического здравоохранения и здоровья населения страны, что послужило поводом к проведению настоящего исследования.

**Ключевые слова.** Реконструктивно-восстановительные операции, операция Гартмана, острая кишечная непроходимость, толстокишечная стома, коло-колоанастомоз, несостоятельность швов.

## **OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS AFTER HARTMANN SURGERY**

**Botirov Zh.A**

**Madazimov M.M**

**Botirov A.K**

**Otakuziev A.Z**

**Andijan State Medical Institute**

**The relevance of the problem.** To date, there are more than 200 known ways of forming intestinal stomas, which, with complicated pathology of the colon, is formed in 50-80% of cases. Performing reconstructive and reconstructive operations (RVR) after Hartmann's operations (OH) is the only sure way to get rid of this condition. A large percentage of suture failure in the formation of primary anastomoses due to acute intestinal obstruction (OCN) (up to 34-80%) and, as a consequence, high mortality (up to 40-60%), determine the relevance of the problem under discussion [4;8;12]. These figures have not undergone significant changes over the past 20 years [2;10].

To date, one of the top-priority, controversial and unresolved issues is to determine the optimal timing and the choice of a method for restoring the continuity of the intestinal tube during RVR [1;5;6;11]. To date, more than 500 methods of RVR are known, which indicates an ongoing search [3;8;9]. At the same time, invagination anastomoses stand somewhat apart from others, and also have both positive and negative qualities [7;13].

Improving the results of RVR after Hartmann's operations is relevant for practical healthcare and the health of the country's population, which was the reason for this study.

**Keywords.** Reconstructive and reconstructive operations, Hartmann's operation, acute intestinal obstruction, colonic stoma, colo-coloanastomosis, suture failure.

**Цель исследования.** Улучшение результатов реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств после операций Гартмана путем оптимизации тактико-технических аспектов, а также всех нюансов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

**Материал и методы.** Предметом нашего исследования явились 127 больных с толстокишечными стомами после операции Гартмана, оперированных на базе кафедры хирургии и урологией Андиганского медицинского института и хирургического отделения РНЦЭМП «Андиганского филиала» за последние 20 лет. 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, мужчины составили 78 (61,4%), а женщины 49 (38,6%), с соотношением 2:1. Наш анализ показал, что основной контингент составили больные молодого и зрелого возраста – 94 (74%), то есть наиболее трудоспособная часть населения. В то же время немалую часть составили и лица пожилого и старческого возраста (26%). Возраст пациентов колебался от 22 до 79 лет.

Наряду с общеклиническими и лабораторными, нами использовались современные методы исследования, это рентгенологические исследования, УЗИ, Колоноскопия, КТ, позволяющие получить научно обоснованный достоверный результат, что было достаточным для решения поставленной цели и задач исследования.

**Результаты и их обсуждение.** Сопутствующая терапевтическая патология в виде заболеваний ССС диагностированы у 21 (16,5%) больного, заболевание органов дыхания – у 6 (4,7%), анемии – 7 (5,5%), мочеполовой системы- 1.6% и печени -2.4% больных. Из сочетанной хирургической патологии, диагностированы вентральные грыжи – 9 (7,1%), а также желчнокаменная болезнь – 7 (5,5%%) и киста яичников - у 3 (2,4%) больных.

По определенным показаниям при выполнении РВО мы применяли традиционные методы формирования коло-колоанастомозов по принципу «конец в конец», «конец в бок», «бок в бок». В связи с общеизвестностью, данные методики подробно не изложены.

Нами в процессе работы широко применен усовершенствованный способ формирования инвагинационного толстокишечного анастомоза (патент ПВ РУз №03238), который разработан и внедрен сотрудниками нашего коллектива и применен у 37 (29,1%) больных.

Суть методики усовершенствованного инвагинационного анастомоза заключается в том, что после выполнения этапа, направленного на устранения стомы конец приводящего отрезка длиной до 3 см, мобилизовали с сохранением его питания, погружали в аборальный конец. Сначала накладывали задний ряд серозно-мышечных швов в один ряд. После формирования задней стенки, погружали инвагинат накладывая один ряд узловых швов начиная с наложения первого шва с середины поперечника формируемого анастомоза, что облегчает наложение последующих швов за счет фиксации инвагината. Учитывая то, что швы

накладывали в один ряд, захватывали достаточно массивный серозно-мышечный вал, обеспечивающий широкое соприкосновение одноименных тканей для их прочного срастания.

Данный способ технически прост в исполнении, эффективен и при соблюдении техники кишечного шва является одним из существенных мер в профилактике несостоятельности швов анастомоза, и соответственно летальности. Однако, наряду с преимуществами по сравнению с «традиционными» толсто-толстокишечными анастомозами, основным недостатком является соединение не одноименных тканей и возможность выворачивания инвагината с полным закрытием проходимости при излишней длине инвагината, которое отмечено у 2 больных контрольной группы.

В связи с этим, в последние годы нами стал применяться новый модифицированный способ «погружного» инвагинационного анастомоза, где учтены недостатки прежнего способа, на что получено положительное решение на изобретение в патентном ведомстве Республики Узбекистан № 0030. от 2021 года и применен у 12 (22,9%) больных.

Сущность способа заключается в том, что после устранения стомы, просвет оральной части кишечника фиксируются с двух краев нитями-держалками к аборальной части. После наложения первого ряда серозно-мышечно-подслизистых швов викрилом №3 на одноразовой игле, рассекаются стенки сопоставляемых кишок в продольном направлении протяженностью до 4,0 см, то есть превышая их диаметр, что предохраняет от последующего сужения просвета анастомоза. По окружности соприкасающихся кишок циркулярно накладываются слизисто-подслизисто-мышечные швы, тем самым достигается принцип соединения одноименных слоев соприкасаемых стенок толстой кишки и предотвращается «фитильный эффект» сквозного шва. Затем, на переднюю

стенку накладывается второй ряд швов – серозно-мышечно-подслизистых, но без захвата слизистой оболочки.

Особенностью является, то что при наложение второго ряда швов, начинается с приводящей кишки отступя от линии первого ряда швов на 1,5 см и на таком же расстоянии с выколом в отводящей кишке, с ходом иглы не проникая через слизистую оболочку накладываются узловые швы по передней полуокружности формируемого анастомоза. В результате лигирования приводящая часть толстой кишки вворачиваясь, погружается в отводящую часть кишки и образуется манжета-валик в виде инвагината.

Способ технически прост по своему исполнению, не требует специальных дорогостоящих аппаратов и инструментария. Исключаются недостатки инвагинационных анастомозов путем накладывания первого ряда адаптирующих слизисто-подслизисто-мышечных швов. Используется атравматическая игла с викрилом №3 и захватом в шов подслизистого слоя стенок кишок.

Наложение второго ряда 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. Преимуществом и основным отличительным признаком данного способа является соединение одноименных слоев кишок, что позволяет адаптировать соединяемые отрезки кишок с формированием манжеты-валика (инвагината) и способствует значительному уменьшению нагрузки на линию первого ряда швов при изменении давления в просвете кишок.

При определении диастаза между стомой и культей прямой кишки, мы придерживались классификации Васильева В.С. (1984). В процессе работы нами также разработан лечебно-диагностический алгоритм, позволивший оптимизировать хирургическую тактику, которая заключалась в следующем.

На первом этапе, проводили тщательный сбор анамнестических данных со слов и по выписки из истории болезни. При этом обращали внимание на характер и объем оперативного вмешательства, а также течение раннего послеоперационного периода и наличие стомальных, кожных и параколостомических осложнений требующих хирургической коррекции. После приступали к клинико-лабораторным. Затем определяли наличие и степень выраженности сопутствующей терапевтической патологии.

При диагностировании сопутствующей терапевтической патологии совместно с соответствующими специалистами проводили коррегирующую терапию (при компенсированной – в хирургическом отделении, субкомпенсированной- с переводом в специализированное отделение, при декомпенсированной – также лечение в специализированных отделениях, а при необходимости с повторным лечением сопутствующей патологии). Весь этот комплекс мероприятий позволял оптимизировать выбор сроков РВО.

На втором этапе, наряду с предоперационной подготовкой уделяли особое внимание топографо-анатомическим взаимоотношениям и функциональному состоянию пре- и постколостомических отделов. Для этого последовательно проводились лучевые методы диагностики – УЗИ, рентгеноскопия ЖКТ, ирригоскопия и МСКТ по показаниям, а также колоноскопия. Предоперационная подготовка наряду с общеизвестными включало в себя превентивную антибиотикотерапию, профилактику

тромбоэмболических осложнений и специфичную подготовку орального отдела, а также культы прямой кишки.

При общем удовлетворительном статусе: отсутствии стомальных, кожных и параколостомических осложнений, между оральным и аборальным концами кишок отсутствие диастаза или диастаз менее 10 см., функциональное состояние кишок удовлетворительное (атрофических изменений культы прямой кишки и изъязвлений нет) культя прямой кишки мобильная, длинная, отсутствие или наличие умеренных косвенных признаков спаечного процесса являлись показанием к проведению реконструктивно-восстановительных операций в сроки от 3 месяцев и ранее до 6 месяцев.

При общем относительно удовлетворительном статусе: наличии стомальных, кожных и параколостомических осложнений, между оральным и аборальным концами кишок наличие диастаза более 10 см., функциональное состояние кишок относительно удовлетворительное (наличие выраженных явлений колита, атрофических изменений культы прямой кишки и изъязвлений нет) культя прямой кишки средней длины с косвенными признаками спаечного процесса являлись показанием к проведению реконструктивно-восстановительных операций в сроки 7-12 месяцев.

При общем тяжелом относительно статусе: наличии стомальных, кожных и параколостомических осложнений, между оральным и аборальным концами кишок наличие диастаза более 16 см., имеются выраженные явления колита с изъязвлениями слизистой и/или атрофическими изменениями культы прямой кишки, а также наличие короткой культы прямой кишки с признаками рубцово-спаечного процесса и деформацией окружающих структур (мочеточника, мочевого пузыря, матки), являлись показанием к проведению многократной



предоперационной подготовки с последующим выполнением реконструктивно-восстановительной операции в сроки 1 год и более.

В результате оптимизированной хирургической тактики, с учетом всего вышеизложенного, в основной группе и группе сравнения, в целом, в сроки от 3 месяцев и менее и до 6 месяцев РВО выполнены 43 (33,9%) больным. В сроки 7-12 месяцев - у 75 (66,9%) и в сроки более 1 года – лишь у 9 (7,1%) больных, что представлено на данном слайде.

В контрольной группе наряду с межкишечными анастомозами «конец в конец» - 9 (12,3%) и «конец в бок» - у 6 (8,2%), преимущественно наложены анастомозы «бок в бок» - у 48 (65,8%) больных. Следует отметить, что в контрольной группе у ограниченного числа больных накладывались инвагинационные анастомозы по усовершенствованной методике – 10 (13,7%), что пришлось на период освоения и внедрения при выполнении реконструктивно-восстановительных операций. Однако «погружной» способ инвагинационного анастомоза не применялся.

В основной группе по известным показаниям выполнены, межкишечные анастомозы по принципу «конец в конец – у 5 (9,3%), «конец в бок» - у 3 (5,5%) и «бок в бок» - у 7 (13,0%) больных. Следует отметить, что в основной группе существенно возросло число больных наложение усовершенствованной методики инвагинационных толсто-толстокишечных анастомозов по принципу «конец в бок» - у 27 (50,0%), а также методика усовершенствованного «погружного» инвагинационного анастомозов по - у 12 (22,2%) больных, что в целом составило 72,2%.

В послеоперационном периоде, наряду с общепринятыми мероприятиями, большое внимание уделяли ранней активизации больных, стимуляции кишечника с мероприятиями по поддержанию жидкого стула. Также проводили специфическую профилактику ТЭО, а также

профилактику гнойно-септических осложнений и лечение сопутствующей патологии начатую во время предоперационной подготовки.

Сравнительный анализ результатов РВО у наших больных показал, что в основной группе в 81,5% случаев послеоперационный период протекал без осложнений, тогда как в контрольной – в 61,6% (улучшение результатов на 19,9%). Несостоятельность швов коло-колоанастомозов в основной группе диагностированы лишь у 7,4% больных с летальным исходом в 5,5% случаев, тогда как в контрольной группе – 16,4 и 12,3%, соответственно (несостоятельность швов уменьшились на 9%, послеоперационная летальность на 6,8%). При этом частота раневых осложнений в основной группе диагностированы в 7,4% больных, тогда как в контрольной – 13,7% (уменьшение частоты на 6,3%). К тому же частота осложнений общего характера в основной группе диагностировано лишь в 3,7%, тогда как в контрольной у 8,2% (уменьшение частоты на 4,5%).

**Заключение.** Таким образом, комплексным подходом с использованием предложенного двухэтапного лечебно-диагностического алгоритма, с учетом всех нюансов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, а также более широким использованием инвагинационных и «погружных» инвагинационных анастомозов мы оптимизировали хирургическую тактику и улучшили результаты реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств у больных с толстокишечной стомой после операции Гартмана.

### **Список использованной литературы**

1. Ахрамеев В.Б., Гринцов А.Г., Антонюк С.М. и др. Особенности реконструктивно-восстановительных операций у больных после

обструктивной резекции толстой кишки //Вестник неотложной и восстановительной хирургии. 2021. Том 6. №3. –с. 13-16.

2. Воробьев Г.И., Царьков П.В. //Основы хирургии кишечных стом: «Стольный град», 2002,160С.

3. Гиберт Б.К., Матвеев Н.А., Бородин Н.А. и др. Значение анатомии стомального и выключенного из пассажа отделов толстой кишки после обструктивной резекции при восстановительных операциях //Вестник хирургии. 2018.Т.177, №2., -с.34-38.

4. Горпинич А.Б., Манчилев С.В. Восстановление непрерывности толстой кишки у больных колостомой //Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. 2017. N10, -с.74-75.

5. Иголкин А.Н., Половкин В.В. Реконструктивно восстановительные вмешательства на толстой кишке после операции Гартмана: проблемы и пути решения //Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2017: 21(3): 347-355.

6. Курыгин А.А., Семенов В.В., Тарбаев И.С. Операция Гартмана: 100 лет в хирургии //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2020; 179 (2): 85-87.

7. Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Батиров А.К., Носиров М.М. Реконструктивно восстановительная операция методом инвагинации в колоректальной хирургии //Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2012.- Том 171 (1).

8. Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М. и др. Сравнение методов стомальных ран при проведении реконструктивно-восстановительных операций //Медицинский вестник Башкартостона, 2018 Том 13, № 5 (77). - с 66-68.

9. Томнюк Н.А., Ховалыг В.С., Мунин А.М. и др. Восстановление непрерывности толстой кишки после операций типа Гартмана: сложности

и их решение //Международный журнал прикладных фундаментальных исследований. – 2021. – N1 – с. 15-18.

10. Фахрадиев И.Р., Алмабаев И.А., Ералиева Л.Т. и др. Кишечный анастомоз (обзор литературы) //Вестник Казахстана. – 2018. -№2.

11. Haylos K., Almoudaris A. Reducing the incidence of parastomal hernia with a simple surgical technigue //BR.J. Nurs. 2017; 26 (5): S. 4-910.

12. Krogsgaard M., Pilsgaard B., Borglid T.B. et al. Symptom load and individual symptoms before and after repair of parastomal hernia: a prospective single centre study //Colorectal Dis. 2017; 19 (2): 200-207.

13. Nockemann P.F. Die invaginations operation Von Rambohr und ihre Bedenfung fur die Entwicklung der intestinalnaht //Den Chirurg. 2012. 71 (10):1296-1300.