

ОДНОРЯДНЫЙ КИШЕЧНЫЙ ШОВ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Б.О. Сайфулаев, К.И. Ниязбеков

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.),
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: bsaifulaev@bk.ru

Резюме. Проанализированы результаты лечения 36 больных, которым были наложены однорядные кишечные ручные анастомозы, оперированных в экстренном и неотложном порядке по поводу острой кишечной непроходимости (75%), различных ранений кишечника (16,7%) и тромбоза брыжеечных артерий (8,3%). Для профилактики несостоятельности швов кишечных анастомозов использовали аппликацию фибрин-коллагеновой субстанции на линию кишечных швов, интра- и послеоперационную лимфостимуляцию.

Благодаря разработанному комплексу мероприятий ни одного случая несостоятельности швов кишечных анастомозов не было зафиксировано. Выявлен один случай анастомозита, который был излечен консервативным путем.

Ключевые слова: кишечный анастомоз, несостоятельность, однорядный шов, меры профилактики, фибрин-коллагеновая субстанция, лимфостимуляция.

ШАШЫЛЫШ ХИРУРГИЯДАГЫ БИР КАТАР ИЧЕГИ ТИГИШТЕРИ ИЧЕГИ АНАСТОМОЗДУРУНУН ТУРУКСУЗДУГУН АЛДЫН АЛУУ ЧАРАСЫ КАТАРЫ

А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Б.О. Сайфулаев, К.И. Ниязбеков

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., профессор И.О. Кудайбергенова),
Комбустиология курсу бар жалпы практикалык хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Курч ичегинин өтө алгыстыгында (75%), ичегинин ар түрдүү жаракаттарында (16,7%) жана чычыркай артерияларынын тромбозунда шашылыш операция жасалган бейтаптарга бир катар ичеги анастомоздору колго тигилген 36 оорулууну дарылоонун жыйынтыктары анализденген. Ичеги анастомоздорунун тигиштеринин туруксуздугун алдын алуу үчүн ичеги тигиштеринин сызыгына

фибрин-коллагендик субстанциянын аппликациясын, операция учурунда жана андан кийин лимфостимуляцияны колдонушкан.

Иштелип чыккан чаралар комплексине байланыштуу ичеги анастомоздорунун тигиштеринин туруксуздугу менен бир дагы учур катталган эмес. Бир гана учурда анастомозит катталган, ал консервативдик жол менен дарыланган

Негизги сөздөр: ичеги анастомозу, туруксуздук, бир катар тигиш, алдын алуу чаралары, фибрин-коллагендик субстанциясы, лимфостимуляция.

SINGLE-ROW INTESTINAL SEAM AS A MEASURE FOR PREVENTING INTESTINAL ANASTOMOTIC FAILURE IN EMERGENCY SURGERY

A.I. Musaev, M.K. Zhamankulova, B.O. Saifulaev, K.I. Niizbekov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

(rector – d.m.s, professor Kudaibergenova I.O),

Department of surgery of general practice with a course of combustiology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The results of treatment of 36 patients were analyzed, which were imposed single-row manual intestinal anastomoses, operated on in an emergency or urgent order for acute intestinal obstruction (75%), various intestinal injuries (16.7%) and mesenteric artery thrombosis (8.3%). Application of fibrin-collagen substance to the intestinal suture line, intra- and post-operative lymphostimulation were used to prevent the failure of intestinal anastomosis sutures,

Thanks to the developed complex of measures of any case of incompetence of sutures of intestinal anastomoses has not been fixed. There was one case of anastomosis that was treated conservatively.

Key words: intestinal anastomosis, insolvency, single row seam, preventive measures, fibrin-collagen substance, lymphostimulation.

Введение. Формирование соустьей между полыми органами является неотъемлемой частью абдоминальной хирургии. Несмотря на значительные успехи современной абдоминальной хирургии, одним из тяжелейших осложнений в раннем послеоперационном периоде после резекций и реконструктивных операций на полых органах брюшной полости является несостоятельность швов анастомоза. По данным разных авторов, она колеблется от 3 до 32,1 % с летальностью, достигающей от 5,7 до 89,0 % [1, 2]. Многообразие видов кишечного шва – более 450 (В.Н. Егиев, 2002) [3] и появление новых методов его наложения (аппаратный шов, использование компрессионных устройств, клеевых композиций и т.п.) свидетельствуют об

известной неудовлетворенности хирургов достигнутыми результатами.

В настоящее время в абдоминальной хирургии по-прежнему доминируют разновидности ручного шва. При этом среди хирургов растет число сторонников применения однорядного его варианта. Они считают, что увеличение числа рядов шва не снижает риска его несостоятельности [4, 5].

Настоящим испытанием для любой хирургической техники является ее применение в экстренных условиях и в колоректальной хирургии. Сравнение результатов экстренных резекций желудка и тонкой кишки, выполненных с применением однорядного непрерыв-

ного и двухрядного швов, показало значимые преимущества первого [6].

Высокая частота осложнений и летальности явились основанием для выполнения нашего исследования.

Цель: Изучить эффективность наложения однорядного кишечного анастомоза в неотложной хирургии и разработать меры профилактики несостоятельности кишечного анастомоза.

Материалы и методы

В нашем исследовании, которое проводилось с 2017 по 2019 гг. приняли участие 36 больных в возрасте старше 20 лет. Чаще всего обращались больные в возрастной группе от 51 до 60 лет, по полу - преимущественно поступали женщины (табл. 1).

Таблица 1 - Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего	из них в возрасте						
	абс.	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	старше 60
Муж	14	38,9	-	1	3	-	7	3
Жен	22	61,1	1	4	4	6	3	4
Всего	36	100	1	5	7	6	10	7
%	100	2,7	14	19,4	16,6	27,7	19,4	

Все больные госпитализированы в экстренном порядке. По срокам заболевания самой многочисленной группой явились больные, поступившие с

давностью заболевания от 12 часов до суток, которые составили 50 % всех исследуемых (табл. 2).

Таблица 2 - Сроки заболевания экстренных больных

Срок	до 6ч	от 7-12ч	от 13-24ч	от 25-72ч	позже 3- суток
Всего 36	9	5	18	3	1
%	25	14	50	8,3	2,7

По характеру патологии: 75,0% всех исследуемых поступили с клиникой острой кишечной непроходимости, 8,3% с тромбозом мезентериальных со-

судов, 16,7% с различными ранениями кишечника.

Проанализировав причины, приведшие к острой кишечной непроходимости, выяснено, что самой частой причи-

ной явились спаечная болезнь брюшной полости, которая составила 27,7%, ущемленные грыжи составляли 22,2% и по 5,5% – заворот сигмовидной киш-

ки, инородное тело ЖКТ, инвагинация кишечника и рак толстого кишечника (табл. 3).

Таблица 3 - Характер патологии

Заболевание	абс.	%
Кишечная непроходимость, из них:	27	75
Ущемленные грыжи	8	22,2
Заворот сигмовидной кишки	2	5,6
Спаечная болезнь	10	27,7
Инвагинация	2	5,6
Инородное тело ЖКТ	2	5,6
С-г толстого кишечника	3	8,3
Тромбоз мезентериальных артерий	3	8,3
Различные ранения кишечника	6	16,7
Всего	36	100

Всем больным проведена предоперационная подготовка, которая по времени длилась не более одного часа и включала в себя инфузионную терапию для восполнения объема циркулирующей крови (ОЦК) и поддержания водно-электролитного состава крови, для декомпрессии желудочно-кишечного тракта устанавливали назогастральный зонд, проводились очистительные клизмы.

Результаты и их обсуждение

Все больные оперированы в экстренном порядке, под эндотрахеальным наркозом. Больным проведены следующие виды операции: правосторонняя гемиколэктомия 7 (19,4%) больным, левосторонняя гемиколэктомия – 6 (16,6%), резекция сигмовидного отдела толстого кишечника – 8 (22,2%), резекция тонкого кишечника 15 (41,6%) больным. Всем больным были наложены однорядные ручные анастомозы.

Однорядный кишечный шов не лишен недостатков, и в связи с тем, что

больные были прооперированы в экстренном порядке, без подготовки кишечника в должной мере, с целью профилактики несостоятельности кишечных анастомозов, мы использовали разработанные нами меры профилактики – это аппликация фибрин-коллагеновой субстанции (ФКС) на линию швов и проведение региональной лимфостимуляции. После этапов резекции кишечника, проводили обработку анастомозируемых концов кишечника 70% спиртом, отсепааровывалась брыжейка от серозной оболочки кишки на 5-6 мм с целью четкой визуализации слоев кишечной стенки. Далее формировали однорядный анастомоз серозно-мышечно-подслизистыми узловыми швами. ФКС предварительно смачивали в физиологическом растворе натрия хлорида комнатной температуры, далее размещали на линию швов и придерживали в течение трех-пяти минут. Аппликация ФКС проводилась в самом

конце операции, во избежание отслойки аппликата во время санации и дренирования брюшной полости.

Из 36 больных 15 (41,6 %) больным применили ФКС, показанием к применению ФКС явились: срок заболевания 24 часа и более, наличие серозно-гнояного и гнойного выпота в брюшной полости и инфильтрированная брыжейка кишечника.

Кроме того, для профилактики несостоятельности однорядного ручного кишечного анастомоза мы использовали интра- и послеоперационную лимфостимуляцию, которая проводилась следующим образом: После этапов резекции кишечника, наложения анастомоза и аппликации ФКС, проводи-

лись инъекции лимфотропной смеси, в брыжейку кишечника, ближе к зоне анастомоза, в зону максимального расположения лимфатических узлов и сосудов. Далее в брыжейку кишечника фиксировали микроирригатор, периферический конец которого выводили наружу. Через этот микроирригатор в послеоперационном периоде один раз в сутки вводилась лимфотропная смесь в течение 4-5 дней.

В послеоперационном периоде оценивали такие клинические показатели, как исчезновение боли, нормализация температуры тела, нормализация количества лейкоцитов, отхождение газов и первый стул после операции (таблица 4).

Таблица 4 - Результаты клинических показателей

Клинические показатели	сутки после операции
	$M \pm m$
Исчезновение боли	$5,6 \pm 0,31$
Нормализация температуры тела	$4,2 \pm 0,42$
Нормализация количества лейкоцитов	$5,3 \pm 1,4$
Отхождение газов	$3,8 \pm 0,22$
Первый стул после операции	$4,9 \pm 0,29$

Также прослеживалась динамика лейкоцитарного индекса интоксикации. Как видно из графика максимальное

значение ЛИИ приходилось на 3 сутки, после 3-х суток наблюдалось его снижение (рис.1).

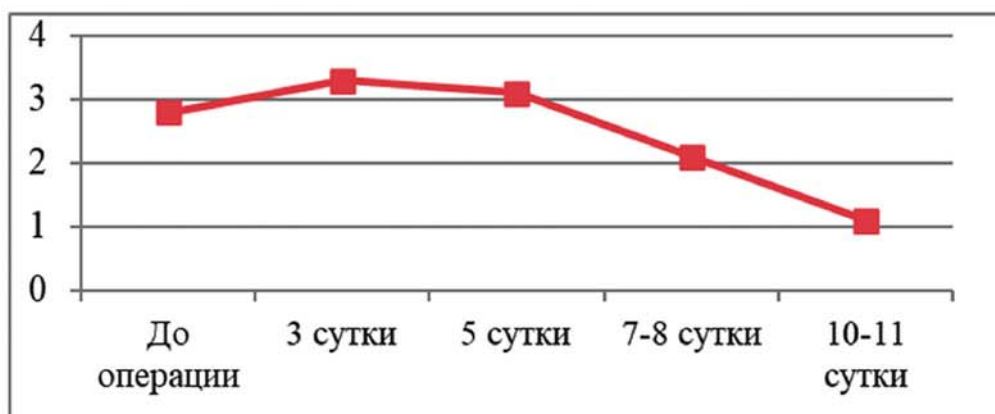


Рис. 1. Динамика ЛИИ.

Всем больным в послеоперационном периоде проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором определяли наличие свободной жидкости в брюшной полости и в отлогих местах, наличие газа вне просвета кишки, утолщение стенок приводящей и отводящей петель кишки, резкое ослабление или отсутствие перистальтики кишечника. Результаты УЗИ даны в табл. 5.

Таблица 5 - Результаты УЗИ

Сутки после операции	n-36							
	наличие свободной жидкости		наличие газа вне просвета кишки		утолщение стенки кишок		ослабление или отсутствие перистальтики	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
3 сутки	3	8,3	-	-	2	5,5	5	13,8
5 сутки	2	5,5	-	-	2	5,5	1	2,7
7 сутки	-	-	-	-	1	2,7	1	2,7
Итого	5	13,8	-	-	5	13,8	7	19,4

На 3-и сутки наличие свободной жидкости определялось у троих больных, утолщение стенки кишок у двух, ослабление и отсутствие перистальтики у пяти. Наличие газов вне просвета кишки не определялось ни в одном случае за все время нашего наблюдения. На 7-е сутки у 1-го больного наблюдалось как утолщение стенки кишок, так и ослабление перистальтики. Случай расценен как анастомозит, который был излечен консервативным путем.

Таким образом, из немногочисленных наших исследований, мы пришли к следующим выводам:

1. При резекции кишечника в неотложной хирургии, наиболее предпочтительным является наложение однорядного шва;

2. Фибрин коллагеновая субстанция усиливает механическую прочность, обеспечивает герметичность линий швов и ускоряет репаративные процессы, тем самым предотвращает несостоятельность швов анастомоза.

3. Для профилактики несостоятельности швов у больных с первичными анастомозами на фоне острой кишечной непроходимости и распространенного перитонита целесообразно проведение региональной лимфотропной терапии в интра- и послеоперационном периодах.

Литература

1. Бадиков, В.Д. Антибиотикопрофилактика хирургической инфекции / В.Д. Бадиков, Г.Н. Цыбуляк, И.П. Миннуллин // *Вестн. хирургии.* – 2002. – №4. – С. 95-101.
2. Выбор метода оперативного лечения больных с паховыми грыжами / [В.Г. Сахаутдинов, О.В. Галимов, Е.И. Сендерович и др.] // *Хирургия.* – 2002. – № 1. – С. 45-48.
3. Егиев, В.Н. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии. – М.: Медпрактика, 2002. – 100 с.
4. Применение кишечного шва в абдоминальной хирургии / [Ю.С. Винник, Л.В. Кочетова, Н.М. Маркелова и др.] // *Фундаментальные исследования.* – 2014. – №7-1. – С. 177-180.
5. Postoperative complications following surgery for rectal cancer / [B.C. Paun, S. Cassie, A.R. MacLean et al.] // *Ann Surg.* – 2010. – №251. – P.807.
6. Брискин, Б.С. Внутрибольничные инфекции и их профилактика: взгляд хирурга / Б.С. Брискин, Н.Н. Хачатрян // *Consilium Medicum.* – 2001. – №6. – С. 309-312.