

номоментним закриттям післяопераційних ран ліофілізованими ксенодермоімплантатами.

2. У ділянках опіків IV ст. доцільно проводити надфасціальну некректомію з наступним закриттям ран мікроаутодермотрансплантатами.

3. Хірургічні втручання проводити на фоні адекватної інфузійно-трансфузійної терапії.

Перспективним є подальше вивчення перебігу ранового процесу після трансплантації на гранулюючі рани мікроаутодермотрансплантатів.

Список літератури

- Атясов Н.И. Восстановление кожного покрова тяжелоожженных сетчатками трансплантатами /Атясов Н.И., Алексеев Н.И., Матчин Е.Н. - Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, Саратов. филиал, 1989. - 204 с.
- Бігуняк В.В. Термічні ураження / В.В.Бігуняк, М.Ю.Повстаний. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. - 195 с.
- Використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів у комбустіології: метод. рек. / [Бігуняк В.В., Повстаний М.Ю., Волков К.С. та ін.]. - Тернопіль, 2003. - 21 с.
- Ковальчук О.Л. Можливості відновлення втраченого шкірного покриву в обпечених хворих : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.03. "Хірургія" / О.Л. Ковальчук ; Вінниц. держ. мед. ун-т. - Вінниця, 2000. - 20 с.
- Ожоговий шок; под. ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.И.Черния. - Донецк: ООО "Юго-Восток, ЛТД", 2006. - 176 с.
- Парамонов Б.А. Ожоги /Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г. - СПб.: Специальная литература, 2000. - 488 с.
- Савчин В.С. Ліофілізовані ксенодермотрансплантати в комплексному лікуванні опіків у дітей: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.03 "Хірургія" / В.С.Савчин; Тернопіль. держ. мед. акад. - Тернопіль, 1998. - 19 с.
- Самойленко Г.Е. Активная хирургическая тактика в профилактике осложненной обширных ожогов у детей младшего возраста: дис. на соискание науч. степени доктора мед. наук: спец. 14.01.03 "Хирургия" /Г.Е.Самойленко; Ин-т неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака. - Донецьк, 2008. - 261 с.
- Таран В.М. Обґрунтування доцільності проведення, методика виконання та ефективність раннього хірургічного лікування хворих з опіками: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.03 "Хірургія" /В.М.Таран; Тернопіль. держ. мед. акад. - Тернопіль, 2001. - 19 с.

Нагайчук В.И.

МИКРОАУТОДЕРМОПЛАСТИКА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ГЛУБОКИХ ОБШИРНЫХ ОЖОГАХ

Резюме. В статье представлен случай успешного лечения больного ребенка со сверхкритическими ожогами путем хирургической некрэктомии в стадии ожогового шока с одномоментным закрытием послеоперационных ран лиофилизированными ксенодермоимплантатами, последующим закрытием гранулирующих ран микроаутодермотрансплантатами и свободными расщепленными аутодермотрансплантатами. Использование предложенной технологии позволило сберечь жизнь больному.

Ключевые слова: ожоги, ожоговая болезнь, трансплантация, ксенодермоимплантаты, аутодермотрансплантаты, микроаутодермотрансплантаты.

Nagaichuk V.I.

MICROAUTODERMOPLASTY IN RECONSTRUCTIVE SURGERY IN CASE OF DEEP EXTENSIVE BURNS

Summary. The article presents a case of successful treatment of an ill child with overcritical burns by surgical necrectomy at the burn shock stage and single-stage closure of the postoperative wounds with lyophilized xenodermoimplants, further closure of the granulating wounds with microautodermotransplants and free split autodermotransplants. The use of the proposed technology allowed to save the patient's life.

Key words: burns, burn disease, transplantation, xenodermoimplants, autodermotransplants, microautodermotransplants.

Стаття надійшла до друку 20.11.2013 р.

Нагайчук Василь Іванович - д.м.н., доц. кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, зав. опіковим центром Вінницької обласної лікарні імені М.І. Пирогова; +38 097 509-18-01

© Даценко Б.М., М.С.Або Гали, Даценко А.Б., Хмызов Р.А, Седак В.В.

УДК: 616.348-089

Даценко Б.М., М.С.Або Гали, Даценко А.Б., Хмызов Р.А, Седак В.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра хирургии и проктологии (ул. Корчагинцев, 58, г. Харьков, Украина, 61022)

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НИЗКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПЕРВИЧНОГО АНАСТОМОЗА

Резюме. В статье представлены результаты изучения основных причин развития гнойно-септических осложнений у больных, оперированных по поводу рака прямой кишки, анализ которых позволил разработать программу их комплексной профилактики. Изучение клинической эффективности разработанной программы проведено путем анализа непосредственных результатов хирургического лечения 976 больных раком прямой кишки, из которых 773 оперированы радикаль-

но. Сфинктеросохраняющая резекция прямой кишки с первичным анастомозом выполнена 620 (80%) больным, из которых 274 произведена низкая резекция, в том числе 102 - с наданальным анастомозом. Исследования показали, что внедренная разработанная программа комплексной профилактики гнойно-септических осложнений при операциях на прямой кишке обеспечило снижение уровня послеоперационных осложнений с 22,5% до 13,5%, а показатели летальности - с 2,5 до 1,4%.

Ключевые слова: гнойно-септические осложнения, прямая кишка, низкие резекции, первичный анастомоз.

Введение

При радикальных операциях на прямой кишке, завершаемых формированием первичного анастомоза, у 14 - 35% больных возникают разного рода послеоперационные осложнения [Дарвин и др., 2002; Переходов и др., 2006], основную часть которых (68 - 83%), составляют осложнения гнойно-воспалительного характера [Сиюхов, Горбань, 2002; Абелевич и др., 2004], наиболее грозным среди которых является расхождение швов анастомоза [Петров, 2001; Сухов и др., 2001]. Несмотря на применение самых современных программ комплексной профилактики гнойно-септических осложнений [Гарелик, Польшинский, 2001; Даценко и др., 2011], существенное совершенствование хирургической техники, использование новых шовных материалов и средств антисептики, внедрение линейных и циркулярных степлеров, а также методов декомпрессии кишки частота несостоятельности толстокишечного анастомоза возникает у 5 - 10% больных, а при нижеампулярном раке достигает 16 - 20% [Васильев и др., 2005; Ананко, 2006].

Накопленный к настоящему времени кооперированный опыт работы Харьковского городского колопроктологического центра в области лечения рака прямой кишки с привлечением рекомендаций по этому вопросу отечественных и зарубежных специалистов позволил нам разработать трехэтапную программу комплексной профилактики гнойно-септических осложнений в колоректальной хирургии.

Первый - предоперационный этап этой программы, направленный на адекватную подготовку больного к операции, включает в себя: терапевтическую коррекцию функциональных нарушений органов и систем, а также иммунного статуса пациентов, чаще вызванных основной патологией; медикаментозное лечение сопутствующей патологии - заболеланий сердечно-сосудистой и дыхательной системы, сахарного диабета и др.; механическую очистку толстой кишки раствором полиэтиленгликоля с антибиотиком, обеспечивающим снижение уровня микробной обсемененности просвета кишки; системную антибиотикопрофилактику.

Второй - интраоперационный этап программы комплексной профилактики гнойно-септических осложнений при операциях на толстой кишке включает в себя ряд следующих требований: соблюдение принципов асептики и асептики; обоснованный выбор границ резекции кишки в зависимости от локализации опухоли, обеспечивающий достаточное кровоснабжение концов кишки в зоне формирования анастомоза при обязательном соблюдении принципов онкологического ра-

дикализма; достаточную мобилизацию отрезков кишки, необходимую для их свободной дислокации и исключающую возможность натяжения тканей в зоне анастомоза; при формировании анастомоза ручным швом - сведение до минимума рядности швов с использованием атравматических рассасывающихся нитей и соблюдением "достаточного" расстояния между швами; при формировании анастомоза степлерным швом, обязательным при выполнении низких резекций - контролировать его качество проверкой целостности ("замкнутости") колец из отсеченных концов кишки, находящихся в павильоне сшивающего аппарата; проведение интраоперационного контроля физической герметичности колоректального анастомоза путем трансанального подведения к нему по зонду "в избытке" пенного аэрозоля (Диоксизоль, Сульйодовизоль, Мирамистин) при пережатии кишки выше анастомоза; периодическое орошение операционных зон современными антисептиками (Октинисепт); наложение протективной трансверзостомы, обязательной после формирования наданального анастомоза и по показаниям - при передней резекции кишки по поводу средне- и нижеампулярного рака; тщательный гемостаз и рациональное дренирование.

В послеоперационном (третьем) периоде для профилактики гнойно-септических осложнений особое значение придаем улучшению процессов системной микроциркуляции и коррекции метаболических расстройств, нарушений белково-энергетического и водно-электролитного баланса, а также ранней активизации больных.

Кооперированный опыт колоректальной хирургии однозначно свидетельствует, что основные технические сложности и наибольшую опасность несостоятельности анастомоза представляют "низкие резекции", представляющие собой радикальные сфинктеросохраняющие операции по поводу средне- и нижеампулярного рака прямой кишки [Сухов и др., 2001; Темников и др., 2003], показания к которым расширены в течение последних десятилетий благодаря внедрению методики тотальной мезоректумэктомии [Янушкевич, Янушкевич, 2001; Ананко, 2006], а также онкологически обоснованному пересмотру уровня резекции кишки относительно нижнего края опухоли [Капуллер и др., 1999; Жерлов и др., 2004], вследствие чего знаменитое правило (аксиома) "шести сантиметров" стало сегодня достоянием истории.

К сожалению, в современной литературе сущность понятия "низкая" резекция прямой кишки трактуется по

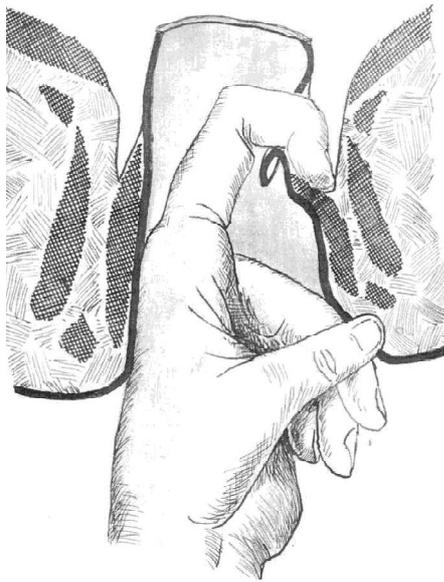


Рис. 1. Формирование наданального анастомоза: мобилизация нижнего сегмента культи прямой кишки путем отделения ее от леваторов с "захватом" верхней части внутреннего сфинктера.

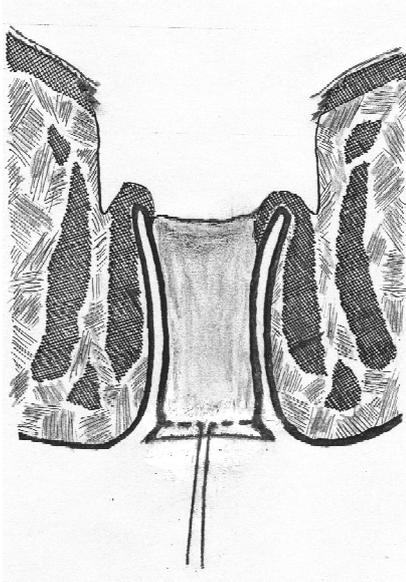


Рис. 2. Формирование наданального анастомоза: накладывание кисетного шва на край эвагинированной на промежность культи прямой кишки.

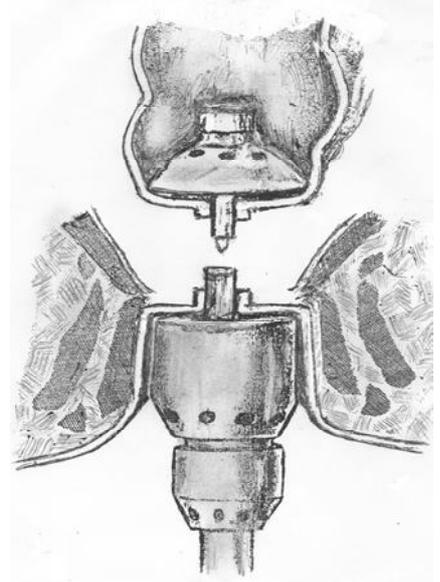


Рис. 3. Формирование наданального анастомоза: культя прямой кишки "возвращена" в полость малого таза. В культю проведен сшивающий аппарат, кисет затянут. К рабочей части степлера низводится сигмовидная кишка с головкой степлера, затянутой кисетом.

разному. Начать можно с того, что в качестве критерия (основы) оценки чаще всего используется не уровень резекции кишки, а локализация в ней опухоли. В зависимости от операционного доступа различают брюшно-промежностные или передние (чрезбрюшинные) резекции, которые делятся на "высокие" и "низкие", и брюшно-анальные резекции, когда наданальный анастомоз (полностью или частично) формируется со стороны промежности.

На наш взгляд классифицировать передние резекции прямой кишки на "высокие" и "низкие" следует только по уровню расположения анастомоза, а не локализации опухоли. Кроме того, мы считаем, что наиболее информативным интраоперационным ориентиром определения вида резекции является длина остающейся после удаления препарата культи прямой кишки, "выстоящая" из тазового дна на уровне перехода леваторов на продольную мышцу анального канала. Соответственно этому низкая резекция прямой кишки включает в себя ряд операций, различающихся по хирургическому доступу и объему, а также уровню расположению анастомоза. К этим операциям, формирующим состав "низких резекций" относятся:

- *низкая передняя резекция*, выполняемая лишь в отдельных случаях по поводу рака среднеампулярной локализации (от 6 до 9 см *ab ano*), если после удаления прямой кишки с опухолью и выполнения тотальной мезоректумэктомии остающаяся длиной 4,5 - 5 см культя кишки, лишенная кровоснабжения из бассейна как верхних, так и средних прямокишечных артерий, в конце-

вом отделе сомнительно жизнеспособна. Для обеспечения ее достаточного питания показано "укорочение" культи таким образом, что бы она выстояла на 3,5 - 4 см выше верхней границы внутреннего сфинктера (уровня прикрепления леваторов к прямой кишке), что сохраняет возможность формирования степлерного анастомоза из чрезбрюшинного доступа;

- *низкая передняя резекция*, выполняемая во всех случаях по поводу рака нижеампулярной локализации (от 4 до 6 см *ab ano*), когда после завершения тотальной мезоректумэктомии остающаяся культя прямой кишки составляет 3,5 - 4 см выше верхней границы внутреннего сфинктера (уровня прикрепления леваторов), что определяет возможность формирования степлерного анастомоза из чрезбрюшинного доступа;

- *наданальная резекция* прямой кишки выполняемая по поводу рака нижеампулярной локализации, когда остающаяся культя прямой кишки составляет от 2 до 3 см, определяет показания к формированию степлерного анастомоза со стороны промежности;

- *интерсфинктерная резекция*, когда расстояние от нижнего края опухоли до внутреннего сфинктера составляет 0,5 - 1,0 см, что позволяет выполнить брюшно-анальное удаление дистального сегмента прямой кишки вместе с внутренним сфинктером.

В течение последних лет мы практикуем выполнение сфинктеросохраняющих операций, когда длина культи, "выстоящая" над тазовым дном (верхней границей внутреннего сфинктера) после удаления препарата составляет не менее 2 см. В этих случаях после

завершения тотальной мезоректумэктомии производим брюшно-анальную резекцию с формированием наданального анастомоза по разработанной в клинике технологии (патент Украины № 84428 от 25.10.13). Суть модификации состоит в эвагинации культи прямой кишки на промежность после ее дополнительной мобилизации путем отделения от леваторов с "захватом" верхней части внутреннего сфинктера (рис. 1). После наложения кисетного шва на конец вывернутой культи (рис. 2) ей придают обычное положение для формирования степлерного анастомоза (рис. 3).

Цель исследования - оценить клиническую эффективность разработанной программы комплексной профилактики гнойно-септических осложнений при низких резекциях прямой кишки с формированием первичного анастомоза.

Материалы и методы

За период с 2005 по 2013 гг. в Харьковском городском колопроктологическом центре на базе 2-й городской клинической больницы по поводу рака прямой кишки пролечено 982 больных в возрасте от 31 до 89 лет (средний возраст $69 \pm 16,3$ лет). У 274 пациентов опухоль локализовалась в ректосигмоидном переходе, у 299 - в верхнеампулярном отделе, у 195 - среднеампулярном и у 214 - нижнеампулярном отделе прямой кишки.

Преимущественное большинство опухолей по своей гистологической структуре составили аденокарциномы разной степени дифференцировки - 89,7% (881 больной); недифференцированный рак диагностирован в 10,3% (101 больной).

Неoadьювантная лучевая терапия была проведена 961 больному: коротким курсом СОД 25 Гр с радиомодификацией в течение 5 дней с последующим оперативным вмешательством через 24 - 72 часа - 663 больным; СОД 40-50 Гр в режиме классического фракционирования проведено 298 больным, которым оперативное вмешательство выполнялось через 4 - 6 недель.

Хирургическое лечение проведено 976 (99%) из 982 госпитализированных больных: радикальные операции выполнены 773 (78,7%) больным, паллиативные - 196 (20%) и пробные - 13 (1,3%) больным. Из 773 радикально оперированных больных сфинктерсохраняющие резекции прямой кишки, завершенные формированием анастомоза, выполнены 620 пациентам.

Для сравнительного анализа результатов лечения радикально оперированных больных, а также оценки эффективности внедрения программы профилактики гнойно-септических осложнений при операциях на прямой кишке анализируемые больные были разделены на 2 группы. Первую из них составили 273 пациента, которым были выполнены сфинктерсохраняющие операции за период с 2005 по 2010 гг., когда поэтапно внедрялись указанные выше элементы програм-

мы профилактики гнойно-септических осложнений. Вторую группу составили 347 пациентов, аналогично оперированных за период с 2011 по 2013 гг.; больным этой группы комплексная программа профилактики гнойно-септических осложнений была применена в полном объеме.

По основным клиническим критериям (возраст, пол, сопутствующие заболевания, локализация опухолевого процесса и др.) больные первой и второй группы были сопоставимы.

Результаты. Обсуждение

Проанализированы в сравнительном аспекте результаты лечения 773 радикально оперированных больных по поводу рака прямой кишки. Характер и количество выполненных операций больным первой и второй группы представлен в таблице 1, данные которой свидетельствуют, что по срокам исследования среди всех радикальных операций число экстирпаций прямой кишки снизилось с 24 до 13%, соответственно чему число резекций кишки с формированием первичного анастомоза возросло с 74 до 86%. Важно подчеркнуть, что рост радикальных операций произошел, в основном, за счет увеличения числа "низких" резекций - брюшно-анальной и низкой внутрибрюшной (процент высоких передних резекций по срокам наблюдения не изменился).

Первично-превентивная колостома наложена 189 больным, из них - всем 102 больным после завершения брюшно-анальной резекции и 87 - после передней резекции прямой кишки. В этих случаях показанием к формированию первичной превентивной колостомы считаем: технические сложности при мобилизации опухоли прямой кишки; технические сложности при формировании колоректального анастомоза; расположение анастомоза ниже 4 см от тазового дна; наличие "неполного кольца" в павильоне циркулярного шователя; массивную кровопотерю со снижением уровня гемоглобина до 75 г/л и ниже; тяжелые сопутствующие заболевания, влияющие отрицательно на заживление анастомоза, особенно у боль-

Таблица 1. Характер радикальных операций по поводу рака прямой кишки.

Характер радикальных операций	Сроки лечения		Всего
	2005-2010	2011-2013	
Брюшно-анальная экстирпация	88 (24%)	53 (13%)	141 (19%)
Внутрибрюшная резекция - высокая	166 (45%)	180 (45%)	346 (44%)
Внутрибрюшная резекция - низкая	71 (19%)	101 (25%)	172 (22%)
Обструктивная резекция	7 (2%)	5 (1%)	12 (2%)
Брюшно-анальная резекция	36 (10%)	66 (16%)	102 (13%)
Итого	368 (100%)	405 (100%)	773 (100%)

Таблиця 2. Характер и частота послеоперационных осложнений у больных первой (I) и второй (II) группы, перенесших резекцию прямой кишки, завершённую анастомозом (в скобках - число умерших).

	Высокая передняя резекция		Низкая передняя резекция		Брюшно-анальная резекция		Общее число осложнений по I и II гр.		Всего n=620
	I	II	I	II	I	II	n=273	n=347	
	n=166	n=180	n=71	n=101	n=36	n=66			
Спаечная кишечная непроходимость	4	5	3	8	2	3	9(1)	10(0)	19(1)
Недостаточность анастомоза	3	2	8	8	5	7	16(3)	12(2)	28(5)
Перитонит	1	-	2	1	-	-	3(1)	1(1)	4(2)
Эвентрация	-	-	1	1	1	1	3(0)	2(0)	5(0)
Внутрибрюшное кровотечение	3	-	1	2	-	1	4(0)	3(0)	7(0)
Нагноение раны	1	1	2	-	1	2	4(0)	3(0)	7(0)
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	3	2	4	2	4	1	10(1)	5(2)	15(3)
Пневмония	6	5	3	2	3	4	12(1)	11(0)	23(1)
Всего	17	15	21	22	14	19	61(7)	47(5)	108(12)

ных пожилого и старческого возраста.

Анализ характера и частоты осложнений, возникших у больных первой и второй группы, проведен в зависимости от вида выполненных операций и с выделением в группе низких резекций операций типа брюшно-анальных резекций и низких передних резекций. Исследования показали, что сравнительно чаще у оперированных больных развивались такие серьезные осложнения, как несостоятельность анастомоза, ведущая к формированию тазового (промежностного) гнойника, а также острая послеоперационная кишечная непроходимость спаечного генеза, требующая срочной релапаротомии. Несостоятельность анастомоза возникла у 28 (4,5%) оперированных больных, из них у 16 (5,8%) больных первой и у 12 (3,4%) - второй группы наблюдений. При этом степень снижения процента несостоятельности анастомоза в группе больных, перенесших брюшно-анальную резекцию (с 15,2% до 10,1%), оказалась вполне сопоставима с положительной динамикой этого показателя у больных после передней (внутрибрюшной) резекции, как высокой (снижение - с 15,1% до 10,3%), так и низкой (снижение - с 11,2% до 7,9%).

Выбор методики лечения больных по поводу несостоятельности анастомоза определялся выраженностью местных нарушений (объем и характер отделяемого по дренажу, величина полости абсцесса в зоне анастомоза по данным УЗИ и КТ, признаки перитонита и т.д.), а также изменениями в общем состоянии пациента. У 12 больных это осложнение потребовало выполнения повторной операции: 7 больным была сформирована отключающая пассаж трансверзостома и 5 - произведено разъединение анастомоза с выведением приводящей кишки в виде плоского ануса. Остальным 16 больным (у 7 из них - с превентивно наложенной колостомой) было с успехом проведено местное лечение путем активного дренирования зоны

анастомоза с трехразовым подведением по дренажной трубке в гнойный очаг раствора "Диоксизоль" и одновременным введением в прямую кишку пенного аэрозоля "Олазоль". Следует подчеркнуть, что возникший у больных с протективно наложенной колостомой местный гнойный процесс в зоне анастомоза клинико-морфологически протекал более благоприятно: показания к релапаротомии во всех случаях отсутствовали.

Данные таблицы 2 также свидетельствуют, что внедрение программы комплексной профилактики гнойно-септических осложнений при радикальных сфинктеросохраняющих операциях на прямой кишке обеспечило снижение "общего" уровня послеоперационных осложнений с 22,5% до 13,5%. Уровень гнойно-воспалительных осложнений снизился по срокам наблюдения с 15,7% до 10,1%, при этом после выполнения высоких передних резекций - с 6,6% до 4,6%, а после низких чрезбрюшинных и брюшно-анальных резекций - с 25,1% до 13,5%. Показатель послеоперационной летальности снизился с 2,5% до 1,4%.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. При нижеампулярном раке прямой кишки точная топическая диагностика распространения опухоли с определением расстояния от ее нижнего края до внутреннего сфинктера позволила 80% больным выполнить сфинктеросохраняющие операции, завершаемые первичным анастомозом.

2. При операциях по поводу рака верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов прямой кишки сохраняет свою правомочность "Правило 6 сантиметров"; на этом же уровне (5 - 6см. от нижнего края опухоли) должна быть удалена мезоректальная клетчатка.

3. При операциях по поводу средне- и нижеампулярного рака прямой кишки достаточно отступить от

нижнего края опухоли на 1,5 - 2 см., сочетая такую резекцию с абсолютно обязательной тотальной мезоректумэктомией.

4. Выполнение брюшно-анальной резекции с формированием наданального анастомоза по предложенной нами методике возможно, если после удаления препарата длина культи прямой кишки, выстоящей над тазовым дном, составляет не менее 2 см.

5. Разработанная программа профилактики гнойно-септических осложнений при резекции прямой кишки с формированием анастомоза при прогрессирующем росте выполненных низких резекций обес-

печила существенное улучшение результатов лечения в плане значительного (с 22,5% до 13,5%) снижения числа послеоперационных осложнений и уровня летальности (с 2,5% до 1,4%).

В последующем необходимо в серии морфологических и клинических исследований изучить характер и особенности кровоснабжения культи прямой кишки после низкой резекции и тотальной мезоректумэктомии, а также пути оперативного восстановления ректосигмоидного изгиба, разрушаемого при дополнительной мобилизации культи прямой кишки из тазового кольца.

Список литературы

- Абелевич А.И. Выбор способа операций при раке прямой кишки /А.И.Абелевич, В.А.Овчинников, Г.А.Серопян //Хирургия. - 2004. - №4. - С. 30-33.
- Ананко А. "Золотой стандарт" в лечении рака прямой кишки /Ананко А. - Бавария, 2006. - 23 с.
- Анатомические критерии для выполнения передней резекции при раке прямой кишки /[Р.А.Темников, А.И.Темников, Г.М.Евдокимов и др.] //Актуальные вопросы колопроктологии: материалы I съезда колопроктологов России. - Самара, 2003. - С. 299-300.
- Гарелик П.В. Основные принципы профилактики гнойно-септических осложнений при операциях на толстой кишке /П.В.Гарелик, А.А.Полынский // Функциональные и воспалительные заболевания толстой кишки: хирургические и терапевтические аспекты: мат. IV Республ. науч.-практ. конф. - Минск, 2001. - С. 240-241.
- Клинико-морфологическое обоснование интерсфинктерной резекции прямой кишки в лечении низкого ректального рака /Л.Л.Капуллер, П.В.Царьков, Т.С.Одарюк, А.И.Шалалакин // Актуальные проблемы колопроктологии: материалы IV Всероссийской конференции. - Иркутск, 1999. - С. 164-166.
- Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений после операций на толстой и прямой кишках / В.В.Дарвин, А.Я.Ильканич, Г.Г.Пехото, М.М.Лысак //Хирургия. - 2002. - №7. - С. 47-49.
- Опыт передних резекций прямой кишки с использованием сшивающего аппарата АКА-II /[Б.С.Сухов, Е.А.Тихонов, Н.П.Власова и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии: тезисы докладов V Всероссийской конференции. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 169.
- Переходов С.Н. Непосредственные результаты сфинктерсохраняющих операций у больных раком прямой кишки / С.Н.Переходов, Г.В.Лазарев, В.С.Татарин //Воен.-мед. журн. - 2006. - Т.327, №4. - С. 65-66.
- Петров В.П. Несостоятельность швов анастомоза после чрезбрюшинной резекции прямой кишки /В.П.Петров //Вестник хирургии. - 2001. - №6. - С. 59-64.
- Применение протективной илеостомии в хирургическом лечении рака прямой кишки /С.В.Васильев, В.В.Григорян, А.Е.Ем [и др.] //Актуальные проблемы колопроктологии: науч. конф., посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. - М.: Медпрактика, 2005. - С. 176-177.
- Профілактика гнійно-септичних ускладнень при операціях на прямій кишці / Б.М.Даценко, Т.І.Тамм, О.Б.Даценко, О.В.Кирилов // АМЛ. - 2011. - №2. - С. 37-41.
- Сиюхов Ш.Т. Результаты сфинктерсохраняющих операций при раке прямой кишки /Ш.Т.Сиюхов, В.А.Горбань // Проблемы колопроктологии. - 2002. - Вып.21. - С. 450-453.
- Хирургическое лечение "низкого" рака прямой кишки - перспективы современной онкопроктологии /Г.К.Жерлов, С.Р.Баширов, И.В.Панкратов, Д.Т.Чепезубов //Бюллетень сибирской медицины. - 2004. - №3. - С. 80-86.
- Янушкевич В.Ю. Применение циркулярных степлеров в хирургии рака прямой кишки /В.Ю.Янушкевич, С.В.Янушкевич //Болезни толстого кишечника: тезисы докладов IV Республиканской науч.-практ. конф. - Минск, 2001. - С. 165-167.

Даценко Б.М., М.С.Або Галі, Даценко О.Б., Хмизов Р.А., Сідак В.В.

ПРОФІЛАКТИКА ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ НИЗЬКИХ РЕЗЕКЦІЯХ ПРЯМОЇ КИШКИ З ФОРМУВАННЯМ ПЕРВИННОГО АНАСТОМОЗУ

Резюме. У статті представлено результати вивчення основних причин розвитку гнійно-септичних ускладнень у хворих, оперованих з приводу раку прямої кишки, аналіз яких дозволив розробити програму їх комплексної профілактики. Вивчення клінічної ефективності розробленої програми проведено шляхом аналізу безпосередніх результатів хірургічного лікування 976 хворих на рак прямої кишки, з яких 773 оперовані радикально. Сфінктерозберігаючу резекцію прямої кишки з первинним анастомозом виконано 620 (80%) хворим, з них 274 проведено низьку резекцію, в тому числі 102 - з наданальним анастомозом. Дослідження показали, що впровадження розробленої програми комплексної профілактики гнійно-септичних ускладнень при операціях на прямій кишці забезпечило зниження рівня післяопераційних ускладнень з 22,5 % до 13,5 % , а показники летальності - з 2,5 до 1,4%.

Ключові слова: гнійно-септичні ускладнення, пряма кишка, низькі резекції, первинний анастомоз.

Datsenko B.M., Abu Ghali M.S., Datsenko A.B., Khmizov R.A., Sedak V.V.

PREVENTION OF FESTERING-SEPTIC COMPLICATIONS IN LOW RECTUM RESECTION WITH FORMATION OF PRIMARY ANASTOMOSIS

Summary. The article presents the results of studying the main causes of festering-septic complications at patients operated on for rectal cancer, the analysis of these causes allowed us to develop a program of their comprehensive prevention. The study of the clinical efficacy of developed program is conducted by analyzing the immediate results of surgical treatment of 976 patients with rectal cancer, 773 of which were radically operated. Sphincteroplasty (Sphincter-saving) resection of the rectum with primary

anastomosis was made to 620 (80%) patients, the low resection of rectum was made to 274 of these patients, including 102 patients with above ab ano anastomosis. The researches have shown that the introduction of comprehensive prevention program developed festering-septic complications during operations on the rectum has provided reduction of postoperative complications from 22,5% to 13,5%, and lethality rate from 2,5% to 1,4%.

Key words: *purulent-septic complications, rectum, low resection, primary anastomosis.*

Стаття надійшла до друку 04.12.2013 р.

Даценко Борис Макарович - д.мед.н., проф., кафедри хирургії і проктології Харківської медичної академії післядипломного образования, заслужений діяч науки і техніки України; +38 057 738-20-26, +38 057 737-28-66, +38 067 734-13-81; surg-proct@yandex.ru

Даценко Алексей Борисович - к.мед.н., доц. кафедри хирургії і проктології Харківської медичної академії післядипломного образования, главный врач городской клинической больницы №2 г. Харьков; +38 057 738-49-18, +38 057 737-28-66, +38 067 280-64-89; adatsenko@mail.ru

Мохмад Суфьян Або Гали - к.мед.н., ординатор проктологического отделения городской клинической больницы №2 г. Харьков; +38 057 760-10-76, +38 067 729-26-11

Хмызов Руслан Андреевич - аспирант кафедри хирургії і проктології Харківської медичної академії післядипломного образования; +38 057 760-11-66, +38 057 702-45-40; +38 099 000 22 35; khmizof@mail.ru

Седак Вадим Владимирович - к.мед.н., зав. проктологическим отделением городской клинической больницы №2 г. Харьков; +38 057 760-10-76, +38 050 520-28-29

© Жупанов О.А., Покидько М.І., Желіба М.Д., Богачук М.Г.

УДК: 616.37-003.4-089

Жупанов О.А., Покидько М.І., Желіба М.Д., Богачук М.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №2, кафедра загальної хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ДО ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. *В статті представлені результати хірургічного лікування 41 хворого з кістами підшлункової залози, яким було виконано зовнішнє та внутрішнє дренивання кіст та використані мініінвазивні оперативні втручання.*

Ключові слова: *панкреонекроз, псевдокіста підшлункової залози, хірургічне лікування.*

Вступ

Проблема лікування гострого панкреатиту та його ускладнень у центрі уваги науковців та практичних хірургів зумовлене зростаючою частотою захворювання, незадовільними результатами лікування та високою загальною та післяопераційною летальністю хворих [Богданов, Корымасов, 2005]. Чітко спостерігається тенденція до зростання кількості кіст підшлункової залози (КПЗ) [Архангельский и др., 1999], які виникають у 7 - 8% хворих на гострий панкреатит [Гіленко та ін., 2006], а при деструктивних його формах у 11 - 18% [Шалимов и др., 1997]. Разом з тим спостерігається збільшення травм підшлункової залози, наслідком яких є кісти травматичного генезу [Бойко, Пустовойт, 2003; Копчак и др., 2003; Шаталов та ін., 2006].

Мета дослідження: порівняльний аналіз різних методів лікування псевдокіст підшлункової залози з визначенням оптимальної тактики.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати лікування 41 хворого з КПЗ. Серед них 35 (85,4%) були чоловіки і 6 (14,6%) жінки віком від 26 до 68 років, співвідношення між ними склало 6:1. У 29 (70,7%) хворих КПЗ виникла після перенесеного панкреонекрозу через 3 - 28 місяців ($15 \pm 3,6$), у 8 (19,5%) хворих причиною була травма підшлункової залози в минулому, у 4 (9,8%) - хронічний панкреатит. Локалізація кіст була наступною: голів-

ка - 2 (4,9%), тіло - 28 (68,3%), хвіст - 11 (26,8%). Сформовані кісти були у 31 (75,6%), а несформовані - 10 (24,4%) хворих. Для діагностики застосовували клінічне, лабораторне, рентгенологічне, УЗД, КТ, ЕФГДС дослідження. В післяопераційному періоді порівнювали показники ССЗВ, системи гомеостазу, синдрому ендогенної токсемії та імунного статусу.

Результати. Обговорення

Показами до зовнішнього дренивання з або без марсупіалізації були: несформовані КПЗ, їх нагноєння, перфорація в черевну порожнину, кровотеча в порожнину кісти. Зовнішнє дренивання проведено 12 (29,2%) хворим, у 2 з яких утворилась зовнішня панкреатична норича. У 1 хворого вона закрилася самостійно, а другому в подальшому було виконано додаткове оперативне втручання. Нормалізація клініко-лабораторних показників системи гемостазу у цих хворих відбувалась повільно і на протязі перших 10 - 14 днів не спостерігалась.

Внутрішнє дренивання КПЗ проводили не раніше, ніж через 6 місяців після їх утворення. Воно було виконане в 22 (53,6%) випадках. Чотирьом хворим з псевдокістою голівки ПЗ виконано анастомоз між кістою та дванадцятитипалою кишкою, іншим 15 (83,3%) - створено цистентероанастомоз за Ру, ще 3 (16,7%) хворим - із "заглушкою" за Шалімовим та анастомозом за Брауном. Нормалізація клініко-лабораторних показників