

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 6 (887) червень 2016
Щомісячний науково–практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.
Журнал реферований у PubMed.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 29.06.16. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 10
Обл. вид. арк. 9,69. Тираж 1 000.

Замов. 186
Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс (- 044) 463.73.01.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2016
© Ліга – Інформ, 2016

ISSN 0023–2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 6 (887) червень 2016

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андреещев
М. Ю. Ничитайло

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
М. В. Костилен
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
С. Є. Подпрятюв
А. П. Радзіховський
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрющенко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130



9 770 023 213 008 1 >

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ НЕСПРОМОЖНОСТІ ШВІВ МІЖКИШКОВИХ АНАСТОМОЗІВ

В. М. Мельник, О. І. Пойда

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

SURGICAL TACTICS IN INSUFFICIENCY OF THE INTERINTESTINAL ANASTOMOSES SUTURES

V. M. Mehlnyk, O. I. Poyda

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Впровадження сучасних зшивальних апаратів фірм Ethicon, Auto Suturae, Covidien, удосконалення хірургічної тактики при захворюваннях тонкої і особливо товстої кишки, методів формування міжкишкових анастомозів сприяли зменшенню частоти виникнення ускладнень, пов'язаних з їх загоєнням [1, 2]. Проте, неспроможність швів анастомозів після операцій на кишечнику виникає у 3,8 – 8,1% пацієнтів, летальність становить 14 – 21,7% [1 – 3].

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування пацієнтів з приводу захворювань кишечника шляхом удосконалення хірургічної тактики при виникненні неспроможності швів міжкишкових анастомозів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Поняття "хірургічна тактика" при неспроможності швів міжкишкових анастомозів передбачає визначення факторів ризику, прогнозування та цілеспрямовану профілактику виникнення ускладнення, вибір способу з'єднання відрізків травного каналу, способу формування міжкишкового анастомозу та його захисту, своєчасну діагностику ускладнення, своєчасне виконання невідкладної релaparотомії, її обсяг, подальше ведення пацієнта, спрямоване на забезпечення його належної реабілітації.

На підставі даних літератури та власного досвіду в галузі відновної хірургії кишечника виділяємо дві групи факторів ризику виникнення неспроможності швів міжкишкових анастомозів, до яких відносимо так-

Реферат

Розроблена хірургічна тактика при неспроможності швів міжкишкових анастомозів, що передбачає визначення факторів ризику, прогнозування та профілактику виникнення ускладнення, вибір способів з'єднання відрізків кишечника, формування та захист міжкишкового анастомозу, своєчасну діагностику ускладнення, виконання невідкладної релaparотомії, вибір її обсягу, подальше ведення пацієнта. Використання запропонованої тактики у 456 хворих сприяло зменшенню частоти виникнення неспроможності швів анастомозів до 0,6%, летальних наслідків — до 0,2%.

Ключові слова: міжкишкові анастомози; неспроможність швів; прогнозування; хірургічна тактика; профілактика.

Abstract

Surgical tactics for insufficiency of the interintestinal anastomoses sutures, consisting of the risk factors determination, prognostication and prophylaxis of the complication occurrence, choice of the method for the intestinal portions anastomosing, formation and defense of interintestinal anastomosis, timely diagnosis of complications, performance of urgent relaparotomy, choice of its volume, further management of patient was elaborated. Application of the tactics proposed in 456 patients have promoted the reduction of the occurrence rate of the anastomoses sutures insufficiency down to 0.6%, and lethality — to 0.2%.

Keywords: interintestinal anastomoses; insufficiency of sutures; prognostication; surgical tactics; prophylaxis.

тичні й технічні помилки виконання відновних операцій.

Грубою тактичною помилкою є здійснення відновного етапу операції за наявності абсолютних протипоказань, що зумовлюють надзвичайно високий ризик виникнення неспроможності швів анастомозу. До абсолютних протипоказань належать: поширений гнійний перитоніт, кровотеча в просвіт кишечника або у вільну черевну порожнину з порушенням показників гемодинаміки, токсична дилатація товстої кишки, ішемічний некроз ділянки товстої кишки у стадії декомпенсації, супутні захворювання у стадії декомпенсації.

До технічних помилок виконання відновного етапу хірургічного втручання належать: недостатній обсяг радикального етапу хірургіч-

ного втручання та формування анастомозу між відрізками кишечника за наявності патологічного процесу; ішемія тканин відрізків кишечника, що найчастіше виникає при порушенні мобілізації його окремих анатомічних відділів, незважаючи на особливості їх кровопостачання; натяг в ділянці анастомозу внаслідок недотримання принципів дислокації відрізків кишечника в інші анатомічні ділянки черевної порожнини; використання недосконалих способів з'єднання відрізків кишечника, що не забезпечують їх зіставлення за принципом "рана до рани" — по типу прецизійної адаптації; порушення принципів використання сучасних зшивальних апаратів; необґрунтована відмова від використання методів захисту анастомозу за наявності факторів ризику виникнення неспроможності його швів.

Важливим тактичним положенням профілактики неспроможності швів є вибір методу з'єднання відрізків травного каналу, типу формування міжкишкового анастомозу та його захисту. В сучасній абдомінальній хірургії існують такі методи з'єднання відрізків кишечника: з використанням циркулярних зшивальних апаратів, ручного кишкового шва, шляхом трансанального зведення кишкового трансплантата на промежину.

Сучасні циркулярні зшивальні апарати використовуємо лише для формування колоректальних та ілеоректальних анастомозів за умови трансанального введення картриджа апарата. Тонко—тонкокишкові, тонкокишково—ободові, міжободові анастомози з використанням сучасних циркулярних зшивальних апаратів формувати недоцільно через необхідність введення картриджа апарата через окремий отвір стінки кишки, на який необхідно накладати ручний кишковий шов. Близьке розташування механічного і ручного швів створює додатковий ризик виникнення неспроможності кожного з них у зв'язку з порушенням транзитивності вмісту та ішемічними змінами тканин стінки кишки в ділянці накладених швів.

Ручний кишковий шов використовуємо при формуванні тонко—тонкокишкового, тонкокишково—ободового, міжободового анастомозів. З огляду на негативні наслідки з'єднання кишечника за допомогою двохрядного шва, що полягають у з'єднанні відрізків поверхніми серозної оболонки, контактом інвертованої ранової поверхні шва з вмістом кишечника, порушеннями мікроциркуляції і, відповідно, загоєнням рани вторинним натягом, застосування такого шва в хірургії кишечника вважаємо необґрунтованим і недоцільним. Неприятливі умови для загоєння анастомозу виникають також при використанні безперервного шва, що зумовлює деформацію ділянки співустя і звуження його просвіту, значні розлади мікроциркуляції, це негативно впливає на регенераторні процеси, підвищує ризик виникнення неспроможності швів і стриктури анасто-

мозу. Протягом 10 років у клініці використовуємо оригінальний однорядний евертований кишковий шов [4], що забезпечує з'єднання відрізків кишечника за принципом "рана до рани" по типу прецизійної адаптації, одночасну перитонізацію лінії шва та еверсію ділянки анастомозу, це попереджає його звуження. При формуванні колоендоанального [5] та ілеоендоанального [6] анастомозів також віддаємо перевагу ручному кишковому шву. Особливістю формування таких анастомозів є евагінація хірургічного каналу відхідника на ділянку промежини, виконання мукозектомії (без видалення підслизового прошарку) до гребінчастої лінії, ендоанальне розташування відрізка тонкої або ободової кишки, зшивання цих відрізків з демукозованим каналом відхідника на двох рівнях. Перший рівень швів накладаємо між краєм зрізу каналу відхідника та стінкою ендоанально розташованого відрізка кишки, другий рівень — між краєм відрізка цієї кишки та стінкою каналу відхідника на рівні гребінчастої лінії. Ендоанальне розташування відрізків тонкої або товстої кишки, формування анастомозів на двох рівнях збільшує площу анастомозування, забезпечує неускладнений перебіг репаративних процесів. Використання циркулярних зшивальних апаратів під час формування ілеоанального та колоанального анастомозів вважаємо недоцільним, оскільки при цьому необхідно здійснення технічно складного прийому — інтерсфінктерної мобілізації прямої кишки з подальшим зшиванням відрізка тонкої або ободової кишки з потовщеною стінкою відрізка каналу відхідника. Зазначені чинники створюють технічні труднощі формування анастомозу та високий ризик виникнення неспроможності його швів.

Трансанальне зведення кишкового трансплантата на промежину використовуємо лише під час формування колоанального співустя за відсутності умов для використання альтернативних варіантів з технічних причин. Відмова від широкого використання зведення кишкового трансплантата на промежину під час формування колоанального ана-

стомозу зумовлена досить частим виникненням рубцевої стриктури та незадовільними функціональними результатами, зокрема, порушенням функції анальної континентності внаслідок статичного навантаження стінок трансплантата та його брижі на м'язові структури сфінктерів відхідника. Формування колоректального анастомозу шляхом зведення (за довжини кукси прямої кишки 6 см і більше) вважаємо необґрунтованим і недоцільним, оскільки у теперішній час є альтернативні методи з використанням сучасних зшивальних апаратів.

Для профілактики неспроможності швів важливе значення має вибір типу формування міжкишкового анастомозу. При з'єднанні відрізків тонкої, ободової, ободової та прямої кишки перевагу віддаємо анастомозу кінець в кінець як найбільш анатомічно і функціонально обґрунтованому, оскільки він забезпечує збереження анатомічної будови кишечника. Анастомоз кінець у бік формуємо лише після правобічної геміколектомії та колектомії з метою створення аналогу видаленого ілеоцекального клапана. Такий методичний підхід, що передбачає моделювання ілеоцекального клапана після його видалення, незважаючи на певні технічні труднощі реалізації, вважаємо обґрунтованим, оскільки він забезпечує досить сприятливі функціональні результати. Анастомоз бік у бік, за нашим переконанням, не слід використовувати для з'єднання відрізків кишечника, оскільки він не дозволяє відтворити анатомічні взаємовідносини між цими відрізками, і досить часто спричиняє інші патологічні стани, зокрема, синдром сліпого мішка, псевдообструкцію та порушення евакуації в ділянці анастомозу.

З методів профілактики неспроможності швів міжкишкових анастомозів, за умови існуючих факторів ризику, перевагу віддаємо таким, що забезпечують зниження внутрішньокишкового тиску. Для захисту тонко—тонкокишкового та тонкокишково—ободового анастомозів іноді, за наявності непрохідності тонкої кишки у стадії субкомпенсації, використовуємо назогастраль-

ну інтубацію тонкої кишки проксимальніше ділянки анастомозу; для захисту тонкокишкового—прямокишкового анастомозу — проксимальну петльову ілеостому, ободово—прямокишкового — проксимальну петльову трансверзостому.

Діагностика неспроможності швів міжкишкових анастомозів передбачає використання комплексу клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень, залежно від особливостей клінічного перебігу ускладнення. За внутрішньочеревної локалізації анастомозу, зокрема, тонко—тонкокишкового, тонкокишково—ободового, міжободового, тонкокишково—прямокишкового, ободово—прямокишкового, особливо в перші 3 — 4 доби після операції, основним варіантом перебігу ускладнення є поширений перитоніт з больовим синдромом, позитивним симптомом Щоткіна—Блюмберга, ознаками вираженого синдрому інтоксикації. В більш пізні строки, на 6 — 7—му добу після операції, внаслідок утворення пухких спайок між органами черевної порожнини, особливістю клінічного перебігу ускладнення є виникнення місцевого необмеженого перитоніту з притаманним йому локальним больовим синдромом, позитивним симптомом Щоткіна—Блюмберга, менш вираженим синдромом інтоксикації. Діагностику ускладнення полегшувало виявлення рідини у черевній порожнині за даними ультразвукового дослідження або виділення вмісту кишечника через дренажі черевної порожнини. Крім клінічних проявів необмеженого перитоніту, в ці строки ускладнення іноді супроводжувалося утворенням запального інфільтрату ділянки співствя. Неспроможність швів ілеоанального, колоанального, резервуарно—анального (тонкокишкового або товстокишкового) анастомозів досить часто проявлялася утворенням зовнішньої нориці в ділянці промежини, що відкривалась переважно через контрапертуру для дренирування пресакрального простору. За атипичного перебігу ускладнення застосовували розроблений спосіб визначення показань до виконання невідкладної релапаротомії з приво-

ду поширеного післяопераційного перитоніту [7]. Відповідно до способу, діагноз ускладнення та показання до здійснення релапаротомії встановлювали на підставі наявності основних діагностичних ознак: болю в животі, парезу кишечника, що не вдалося усунути консервативними засобами; та однієї або кількох додаткових діагностичних ознак: синдрому інтоксикації, розладів гемодинаміки, гострої дихальної недостатності, печінково—ниркової недостатності.

Обсяг релапаротомії залежав від варіанту клінічного перебігу ускладнення, наявності перитоніту, локалізації анастомозу в черевній порожнині, розмірів ділянки неспроможності кишкового шва. За внутрішньочеревної локалізації тонко—тонкокишкового, тонкокишково—ободового, міжободового анастомозів та наявності поширеного перитоніту доцільно роз'єднати анастомоз, сформувати двостовбурову ілеостому, ілеоколоустому або колоустому. За значних технічних труднощів виведення двостовбурової стоми, а також при неспроможності швів ілеоректального та колоректального анастомозів доцільне формування проксимальної ілео—, колостоми та кукси прямої кишки. Для подальшого лікування перитоніту показане виконання планової санаційної релапаротомії. Останнім часом в клініці для лікування поширеного перитоніту використовують метод VAC—терапії (Vacuum—assisted closure), що передбачає тимчасову герметизацію черевної порожнини, створення в ній негативного тиску та активну аспірацію патологічного вмісту з використанням вакуумних пов'язок. За невеликого дефекту (діаметром до 1 см) ілеоректального або колоректального анастомозів та відсутності поширеного перитоніту анастомоз "відключали" шляхом накладання дивертивної (від лат. "diversio" — відхилення, відвернення) петльової ілео— чи колостоми з метою відведення вмісту кишечника від неспроможного співствя. Черевну порожнину в ділянці анастомозу дренивали для здійснення фракційного або проточного діалізу. За наявності інфільтрату в

проекції анастомозу або за безсимптомного перебігу ускладнення застосовували консервативні засоби, проводили антибактеріальну, протизапальну терапію, фізіотерапевтичні методи лікування, зокрема, компреси з препаратами місцевої протизапальної дії. За неспроможності швів ілеоанального, колоанального, резервуарно—анального анастомозів, як і під час виконання відновного етапу хірургічного втручання, його "відключали" шляхом формування протекуючої ілео— або колостоми, здійснювали лише дренирування порожнини малого таза для фракційного або проточного діалізу.

Лікування пацієнта після усунення перитоніту було спрямоване на забезпечення подальшої реабілітації, що передбачало "закриття" кишкової стоми передньої черевної стінки. При цьому дивертивну або протекуючу петльову ілеостому найчастіше "закривали" шляхом резекції петлі тонкої кишки та формування анастомозу кінець у кінець; дивертивну або протекуючу колостому — шляхом формування анастомозу на 3/4 окружності кишки за Р. А. Мельниковим з застосуванням місцевого доступу через 4 — 6 міс після завершення стаціонарного лікування та загоєння анастомозу. У пацієнтів після роз'єднання анастомозу, формування проксимальної моноілео—, колостоми та кукси прямої кишки вторинну відновну операцію виконували не раніше ніж через 10 — 12 міс, формували ілеоректальний або колоректальний анастомоз. У пацієнтів за неспроможності швів ілеоректального, колоректального, ілеоанального, колоанального, резервуарно—анального анастомозів після їх загоєння та закриття дивертивної або протекуючої ілео— чи колостоми виникала необхідність проведення заходів профілактики стриктури ділянки цих анастомозів шляхом їх дилатації.

Досить часто використовували ендоскопічну балонну дилатацію ділянки анастомозу відповідно до розробленого способу профілактики та лікування стриктури ілеоректального та колоректального анастомозів [8].

З використанням викладених положень розробленої авторами хірургічної тактики при неспроможності швів міжкишкових анастомозів в клініці за період з 2001 по 2015 р. оперовані 456 хворих, в тому числі чоловіків — 257 (56,3%), жінок — 199 (43,7%). Вік пацієнтів від 18 до 93 років. З приводу раку прямої кишки оперовані 176 (38,6%) пацієнтів, раку ободової кишки — 141 (30,9%), хронічного колостазу в стадії декомпенсації — 37 (8,1%), виразкового коліту — 27 (5,9%), хвороби Крона — 21 (4,7%), родинного аденоматозного поліпозу — 16 (3,5%), дивертикулярної хвороби товстої кишки — 23 (5,1%), високої прямокишково—підкової нориці — 9 (1,9%), тромбозу мезентеріальних судин — 6 (1,3%).

Отже, найбільш частими захворюваннями, з приводу яких виконували хірургічні втручання, були рак прямої та ободової кишки у стадії T1—4N0—2M0—1G1—3. Супутні захворювання, переважно серцево—судинної системи, органів дихання, цукровий діабет, ожиріння виявлені у 173 (37,9%) пацієнтів; ускладнення основного захворювання: хронічна обтураційна непрохідність товстої кишки, параканцерозний, параколічний запальний інфільтрат, абсцес, поширений перитоніт — у 83 (18,2%). Залежно від діагнозу основного захворювання, локалізації пухлини товстої кишки, поширення та вираженості непухлинного патологічного процесу, особливостей клінічного перебігу, наявності ускладнень за загальноприйнятими тактичними положеннями виконували відповідні радикальні хірургічні втручання (див. таблицю).

За пухлинного ураження прямої кишки виконували переважно передню резекцію прямої кишки — у 142 (31,1%) пацієнтів за умови локалізації пухлини у верхньо— та середньоампулярних відділах, транссфінктерну резекцію та проктектомію — за низької локалізації пухлини в стадії T1—2N0M0G1. Показаннями до черевноанальної резекції були інвазивні пухлини низької локалізації та висока прямокишково—підкова нориця. Регіонарну резекцію товстої кишки — правобічну, лівобічну геміколектомію, ре-

зекцію поперечної ободової кишки — виконували з приводу пухлин сліпої та ободової кишки відповідної локалізації; проксимальну субтотальну резекцію ободової кишки — з приводу пухлин низхідної або сигмоподібної ободової кишки, ускладнених хронічною обтураційною непрохідністю, та значних порушень трофіки тканин стінки правої половини товстої кишки; дистальну субтотальну резекцію — з приводу хронічного колостазу в стадії декомпенсації. Резекцію тонкої кишки виконували під час усунення протектуючої ілеостоми за недоцільності накладання анастомозу на 3/4 окружності кишки за Р. А. Мельниковим або при проростанні пухлиною товстої кишки стінки тонкої кишки. Показаннями до колектомії були дивертикулярна хвороба товстої кишки за тотального ураження, хронічний колостаз в стадії декомпенсації за умови порушення транзиту вмісту через всі анатомічні частини ободової кишки та ділянку ілеоцекального клапана, хвороба Крона товстої кишки за незначного ураження прямої кишки або його відсутності. За відсутності ураження дистальної частини прямої кишки при хворобі Крона, виразковому коліті, родинному аденоматозному поліпозі здійснювали колектомію з резекцією прямої кишки. За тотального ураження сліпої, ободової та прямої кишки при цих захворюваннях виконували колектомію з наднизькою передньою резекцією, мукозектомією.

Відновний етап хірургічного втручання передбачав формування міжкишкового анастомозу залежно від анатомічних взаємовідносин між відрізками кишечнику, що виникали після різних за обсягом радикальних втручань.

Колоректальний анастомоз сформований у 186 (40,8%) хворих, колоанальний шляхом зведення — у 41 (9,0%), колоендоанальний — у 23 (5,1%), ілеоректальний — у 42 (9,2%), ілеоендоанальний — у 26 (5,7%), тонкокишково—ободовий — у 76 (16,7%), тонко—тонкокишковий — у 34 (7,4%), міжободовий — у 28 (6,1%).

Отже, переважали колоректальні анастомози, оскільки їх формували після найбільш частих радикальних операцій: передньої резекції прямої кишки, лівобічної геміколектомії, дистальної субтотальної резекції ободової кишки.

Колоанальний анастомоз шляхом зведення як вихід з ситуації використовували після транссфінктерної резекції прямої кишки та проктектомії або черевноанальної резекції, за відсутності можливості його формування з використанням іншого способу. Колоендоанальний анастомоз формували після наднизької передньої резекції прямої кишки; ілеоендоанальний — після колектомії з наднизькою передньою резекцією прямої кишки, мукозектомії; ілеоректальний — після колектомії та колектомії з резекцією прямої кишки; тонкокишково—ободовий — як правило, після правобічної

Радикальні операції, виконані у хворих

Операція	Кількість пацієнтів	
	абс.	%
Передня резекція прямої кишки	142	31,1
Транссфінктерна резекція прямої кишки, проктектомія	23	5,1
Черевноанальна резекція	20	4,4
Правобічна геміколектомія	64	14,0
Лівобічна геміколектомія	56	12,3
Резекція поперечної ободової кишки	14	3,0
Проксимальна субтотальна резекція ободової кишки	12	2,6
Дистальна субтотальна резекція ободової кишки	23	5,1
Резекція тонкої кишки	34	7,4
Колектомія	23	5,1
Колектомія, резекція прямої кишки	19	4,2
Колектомія, наднизька резекція прямої кишки, мукозектомія	26	5,7
Разом ...	456	100

геміколектомії, менш часто — після проксимальної субтотальної резекції товстої кишки; тонко—тонкокишковий та міжободовий — після сегментарної резекції тонкої та ободової кишки. Під час формування анастомозів перевагу віддавали сучасним зшивальним апаратам, які застосовані у 228 (50,0%) хворих. Менш часто — у 187 (41,0%) хворих, залежно від виду анастомозу, використовували ручний кишковий шов, у 41 (9,0%) пацієнта анастомози формували шляхом зведення кишкового трансплантата на ділянку промежини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Неспроможність швів анастомозів виникла у 3 (0,6%) оперованих хворих, в тому числі при використанні сучасних зшивальних апаратів — у 2 (0,4%), ручного кишкового шва — в 1 (0,2%).

У 2 (0,4%) пацієнтів відзначено неспроможність колоректального анастомозу, сформованого за допомогою циркулярного зшивального апарата. В одного з них, оперованого з приводу хронічного колостазу в стадії декомпенсації, виявлено неспроможність асцендоректального анастомозу внаслідок недостатнього прошивання металевими дужками відрізка висхідної ободової та потовщеного відрізка прямої кишки. Ускладнення супроводжувалось місцевим необмеженим перитонітом. Під час релапаротомії сформовано дивертивну петлю ілеостому, оскільки ділянка неспроможності шва була діаметром до 1 см. Здійснено санацію й дренажування порожнини малого таза. Ілеостома закрита через 4 міс після загоєння анастомозу з використанням місцевого досту-

пу. Ще в одного пацієнта неспроможність колоректального анастомозу спричинена супутніми захворюваннями, зокрема, генералізованим атеросклерозом, ішемічною хворобою серця, серцево—судинною недостатністю в стадії субкомпенсації, що недостатньо ефективно піддавалися медикаментозній корекції в ранньому післяопераційному періоді. Під час невідкладної релапаротомії анастомоз роз'єднаний у зв'язку з виникненням значної ділянки неспроможності лінії шва — на 1/3 його окружності, сформовані моноколостома та кукса прямої кишки. Після серії операцій планової санаційної релапаротомії досягнута одужання. Через 12 міс виконана вторинна відновна операція — формування десцендоректального анастомозу.

В одного пацієнта виникла неспроможність швів тонкокишково—ободового анастомозу після правобічної геміколектомії, виконаної з приводу мезентеріального тромбозу в басейні клубово—ободової артерії і, як наслідок, некрозу термінальної ділянки тонкої, сліпої та висхідної ободової кишки. Неспроможність шва спричинена рецидивом тромбозу і прогресуванням некрозу відрізків тонкої та ободової кишки в ділянці анастомозу. Під час релапаротомії анастомоз роз'єднаний, сформована двостовбурова ілео—колостома. Незважаючи на відповідне інтенсивне лікування, хворий помер внаслідок прогресування мезентеріального тромбозу, некрозу кишечнику та перитоніту.

Аналіз причин виникнення неспроможності швів міжкишкових анастомозів свідчив, що основною з них були тактичні помилки, допущені під час оперативного втручан-

ня, це неадекватна оцінка протипоказань до виконання первинного відновного етапу операції та факторів ризику виникнення ускладнення, що спричинило летальний наслідок.

Таким чином, впровадження розробленої хірургічної тактики при неспроможності швів міжкишкових анастомозів дозволяє прогнозувати виникнення ускладнення, визначити протипоказання до виконання первинного відновного етапу хірургічного втручання, застосувати цілеспрямовані заходи профілактики відповідно до факторів ризику на етапах передопераційної підготовки, виконання операції, а також в ранньому післяопераційному періоді.

ВИСНОВКИ

1. Найбільш частою причиною неспроможності швів міжкишкових анастомозів є тактичні помилки, допущені при визначенні протипоказань до виконання первинного відновного етапу хірургічного втручання.

2. Прогнозування й цілеспрямована профілактика неспроможності швів міжкишкових анастомозів, зокрема, диференційований підхід до вибору способу з'єднання відрізків кишечнику, типу міжкишкового анастомозу, його захисту сприяли зменшенню частоти виникнення ускладнення до 0,6%.

3. Своєчасна діагностика неспроможності швів міжкишкових анастомозів, встановлення залежності обсягу виконання невідкладної релапаротомії від особливостей виникнення та клінічного перебігу ускладнення забезпечили зменшення летальності до 0,2%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пойда А. И. Восстановительные и реконструктивно—восстановительные операции на толстой кишке / А. И. Пойда, В. М. Мельник. — К.: Изд. центр "Имидж Украины", 2014. — 368 с.
2. Шальков Ю. Л. Кишечные швы и анастомозы в хирургической практике / Ю. Л. Шальков, В. В. Леонов. — Х.: Коллегиум, 2008. — 192 с.
3. Redo coloanal anastomosis: a retrospective study of 66 patients / S. Pitel, J. H. Lefevre, E. Turet [et al.] // Ann. Surg. — 2012. — Vol. 256, N 5. — P. 806 — 811.
4. Пат. 35325 А Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб накладання однорядного евертованого кишкового шва / В. М. Мельник, О. І. Пойда, Л. Г. Заверний [та ін.] (Україна). — Заявл. 22.09.99; опубл. 15.03.01. Бюл. № 2.
5. Пат. 18994 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування колоендоанального анастомозу / В. М. Мельник, О. І. Пойда (Україна). — Заявл. 05.07.06; опубл. 15.11.06. Бюл. № 11.
6. Пат. 18993 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування ілеоендоанального анастомозу / О. І. Пойда, В. М. Мельник (Україна). — Заявл. 05.07.06; опубл. 15.11.06. Бюл. № 11.
7. Пат. 31092 А Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб визначення показань до релапаротомії при післяопераційному перитоніті / В. М. Мельник, О. І. Пойда, Л. Г. Заверний (Україна). — Заявл. 10.07.98; опубл. 29.03.2000. Бюл. № 2.
8. Пат. 82373 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб профілактики і лікування стриктури ілеоректального та колоректального анастомозів / О. І. Пойда, В. М. Мельник, О. Л. Орлов (Україна). — Заявл. 11.03.13; опубл. 25.07.13. Бюл. № 14.