

Профілактика неспроможності товстокишкових анастомозів при обтураційній непрохідності

M. M. MYLYTSIA, I. M. ANHELOVSKYI, M. D. POSTOLENKO, V. V. SOLDUSOVA

Zaporizhian Medical Academy of Postgraduate Education

PREVENTION OF INSOLVENCY COLONIC ANASTOMOSES IN OBSTRUCTIVE OCCLUSION

Проаналізовано результати лікування 411 хворих, оперованих в екстреному і невідкладному порядку з приводу обтураційної товстокишкової непрохідності, яких поділено на основну групу – 262 пацієнти (І група) і групу порівняння – 149 хворих (ІІ група). Для профілактики неспроможності швів анастомозу в І групі проводили назоінтестинальну і трансанальну інтубацію тонкої і товстої кишок з інтра- та післяопераційною декомпресією, внутрішньокишковим діалізом оксигенованими розчинами. У І групі неспроможність кишкового анастомозу спостерігали у 3,6 %, в ІІ групі – у 16,3 %. Впровадження комплексу заходів із профілактики неспроможності швів кишкових анастомозів після екстреної та невідкладної резекції кишки дозволило зменшити частоту ускладнень на 12,7 % у хворих основної групи порівняно з контрольною.

Results of treatment of 411 patients operated on an emergency and urgently obstructive bowel occlusion, who were divided into the main group – 262 patients (I group) and comparison group – 149 patients (II group). To prevent failure of anastomotic sutures in group I we conducted nazointestinal and transanal intubation of small and large intestine of intra- and postoperative decompression, intracolonic oxygenated dialysis solutions. In group I intestinal anastomosis failure was observed in 3.6 % in group II – in 16.3 %. Implementation of measures for prevention of failure sutures after emergency intestinal anastomoses and emergency bowel resection reduced the incidence of complications on 12.7 % in patients of the main group compared with the control one.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. У пошуках вирішення проблеми неспроможності швів кишкових анастомозів до сьогодні немає радикальних змін, незважаючи на успіхи техніки з'єднання анастомозованих тканин, використання сучасних шовних матеріалів, способів захисту анастомозу і ранньої діагностики [5, 6]. Це питання набуває особливої актуальності при екстреній та невідкладній резекції кишки на тлі гострої кишкової непрохідності, перитоніту, ракової і гнійної інтоксикації у хворих похилого та старечого віку [3].

Серед різноманітних причин виникнення неспроможності велика роль належить підвищенню внутрішньокишкового тиску, внаслідок чого настають гемодинамічні зміни в зоні анастомозу з порушенням мікроциркуляції і розвитком ішемії кишки, які вже в перші години після операції можуть призвести до його пошкодження. Скупчення застійного вмісту в просвіті кишки з високим рівнем патогенної мікрофлори призводить до інфікування швів анастомозу. Розвинувшись, інфекційно-запальний процес порушує захисну функ-

цію кишкової стінки і створює умови для розвитку анастомозиту й ендотоксикозу [1–9].

Для профілактики даного ускладнення використовують різні методи і засоби захисту анастомозу, такі як зміцнення кишкових швів фібрин-колагеновою субстанцією ТахоКомб, застосування аутофібринового клею, перитонізація зони анастомозу демукозованим сегментом клубової кишки, санація ділянки анастомозу антибактеріальними препаратами [1, 5, 6, 9] і т. ін. Поряд з цим інтраопераційна інтубація і евакуація токсичного вмісту, а також лаваж кишечника є важливими етапами лікування даної категорії хворих [3, 4].

Актуальність даної проблеми зумовлена тим, що розвиток неспроможності сполучення часто вимагає повторних втручань, збільшує тривалість госпіталізації, терміни непрацездатності, знижує якість життя і підвищує вартість лікування.

Мета роботи: розробити методи профілактики неспроможності швів товстокишкових анастомозів (НТКА) у хворих після екстреної та невідкладної резекції кишки при обтураційній непрохідності.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 411 хворих, оперованих в екстремому і невідкладному порядку з приводу obturatorної товстокишкової непрохідності (ОТКН), які поділені на основну групу – 262 пацієнти (І група) і групу порівняння – 149 хворих (ІІ група). Хворим І групи проведено резекцію різних сегментів товстої кишки з приводу ускладнених форм ракової пухлини, серед яких у 227 (86,6 %) виконано радикальні операції, з первинним анастомозом – у 177 (67,6 %) пацієнтів. У 35 (13,4 %) – паліативні втручання, серед них з первинним сполученням 20 пацієнтів. У 6 хворих з первинними анастомозами сформовано розвантажувальну стому.

У 74 (28,2 %) випадках сформовано ентеро- або колостоми. Хворим І групи первинних анастомозів (табл. 1) було накладено 197 (75,2 %).

Серед хворих ІІ групи 102 (68,5 %) проведено радикальні і 47 (31,5 %) – паліативні втручання. Радикальна операція у 61 (59,8 %) хворого завершилась накладенням первинних анастомозів, у 9 з них сформовано допоміжну стому. У 41 (40,2 %) пацієнта були сформовані ентеро- або колостоми. Серед паліативних операцій у 25 випадках сформовано первинний анастомоз, а в 22 пацієнтів накладено стому. Хворим ІІ групи первинних анастомозів (табл. 1) було накладено 86 (57,7 %) і 63 (42,3 %) – ентеро- або колостоми.

Таблиця 1. Кількість ускладнень і летальність у групах

| Види анастомозів | Кількість операцій | | Кількість НТКА | | Летальність | |
|------------------------------|--------------------|----------|----------------|----------|-------------|----------|
| | І група | ІІ група | І група | ІІ група | І група | ІІ група |
| Правобічна геміколектомія | 43 | 19 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Лівобічна геміколектомія | 39 | 16 | 2 | 4 | 6 | 6 |
| Передня резекція | 61 | 29 | 3 | 5 | 1 | 7 |
| Резекція сигмоподібної кишки | 38 | 14 | 1 | 2 | 4 | 4 |
| Обхідні анастомози | 16 | 8 | - | 2 | 7 | 5 |
| Всього | 197 | 86 | 7 | 14 | 19 | 23 |

Для профілактики неспроможності швів анастомозу в І групі проводили назоінтестинальну і трансанальну інтубацію тонкої і товстої кишок з інтра- та післяопераційною декомпресією, внутрішньокишковим діалізом оксигенованими розчинами, гастроентеросорбцією з ентеросгелем, внутрішньобрижову блокаду і лімфотропну терапію.

Результати досліджень та їх обговорення.

Для назоінтестинальної інтубації були використані зонди: шлунково-кишковий одноканальний і двоканальний силіконовий № 25 із зовнішнім діаметром 8,2 мм, довжиною 2,5 м, для трансанальної інтубації – № 33 із зовнішнім діаметром 11,2 мм, довжиною 1,4 м.

Використання оксигенованої води при декомпресії знижує рівень ендогенної інтоксикації, попереджає транслокацію бактеріальної флори, утворює сприятливі умови для своєчасного відновлення моторики і можливості накладення кишкового сполучення без проксимальної стоми. Розчини готували *ex tempore* в розробленому нами оксигенаторі під тиском 202,6 кПа (2 атм) протягом 40 хв. Парціальний тиск кисню у розчині при цьому збільшувався в 4 рази.

Декомпресію і внутрішньокишковий діаліз оксигенованими розчинами доповнювали ентеросорбцією. З цією метою використовували препарат “Ентеросгель”, 15 г якого розводили в 200 мл

води до отримання однорідної суспензії. Після введення ентеросорбенту зонд на 1 год перетискали, далі здійснювали пасивний сифонний дренаж інтубованого відділу кишечника. Введення починали під час операції і повторювали кожні 8 год. Сеанси ентеросорбції припиняли після відновлення моторної активності кишечника, як правило, на 3–5 добу післяопераційного періоду, безпосередньо перед видаленням зонда.

Хворим із тяжким ендотоксикозом додатково проводили сеанси товстокишкового сорбційного діалізу. В післяопераційному періоді виконували внутрішньобрижову блокаду і лімфотропну терапію через катетер, введений і фіксований у корені брижі тонкої кишки, лікарським складом, що включає місцевий анестетик новокаїн 0,5 %, антикоагулянт гепарин, антихолінестеразні препарати прозерин і антибіотик. Це дозволяє блокувати патологічну імпульсацію, ліквідувати спазм баугінієвої заслінки, швидше відновити перистальтику кишечника, що призводить до раннього зменшення внутрішньокишкового тиску, покращує крово- і лімфообіг у ділянці швів анастомозу, сприяє його загоєнню і тим самим запобігає розвитку НТКА.

Надаємо великого значення техніці формування анастомозу. Всі анастомози накладали ручним способом окремими одно- або дворядними швами. З метою профілактики неспроможності товстокишкового анастомозу нами запропоновано

методику інтраопераційного введення фізіологічного розчину в підслизовий шар ободової кишки. Це дає можливість чітко диференціювати шари кишкової стінки при накладенні кишкового сполучення без зайвої травматизації слизової оболонки товстої кишки.

У I групі неспроможність кишкового анастомозу спостерігали у 7 (3,6 %) з 197 хворих, у II групі –

у 14 (16,3 %) з 86 пацієнтів (табл. 1), що пов'язано з впровадженням комплексних заходів із профілактики ранніх післяопераційних ускладнень при виконанні невідкладної резекції кишечника.

Всім хворим проводили вимірювання внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) непрямим методом, яке виконували як в перед- так і в післяопераційному періоді (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка змін ВЧТ по групах

| Ступінь ВЧТ | I група, % | | | | II група, % | | | |
|-------------|-------------|--------|--------|--------|-------------|--------|--------|--------|
| | до операції | 1 доба | 3 доба | 5 доба | до операції | 1 доба | 3 доба | 5 доба |
| 0 ст | 15,3 | 28,1 | 31,5 | 43,8 | 14,6 | 12,7 | 25,5 | 30,9 |
| I ст | 52,8 | 48,9 | 51,5 | 44,7 | 51,8 | 58,2 | 40,0 | 43,6 |
| II ст | 23,4 | 20,6 | 16,2 | 11,5 | 17,3 | 16,4 | 24,6 | 18,2 |
| III ст | 4,7 | 2,6 | 1,7 | 1,3 | 9,1 | 7,3 | 6,4 | 4,5 |
| IV ст | 3,8 | 1,7 | 1,3 | 1,0 | 7,3 | 5,5 | 3,6 | 2,7 |

Рівень ВЧТ і його динаміку оцінювали на підставі даних, отриманих при вимірюванні тиску в сечовому міхурі (Kron, Iberti, 1984) за допомогою катетера Фолея. Протипоказань для проведення цього дослідження в жодному випадку не виявлено. Як видно з отриманих даних, кількість пацієнтів I групи з 0 і I ступенем ВЧТ вже на третю добу склала 82 %, тоді як у II групі – 65,5 %.

Отже, впровадження комплексних заходів у хворих основної групи знижує рівень інтраабдомінальної гіпертензії і дозволяє відновити перистальтику в більш ранні терміни, що є профілактикою ранніх післяопераційних ускладнень при виконанні невідкладної резекції кишечника.

Таким чином, виконання операційного втручання з ліквідацією причини захворювання, адекватне дренирування ШКТ і черевної порожнини приводило до усунення ознак внутрішньоче-

ревної гіпертензії і помітного зниження показників ВЧТ.

Висновки. 1. Проведення інтубаційної декомпресії, санації оксигенованими розчинами і гастроентеросорбції знижує рівень ВЧТ в більш ранні терміни і позитивно впливає на процес загоєння анастомозів при виконанні невідкладної резекції кишечника.

2. Для профілактики неспроможності швів у хворих із первинними анастомозами на тлі кишкової непрохідності доцільне проведення внутрішньобрижової блокади і лімфотропної терапії.

3. Впровадження розробленого комплексу заходів із профілактики неспроможності швів кишкових анастомозів після екстреної та невідкладної резекції кишки дозволило зменшити частоту ускладнень на 12,7 % у хворих основної групи порівняно з контрольною.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Агаев Э. К. Профилактика несостоятельности швов терминальных илео-илеоанастомозов у больных, оперированных по экстренным показаниям / Э. К. Агаев // Клінічна хірургія. – 2008. – № 11–12. – С. 29.
- Антонов О. Н. Фибриновый клей в профилактике несостоятельности анастомозов “высокого риска” в плановой торакоабдоминальной хирургии : автореф. дис. на соискание учёной степени канд. мед. наук / О. Н. Антонов. – М., 2006.
- Бондарь В. Г. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью / В. Г. Бондарь, Ю. А. Яковец, В. Х. Башеев // Хирургия. – 1990. – № 7. – С. 94–97.
- Застосування ентеральної детоксикації та деконтамінації при гострій непрохідності кишечника / Куцик Ю. Б., Ковалішин В. І., Гордій П. Д. [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2001. – № 1. – С. 18–21.
- Наумов Н. В. Межкишечный анастомоз: патогенез и профилактика несостоятельности : автореф. дис. на соискание

учёной степени доктора мед. наук / Н. В. Наумов. – Красноярск, 2002. – 34 с.

6. Ротар О. В. Разработка хирургических способов и обоснование лекарственных средств улучшения заживления толстокишечных анастомозов в условиях гипоксии и недостаточного регионального кровоснабжения : автореф. дис. на соискание учёной степени канд. мед. наук / О. В. Ротар. – Винница, 2004.

7. Сигал З. М. Диагностика и профилактика несостоятельности швов при резекции кишки / З. М. Сигал, С. Л. Точиллов, Ф. С. Жижин // Вестник хирургии. – 1986. – № 7. – С. 96–98.

8. Стариков В. И. Профилактика несостоятельности анастомоза при хирургическом лечении рака ободочной кишки / В. И. Стариков, Айман Дарак, Б. Б. Возницын // Врачебная практика. – 2002. – № 3. – С. 96–98.

9. Ханевич М. Д. Колоректальный рак: подготовка толстой кишки к операции / М. Д. Ханевич, М. А. Шашопин, А. А. Зязин. – М. : МедЭкспертПресс, 2003. – 136 с.

Отримано 15.08.16