

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2021-20-4-49>



Комментарии редколлегии к статье

Толстокишечный инвагинационный анастомоз в хирургии осложненных форм дивертикулярной болезни ободочной кишки

Панкратова Ю.С., Карпунин О.Ю., Зиганшин М.И., Шакуров А.Ф.

Проблема несостоятельности толстокишечных анастомозов по-прежнему остается одной из ведущих в колоректальной хирургии.

При дивертикулярной болезни она стоит более остро. Так, по данным современного нидерландского исследования DIRECT [1], частота несостоятельности толстокишечных анастомозов при плановых вмешательствах по поводу дивертикулярной болезни достигала 15%. Этот показатель почти вдвое превышает частоту несостоятельности при формировании илеотрансверзоанастомозов (8,1%) по результатам общеевропейского аудита в 2015 году [2], и сопоставим с таковой при формировании низких колоректальных анастомозов (17,5-22,5%) [3-5].

Причиной столь высокой частоты осложнений со стороны анастомозов не являются особенности кишечного шва или способа формирования толстокишечных соустьев. Этот факт находит подтверждение и в статье Панкратовой Ю.С., в которой достоверной связи между несостоятельностью и методикой формирования анастомоза выявлено не было.

Ранее было достоверно установлено, что причиной несостоятельности и анастомозитов являются особенности специфических изменений стенки толстой кишки при дивертикулярной болезни, диктующие особые правила определения границ резекции толстой кишки [6]. Среди них были выделены следующие [7]:

1. включение в границы резекции всех отделов с воспалительными изменениями в стенке кишки;
2. исключение из зоны формирования анастомоза участков кишки с дивертикулами;
3. включение в границы резекции всех отделов с невоспалительными специфическими утолщением и деформацией мышечного слоя.

Эти положения нашли отражение в Российских клинических рекомендациях по дивертикулярной болезни [8]. С точки зрения авторов, именно формирование инвагинационного анастомоза позволяет избежать расширения объема резекции ободочной кишки в проксимальном направлении за счёт того, что дивертикулы в области кишечного шва располагаются внутри образованной «манжетки». Данное утверждение представляет большой интерес, и способ имеет перспективы применения. Тем не менее, небольшое число клинических наблюдений и дизайн исследования не позволяют в настоящее время рекомендовать метод к широкому использованию. Опубликованные результаты следует рассматривать в качестве пилотных, а применение инвагинационного анастомоза по методу Сигала-Рамазанова при хирургических вмешательствах по поводу дивертикулярной болезни требует дальнейшего изучения в рамках рандомизированного исследования.

Редколлегия журнала «Колoproктология»

ЛИТЕРАТУРА

1. Bolkenstein HE, Consten ECJ, van der Palen J, van de Wall BJM, Broeders IAMJ, Bemelman WA, Lange JF, Boermeester MA, Draaisma WA; Dutch Diverticular Disease (3D) Collaborative Study Group. Long-term Outcome of Surgery Versus Conservative Management for Recurrent and Ongoing Complaints After an Episode of Diverticulitis: 5-year Follow-up Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial (DIRECT-Trial). *Ann Surg.* 2019 Apr;269(4):612-620. DOI: 10.1097/SLA.0000000000003033. PMID: 30247329.
2. 2015 European Society of Coloproctology collaborating group. The relationship between method of anastomosis and anastomotic failure after right hemicolectomy and ileo-caecal resection: an international snapshot audit. *Colorectal Dis.* 2017 Mar 6. DOI: 10.1111/codi.13646. Epub ahead of print. PMID: 28263043.
3. Vallance A, Wexner S, Berho M, Cahill R, et al. A collaborative review of the current concepts and challenges of anastomotic leaks in colorectal surgery. *Colorectal Dis.* 2017 Jan;19(1):01-012. DOI: 10.1111/codi.13534. PMID: 27671222.
4. Alekseev M.V., Rybakov E.G., Shelygin Yu.A., et al. A Study investigating the perfusion of colorectal anastomoses using Fluorescence Angiography: results of FLAG randomized trial. *Colorectal Disease.* 2020;22(9):1147-1153. DOI: 10.1111/codi.15037
5. Алексеев М.В., Шелигин Ю.А., Рыбаков Е.Г. Может ли флуоресцентная ангиография снизить частоту несостоятельности толстокишечных анастомозов (метаанализ). *Колoproктология.* 2019;4(18):139-150.
6. Ачкасов С.И. Хирургическая тактика при восстановительном лечении осложненного дивертикулеза ободочной кишки. Автореферат канд. мед. наук. М., 1992; 24 с.
7. Саламов К.Н., Воробьев Г.И., Ачкасов С.И., Москалёв А.И., и соавт. Определение границ резекции ободочной кишки при дивертикулезе. *Хирургия.* 2001;1:80-86.
8. Ардатская М.Д., Ачкасов С.И., Веселов В.В. и соавт. Дивертикулярная болезнь. *Колoproктология.* 2021;20(3):10-27. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2021-20-3-10-27>