ISSN 1818-5398 ■ Хірургія України.— 2016.— №4.— С. 55—60.

УДК 616.345-089.844-089.84-036.8-037-084

В. М. Мельник, Д. А. Хоруженко

Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця, Київ

ПРОГНОЗУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ ШВІВ АНАСТОМОЗІВ ПРИ ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ

Мета роботи — поліпшити результати хірургічного лікування хворих, оперованих з приводу захворювань товстої кишки шляхом вдосконалення методів прогнозування, цілеспрямованої профілактики та лікування неспроможності швів анастомозів.

Матеріали і методи. Розроблено методи прогнозування і профілактики, вдосконалено тактику лікування при неспроможності швів міжкишкових анастомозів після відновних операцій на товстій кишці. Суть методу прогнозування і профілактики полягає у визначенні чинників ризику виникнення зазначеного ускладнення та застосуванні цілеспрямованих профілактичних заходів, адекватних чинникам ризику. Вдосконалення тактики лікування полягає у виборі обсягу хірургічного втручання залежно від особливостей розташування міжкишкових анастомозів у черевній порожнині та клінічного перебігу ускладнення. З використанням запропонованого методу прооперовано 138 хворих з приводу захворювань товстої кишки.

Результати та обговорення. Застосування розроблених методів сприяло зменшенню частоти виникнення неспроможності швів анастомозів після операцій на товстій кишці до 2 (1,4 %) випадків, а післяопераційної летальності — до 1 (0,7 %). Поліпшення результатів хірургічного лікування досягнуто переважно за рахунок цілеспрямованих профілактичних заходів: механічного очищення товстої кишки, вибору методу формування міжкишкового анастомозу, способу з'єднання відрізків кишечника за допомогою сучасних циркулярних зшиваючих апаратів, розробленого однорядного евертованого кишкового шва, найбільш технічно складних колоендоанального та ілеоендоанального анастомозів, дислокації відрізків кишечника в інші анатомічні відділи черевної порожнини, формування протекторної ілеостоми або колостоми, корекція анемії, гіпопротеїнемії, реологічних властивостей крові та перфузії тканин.

Висновки. Обов'язковим етапом підготовки до виконання відновної операції на товстій кишці має бути прогнозування та цілеспрямована профілактика найтяжчого і небезпечного післяопераційного внутрішньочеревного ускладнення — неспроможності швів міжкишкових анастомозів. Використання запропонованого методу прогнозування виникнення неспроможності швів міжкишкових анастомозів після відновних операцій на товстій кишці, методів їх профілактики і вдосконалення тактики лікування сприяло зменшенню частоти виникнення зазначеного ускладнення до 2 (1,4 %) випадків, а післяопераційної летальності — до 1 (0,7 %).

■

Ключові слова: неспроможність швів міжкишкових анастомозів, прогнозування, профілактика, лікування.

Організаційні, а також тактичні положення хірургії товстої кишки, які передбачають своєчасну діагностику захворювання, спеціальну доопераційну підготовку, вибір показань і строків виконання операції, визначення обсягу радикального та відновного її етапів, прогнозування і профілактику післяопераційних ускладнень, значною мірою сприяють поліпшенню результатів хірургічного лікування. Однак ускладнення, зумовлені виконанням операцій на товстій кишці, виникають у 19—34 % оперованих хворих, неспроможність швів анастомозів — у 3,8—14,6 %, летальний наслідок — у 25,0—31,2 % [5—8]. З цих чинників, які впливають на результати хірургічного лікування, особливого значення надаємо прогнозуванню, цілеспрямованій профілактиці та лікуванню неспроможності швів анастомозів після відновних операцій на товстій кишці як найбільш частому і тяжкому ускладненню, яке створює небезпеку для життя оперованого пацієнта. Прогнозування неспроможності швів анастомозів розглядаємо як обов'язковий етап доопераційної підготовки, який

Мельник Володимир Михайлович, д. мед. н., доцент кафедри хірургії № 1
E-mail: qwerasd.v@ukr.net

© В. М. Мельник, Д. А. Хоруженко, 2016

Стаття надійшла до редакції 30 жовтня 2016 р.

дає змогу з високим ступенем імовірності визначити ризик його виникнення. У зв'язку з цим прогнозування здійснюємо на етапі планування операції з урахуванням найінформативніших критеріїв: стадії основного захворювання, наявних його ускладнень, ступеня вираженості супутніх захворювань, обсягу радикального етапу операції, умов його виконання, зокрема, конституційних особливостей пацієнта, наявного ожиріння, злукового процесу між органами черевної порожнини, дислокованих анатомічних відділів кишечника внаслідок раніше виконаних операцій та інших чинників. Це дає змогу визначити ступінь ризику виникнення ускладнень, зокрема неспроможності швів анастомозів, розробити на підставі цього систему відповідних профілактичних заходів.

Розроблені системи прогнозування (APACHE, SAPS, SOFA, Манхеймера та ін.) використовують для оцінки різних станів, ступеня тяжкості хворих при деяких захворюваннях, ризику виникнення післяопераційної летальності. Більшість з них ґрунтуються на бальній оцінці чинників ризику, що ускладнює вибір цілеспрямованих профілактичних заходів. Чинники ризику виникнення неспроможності швів анастомозів після операцій на товстій кишці не з'ясовано. Потребують удосконалення цілеспрямовані методи профілактики та лікування.

Мета роботи — поліпшити результати хірургічного лікування хворих, оперованих з приводу захворювань товстої кишки шляхом вдосконалення методів прогнозування, цілеспрямованої профілактики і лікування неспроможності швів анастомозів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Першим етапом проводили аналіз та оцінку чинників ризику виникнення ускладнення, другим — розробляли програму профілактичних заходів, третім — реалізували цю програму шляхом застосування відповідних методів профілактики в доопераційний період, під час виконання операції та в післяопераційний період.

Залежно від особливостей хірургічного втручання під час та після його виконання іноді обґрунтовано вносили відповідні зміни і доповнення до прийнятої для конкретного хворого програми прогнозування неспроможності швів анастомозу та методів його профілактики.

Чинники ризику неспроможності швів анастомозів після операцій на товстій кишці:

- формування міжкишкових анастомозів за наявної хронічної компенсованої або субкомпенсованої обтураційної непрохідності товстої кишки, особливо пухлинного генезу;
- обширна мобілізація товстої кишки з перетинанням магістральних судин, дислокація її відрізків у інші анатомічні відділи черевної порожнини;
- нестійка гемодинаміка, схильність до гіпотонії під час і після формування анастомозу;
- значний об'єм крововтрати (до 1000 мл і більше) під час радикального етапу операції з порушенням показників гемодинаміки;
- формування співустя за наявної анемії;
- технічні труднощі формування співустя;
- формування найбільш технічно складних ілеоректального, низького колоректального, ілеоанального, колоанального анастомозів.

Слід пам'ятати, що кожен із зазначених чинників ризику в більшості випадків може бути підставою для відмови від формування анастомозу. Однак достатній досвід виконання відновних операцій на товстій кишці, адекватне анестезіологічне та медикаментозне забезпечення, обґрунтоване прагнення до первинного відновлення безперервності кишечника дають підставу для формування співустя за наявних чинників ризику. Саме в цьому випадку необхідно використовувати цілеспрямовані адекватні методи профілактики.

Інтерпретація окремих чинників ризику дає змогу відзначити, що технічні труднощі формування співустя можуть негативно вплинути на якість накладання кишкового шва. Особливо це стосується найбільш технічно складних у виконанні низьких колоректальних, ілеоректальних, ручних колоанальних, ілеоанальних анастомозів. Прогнозування недостатності швів колоректального або ілеоректального анастомозів ґрунтується на невідповідності діаметрів відрізків тонкої та ободової кишок діаметру відрізка прямої кишки. Суттєвим чинником ризику неспроможності ілеоанального і колоанального анастомозів є значна невідповідність товщини стінки відрізка тонкої або ободової кишки та стінки відрізка хірургічного анального каналу — «аноректального м'язового кільця». Це ускладнює адекватне прошивання тканин, а наступний ранній транзит вмісту крізь анастомоз призводить до надмірного навантаження на лінію шва, що створює високий ризик його неспроможності.

Основу патогенетичних змін більшості чинників ризику створюють порушення кровопостачання, мікроциркуляції стінки товстої кишки, які негативно впливають на перебіг процесів загоєння. Це пов'язано з додатковою травмою стінки кишки, зумовленою мобілізацією, перев'язкою магістральних судин, перетинанням та зшиванням відрізків товстої кишки, порушенням судинної і нервової трофіки, які вже були «скомпрометовані» основним захворюванням, його ускладненнями, віковими особливостями артеріального русла у пацієнтів похилого віку. Виконання операції в умовах анемії, наслідком якої є гіпоксія тканин стінки кишки, також негативно впливає на репаративні процеси в ділянці кишкового шва.

Прогнозування неспроможності швів міжкишкових анастомозів відповідно до наведеного методу значною мірою визначає програму профілактики зазначеного ускладнення, методи якої числен-

ні, що вказує на доцільність застосування диференційованого підходу до їх вибору.

У цілому методи профілактики неспроможності швів міжкишкових анастомозів передбачають використання таких заходів:

· доопераційна механічна очистка товстої кишки;

· інтраопераційний лаваж товстої кишки;

· забезпечення умов для ліквідації натягу ділянки анастомозу:

· більш досконалих методів з'єднання відрізків кишки: сучасних зшиваючих апаратів, однорядного евертованого кишкового шва;

· більш досконалих способів формування технічно складних у виконанні ілеоендоанального або колоендоанального анастомозів;

· методів «захисту» анастомозу: декомпресивної інтубації початкових відділів тонкої кишки, формування протекторних ілеостоми або колостоми, охоронний харчовий режим у ранній післяопераційний період для створення фізіологічного спокою в ділянці анастомозу;

· заходів, спрямованих на поліпшення репаративних процесів у ділянці зрощення: реологічних властивостей крові, перфузії тканин, корекції анемії та гіпопротеїнемії.

Доопераційна механічна очистка товстої кишки з використанням сучасних фармакологічних засобів («Фортансу», «Ендофальку», «Пікопрепу») — ефективний метод профілактики неспроможності швів міжкишкового анастомозу. Проте використання цього методу часто протипоказане за наявності ускладнень основного захворювання, зокрема непрохідності кишечника.

Проблемним залишається питання про доцільність інтраопераційного механічного очищення товстої кишки, оскільки це складна, травматична і у зв'язку з цим небезпечна маніпуляція, виконання якої потребує значних витрат часу, із сумнівними гарантіями, особливо за наявних мікроциркуляторних розладів стінки кишки. У такому випадку слід провести оцінку ступеня ризику зазначеної маніпуляції, порівнявши з доцільністю виконання первинної відновної операції. У разі прийняття рішення про можливість виконання первинної відновної операції за наявних чинників ризику неспроможності швів міжкишкового анастомозу необхідно використовувати ефективні методи його «захисту», які зводять до мінімуму ризик виникнення ускладнення. Один із таких заходів — забезпечення відсутності натягу між привідним та відвідним відрізками кишкового каналу, які підлягають з'єднанню, шляхом мобілізації цих відрізків. Формування найбільш технічно складного ілеоанального анастомозу для забезпечення відсутності натягу відрізка тонкої кишки потребує не лише мобілізації, а і дислокації всього тонкокишкового трансплантата в напрямку порожнини малого таза. У зв'язку з цим розроблено спосіб дислокації тонкокишкового трансплантата в порожнину малого таза [3], який передбачає мобілізацію брижі тонкої кишки шляхом перетинання перехідного листка очеревини по периметру до рівня відгалуження верхньої брижової артерії від черевного ствола. Це в більшості випадків забезпечувало достатню мобільність тонкокишкового трансплантата і дислокацію відрізка тонкої кишки в порожнину малого таза, що запобігало натягу ділянки ілеоанального анастомозу.

Важливе значення для профілактики неспроможності швів анастомозів має вибір оптимального способу їх накладання. Так, при формуванні анастомозу за допомогою класичного дворядного ручного кишкового шва виникає його звуження. Це призводить до підвищення тиску в ділянці анастомозу та в просвіті проксимальніше розташованої кишки, що створює загрозу виникнення неспроможності шва. У зв'язку з цим при формуванні міжкишкових анастомозів доцільно та обґрунтовано використовувати однорядний евертований шов, а також сучасні зшиваючі апарати. Ми розробили і часто використовуємо спосіб накладання однорядного евертованого кишкового шва [1], суть якого полягає в сполученні країв відрізків кишки за принципом «рана до рани» за типом прецизійної адаптації з одночасною перитонізацією лінії шва та еверсією валика анастомозу назовні в бік вільної черевної порожнини. Застосування однорядного евертованого кишкового шва не зменшує діаметр просвіту співустя через відсутність його валика в просвіті кишки. Це запобігає підвищенню тиску, сприяє поліпшенню репаративних процесів у ділянці анастомозу та, відповідно, виникненню неспроможності його швів.

Ручний кишковий шов використовуємо при формуванні тонко-тонкокишкового, тонкокишково-ободового, міжободового анастомозів. Зазначені анастомози за допомогою сучасних зшиваючих апаратів формувати недоцільно у зв'язку з необхідністю введення картриджа апарата в просвіт кишки крізь окремий отвір її стінки, який зашивають ручним кишковим швом. Близьке розташування механічного і ручного шва створює додатковий ризик неспроможності кожного з них у зв'язку з порушенням транзиту кишкового вмісту та ішемічними змінами стінки кишки в ділянці накладених швів.

Ручному кишковому шву також віддаємо перевагу при формуванні колоендоанального [2] та ілеоендоанального анастомозу [4]. Особливість техніки формування цих анастомозів полягає в евагінації відрізка хірургічного анального каналу на ділянку промежини, виконанні мукозектомії до зубчастої лінії, ендоанальному розташуванні відрізка тонкої або товстої кишки, зшиванні цих відрізків з анальним каналом на двох рівнях. Перший рівень швів накладаємо між краєм зрізу анального каналу та стінкою ендоанально розташованого

відрізка кишки, другий рівень — між краєм відрізка зазначеної кишки та стінкою анального каналу на рівні зубчастої лінії. Ендоанальне розташування відрізків тонкої або товстої кишок, формування анастомозів на двох рівнях збільшує площу анастомозування та сприяє неускладненому перебігу процесів загоєння.

Використання циркулярних зшиваючих апаратів при формуванні зазначених ілеоанального та колоанального анастомозів вважаємо недоцільним, оскільки за цих обставин існує необхідність у виконанні технічно складного прийому — інтерсфінктерної мобілізації прямої кишки з наступним зшиванням відрізка тонкої або ободової кишки з потовщеною стінкою відрізка анального каналу. Зазначені чинники створюють технічні труднощі формування анастомозу та високий ризик неспроможності його швів. Колоанальний анастомоз шляхом зведення трансплантата на ділянку промежини використовуємо вкрай рідко, лише за відсутності умов використання альтернативних варіантів його формування з технічних причин. Відмова від широкого використання зведення кишкового трансплантата на промежину при формуванні колоанального анастомозу зумовлена частими незадовільними функціональними результатами, зокрема порушенням функції анального тримання внаслідок статичного навантаження стінок трансплантата та його брижі на м'язові структури сфінктерів прямої кишки.

Сучасні циркулярні зшиваючі апарати використовуємо лише для формування колоректальних та ілеоректальних анастомозів шляхом трансанального введення картриджа апарата. Застосування зшивачів у хірургії товстої кишки спрощує техніку формування низьких колоректальних анастомозів, сприяє збільшенню механічної міцності кишкового шва за рахунок стандартизації його накладання.

Формування протекторної ілеостоми або колостоми, охоронний харчовий режим у ранній післяопераційний період — методи профілактики, які спрямовані на створення «функціонального спокою» для сформованого анастомозу шляхом зменшення або запобігання підвищенню тиску в ділянці його локалізації за рахунок тимчасового зменшення або припинення транзиту кишкового вмісту.

Оптимізація репаративних процесів шляхом корекції реологічних властивостей крові, мікроциркуляції, перфузії тканин, корекції анемії та гіпопротеїнемії — методи профілактики, які використовували в ранній післяопераційний період. Вони поліпшували трофіку тканин відрізків кишечника в ділянці зрощення.

Лікувальна тактика при виникненні неспроможності швів анастомозу залежала від клінічного перебігу ускладнення, наявності перитоніту, локалізації анастомозу в черевній порожнині, розмірів ділянки неспроможності кишкового шва. При внутрішньочеревній локалізації тонкокишково-ободового та міжободового анастомозів за наявного поширеного перитоніту анастомоз роз'єднували, формували двостовбурову ілеоколостому або колостому. У разі значних технічних труднощів виведення двостовбурової стоми, а також неспроможності ілеоректального та колоректального анастомозів формували термінальну ілео-, колостому та куксу прямої кишки. Подальше лікування полягало у виконанні планових санаційних релапаротомій. Останнім часом у клініці для лікування поширеного перитоніту використовують метод VAC-терапії, який передбачає тимчасову герметизацію черевної порожнини, створення в ній негативного тиску та активну аспірацію патологічного вмісту за допомогою вакуумних систем (Vacuum-assisted closure). При незначному дефекті ділянки ілеоректального або колоректального анастомозів, за відсутності поширеного перитоніту ділянку неспроможності лінії шва «від'єднували» петльовою ілео-, колостомою. Черевну порожнину в ділянці анастомозу дренували для проведення фракційного або проточного діалізу. За наявного інфільтрату ділянки анастомозу пацієнтів лікували консервативно. Використовували антибіотикотерапію, протизапальну терапію, фізіотерапевтичні методи лікування, зокрема компреси з препаратами місцевої протизапальної дії.

Лікування пацієнта після ліквідації перитоніту було спрямоване на забезпечення його реабілітації. Воно полягало в ліквідації кишкової стоми передньої черевної стінки. При цьому протекторну петльову ілео-, колостому, «закривали» шляхом формування анастомозу на 3/4 за Р. А. Мельниковим з місцевого доступу через 6—8 міс після завершення стаціонарного лікування та загоєння анастомозу. У пацієнтів після роз'єднання анастомозу, формування проксимальної моноілео-, колостоми та кукси прямої кишки виконували вторинну відновну операцію через 10—12 міс, яка полягала у формуванні ілеоректального або колоректального анастомозів.

У клініці кафедри хірургії № 1 за період з 2011 до 2015 р. з приводу захворювань товстої кишки з виконанням відновного етапу операції прооперовано 138 хворих, з них 73 (52,9 %) чоловіків і 65 (47,1 %) жінок. Вік пацієнтів — від 18 до 93 років (середній вік — (59,4 ± 17,3) року). У кожного з них при плануванні відновного етапу операції використовували метод прогнозування неспроможності швів анастомозів. Відповідно до виявлених чинників ризику застосовували цілеспрямовані профілактичні заходи. Прогнозування та профілактику неспроможності швів міжкишкових анастомозів розглядали як обов'язкову складову доопераційної підготовки.

Найбільшу кількість пацієнтів проперовано з приводу раку товстої кишки — 94 (68,1 %), значно менше — з приводу виразкового коліту, хвороби

Крона товстої кишки, сімейного аденоматозного поліпозу, дивертикулярної хвороби товстої кишки, хронічного декомпенсованого колостазу, тромбозу мезентеріальних судин. Відповідно до діагнозу основного захворювання з радикальних операцій переважно виконували передню резекцію прямої кишки — у 49 (35,6 %) хворих, рідше — черевно-анальну резекцію, правобічну, лівобічну геміколектомію, субтотальну дистальну резекцію ободової кишки, колектомію, колектомію з передньою резекцією прямої кишки. Переважно формували колоректальні анастомози, рідше — тонкокишково-ободові, ілеоректальні, ілеоанальні, колоанальні.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У ранній післяопераційний період неспроможність швів анастомозів виникла у 2 (1,4 %) пацієнтів, з них неспроможність тонкокишково-ободового анастомозу — в 1 (0,7 %) пацієнта після правобічної геміколектомії, виконаної з приводу некрозу термінальної ділянки тонкої кишки, сліпої, висхідної і частини поперечної ободової кишок унаслідок тромбозу в басейні клубово-ободової артерії. Причиною неспроможності було прогресування некрозу відрізків кишечника в ділянці анастомозу. Під час невідкладної релапаротомії анастомоз було роз'єднано, виконано резекцію некротично змінених привідного та відвідного відрізків, сформовано двостовбурову ілеотрансверзостому. Внаслідок прогресування перитоніту, незважаючи на відповідні лікувальні заходи, зокрема планові санаційні релапаротомії, пацієнт помер. В іншого пацієнта виникла неспроможність асцендоректального анастомозу після дистальної субтотальної резекції товстої кишки, виконаної з приводу хронічного декомпенсованого колостазу. Ускладнення виникло внаслідок недостатнього прошивання анастомозованих відрізків дужками циркулярного зшиваючого апарату крізь потовщену стінку кукси прямої кишки. Ускладнення супроводжувалося місцевим необмеженим перитонітом, тому під час екстреної релапаротомії сформовано петльову протекторну ілеостому, проведено санацію і дренування порожнини малого таза. Для ліквідації перитоніту виконано дві регіональні планові санаційні релапаротомії. Ілеостому «закрито» з місцевого доступу через 4 міс після її формування та загоєння асцендоректального анастомозу.

Таким чином, зменшенню частоти виникнення неспроможності швів анастомозів і зумовленої нею післяопераційної летальності після відновних операцій на товстій кишці значною мірою сприяли прогнозування, цілеспрямована профілактика і вдосконалення тактики лікування зазначеного ускладнення. Основними заходами профілактики в доопераційний період були механічне очищення товстої кишки; під час виконання відновного етапу хірургічного втручання — вибір методу формування міжкишкового анастомозу, способу з'єднання відрізків кишечника за допомогою сучасних циркулярних зшиваючих апаратів, розробленого однорядного евертованого кишкового шва, найбільш технічно складних колоендоанального та ілеоендоанального анастомозів, дислокації відрізків кишечника в інші анатомічні відділи черевної порожнини, формування протекторної ілеостоми або колостоми; в післяопераційний період — корекція анемії, гіпопротеїнемії, реологічних властивостей крові та перфузії тканин.

ВИСНОВКИ

Обов'язковим етапом підготовки до виконання відновної операції на товстій кишці має бути прогнозування та цілеспрямована профілактика найбільш тяжкого і небезпечного післяопераційного внутрішньочеревного ускладнення — неспроможності швів міжкишкових анастомозів.

Використання запропонованого методу прогнозування виникнення неспроможності швів міжкишкових анастомозів після відновних операцій на товстій кишці, методів їх профілактики, вдосконалення тактики лікування сприяло зменшенню частоти виникнення зазначеного ускладнення до 2 (1,4 %) випадків, післяопераційної летальності — до 1 (0,7 %).

Конфлікта інтересів немає.
Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, написання тексту та редагування — В. М.; збір і опрацювання матеріалу — Д.Х.

Література

1. Патент 35325 А Україна. МПК А 61 В 17/00. Спосіб накладання однорядного евертованого кишкового шва / В. М. Мельник, О. І. Пойда, Л. Г. Заверний, М. П. Ковальський, Ф. Г. Ткаченко. (Україна). — Заявл. 22.09.99; Опубл. 15.03.01 // Бюл. № 2.
2. Патент 18994 Україна. МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування колоендоанального анастомозу / В. М. Мельник, О. І. Пойда (Україна). — Заявл. 5.07.06; Опубл. 15.11.06. // Бюл. № 11.
3. Патент 71956 Україна. МПК А 61 В 17/00. Спосіб дислокації тонкокишкового трансплантата в порожнину малого таза / В. М. Мельник, О. І. Пойда (Україна). — Заявл. 30.03.12; Опубл. 25.07.12. // Бюл. № 14.
4. Патент 18993 Україна. МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування ілеоендоанального анастомозу / О. І. Пойда, В. М. Мельник (Україна). — Заявл. 5.07.06; Опубл. 15.11.06. // Бюл. № 11.
5. Пойда А. И., Мельник В. М. Восстановительные и реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке. — К.: Имидж Украины, 2014. — 368 с.

6. Шальков Ю. Л., Леонов В. В. Кишечные швы и анастомозы в хирургической практике. — Харьков: Коллегиум, 2008. — 192 с.
7. Pitel S., Lefèvre J. H., Tiret E. et al. Redo coloanal anastomosis: a retrospective study of 66 patients // Ann. Surg. — 2012. — Vol. 256 (5). — P. 806—811.
8. Sharonne de Z., Usama A. A., Rogier A. R. et al. Update of complications and functional outcome of the ileo-pouch anal anastomosis: overview of evidence and meta-analysis of 96 observational studies // Int. J. Colorectal Dis. — 2012. — N 27. — P. 843—853.

В. М. Мельник, Д. А. Хоруженко
Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Цель работы — улучшить результаты хирургического лечения больных, оперированных по поводу заболеваний толстой кишки путем совершенствования методов прогнозирования, целенаправленной профилактики и лечения несостоятельности швов анастомозов.

Материалы и методы. Разработаны методы прогнозирования и профилактики, усовершенствована тактика лечения при несостоятельности швов межкишечных анастомозов после восстановительных операций на толстой кишке. Суть метода прогнозирования и профилактики заключается в определении факторов риска возникновения упомянутого осложнения и применении целенаправленных профилактических мероприятий, адекватных факторам риска. Усовершенствование тактики лечения заключалось в выборе объема хирургического вмешательства в зависимости от особенностей расположения межкишечных анастомозов в брюшной полости и клинического течения осложнения. С использованием предложенного метода прооперировано 138 больных по поводу заболеваний толстой кишки.

Результаты и обсуждение. Использование разработанных методов способствовало уменьшению частоты возникновения несостоятельности швов анастомозов после операций на толстой кишке до 2 (1,4 %) случаев, а послеоперационной летальности — до 1 (0,7 %). Улучшение результатов хирургического лечения достигнуто в основном за счет целенаправленных профилактических мероприятий: механической очистки толстой кишки, выбора метода формирования межкишечного анастомоза, способа соединения отрезков кишечника с помощью современных циркулярных сшивающих аппаратов, разработанного однорядного эвертированного кишечного шва, наиболее технически сложных колоэндоанального и илеоэндоанального анастомозов, дислокации отрезков кишечника в другие анатомические отделы брюшной полости, формирования протекторной илеостомы или колостомы, коррекции анемии, гипопротеинемии, реологических свойств крови и перфузии тканей.

Выводы. Обязательным этапом подготовки к выполнению восстановительной операции на толстой кишке должно быть прогнозирование и целенаправленная профилактика наиболее тяжелого и опасного послеоперационного внутрибрюшного осложнения — несостоятельности швов межкишечных анастомозов. Использование предложенного метода прогнозирования возникновения несостоятельности швов межкишечных анастомозов после восстановительных операций на толстой кишке, методов их профилактики, совершенствование тактики лечения способствовало уменьшению частоты возникновения упомянутого осложнения до 2 (1,4 %) случаев, а послеоперационной летальности — до 1 (0,7 %).

Ключевые слова: несостоятельность швов межкишечных анастомозов, прогнозирование, профилактика, лечение.

V. M. Melnik, D. A. Khoruzhenko
O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

PREDICTION, PREVENTION AND TREATMENT OF COLONIC ANASTOMOTIC LEAK IN RESTORATIVE SURGERY

The aim — to improve the surgical treatment results in patients with colon diseases by prediction methods improvement, targeted prevention and anastomotic leak treatment.

Materials and methods. A prediction and prevention method were developed, treatment strategy for anastomotic leak after colonic reconstructive surgeries was improved. The method of prediction and prevention is based on determining complications risk factors and targeted preventive measures adequate to specified risk factors application. Treatment strategy improvement included the surgical intervention choice depending on the particular intestinal anastomosis location in the abdominal cavity and the clinical course of complications. With the implementation of this method there has been operated 138 patients with colon diseases.

Results and discussion. Developed methods helped to reduce the frequency of anastomosis sutures failure after colonic operations to 2 (1.4 %) and postoperative mortality to 1 (0.7 %). Improved surgical results achieved mainly through targeted preventive measures: mechanical cleaning of the colon, the selection of the intestinal anastomosis formation method, bowel segments join type with modern circular staplers, designed single-row everted intestinal suture, the most technically complicated colon-endoanal and ileo-endoanal anastomoses, bowel segments dislocation in other anatomical abdominal parts, protective ileostomy or colostomy forming, correction of anemia, hypoproteinemia, rheological blood properties and tissue perfusion.

Conclusions. The essential pre-operative stage for recovery colonic surgery should be targeted forecasting and prevention of the most difficult and dangerous postoperative intra-abdominal complications — intestinal anastomosis suture failure. This prognostic method of colonic anastomotic leak after restorative operations, prevention methods, improved treatment strategies helped to reduce the incidence of these complications to 2 (1.4 %) and postoperative mortality to 1 (0.7 %).

Key words: colonic anastomotic leak, prediction, prevention, treatment.