

УДК 616.34-088.84/.86

©В. Б. Гоцинський, С. А. Назарчук, П. В. Гоцинський

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

## ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ КИШКОВИХ АНАСТОМОЗІВ

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ КИШКОВИХ АНАСТОМОЗІВ – Проведено аналіз факторів ризику виникнення неспроможності кишкових анастомозів. Передбачування цих чинників ризику та їх усунення на етапах оперативного лікування хворих дасть можливість зменшити кількість цього ускладнення.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ – Проведен анализ факторов риска возникновения несостоятельности кишечных анастомозов. Предусмотрение этих факторов риска и их устранения на этапах оперативного лечения больных даст возможность уменьшить количество этого осложнения.

PROGNOSTICATION OF RISK ARISE OF INSOLVENCY OF INTESTINAL ANASTOMOSES – The analysis of factors risk of arise of insolvency intestinal anastomoses is conducted. Foreseeing of these factors of risk and their removal on the stages of operative treatment of patients will enable to decrease the amount of this complication.

**Ключові слова:** кишкові анастомози, ризик виникнення неспроможності кишкових анастомозів.

**Ключевые слова:** кишечные анастомозы, риск возникновения несостоятельности кишечных анастомозов.

**Key words:** intestinal anastomoses, risk of arise of insolvency of intestinal anastomoses.

**ВСТУП** Питання попередження неспроможності кишкових анастомозів (НКА), не дивлячись на удосконалення техніки їх формування, залишається актуальною проблемою хірургії. Згідно з літературними даними, ускладнення в ранньому післяопераційному періоді після резекцій та реконструктивних операцій на порожнистих органах черевної порожнини мають місце в 19–25 % спостережень, із них у 0,4–8 % спостережень виникає неспроможність швів анастомозу, що приводить до розвитку гнійно-септичних процесів у черевній порожнині [1–4, 6, 9–12].

Цілісність кишкових швів залежить від ряду причин, з яких можна виділити три групи, що впливають на порушення герметичності цих швів: 1) стан та патоморфологічні процеси, що мають місце в органах, які анастомозуються; 2) несприятливі чинники, при яких шви формуються або виникають у післяопераційному періоді; 3) технічні особливості формування швів.

Метою дослідження стало виявити фактори ризику виникнення неспроможності кишкових швів та анастомозів.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Проведено аналіз причин 24 випадків (6,99 %) неспроможності кишкових анастомозів, що виникли після виконання 343 планових операційних втручань на шлунку, товстій та тонкій кишці з приводу різноманітних хірургічних захворювань. Операції виконано за період 2008–2011 років. Вік хворих був від 32 до 76 років. Чоловіків – 256, жінок – 87. Було сформовано 19 (5,5 %) езофагоентероанастомозів; 43 (12,5 %) гастроентероанастомози; тонко-товстокишкових анастомозів – 111 (32,4 %) та 170 (49,6 %) товсто-товстокишкових анастомозів.

Для аналізу клінічного перебігу післяопераційного періоду ми використали класифікацію В. С. Савельєва (2006 р.) [7], в якій розрізняють дві форми клінічного перебігу неспроможності швів – гостру (явну) і підгостру (стерту), дані УЗД за ділянкою сформованого анастомозу, дані лапароскопічного обстеження та дані лабораторного дослідження ексудату, що виділявся з черевної порожнини за методикою В. А. Черкасова (2003 р.) [5]. Окрім цього, ознакою неспроможності кишкових анастомозів ми вважали утворення запального інфільтрату та абсцесу в ділянці формування анастомозів [8], яку встановили під час УЗД. Ультразвуковий моніторинг за станом кишкових швів у плані їх недостатності здійснювали за прямими та непрямыми ознаками. Так, прямими ознаками недостатності кишкових анастомозів можуть бути: наявність газу в просвіті кишки; наявність невеликих, діаметром у декілька міліметрів рідинних утворів у зоні анастомозу; наявність вільної, або відмежованої рідини в черевній порожнині (малий таз, бокові канали, піддіафрагмальні простори); збільшення діаметра кишок у ділянці анастомозу. Непрямыми ознаками недостатності кишкових анастомозів може бути: підвищення ехогенності тканин біля анастомозу; підвищення ехогенності структур в проекції анастомозу (петлі, що прилягають до анастомозу, навколишні тканини); потовщення стінок привідної та відвідної петель кишки більше ніж на 3 мм зі зниженням ехогенності; відсутність оборотно-поступальних рухів хімуса.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Аналізуючи причини виникнення неспроможності кишкових анастомозів, ми встановили наступні фактори ризику, що можна виявити у доопераційному періоді: а) наявність цукрового діабету; б) ожиріння II–III ступенів; в) хронічні або гострі інфекції іншої локалізації (bronхолегенева, сечостатева та інші); г) хронічна інтоксикація (куріння, алкоголізм, наркоманія); д) супутні захворювання; е) операційне втручання, яке будуть проводити з приводу пухлинного процесу; є) анемія та гіпопротеїнемія; ж) субкомпенсована непрохідність кишечника, викликана пухлинним процесом; з) планування розширених резекцій кишечника при пухлинному процесі внаслідок проростання останнього в навколишні тканини або органи, що призводить до збільшення травматичності операції, крововтрати та часу її виконання; и) відсутність в арсеналі хірургічного відділення сучасних зшивальних апаратів.

*Фактори ризику, що можна виявити під час операції:* а) формування співустя за наявності хронічної субкомпенсованої непрохідності товстої кишки, особливо пухлинного генезу; б) дислокація анастомозу в інші анатомічні відділи черевної порожнини; в) нестійка тривала гемодинаміка під час виконання операційного втручання; г) крововтрата до 1000 мл під час виконання радикального етапу операції.

Враховуючи вищеперераховані чинники ризику ми пропонуємо здійснювати наступну етапність попере-

дження неспроможності кишкових анастомозів. У доопераційному періоді:

1. Поліпшення реологічних властивостей крові та перфузії тканини.
2. Корекція анемії та гіпопротеїнемії.
3. Антибіотикопрофілактика.
4. Передопераційне очищення товстої кишки.

**Під час операції:**

1. Інтраопераційне очищення товстої кишки.
2. Укріплення та герметизація кишкових анастомозів, зокрема клаптом ліофілізованого ксенодермоімплантата.
3. Декомпресійна інтубація тонкої кишки або трансанальна інтубація товстої кишки проксимальніше сформованого анастомозу.

**У післяопераційному періоді:**

1. Заощадливий режим харчування для створення стану фізіологічного спокою кишкового анастомозу.
2. Антибактеріальна терапія.
3. Поліпшення реологічних властивостей крові та перфузії тканин.
4. Усунення анемії та гіпопротеїнемії.

**ВИСНОВКИ** Виявлення та врахування чинників ризику неспроможності кишкових швів та анастомозів дає можливість створити цілеспрямовану програму для попередження виникнення цього ускладнення.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Алиев Ф. Ш. Взгляд на механическую прочность кишечного анастомоза / Ф. Ш. Алиев, И. А. Чернов, О. А. Молокова // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – № 2. – С. 81–83.
2. Галимов О. В. Профилактика несостоятельности анастомозов полых органов желудочно-кишечного тракта (экспериментальное исследование) / О. В. Галимов, А. Ж. Гильманов, В. О. Ханов // Хирургия. – 2008. – № 10. – С. 27–31.
3. Горский В. А. Проблема надежности кишечного шва при перитоните и кишечной непроходимости / В. А. Горский, Б. К. Шуркалин, А. П. Фаллер // Трудный пациент. – 2005. – № 4. – С. 23–27.
4. Камінський І. В. Ранні післяопераційні гнійно-септичні ускладнення у хворих з абдомінальною хірургічною патологією (прогнозування і профілактика) / І. В. Камінський // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 4. – С. 30–33.
5. Пат. Российской Федерации 2198408, G01N33/84 Способ диагностики несостоятельности кишечных швов в раннем послеоперационном периоде у больных с дренированием брюшной полости / В. А. Черкасов, Н. А. Зубарева, Д. Ю. Сошнин, П. Я. Сандаков, С. И. Зинец; патентообладатель(и): Пермская государственная медицинская академия. – 2001120468/14; заявл. 23.07.2001; опубл. 10.02.2003.
6. Пойда О. І. Прогнозування та профілактика внутрішньочеревних ускладнень при операціях на товстій кишці / О. І. Пойда, В. М. Мельник // Хірургія України. – 2010. – № 1(33). – С. 14–17.
7. Савельев В. С. Перитонит. Практическое руководство / В. С. Савельев. М. : Медицина, 2006. – 342 с.
8. Савельев В. С. Релапаротомия в хирургии распространенного перитонита / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, П. В. Подачин // Инфекция в хирургии. – 2007. – № 3. – С. 57–61.
9. Шуркалин Б. К. Проблема надежности кишечного шва / Б. К. Шуркалин, В. А. Горский, И. В. Леоненко // Consilium Medicum. – 2004. – Т. 6, №. – С. 47–51.
10. Borie F. Management and prognosis of colon cancer in patients with intestinal obstruction or peritonitis: a French population based study. / F. Borie, B. Tretarre, E. Marchigiano [et al.] // Med. Sci. Monit. – 2005. – Vol. 11, № 6. – P. 266–273.
11. Byrne D. J. Wound infection rates: the importance of definition and post-discharge wound surveillance / D. J. Byrne, W. Lynch, A. Napier // J. hosp. Inf. – 1994. – Vol. 26, № 1. – P. 37–43.
12. Lodhi F. B. Anastomotic leak after small gut surgery / F. B. Lodhi, M. Shafiq // Professional Med. J. – 2006. – Vol. 13(1). – P. 47–50.

Отримано 23.04.12