

УДК 616.34.-089:617.553-002.3

## Структура й аналіз неспроможності швів анастомозів за результатами роботи хірургічного відділення

Е.Я. КЕРИМОВ, Е.Б. УСЕЇНОВ, Н.Н. ТОРОТАТДЗЕ

Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського

### STRUCTURE AND ANALYSIS OF INSUFFICIENCY OF SUTURES OF ANASTOMOSES BY RESULTS OF WORK OF SURGICAL DEPARTMENT

E.YA. KERYMOV, E.B. USEINOV, N.N. TOROTATDZE

Crimean State Medical University by S.I. Heorhiyevsky

Авторами вивчені найближчі результати 4870 операцій на органах черевної порожнини в пацієнтів за період 2002-2006 р. Післяопераційні інтраабдомінальні ускладнення виникли у 109 хворих (2,23 %, n=4870), з них ускладнення, що потребували виконання різних за характером хірургічних втручань, виявлені в 84 (1,72 %, n=4870) хворих. У структурі інфекційних післяопераційних ускладнень переважаючою була неспроможність швів анастомозів шлунково-кишкового тракту, що стало основною причиною післяопераційного перитоніту. Найбільші утруднення викликала діагностика неспроможності швів при неадекватності функціонування уловлювальних дренажів і прогресуванні внутрішньочеревної інфекції, що була раніше. Основними напрямками профілактики неспроможності повинні бути: оптимізація технічних моментів самого оперативного втручання, медикаментозна підтримка, посилення репаративних властивостей організму.

Authors studied the nearest results of 4870 operations on organs of abdominal cavity at patients during the period 2002-2006. Postoperative intraabdominal complications have arisen at 109 patients (2,23 %, n=4870), among them the complications, which demand performance of various by their features surgical interventions, are revealed at 84 (1,72 %, n=4870) patients. In structure of infectious postoperative complications prevails the inconsistency of sutures of gastro-intestinal anastomoses which is the principal cause of postoperative peritonitis. The greatest difficulties caused diagnostics of suture inconsistency at inadequacy of functioning of catching drainages and progressing of intraabdominal infection which was available earlier. The basic directions of preventive maintenance of inconsistency should be: optimization of the technical moments of the operative intervention, medicamentous support, intensifying of reparative properties of the organism.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Серед актуальних завдань сучасної хірургії органів черевної порожнини важливе місце займає проблема післяопераційних ускладнень, повністю уникнути яких, на жаль, не вдається. Найнебезпечнішими є внутрішньочеревні ускладнення, що ставлять під загрозу не тільки здоров'я, але й життя хворого. За різними даними, внутрішньочеревні ускладнення становлять 0,3-8,6 % [1].

Домінуюче значення в хірургії за частотою зустрічальності й медико-соціальної значимості займає інтраабдомінальна інфекція. У структурі внутрішньолікарняних інфекцій на частку хірургічної припадає від 16,3 до 22 % [1]. Ризик виникнення інтраабдомінальної інфекції багато в чому залежить від імовірності контамінації черевної порожнини мікроорганізмами, що, у свою чергу, визначається типом хірургічного втручання.

Найгрізнішим інтраабдомінальним ускладненням залишається післяопераційний перитоніт, будучи основною причиною релапаротомії. Летальність при ньому досягає 60-90 %, особливо при розлитих формах. Основною причиною післяопераційного перитоніту є неспроможність анастомозів шлунково-кишкового тракту, а її недостатньо радикальне усунення надалі сприяє прогресуванню інфекційно-токсичного процесу. Дане ускладнення спостерігається у 1,5-3 % випадків при операціях на шлунку й дванадцятипалій кишці, у 2,8-8,7 % при операціях на тонкій кишці, у 4-32 % випадків при операціях на товстій кишці [2-6].

Частота виникнення ускладнень визначається основною патологією, вихідним станом здоров'я і адаптаційними можливостями організму пацієнта, кваліфікацією хірурга, характером виконаних операцій, умовами, при яких проводилося втручання. Їх діагностика в післяопераційному періоді часто буває складною, а лікування пов'язано з виконанням не-

простих тактичних і технічних завдань. В останні роки з'явилася можливість залучення нових діагностичних і лікувальних методик, використання яких вимагає критичної оцінки й правильного тактичного застосування [7, 8].

**Матеріали і методи.** Нами вивчені найближчі результати 4870 операцій на органах черевної порожнини в пацієнтів, що перебували на лікуванні в хірургічному відділенні Республіканської клінічної лікарні ім. Н.А. Семашко (КДМУ, кафедра хірургії № 1, завідувач кафедри – проф. В.В. Жебровський), за період 2002-2006 рр. Післяопераційні інтраабдомінальні ускладнення виникли у 109 хворих (2,23 %, n=4870), з них ускладнення, що потребували виконання різних за характером хірургічних втручань, виявлені у 84 (1,72 %, n=4870) хворих. Післяопераційні гнійно-септичні ускладнення виникли у 45 (0,92 %, n=4870) хворих, з них у 42 (93,3 %, n=45) випадках потрібне було виконання різних за характером хірургічних втручань (табл. 1).

Післяопераційний перитоніт розвинувся у 23 (51,1 %, n=45) хворих. Інфільтрати й нагноєння післяопераційної рани мали місце у 15 (33,3 %, n=45) хворих. Абсцеси черевної порожнини виникли у 4 (8,9 %, n=45) хворих. Ці ускладнення виникали після всіх видів внутрішньочеревних втручань.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У структурі інфекційних післяопераційних ускладнень переважаючою стала неспроможність швів анасто-

мозів шлунково-кишкового тракту в 18 (40 %, n=45) хворих, що в 14 (31,1 %, n=45) випадках склала основну причину післяопераційного перитоніту. Причому більше число випадків неспроможності мало місце після планових оперативних втручань (12 (26,7 %, n=45)) порівняно з екстремими операціями (6 (13,3 %, n=45)), що деякою мірою може бути зумовлено переважаючим плановим контингентом наших хворих. У ряді спостережень, після втручань на шлунково-кишковому тракту (як екстремих, так і планових), діагностика неспроможності швів порожніх органів (міжкишкових анастомозів, кукси дванадцятипалої кишки), як правило, не викликала утруднень, особливо якщо при наявності дренажу черевної порожнини по ньому починав надходити кишковий вміст. Але навіть у таких ситуаціях виконували ультразвукове дослідження, що дозволяло точно визначити ділянки скупчення рідини в черевній порожнині. Зокрема, при неспроможності кукси дванадцятипалої кишки (при адекватній функції дренажу, що виражалося у відсутності затікання рідини з підпечінкового простору) від релапаротомії й санації утримувалися. Нориці, що сформувалися, закривалися, як правило, самостійно.

Без релапаротомії також обійшлося в одному випадку оперативного лікування дивертикулу нижньої третини стравоходу з наступним зміцненням лінії швів поліпропіленом. Неспроможність позначилася формуванням зовнішньої нориці, що після оперативного видалення трансплантата надалі закрилася на тлі проведення протизапальної рентгенотерапії.

**Таблиця 1. Післяопераційні інтраабдомінальні й ранові гнійно-септичні ускладнення при різних видах оперативних втручань в 2002-2006 рр. (на 4870 операцій)**

Найменування ускладнення	Захворювання, з приводу якого виконано первинні операції		Кількість ускладнень	Усього
Неспроможність швів анастомозів черевної порожнини	Екстремі втручання	Перфоративна виразка шлунка	1	18
		Спайкова кишкова непрохідність	1	
		Панкреонекроз	2	
		Виразкова хвороба ДПК, кровотеча	1	
		Защемлена грижа	1	
	Планові втручання	Рак шлунка	4	
		Рак підшлункової залози	2	
		Рак червоподібного відростка	1	
		Дивертикул стравоходу	1	
		Кіста підшлункової залози	1	
		Колостома	1	
		Хімічний опік шлунка	1	
		Доліхомегаколон	1	
Абсцес черевної порожнини			4	
Післяопераційний перитоніт			8	
Інфільтрати й нагноєння післяопераційної рани			15	

При поширенні кишкового вмісту по черевній порожнині єдиним методом лікування була релапаротомія. При неспроможності товстокишкових анастомозів у 4 (8,9 %, n=45) хворих їх роз'єднували й виводили колостоми, померли 2 (4,4 %, n=45) хворих. При неспроможності цистоентероанастомозу в одному спостереженні кісти підшлункової залози релапаротомія завершилася марсупіалізацією кісти з успішним результатом.

Серед 4 (8,9 %, n=45) хворих на рак шлунка після виконання гастректомії неспроможності езофагоентероанастомозу за Ру-Цацаніді ми не відзначили в жодному випадку; однак в одному випадку причиною розвитку післяопераційного перитоніту стала неспроможність швів контрапертури від "салазкової нитки", в іншому випадку неспроможність міжкишкового анастомозу; у 2-х хворих після паліативної резекції шлунка при розповсюдженому раку відзначена неспроможність гастроентероанастомозу. Діагностика в цих випадках не викликала труднощів, тому що відзначали надходження кишкового вмісту по уловлювальних дренажах на тлі наростаючої інтоксикації й перитонеальних явищ. У всіх випадках причина неспроможності ліквідувалася накладенням зміцнювальних швів на повторних операціях.

Найбільші утруднення викликала діагностика неспроможності швів при неадекватності функціонування уловлювальних дренажів і прогресуванні внутрішньочеревної інфекції, що вже була на момент первинної операції або виникла внаслідок інфікування черевної порожнини в ході первинної операції. Так, у 3 (6,7 %, n=45) випадках неспроможності після резекції кишечника: у 2 (4,4%, n=45) пацієнтів з панкреонекрозом (резекція ділянки товстої кишки) і 1-го хворого із защемленою грижею (резекція тонкої кишки), а також в 1-му випадку формування ятрогенних нориць після ушивання ушкоджених і десерозированих ділянок тонкої кишки при виконанні вісцеролізу із приводу спайкової кишкової непрохідності, післяопераційний перитоніт, що виник, мав стерту клінічну картину. При цьому біль в животі ніколи не був інтенсивним, а симптоми подразнення очеревини – стерті або відсутні. Як

правило, до 3-ї доби після операції у хворих не тільки зберігалася, але й наростала паралітична кишкова непрохідність, консервативна терапія якої давала лише короточасний ефект. Якщо не виконувати операцію, то протягом найближчої доби у хворих стрімко наростала ендогенна інтоксикація.

У випадках панкреонекрозів із резекцією ділянки товстої кишки для ліквідації неспроможності швів товста кишка вимикалася з пасажу шляхом накладення двоствольної ілеостоми, що надалі давало можливість для ефективних санацій черевної порожнини й вогнищ панкреонекрозу.

У випадках формування кишкових нориць виконувалася резекція нориценосної ділянки тонкої кишки, з наступною санацією й дренажуванням черевної порожнини. Всі пацієнти видужали.

У пацієнта із защемленою післяопераційною вентральною грижею після виконання резекції тонкого кишечника на 3-тю добу виникла неспроможність швів анастомозу, що потребувала рerezекції. Випадок завершився видужанням хворого.

**Висновки.** Післяопераційні інтраабдомінальні гнійно-септичні ускладнення залишаються серйозною проблемою сучасної хірургії. У цьому аспекті неспроможність анастомозів порожніх органів ЖКТ особливо актуальна, складними залишаються питання своєчасної діагностики, верифікації причини виникнення, адекватної хірургічної техніки, комплексної профілактики післяопераційних ускладнень.

**Перспективи подальших досліджень.** Основними напрямками пошуку шляхів для поліпшення результатів лікування післяопераційних ускладнень повинні бути: удосконалювання техніки хірургічного втручання, пошук можливості поліпшення якості шовного матеріалу й техніки формування анастомозів, а також використання під час хірургічного втручання й у ранньому післяопераційному періоді інфузійних препаратів, що поліпшують реологічні властивості крові й мікроциркуляцію, володіють антигіпоксантами властивостями, активне використання раннього ентєрального харчування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Жебровский В.В., Тимошин А.Д., Готьє С.В. и др. Осложнения в хирургии живота: Руководство для врачей. – М., 2006. – 448 с.
2. Исаев Г.Б. та ін. Тимчасова ілеостома в лікуванні післяопераційного розлитого гнійного перитоніту // Хірургія. – 2000. – № 1. – С. 25-27.
3. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. – М.: Медицина, 1990. – 558 с.
4. Петухов И.А. Постоперационный перитонит. – Минск: Беларусь, 1980. – 158 с.

5. Важелів Г.П., Нехаєв А.Н., Керезь П.І., Кремінь В.Є. Релапаротомія в лікуванні післяопераційного розповсюдженого перитоніту // Хірургія. – 1997. – № 1. – С. 45-48.
6. Саєнко В.Ф. и др. Тактика хирургического лечения послеоперационного разлитого гнояного перитонита // Клінічна хірургія. – 1996. – № 6. – С. 4-9.
7. Шалимов А.А., Зайцев В.Т., Дуденко Ф.И. и др. Неотложная релапаротомия: Методические рекомендации. – К., 1994.
8. Шугаєв А.И., Шеху М.Д. Диагностика и оперативное лечение послеоперационного перитонита // Вестник хирургии. – 1996. – № 2. – С. 114-116.