



Д. О. Євтушенко,  
І. А. Тарабан

ДУ «Інститут загальної  
та невідкладної хірургії  
ім. В. Т. Зайцева НАМНУ»,  
м. Харків

© Колектив авторів

## ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЮВАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОБСТРУКТИВНИХ РЕЗЕКЦІЙ ТОВСТОЇ КИШКИ НА ТЛІ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ

**Резюме.** Кількість хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність становить 3,5 % від загальної кількості хірургічних хворих в стаціонарі, які перенесли операції на органах черевної порожнини. В ході дослідження особливостей спайкоутворення у хворих з кінцевими колостомами виявлено, що спайки виникли у всіх хворих, яким сформовано стоми, що пов'язано з травматичністю, інфікованістю черевної порожнини при операціях на прямій і ободової кишці. Виразний спайковий процес в області серединного рубця був у 64 (78,0 %), кукси кишки - у 48 (58,5 %) і колостоми у 39 (47,6 %) хворих.

Відновлювальні операції на кишечнику з використанням локального вісцеролізу, використання циркулярного зшиваючого апарату для накладення анастомозу з подальшим вкриванням його пластиною Тахокомба знижують ризик розвитку спайкового процесу в черевній порожнині завдяки мінімізованій травматизації проксимальної і дистальної кукси кишки, запобіганню зайвої травматизації інших органів черевної порожнини.

**Ключові слова:** черевні спайки, колостомія, роз'єднання спайок черевної порожнини.

### Вступ

За даними літератури, в 55-70 % пацієнтів, після хірургічного втручання на органах черевної порожнини розвивається спайковий процес, який здатний привести до такого грізного ускладнення, як гостра спайкова кишкова непрохідність [3, 7]. Післяопераційна летальність при несприятливому перебігу гострої спайкової кишкової непрохідності досягає 16-25 % [5, 9].

Кількість хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність становить 3,5 % від загальної кількості хірургічних хворих в стаціонарі, які перенесли операції на органах черевної порожнини. Важкі ускладнення, які можуть розвинути внаслідок утворення спайок, стимулювали ріст рівня досліджень методів попередження їх виникнення [4].

Профілактика спайкового процесу є важливим завданням в хірургії. Внаслідок розвитку нових технологій, в останні роки активно розробляються і впроваджуються в клінічну практику різні бар'єрні протиспайкові засоби. Використання з профілактичною метою подібних методів є етіопатогенетично обумовленим. З одного боку, ці препарати поділяють ранові поверхні на час, необхідний для регенерації травмованої очеревини, запобігають їх консолідації, склеюванню фібрину і спайкоутворенню, з іншого боку, травмована очеревина

покривається захисним шаром, що сприяє її регенерації [1, 6].

Анатомічні особливості черевної порожнини після проведених лапаротомій змінюються в зв'язку з реконструкцією оперованих органів і спайкового процесу, який формує нову топографію черевної порожнини [2, 4].

Ряд хворих в подальшому потребують повторних операцій з метою відновлення цілісності кишкового тракту. Наявність спайкового процесу в черевній порожнині під час таких операцій впливає на тривалість оперативного втручання, рівень інтраопераційних і післяопераційних ускладнень [1, 3, 8].

### Мета досліджень

Вивчити вплив спайкової хвороби очеревини на відновлення цілісності кишечника і визначити засоби, які покращують результати відновних операцій у хворих з кінцевими колостомами.

### Матеріали та методи досліджень

З 2010 р по 2015 р відновлювальні операції проведені 82 хворим з кінцевими колостомами. Летальних випадків не було. Середній вік пацієнтів — (45,8 ± 3,1) року. Чоловіків — 42, жінок — 40. Причиною формування стом були: рак сигмоподібної кишки — у 48 (58,5 %) хворих, рак прямої кишки — 34 (41,5 %). У всіх пацієн-



тів була кінцева стома, серединний післяопераційний рубець, а також рубці в інших відділах черевної стінки після дренування. Хворі були розділені на дві групи порівняння склали 44 (51,2 %) хворих, а основну групу — 38 (46,3 %).

Відновлювальні операції виконані після первинних втручань через 4-6 міс — у 43 хворих (52,4 %), 7-12 міс — у 31 (37,8 %) пацієнтів і понад 1 року — у 8 (9,8 %).

Для проведення відновної операції всі хворі надходили в плановому порядку в задовільному стані. Діагностичний алгоритм проведено відповідно до стандартів обстеження хворих з кишковими норицями.

Товстокишковий анастомоз ручним способом після тотального вісцеролізу накладено хворим групи порівняння, хворим основної групи виконували локальний вісцероліз, накладено циркулярний апаратний анастомоз з використанням Тахокомба.

Після висічення стоми на проксимальну куксу кишки накладали кисетний шов. Опорну головку циркулярного зшиваючого апарату фіксували в просвіті проксимальної кукси шляхом затягування кисетного шва. Куксу дистальної частини кишки прошивали на 1см відступивши від старої лінії швів. Останній сегмент, що несе старі шви відсікали. Зшиваючий апарат проводили через задній прохід до дистального відділу кишки. Проколювали прошиту раніше дистальну куксу прямої кишки. На опорній голівці апарату закріплювали першу пластину Тахокомба. Зводили обидва сегменти кишки. Лінію швів додатково вкривали зовні другою пластиною Тахокомба (патент України № 59427).

Тривалість операції при накладенні ручного товстокишкового анастомозу складала  $(163,34 \pm 8,2)$  хв, а при використанні циркулярного зшиваючого апарату —  $(132,23 \pm 7,4)$  хв. Тривалість тотального вісцеролізу складала в групі порівняння  $(58,2 \pm 10,04)$  хв, а локального вісцеролізу в основній групі —  $(41,32 \pm 3,6)$  хв.

### Результати досліджень і їх обговорення

В ході дослідження особливостей спайкоутворення у хворих з кінцевими колостомами виявлено, що спайки виникли у всіх хворих, яким сформовано стоми, що пов'язано з травматичністю, інфікованістю черевної порожнини при операціях на прямій і ободової кишці. Виразний спайковий процес в області середнього рубця був у 64 (78,0 %), кукси кишки — у 48 (58,5 %) і колостоми у 39 (47,6 %) хворих.

В області середнього рубця переважали вісцеропарієтальні спайки, які фіксували петлі кишки, сальник до прилеглої передньої черевної стінки. В області стоми і кукси заглушеної кишки зустрічалися частіше вісцеровісцеральні спайки. Зрощення між передньою черевною стінкою і внутрішніми органами виникали в ділянці встановлення дренажів. Навколо кукси заглушеної кишки спайки різної форми утворювали конгломерат з сальника, петель кишечника, кукси кишки. Через спайки технічні труднощі частіше виникали при виділенні кукси заглушеної кишки, ніж стоми.

### Висновки

Таким чином, спайкова хвороба очеревини виявлена у всіх хворих, яким сформовано кінцеву стома, що пов'язано з травматичністю, інфікованістю черевної порожнини при операціях на прямій та ободовій кишці. Виразний спайковий процес був виявлений в зоні післяопераційного рубця і дистальної кукси кишки, меншу щільність спайок виявлено в парастомічній ділянці.

Відновлювальні операції на кишечнику з використанням локального вісцеролізу, використання циркулярного зшиваючого апарату для накладення анастомозу з подальшим вкриванням його пластиною Тахокомба знижують ризик розвитку спайкового процесу в черевній порожнині завдяки мінімізованій травматизації проксимальної і дистальної кукси кишки, запобіганню зайвої травматизації інших органів черевної порожнини.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Восканян С. Э. Профилактика спаечной болезни брюшной полости — современное стояние проблемы / С. Э. Восканян, П. С. Кызласов // Вестник хирургии. — 2011. — С. 93-96.
2. Гушул А. В. Современные барьерные средства для профилактики образования послеоперационных сращений брюшной полости / А. В. Гушул, Е. А. Минаева // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. — Волгоград. — 2007. — С. 72.
3. Липатов В.А. Спаечная болезнь брюшины как полиэтиологическое мультифакториальное заболевание / В. А. Липатов, А.Д. Мясников // Сборник материалов Российской научной конференции с международным участием «Медико-биологические аспекты мультифакториальной патологии». — Курск: КГМУ, 2006. — Том 1. — С. 324-329.
4. Мельник В. М. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с формированием анастомозов на толстой кишке / В. М. Мельник, А. И. Пойда // Хирургия. — 2003. — № 8. — С. 69-74.
5. A comparative study of postoperative adhesion formation after laparoscopic vs open cholecystectomy / G. Polymeneas, T. Theodosopoulos, A. Stamatiadis, E. Kourias // Surg Endosc — 2001 — № 15 — P. 41-43.
6. Adhesions: pathogenesis and prevention - panel discussion and summary / L. Holmdahl, B. Risberg, D.E. Beck [et al.] // Eur. J. Surg. — 1997. — № 577. — P. 56-62.
7. Boys F. The prophylaxis of peritoneal adhesions. / F. Boys // Br. J. Surg. — 2002. — Vol. 89, №1. — P. 50-56.
8. Early operation is associated with a survival benefit for patients with adhesive bowel obstruction / Teixeira PG., Karamanos E., Talving P. [et al.] // University of Southern California Medical Center, Los Angeles. Ann Surg. — 2013. — Sep; 258 (3). — P. 459-65.
9. Adhesiolysis-related morbidity in abdominal surgery / R. P. Ten Broek, C. Strik, Y. Issa, R. P. Bleichrodt, H. van Goor // Ann Surg. — 2013. — Vol. 258 (1). — P. 98-106.

ОСОБЕННОСТИ  
ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ  
ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ  
ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ  
РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ  
КИШКИ НА ФОНЕ  
СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ  
БРЮШИНЫ

*Д. А. Евтушенко,  
И. А. Тарабан,*

**Резюме.** Количество больных острой спаечной кишечной непроходимостью составляет 3,5 % от общего числа хирургических больных в стационаре, перенесших операции на органах брюшной полости. В ходе исследования особенностей спайкообразования у больных с концевой колостомой выявлено, что спайки возникли у всех больных, которым сформированы стомы, что связано с травматичностью, инфицированностью брюшной полости при операциях на прямой и ободочной кишке. Выраженный спаечный процесс в области срединного рубца был у 64 (78,0 %), культы кишки — у 48 (58,5 %) и колостомы у 39 (47,6 %) больных.

Восстановительные операции на кишечнике с использованием локального висцеролиза, использование циркулярного сшивающего аппарата для наложения анастомоза с последующим укрыванием его пластиной Тахокомба снижают риск развития спаечного процесса в брюшной полости благодаря минимизированной травматизации проксимальной и дистальной культы кишки, предотвращению излишней травматизации других органов брюшной полости.

**Ключевые слова:** *брюшные спайки, колостомия, разъединение спаек брюшной полости.*

FEATURES OF RECOVERY  
OPERATIONS IN PATIENTS  
AFTER RESECTION  
OF OBSTRUCTIVE  
COLON AGAINST THE  
BACKDROP OF ADHESIVE  
PERITONEAL DISEASE.

*D. A. Yevtushenko,  
I. A. Taraban*

**Summary.** The number of patients with acute adhesive intestinal obstruction is 3.5 % of surgical patients in the hospital who had undergone surgery on the abdominal organs. The study features of adhesion formation in patients with end colostomy found that spikes occurred in all patients who formed stoma, due to trauma, infection of the abdominal cavity in operations on the rectum and colon. Expressive adhesions in the middle of the scar was 64 (78.0 %), bowel stump- in 48 (58.5 %) and colostomy in 39 (47.6 %) patients.

Renewable bowel surgery using local disconnection of the abdominal adhesions, use circular staplers for anastomosis imposition of further cover his plate Tachocomb reduce the risk of adhesions in the abdominal cavity through minimized trauma and distal stump of the proximal intestine, preventing unnecessary trauma to other abdominal organs.

**Key words:** *abdominal adhesions, colostomy, disconnection of the abdominal adhesions.*