

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА АКА-2 ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ  
КОМПРЕССИОННЫХ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ  
КИШКИ**

На современном этапе развития колопроктологии проблема восстановления непрерывности кишечной трубки при различных операциях на толстой кишке по-прежнему остается актуальной. Внедрение в клиническую практику различных сшивающих аппаратов (КЦ-28, СПТУ, ПКС-25) позволило снизить частоту несостоятельности толстокишечных анастомозов [1, 3, 6, 7, 8]. Однако при применении этих аппаратов часто возникают такие осложнения, как анастомозиты, рубцовые стриктуры соустья. Кроме того, необходимо наложение второго ручного ряда серозно-мышечных швов при работе со скобочными сшивающими аппаратами создает определенные технические трудности, особенно при формировании низких колоректальных анастомозов.

Недостатки ручной и скобочно-механической методики формирования толстокишечных анастомозов можно устранить применением сшивающего аппарата АКА-2, который предназначен для наложения бесшовного компрессионного кругового анастомоза между различными отделами толстой кишки, а также между тонкой и ободочной кишкой. Принцип наложения анастомоза основан на одномоментном прошивании, фиксации и длительном сдавлении тканей соединительными кольцами аппарата, что обуславливает заживление анастомозов к периферии от зоны сдавления по типу первичного натяжения с минимальной воспалительной реакцией и без образования грубого рубца [2-4]. Принципы подготовки аппарата АКА-2 к работе и наложения компрессионных анастомозов представлены в многочисленных публикациях создателей аппарата [2, 5] и различных авторов [3, 4, 9, 10, 11].

Мы располагаем опытом применения аппарата АКА-2 для формирования межкишечного анастомоза при операциях на прямой и ободочной кишке у 86 больных. Возраст больных колебался от 19 до 80 лет, женщин было 59 (68,6%), мужчин - 27 (31,4%). У 71 больного произведена резекция прямой или сигмовидной кишки по поводу рака с одномоментным наложением анастомоза "конец в конец", у 15 больных выполнены реконструктивно-восстановительные операции после ранее перенесенных резекций различных отделов толстой кишки с колостомированием.

Передняя /чрезбрюшная/ резекция прямой кишки по поводу рака выполнена у 43 больных. Применение аппарата АКА-2 позволило накладывать низкие анастомозы после резекции прямой кишки при локализации опухоли начиная с 9-10 см от края заднего прохода вследствие отсутствия необходимости накладывания второго ряда ручных серозно-мышечных швов. При выполнении передних резекций прямой кишки анастомоз всегда погружали под тазовую брюшину. Пресакральное пространство дренировали путем подведения двух резиновых трубок к передней поверхности крестца через дополнительные разрезы в перианальной области. Сюда же экстраперитонеально подводили микроирригатор для введения антибактериальных средств. Интубацию кишки не производили, так как оставшиеся в просвете кишки кольца аппарата сохраняют просвет кишки достаточным и обеспечивают прохождение газов и кишечного содержимого через анастомоз.

В послеоперационном периоде у 7 больных отмечалась различной степени

недостаточность анастомоза. У 2 больных в связи с большими размерами дефекта в анастомозе была наложена двухствольная трансверзостома для предотвращения попадания кишечного содержимого в дистальные отделы толстой кишки. У 4 больных провели консервативное лечение, включающее бесшлаковую диету, задержку стула препаратами опия и выполнение высоких очистительных клизм с помощью желудочного зонда, проведенного через кольца аппарата в проксимальный отдел толстой кишки выше анастомоза. Одновременно проводили фракционное промывание пресакрального пространства путем введения антисептических растворов через микроирригатор; отток жидкости обеспечивался пресакральными дренажными трубками. Вышеописанные консервативные мероприятия оказались достаточными для заживления анастомоза. В послеоперационном периоде умерла 1 больная от калового перитонита, развившегося на фоне несостоятельности анастомоза.

Резекция сигмовидной кишки по поводу рака выполнена у 28 больных. При локализации опухоли в нижней трети сигмовидной кишки выполняли дистальную резекцию, стараясь при этом погрузить анастомоз под тазовую брюшину. У 9 больных при локализации опухоли в средней трети сигмовидной кишки погрузить забрюшинно анастомоз не представилось возможным. Это обязывало более тщательно подбирать компрессионные кольца аппарата и оценивать состояние межкишечного соустья. В 2 наблюдениях были сомнения в надежности анастомоза, в связи с чем была наложена проксимальная превентивная двухствольная трансверзостома, которая закрыта через 1-1,5 месяца после первой операции. В 1 случае анастомоз оставили под прикрытием двухствольной трансверзостомы, ранее наложенной в экстренном порядке по поводу острой обтурационной кишечной непроходимости.

После резекции сигмовидной кишки несостоятельность анастомоза отмечалась у 1 больного. Небольшие размеры дефекта и забрюшинная локализация анастомоза позволили провести успешное консервативное лечение.

Аппарат АКА-2 успешно использован и для формирования межкишечного анастомоза после обширных резекций толстой кишки. У 1 больного наложен илеоректальный анастомоз после тотальной колэктомии и у 1 больного - трансверзофректальный анастомоз после левосторонней гемиколэктомии. В обоих случаях послеоперационное течение гладкое.

Применение аппарата АКА-2 значительно облегчило восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана. Конструкция аппарата позволяет наложить колоректальный анастомоз без вскрытия культи прямой или сигмовидной кишки, что значительно облегчает выполнение восстановительной операции и намного сокращает ее продолжительность.

Для выделения купола культи прямой или сигмовидной кишки, который как правило бывает вовлечен в выраженный рубцово-спаечный процесс, использовали введенную через задний проход рабочую часть аппарата без стержня. Ориентируясь на упирающееся изнутри в стенку кишки соединительное кольцо, освобождали соответствующий ему участок от окружающей клетчатки. В центре контурирующегося соединительного кольца со стороны брюшной полости прокалывали стенку кишки заостренным концом стержня. После ликвидации сигмостомы и мобилизации сигмовидной кишки конец ее резецировали и накладывали кисетный шов, который затягивали на пластиковом кольце штока. После сближения подвижных частей аппарата производили наложение компрессионного анастомоза - конец сигмовидной в бок прямой кишки.

Всего произведено 15 реконструктивно-восстановительных операций. У 11

больных наложен сигмоидальный анастомоз, у 2 больных - десцендо-ректальный, в 1 случае - трансверзосигмовидный и в 1 случае наложен асцендо-ректальный анастомоз с транспозицией восходящей ободочной кишки на 180°.

После восстановительных операций у 2 больных отмечалась несостоятельность анастомоза. У 1 больного несостоятельность сигмоидального анастомоза ликвидирована консервативными мероприятиями, во втором случае несостоятельность трансверзосигмовидного анастомоза привела к развитию разлитого калового перитонита с летальным исходом.

При благоприятном течении заживления анастомоза на 5-10-е сутки после операции компрессионные кольца самостоятельно отходили от сдавления и выделялись с каловыми массами. Однако в большинстве случаев кольца (особенно широкие, диаметром 31 мм) задерживались в ампулярной части прямой кишки и препятствовали акту дефекации. Поэтому в послеоперационном периоде выполняли ежедневное пальцевое исследование прямой кишки для контроля, и у 56 больных компрессионные кольца были удалены вручную. Кроме того, компрессионные кольца рентгенконтрастные, что позволяет проводить и рентгенологический контроль за местом их расположения.

При анализе осложнений установлено, что основной причиной недостаточности компрессионных анастомозов являлись технические погрешности в работе с аппаратом в начальном периоде его освоения, в частности неправильный подбор диаметра соединительных колец к просвету сшиваемых отрезков кишки. Недостаточность, как правило, развивалась при формировании низких колоректальных анастомозов.

Наш опыт формирования компрессионных анастомозов при операциях на прямой и ободочной кишке показал, что аппарат АКА-2 значительно облегчает выполнение хирургических вмешательств на толстой кишке, сокращает их продолжительность и при овладении определенными навыками позволяет наложить надежный, герметичный анастомоз даже глубоко в полости малого таза.

НИИ проктологии МЗ РА

Поступила 15.6.92.

Լ.Հ. Նազարով, Ա.Մ. Աղավելյան, Ա.Մ. Մինասյան, Ա.Ս. Հակոբյան,  
Ա.Գ. Գևորգյան

«ԱԿԱ-2» սարքի օգտագործումը ՀԱՍՏ ԱՂԻՔԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒ-  
ԹՅՈՒՆՈՒՄ ԿՈՄՊԵՍԻՍԻՈՆ ԲԵՐԱՆԱԿՑՈՒՄՆԵՐԻ ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ  
ՆՊԱՏԱԿՈՎ

ՀՀ ԱՆ Պրոկտոլոգիայի ԳՀ ինստիտուտում 81 հիվանդների մոտ ձևավորվել է միջադիքային բերանակցում ԱԿԱ-2 սարքի միջոցով: Հետվիրահատական բարդությունների ժամանակ հաստատվել է, որ կոմպրեսիոն բերանակցումների անբավարարության հիմնական պատճառը միացնող օղակների տրամագծի ոչ ճիշտ ընտրությունն է:

«ԱԿԱ-2» սարքի օգտագործումը նշանակալիորեն հեշտացնում է վիրահատական գործողությունների կատարումը հաստ աղիքի վրա, կրճատում նրանց տևողությունը, թույլ տալիս ձևավորել բերանակցում նույնիսկ փոքր կոնքի խոռոչում:

### EXPERIENCE OF APPLICATION OF AKA-2 APPARATUS FOR COMPRESSION ANASTOMOSE IN THE LARGE INTESTINE SURGERY

The application of AKA-2 apparatus significantly improves the conduction of surgical interventions on the large intestine, shortens their duration and enables to anastomose safely even deep in the cavity of the small pelvis.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агавелян А.М., Назаров Л.У., Акопян Э.Б. Тез. докл. Всесоюз. конф. проктологов. Донецк, 1985, с. 77.
2. Каншин Н.Н., Лыткин М.И., Кныш В.И. и др. Вестн. хир., 1984, 1, с. 52.
3. Кныш В.И. Современные подходы к лечению рака прямой кишки. Ереван, 1984.
4. Кныш В.И., Царюк В.Ф. Вопр. онкол., 1984, 4, с. 51.
5. Кныш В.И., Царюк В.Ф., Гуськов И.А., Сачков А.Е. Хирургия, 1984, 3, с. 107.
6. Назаров Л.У., Акопян Э.Б., Агавелян А.М., Мартиросян В.С. Ж. exper. и клин. мед. АН АрмССР, 1985, 1, XXV, с. 43.
7. Назаров Л.У., Агавелян А.М. Клин. хир., 1986, 2, с. 39.
8. Назаров Л.У., Агавелян А.М. Пробл. проктол., 1986, 7, с. 117
9. Назаров Л.У., Агавелян А.М., Геворкян А.Г., Акопян А.С. Актуальные вопросы проктологии. Тез. докл. Красноярск, 1991, с. 28.
10. Хамидов А.И. Клин. хир., 1983, 2, с. 38.
11. Хамидов А.И. Хирургия, 1989, 9, с. 103.

А.С.Агабян, М.А.Саакян, А.А.Акопян, А.П.Макарян, Ар.М.Агавелян

### ГАММА-ГЛЮТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗА И ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА КАК МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПЕЧЕНИ

Гамма-глутамилтранспептидаза (КФ 2. 3. 2. 2.) (ГТТП) - фермент, связанный с плазматическими мембранами клеток, основная функция которого заключается в отщеплении гамма-глутамиловых остатков от гамма-глутамилпептидов и катализе переноса этих групп на другие пептиды или аминокислоты. ГТТП является также ключевым ферментом обмена глутатиона и участвует в процессе детоксикации чужеродных веществ [3, 9]. Высокая активность ГТТП в предраковых поражениях печени свидетельствует о возможности экспрессии этого фермента на ранних предраковых стадиях [7,13]. В ряде работ имеется указание на то, что повышение активности ГТТП связано с метастазированием в печень [11,12]. Принято считать, что при онкологических заболеваниях нормальная активность ГТТП свидетельствует об отсутствии метастазов в печени, а высокая - является индикатором поражения печени метастазами [8, 10].

Большое значение для диагностики многих заболеваний имеет также определение активности щелочной фосфатазы (КФ 3. 1. 3. 1.) (ЩФ), фермента, широко распространенного в тканях организма. В ряде работ показано, что высокая степень активности ЩФ в крови свидетельствует о раннем развитии