



Д. А. Евтушенко

ГУ «Институт общей  
и неотложной хирургии  
им. В. Т. Зайцева НАМН  
Украины», г. Харьков

© Евтушенко Д. А.

## ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ЭТАПОВ У БОЛЬНЫХ С ТОЛСТОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ НА ФОНЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

**Резюме.** В основной группе прооперировано 119 (49,6 %) больных по поводу абдоминальной патологии на фоне СББ с использованием разработанных методик лечения и профилактики СББ. В группе сравнения прооперировано 121 (50,4 %) больной по поводу абдоминальной патологии на фоне СББ с использованием традиционных методик. Лечение больных с абдоминальной патологией на фоне СББ с применением разработанных подходов профилактики спаечного процесса в раннем послеоперационном периоде позволило сократить послеоперационный койко-день; уменьшить риск развития ранней ОКН до 0,8 %, несостоятельность анастомоза развилась – до 1,7 %, снизить послеоперационную летальность до 0,8 %. В отдаленном послеоперационном периоде частота болевого синдрома снижена с до 3,2 %, нарушения пассажа по ЖКТ до 2,4 %, исключить риск повторных оперативных вмешательств.

**Ключевые слова:** спаечная болезнь брюшины, профилактика спаечного процесса.

### Введение

По данным литературы, у 55-70 % пациентов, после абдоминального хирургического вмешательства развивается спаечный процесс в брюшной полости, который способен привести к такому грозному осложнению, как острая спаечная кишечная непроходимость [3, 4]. Послеоперационная летальность при неблагоприятном течении острой спаечной кишечной непроходимости достигает 16-25 % [2, 6].

Сложной задачей в клинике является профилактика рецидива острой спаечной кишечной непроходимости, который достигает 60-70 %. Набирает темп распространения в хирургической практике применения фармакологических методов, основанных на использовании различных химических соединений и барьеров [1, 7].

Существует необходимость определения в предоперационном периоде специфических маркеров для выявления группы пациентов, склонных к развитию спаечной болезни брюшины и проведения профилактических интраоперационных мероприятий [5].

Перспективным направлением в решении этой проблемы является внедрение и совершенствование методик своевременной диагностики склонности к спаечной болезни брюшины; выбор оптимальных способов для проведения медикаментозной и хирургической коррекции проявлений спаечной болезни брюшины; разработка новых и совершенствование известных способов оперативных вмешательств при спаечной болезни брюшины;

своевременная и патогенетически обусловленная терапия в пред- и послеоперационном периодах; разработка алгоритма характеризует эффективность лечения больных спаечной болезнью брюшины.

### Материалы и методы исследований

В основной группе прооперировано 119 (49,6 %) больных по поводу абдоминальной патологии на фоне СББ с использованием разработанных методик лечения и профилактики СББ. В группе сравнения прооперировано 121 (50,4 %) больной по поводу абдоминальной патологии на фоне СББ с использованием традиционных методик. Для проведения восстановительной операции все больные поступали в плановом порядке в удовлетворительном состоянии. Диагностический алгоритм проведен в соответствии со стандартами обследования больных с кишечными свищами. Для выбора доступа обращали внимание на расположение, подвижность приводящего и отводящего сегментов кишечника. Выполняли компьютерную томографию для определения локализации вшитой механическим швом культи кишки в брюшной полости и ее проекции на переднюю брюшную стенку с целью выбора доступа у 17 (9,2 %) больных.

Свищи были разного уровня: сигмостомы – у 89 (48,1 %) больных, десцендостомы – у 77 (41,6 %), двустольные стомы – у 19 (10,3 %). Распределение больных в зависимости от вида восстановительной операции представлено в табл. 1.

Распределение больных в зависимости от вида восстановительной операции по группам

Вид восстановительной операции	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	отн., %	абс.	отн., %	абс.	отн., %
Десцендоректоанастомоз	36	19,5	41	22,2	77	41,6
Сигморектоанастомоз	44	23,8	45	24,3	89	48,1
Межкишечный анастомоз (внебрюшинный доступ)	11	5,9	8	4,3	19	10,3
Итого	91	49,2	94	50,8	185	100

Восстановительные операции выполнены после первичных вмешательств через 4-6 мес. у 98 больных (53,0 %), 7-12 мес. — у 68 (36,7 %) пациентов и более 1 года — у 19 (10,3 %).

Срединным доступом оперированы 122 (67,0 %) пациента и парастомическим — 44 (23,8 %). При срединной лапаротомии, как показали измерения, приводящий и отводящий сегменты кишки находились в стороне от раны, удовлетворительные условия выполнения восстановительного этапа достигались за счет увеличения ее. Размер срединной раны составлял  $(18,5 \pm 3,5)$  см.

Продолжительность операции, выполненной из срединной лапаротомии, составила  $(163,34 \pm 8,2)$  минут, продолжительность этапа рассечение спаек —  $(58,2 \pm 10,04)$  минут. У 7 больных (3,8 %) во время операции при разъединении спаек была перфорированная стенка тонкой кишки. У 2 (1,1 %) пациентов резецированная петля кишки с перфорацией и наложен анастомоз, 5 (2,7 %) — выполнено ушивание раны кишечной стенки. У 12 (6,5 %) больных повреждения стенки были в пределах серозного и мышечного слоев. После операции стойкая перистальтика появилась через  $(3,24 \pm 0,25)$  суток, отхождение газов —  $(4,15 \pm 0,30)$ , первый стул —  $(4,68 \pm 0,33)$  суток.

При парастомическом доступе после иссечения свища рана расширялась в направлении заглушенной кишки по типу одного из стандартных оперативных доступов до появления в зоне визуального контроля. Приводящий и отводящий сегменты кишки находились в центре раны, средний размер ее составил  $(11,35 \pm 0,5)$  см. Операции продолжались  $(124 \pm 9,64)$  минут, время висцеролиза —  $(38,34 \pm 3,6)$  минут (табл. 2)

Таблица 2

**Особенности оперативных вмешательств при различных доступах**

Характеристика оперативных доступов	лапаротомный доступ	парастомический доступ
Длина раны, см	$18,5 \pm 3,5$	$11,35 \pm 0,5$
Время операции, мин.	$163,34 \pm 8,2$	$124 \pm 9,64$
Время висцеролиза, мин.	$58,2 \pm 10,04$	$38,34 \pm 3,6$

Вскрытие просвета кишки было у 3 (1,6 %) больных, дефект был ушит. У 9 (4,7 %) человек был поврежден серозомышечный слой стенки кишки. В послеоперационном периоде пери-

стальтика восстановилась через  $(1,58 \pm 0,12)$  суток, газы отошли через  $(2,18 \pm 0,12)$  и стул —  $(3,56 \pm 0,24)$  суток.

В ходе исследования особенностей спайкообразования у больных с колостомами выявлено, что спайки возникли у всех больных, которым сформирован свищ, что связано с вскрытием просвета кишки, травматичностью тканей брюшной полости при операциях на кишечнике. Выраженный спаечный процесс в области срединного рубца был у 74 (40,0 %), культы кишки — у 61 (33,0 %) и колостомы у 50 (27,0 %) больных (рис.).



Рис. Распределение больных с кишечными свищами по выраженности спаечного процесса в зависимости от локализации

В области срединного рубца преобладали висцеро-париетальные спайки, которые фиксировали петли кишки, сальник к прилегающей передней брюшной стенке. В области стомы и культы заглушенной кишки встречались чаще висцеро-висцеральные спайки. Сращения между передней брюшной стенкой и внутренними органами возникали в месте установки дренажей. Вокруг культы заглушенной кишки спайки различной формы образовывали конгломерат из сальника, петель кишечника, культы брыжейки. В связи со спаечным процессом технические трудности чаще возникали при выделении культы заглушенной кишки, чем стомы.

У 27 (14,6 %) больных для восстановительной операции было достаточно мобилизовать от спаек приводящий и отводящий сегменты кишки, можно было выполнить из парастомического доступа.

Парастомический доступ применялся при локализации стомы и культы заглушенной



кишки в одной или соседних анатомических участках брюшной полости. Случаев конверсии парастомического доступа на срединную лапаротомию не было.

Продолжительность оперативного вмешательства в значительной степени зависела от времени рассечения спаек, которое при срединном и парастомическом доступах достоверно отличается. При срединном доступе иссекали послеоперационный срединный рубец, выполняли висцеролиз для подхода к приводящему и отводящему сегменту кишки, находящихся вне апертуры раны, и только после этого этапа длительность операции совпадала при обоих доступах: выделение свища и культы кишки из спаек, их сопоставления и наложения анастомоза. Кроме того, размеры срединной раны превышают длину парастомической, в связи с чем необходимо дополнительное время на выделение ее краев от спаек.

#### Результаты исследования и их обсуждения

Двигательная функция кишечника восстанавливалась на 1,0-1,5 сутки раньше у больных, прооперированных с использованием парастомического доступа. Это связано с минимизацией травматизации проксимальной и дистальной культы кишки и предотвращением излишней травматизации других органов брюшной полости благодаря локальному висцеролизу.

С целью восстановления целостности кишечника после наложения двухствольной колостомы разработана методика внебрюшинного восстановительного этапа с использованием циркулярного сшивающего аппарата (Патент Украины № 87732).

После внебрюшинной мобилизации участков приводящего и отводящего сегментов кишки и отсечения краев кишки, несущих зону стомы в пределах здоровых тканей, которые сшивались в зоне планируемого межкишечного анастомоза серо-серозными узловыми швами, после чего в отводящий сегмент кишки мы вводили циркулярносшивающий аппарат а в приводящий сегмент кишки на выведенный в него наконечник аппарата надевали упорную головку аппарата и прошивали. Извлекали аппарат через отводящий сегмент кишки. Свободные края сегментов кишки сшивали линейным сшивающим аппаратом.

С целью выполнения восстановительных операций на кишечнике упорную головку циркулярного сшивающего аппарата фиксировали в приводящий сегмент толстой кишки с помощью кисетного шва, пластину Тахокомба укладывали на упорную головку, через задний проход вводили циркулярный сшивающий аппарат в дистальный сегмент кишки,

прошитый ранее, выкручивали наконечник, насаживали упорную головку и прошивали вместе оба сегмента кишки (Патент Украины № 59425).

Удаляли аппарат из просвета кишки. Заходили трансанально зонд с целью декомпрессии. Линию швов покрывали извне второй пластиной Тахокомба для дополнительной изоляции зоны швов, обеспечивающей изоляцию зоны анастомоза от брюшины при технической невозможности восстановления целостности брюшины, которую использовали для экстраперитонизации толстокишечного анастомоза (Патент Украины № 59427).

Таким образом, спаечная болезнь брюшины обнаружена у всех больных, которым сформирован кишечный свищ, что связано с вскрытием просвета кишки, травматичностью тканей брюшной полости при операциях на кишечнике. Выраженный спаечный процесс обнаружен в зоне послеоперационного рубца и дистальной культы кишки, меньшую плотность спаек выявлено в парастомической области. Восстановительные операции на кишечнике с использованием парастомического доступа минимизирует травматизацию проксимальной и дистальной части культы кишки, предотвращает избыточную травматизацию других органов брюшной полости благодаря локальному висцеролизу.

Восстановление перистальтики в основной группе наблюдали на 2-3 послеоперационные сутки, газы начали отходить на 3-4 послеоперационные сутки, стул был на 3-4 послеоперационные сутки. Восстановление перистальтики в группе сравнения наблюдали на 3-4 послеоперационные сутки, газы начали отходить на 4-5 послеоперационные сутки, стул был на 4-5 послеоперационные сутки.

Средний послеоперационный койко-день в основной группе составил 10-11 дней; в группе сравнения – 12-13 дней.

Ранняя острая кишечная непроходимость (I.B) развилась у 1 (0,8 %) больного в основной группе и у 4 (3,3 %) пациентов в группе сравнения (II.B), которым была выполнена релапаротомия, висцеролиз, интубация тонкой кишки.

Несостоятельность анастомоза развилась у 2 (1,7 %) пациентов в основной группе и у 4 (3,3 %) больных в группе сравнения, в связи с чем им была выполнена релапаротомия, висцеролиз, выведение колостомы.

Пневмония развилась в послеоперационном периоде у 2 (1,7 %) больных в основной группе и у 4 (3,3 %) – в группе сравнения.

Послеоперационная летальность составила 0,8 % (1 больной) в основной группе и у 1,6 % (2 больных) – в группе сравнения.

Отдаленные результаты были изучены у 93 (78,2 %) больных основной группы и у 85 (70,2 %)



пациентов группы сравнения в течение 1–3 лет после оперативного лечения больных с абдоминальной патологией на фоне СББ.

В отдаленном послеоперационном периоде болевая форма СББ выявлена у 3 (3,2 %) больных в основной группе и у 5 (5,9 %) – в группе сравнения.

Нарушение пассажа по ЖКТ диагностировано у 2 (2,4 %) больных в основной группе и у 3 (3,5 %) – в группе сравнения. В группе сравнения 2 (2,4 %) пациента прооперированы в связи со спаечной болезнью брюшины, осложненной острой кишечной непроходимостью. В основной группе данного осложнения мы не наблюдали.

### Выводы

Таким образом, анализ результатов лечения больных с абдоминальной патологией на фоне СББ с применением разработанных подходов профилактики спаечного процесса в раннем послеоперационном периоде позволило сократить послеоперационный койко-день; уменьшить риск развития ранней ОКН до 0,8 %, несостоятельность анастомоза развилась – до 1,7 %, снизить послеоперационную летальность до 0,8 %. В отдаленном послеоперационном периоде частота болевого синдрома снижена до 3,2 %, нарушения пассажа по ЖКТ до 2,4 %, исключить риск повторных оперативных вмешательств.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов Г.А. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости / Г.А. Баранов, М.Ю. Карбовский // Хирургия. — 2006. — № 7. — С. 56 – 59.
2. Воробей А.В. Адгезиотомия как важное звено в тактике ликвидации временных энтеро- и колостом / А. В. Воробей, А. Н. Сивец, Н. А. Рижма // Мед. новости. — 2006. — № 1. — С. 113 – 116.
3. Застосування протизлукового гелю при резекції тонкої кишки на тлі злукового процесу в експерименті / В. Г. Мішалов, П. Л. Бик, І. М. Лещишин, В. М. Голінко // Хірургія України. — 2013. — № 4. — С. 109–120.
4. Koiava Z. A. Development of the postoperative adhesions in the small pelvic cavity / Z. A. Koiava // Georgian Med News. — 2005. — Vol. 120. — P.24–26.
5. Menzies D. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology and clinical significance / D. Menzies // Digestive Surgery. — 2001. — № 18. — P. 260–273.
6. Omentum prevents intestinal adhesions to mesh graft in abdominal infections and serodal defect / B. Karabulut, K.Sonmez, Z.Turkyilmaz [et al.] // Surg. Endosc. — 2006. — Vol. 20, N 6. — P. 978–982.
7. Vant Riet M. A revention of adhesion to prosthetic mesh: comparison of different barriers using an incisional hernia model / M. VantRiet, P. J. de Vos van Steenwijk, F. Bonthuis // Ann. Surg. — 2003. — Vol. 237, №1. — P. 123–128.



ОСОБЛИВОСТІ  
ВІДНОВЛЮВАЛЬНИХ  
ЕТАПІВ У ХВОРИХ З  
ТОВСТОКИШКОВИМИ  
НОРИЦЯМИ НА ТЛІ  
СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ  
ОЧЕРЕВИНИ

*Д. О. Євтушенко*

**Резюме.** В основній групі прооперовано 119 (49,6 %) хворих з приводу абдомінальної патології на тлі СХО з використанням розроблених методик лікування і профілактики СХО. У групі порівняння прооперовано 121 (50,4 %) хворого з приводу абдомінальної патології на тлі СХО з використанням традиційних методик. Лікування хворих з абдомінальною патологією на тлі СХО із застосуванням розроблених підходів профілактики передаються статевим шляхом в ранньому післяопераційному періоді дозволило скоротити післяопераційний ліжко-день; зменшити ризик розвитку ранньої ГКН до 0,8 %, неспроможності анастомозу розвинулася— до 1,7 %, знизити післяопераційну летальність до 0,8 %. У віддаленому післяопераційному періоді частота больового синдрому знижена з до 3,2 %, порушення пасажу по ШКТ до 2,4 %, виключити ризик повторних оперативних втручань.

**Ключові слова:** спайкова хвороба очеревини, профілактика спайкового процесу.

FEATURES OF  
REHABILITATION PHASES  
IN PATIENTS WITH LARGE  
INTESTINAL FISTULAS  
ON THE BACKGROUND OF  
ADHESIVE DISEASE OF THE  
PERITONEUM

*D. A. Yevtushenko*

**Summary.** In the main group operated 119 (49.6 %) patients regarding abdominal pathology on the background ADP using developed methods of treatment and prevention of ADP. In the comparison group operated 121 (50.4 %) patients on the abdominal pathology ADP using conventional techniques. Treatment of patients with abdominal pathology on the background of ADP by using approaches developed adhesions prevention in the early postoperative period has reduced postoperative hospital stay; reduce the risk of early AIO to 0.8 %, anastomotic leak — to 1.7 %, lower postoperative mortality to 0.8 %. In the late postoperative period the frequency of pain decreased from 3.2 % to, violations of the gastrointestinal tract by up to 2.4 % passage, eliminate the risk of reoperation.

**Key words:** adhesive disease of the peritoneum, the prevention of adhesions.