

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шуркалин Б.К., Воленко А.В., Титков Б.Е., Калининченко А.Ю.,
Азимов Р.Х.

УДК: 616.345-089.1.168

Кафедра экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета ГОУ ВПО «РГМУ» Росздрава, ЦКБ РАН

Резюме

Описан метод, позволяющий улучшить показатели результатов хирургического лечения заболеваний толстой кишки.

Ключевые слова: толстая кишка, несостоятельность кишечных швов.

MODERN POSSIBILITIES OF IMPROVING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LARGE INTESTINE DISEASES

Shurkalin B.K., Volenko A.V., Titkov B.E., Kalinichenko A.Ju., Azimov R.H.

The method that allows improving of surgical treatment results of diseases of large intestine has been described.

Keywords: large intestine, the failure of intestinal sutures.

В решении одной из актуальных задач современной хирургии органов брюшной полости важное место занимает проблема несостоятельности кишечных швов.

Несостоятельность толстокишечных анастомозов характеризуется высокой летальностью, в среднем составляя около 7,8% [1], и, к сожалению, не имеет существенной тенденции к снижению.

По данным литературы, частота несостоятельности анастомозов при операциях на толстой кишке колеблется от 4 до 32% [2, 4, 6].

Высокая частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в хирургии ободочной и прямой кишки, а также постоянный рост количества больных с заболеваниями толстой кишки [3, 5] диктуют необходимость дальнейшего изучения структуры осложнений, зависимости ее от различных методик операций и способов послеоперационного ведения.

В связи с этим нами была предпринята попытка проведения углубленного и детализированного анализа структуры послеоперационных осложнений в рамках строго стандартизированного методологического подхода к изучаемому вопросу.

С 1990 года на двух клинических базах кафедры в плановом порядке было оперировано 229 больных с заболеваниями толстой кишки.

В зависимости от методики формирования толсто-толстокишечного анастомоза все исследуемые пациенты были разделены на 3 группы, статистически достоверно не различающиеся по полу, возрасту, характеру основного заболевания и сопутствующей патологии ($p < 0,05$).

Приводим краткую характеристику оперированных больных: мужчин – 124, женщин – 105. Средний возраст больных составлял $63,2 \pm 1,3$ года.

Из 229 пациентов были оперированы по поводу рака поперечно-ободочной кишки 7 больных, левой половины ободочной кишки – 32, сигмовидной кишки – 6, рака пря-

мой кишки – 83, реконструкции ранее сформированных колостом у больных, перенесших операции Гартмана или типа Гартмана, – 46.

Предоперационная подготовка в рамках строго стандартизированного методологического подхода включала в себя бесшлаковую диету, превентивную антибиотикотерапию, профилактику тромбозомболических осложнений, очищение толстой кишки от каловых масс путем применения современных слабительных средств.

Формирование толсто-толстокишечного анастомоза 106 больным было сделано ручным швом с использованием современного шовного материала, 82 пациентам – с применением отечественного многоразового циркулярного сшивающего аппарата НЖКА, 41 больному – одноразового циркулярного сшивающего аппарата CEEA (USA).

Эффективность проведенного планового хирургического лечения оценивали комплексно: сравнивали количество раневых, интраабдоминальных и экстраабдоминальных осложнений, число случаев необходимости проведения повторных оперативных вмешательств, а также показатели общей летальности (см. таблицу).

Как видно из представленной таблицы, раневые и интраабдоминальные осложнения в общей сложности имели место у 25 больных, что составило 10,9%.

Экстраабдоминальные послеоперационные осложнения встретились у 22 больных (9,6%). В целом послеоперационные осложнения отмечены у 37 пациентов (5,2%).

Несостоятельность анастомоза была выявлена у 11 (4,8%) пациентов: в 10 (90,9%) случаях потребовалась повторная операция, в 1 случае, при первоначально выполненной низкой передней резекции и отграничении воспалительного процесса от свободной брюшной полости, с данным осложнением удалось справиться консервативными методами.

Общая летальность после плановых хирургических вмешательств на толстой кишке составила 2,6%.

Сравнительная частота послеоперационных осложнений после операций на толстой кишке в зависимости от методики кишечного шва

Осложнения:	Ручные * n=106	НЖКА* n=82	СЕЕА* n=41
I) Раневые:	8 (7,5%)	3 (3,7%)	1 (2,4%)
1. Нагноения п/о раны	5 (4,7%)	2 (2,4%)	–
2. Серома п/о раны	3 (2,8%)	1 (1,2%)	1 (2,4%)
II) Интраабдоминальные:	8 (7,5%)	4 (4,9%)	1
1. Несостоятельность межкишечного анастомоза + перитонит	7 (6,6%)	3 (3,7%)	1 (2,4%)
2. Несостоятельность межкишечного анастомоза + абсцесс брюшной полости	1 (0,9%)	1 (1,2%)	–
III) Экстраабдоминальные:	14 (13,2%)	5 (6,1%)	3 (5,9%)
1. П/о пневмония	9 (8,5%)	4 (4,9%)	1 (2,4%)
2. ТЭЛА	1 (0,9%)	–	–
3. О. инфаркт миокарда	2 (1,9%)	1 (1,2%)	1 (2,4%)
4. О. тромбоз вен нижних конечностей	2 (1,9%)	–	1 (2,4%)
Количество больных с п/о осложнениями	23 (21,7%)	11 (13,4%)	3 (7,3%)
IV) Повторные операции	9 (8,5%)	4 (4,9%)	–
V) Общая летальность	4 (3,8%)	1 (1,2%)	1 (2,4%)

Примечание: * – в скобках указан % от общего количества больных.

Основной причиной летальных исходов явилась несостоятельность толсто-толстокишечного анастомоза с развитием перитонита.

Различия в частоте послеоперационных осложнений в зависимости от методики кишечного шва также представлены в таблице.

Как видно из представленных данных, у больных с ручным нитяным кишечным швом имелся наибольший процент послеоперационных осложнений – 21,7%, как интра-, так и экстраабдоминальных, что соответствующим образом отразилось на показателях общей летальности.

Использование циркулярного механического шва, как показало проведенное нами исследование, способствовало существенному снижению послеоперационных осложнений.

Наименьшее число осложнений (7,3%) мы отметили в группе больных, у которых циркулярные толстокишечные анастомозы были сформированы аппаратом СЕЕА (USA). Частота несостоятельности кишечных швов при использовании данного аппарата составила 2,4%, что в 2,5 раза ниже, чем при ручном нитяном кишечном шве.

Заключение

Частота послеоперационных осложнений после «плановых» операций на ободочной и прямой кишке зачастую является достаточно высокой и встречается в среднем у 5,2% больных.

Безусловно, ведущую роль в получении неудовлетворительных конечных результатов лечения, а именно показателей общей летальности у данной категории боль-

ных играет наиболее грозная интраабдоминальная «катастрофа» – несостоятельность толсто-толстокишечного анастомоза с развитием распространенного перитонита и последующим присоединением «каскада» раневых и экстраабдоминальных осложнений.

На основании проведенной научно-исследовательской работы мы полностью разделяем мнение наших коллег [7, 8, 9] о том, что применение аппаратного циркулярного механического шва в хирургии толстой кишки более оправдано, чем ручного, так как данный методологический подход в первую очередь менее зависим от «человеческого фактора» (практический опыт, техническое исполнение, материальное обеспечение и др.).

* Изучение обсуждаемых в литературе отдаленных послеоперационных осложнений, а именно возможного формирования рубцовых стриктур толсто-толстокишечных анастомозов после использования механического шва не входило в задачи данной исследовательской работы и требует отдельного обсуждения.

Литература

1. Белоконов В.И., Измайлов Е.П. // Хирургия. 2000. – № 12. – С. 68–75.
2. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Оюн Д.Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки. // Хирургия. 2004. – № 2. – С. 4–7.
3. Зайцев В.Т., Воробьев Г.И. Основные показатели и тенденции развития колопроктологической службы в Российской Федерации. Актуальные проблемы колопроктологии // Тезисы докладов IV конференции колопроктологов. Иркутск. – 1999. – С. 455–456.
4. Кныш В.И. Рак ободочной и прямой кишки / М.: Медицина, 1997, С. 304.
5. Плотников В.В., Чинарев Ю.Б., Мысливцев С.В. и др. Опыт применения отечественных компрессионных аппаратов и устройств в хирургии толстой кишки / В кн.: Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы конференции, Ростов-на-Дону. – 2001. – С. 57.
6. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А. Колоректальный рак: подготовка толстой кишки к операции. / М.: МедЭкспертПресс, Петрозаводск: 2003, 136 с.
7. Buchler P., Wutrich P., et al. Totally intracorporeal laparoscopic colorectal anastomosis using circular stapler. //Surgery Endosc., 2008, 22: P. 1278–1282.
8. Burch J.M., Franciose R.J., Moore E.E. Single-layer continuous versus two-layer interrupted intestinal anastomosis: a prospective randomized trial. //Ann. Surg., 2000, 231: 6: P. 832–837.
9. Ishihara S., Watanabe T., Nagawa H. Intraoperative colonoscopy for stapled anastomosis in colorectal surgery. //Surgery Today, 2008, 38: P. 1063–1065.

Контактная информация

Шуркалин Борис Константинович
Кафедра экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета ГОУ ВПО «РГМУ» Росздрава