

УДК 616.345-089

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Грошили В.С., Султанмурадов М.И., Московченко А.Н., Петренко Н.А.
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России»,
Ростов-на-Дону, e-mail: okt@rostgmu.ru

Проведен анализ результатов хирургического лечения 30 пациентов, перенесших операции по восстановлению непрерывности кишечника после обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки (операций типа Гартмана). Предоперационное обследование культи толстой кишки с полифокальной биопсией слизистой оболочки показало, что в 27 наблюдениях (90%) выявлены подтвержденные морфологические признаки диверсионного проктита и проктосигмоидита. Выработан алгоритм определения сроков и способа операций по восстановлению непрерывности толстой кишки. Установлено приоритетное значение в выборе лечебной тактики длины и функционального состояния постколостомической культи, изменений ее микрофлоры, а также функции ректального запирающего аппарата. У 23 пациентов с умеренно и резко выраженными эндоскопическими и морфологическими признаками диверсионного колита были применены оригинальные методы трансанальной декомпрессии анастомоза и внутрипросветной санации зоны межкишечного соустья антисептиками с использованием разработанного технического устройства. Полученные результаты (93,3% благоприятных исходов при отсутствии осложнений) позволяют рекомендовать предложенную тактику (включая методы профилактики несостоятельности анастомоза и трансанальной декомпрессии кишечника) для широкого практического внедрения.

Ключевые слова: толстая кишка, обструктивная резекция, колостома, диверсионный колит

MODERN ASPECTS PREVENTION OF COMPLICATIONS AFTER OBSTRUCTIVE RESECTION OF THE DISTAL COLON

Groshilin V.S., Sultanmuradov M.I., Moskovchenko A.N., Petrenko N.A.
Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, e-mail: okt@rostgmu.ru

The analysis of surgical treatment results at 30 patients who had operations on restoring the intestines continuity after obstructive resections of distal segments of a large intestine has been carried out (operations of Hartmann type). Preoperative evaluation of the stump of the colon with polifokalnoy mucosal biopsy showed that in 27 cases (90%) identified morphologically confirmed signs of sabotage proctitis and proctosigmoiditis. The algorithm of defining the timeframes and way of operations on restoring large intestine continuity has been developed. The priority value in the choice of length and functional condition of a postcolostomic stump medical tactics, changes of its microflora, as well as function of the rectal locking apparatus has been established. In 23 patients with moderate and pronounced endoscopic and morphological features of sabotage colitis were used original methods transanal decompression and intraluminal anastomosis rehabilitation zone interintestinal anastomosis using antiseptics developed a technical device. The obtained results (93,3% of favorable outcomes without complications) allow to recommend the offered tactics (including preventive methods of anastomosis incompetence and transanal decompression of the intestines) for wide practical applying.

Keywords: a large intestine, an obstructive resection, colostoma, diversionary colitis

За последние десятилетия распространенность обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки, выполненных по поводу острой хирургической патологии ободочной кишки (осложненного рака и дивертикулеза толстой кишки, ранений, травматических разрывов, аномалий развития) не имеет тенденции к снижению [2, 9]. При этом наиболее широко используемым вмешательством по сей день является обструктивная резекция по Гартману, которая чаще всего выполняется пациентам социально активных возрастных групп [1, 2, 8, 10, 11]. Относительная частота ее выполнения при осложненном течении патологии толстой кишки варьируется в пределах от 37 до 62% [6, 8, 10]. Согласно оценке ГНЦ колопроктологии Минздрава России, число больных, которым в неотложном порядке была наложена колостома, в России составляет от 100 до 120 тысяч, из них 38,2–50,8% (в зависи-

мости от региона) – лица трудоспособного возраста [1, 6].

Следует отметить, что восстановление непрерывности кишечника после операции типа Гартмана следует относить к травматичным и сложным вмешательствам, что обусловлено изменениями типовой анатомии и трудностями мобилизации культи толстой кишки (особенно при короткой, менее 10 см, культе) в связи с массивным спаечным процессом [2, 3, 10].

Стабильно высокой в настоящее время остается частота осложнений раннего послеоперационного периода, что однозначно требует совершенствования известных технологий их профилактики, а также разработки новых методов с учетом последних достижений медицинской науки [2, 7]. Так, несостоятельность швов анастомоза достигает 6–25%, нагноение послеоперационной раны – 26–40%, летальность, свя-

занная с развитием осложнений, в среднем составляет 5,2%. Распространенным является мнение, что развитие осложнений связано исключительно с особенностями кишечных швов и способов формирования анастомозов [1, 10]. Однако широкое внедрение различных типов механических швов и усовершенствования техник наложения анастомозов не изменило ситуацию [4, 5]. При этом до настоящего времени не создано объективной системы сравнительной оценки способов интра- и послеоперационной профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов, а также отсутствуют обоснованные рекомендации по формированию алгоритма профилактики гнойно-септических осложнений при восстановлении непрерывности толстой кишки. Именно разработка и внедрение объективных критериев выбора способа реконструкции после обструктивных резекций дистальных отделов ободочной кишки (операций типа Гартмана) позволит стабилизировать результаты и минимизировать прогностические риски развития осложнений.

Цель исследования – улучшить результаты реконструктивно-восстановительного хирургического лечения стомированных больных после обструктивной резекции дистальных отделов толстой кишки (операций типа Гартмана), в том числе за счет выявления основных причин послеоперационных осложнений и определения путей их комплексной профилактики.

В соответствии с поставленной целью были определены **следующие задачи**.

- По результатам ретроспективного анализа выявить основные факторы риска послеоперационных осложнений и несостоятельности анастомозов при восстановлении непрерывности кишки после обструктивной резекции (операции типа Гартмана).

- Выявить наличие в отключенной культе диверсионного колита, оценить его распространенность и выраженность. Отметим важность оценки его возможного влияния на технические и функциональные результаты реконструкции, что позволит обосновать меры медикаментозного купирования воспалительных проявлений.

- Охарактеризовать выраженность количественных и качественных изменений микробной флоры в отключенной культе, обосновав необходимость мероприятий до- и послеоперационной коррекции дисбиотических изменений.

- Сравнить эффективность известных способов профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов, на основе полученных данных доработать известные

способы и определить возможности их усовершенствования.

Материал и методы исследования

Выполнен многофакторный анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического и послеоперационного восстановительного лечения 30 пациентов, проходивших обследование и лечение в хирургическом отделении клиники РостГМУ в 2008-2013 гг., перенесших реконструктивные хирургические вмешательства, направленные на восстановление непрерывности толстой кишки после выполненных ранее обструктивных резекций дистальных ее отделов (операций типа Гартмана). Возраст оперированных больных составлял от 25 до 72 лет (при среднем – 48,9 лет), соотношение мужчин и женщин – 1,31/1. Сроки, прошедшие после выполнения первичной операции (обструктивной резекции), варьировались в пределах от 1,5 до 4 месяцев (в среднем составляли 2,6 месяца). Всем больным при обследовании и проведении послеоперационного мониторинга обязательно выполнялись традиционные лабораторные исследования (с необходимой количественной оценкой электролитных показателей, определением уровня белковых фракций крови, анализом гематологических индексов: лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), индекса адаптации (СПНР) в динамике), а также ультразвуковые, рентгенологические и эндоскопические исследования. При длине культи менее 10 см выполнялась комплексная аноректальная манометрия и электромиография. Помимо вышеперечисленных методик всем пациентам анализируемой группы выполнены предоперационные полифокальные биопсии слизистой постколостомической культи, а для определения микрофлоры приводящей и отключенной кишки использованы микробиологические анализы – посевы для определения количественного и качественного состава микробной флоры (включая анаэробы) из стомированного отрезка и купола заглушенной культи.

При восстановительных операциях применяли наложение механических анастомозов «конец в бок» или «конец в конец» (циркулярными сшивающими аппаратами размерами от 29 до 33). Превентивная проксимальная колостома в наших исследованиях пациентам не накладывалась. На основании разработанного алгоритма определения вероятности осложнений и послеоперационного прогноза выбор технологии послеоперационного ведения осуществлялся индивидуально.

Результаты исследования и их обсуждение

Предоперационное обследование культи толстой кишки с полифокальной биопсией слизистой оболочки показало, что в 27 наблюдениях (90%) выявлены подтвержденные морфологически признаки диверсионного проктита и проктосигмоидита. Выраженность диверсионного проктита широко варьировалась в зависимости от длины культи, наличия в анамнезе антибиотикотерапии, сроков после проведения первичного оперативного лечения (операции Гартмана). Приведенные данные соответствуют полученным результатам

микробиологических исследований, выявивших в отключенной кишке значимые количественные и качественные изменения микробной флоры. Отклонения в составе микрофлоры отключенной культы носили типовой характер и представляются нам закономерными, более того, выраженность их была прямо пропорциональна срокам, прошедшим с момента выполнения обструктивной резекции. Выявленные изменения в совокупности с объективной оценкой функционального состояния ободочной кишки и общесоматического статуса пациентов дали нам основание индивидуально варьировать предоперационную подготовку и методы интра- и послеоперационной профилактики недостаточности анастомоза и гнойно-септических осложнений. Следует отметить, что у 23 пациентов с умеренно и резко выраженными эндоскопическими и морфологическими признаками диверсионного колита были применены оригинальные методы трансанальной декомпрессии анастомоза и внутриспросветной санации зоны межкишечного соустья антисептиками с использованием разработанного технического устройства (заявка на изобретение, получена приоритетная справка) Выбор антибактериального препарата для внутриспросветной санации осуществляли с учетом результатов микробиологического исследования.

Таким образом, в основу алгоритма формирования лечебной тактики при восстановлении непрерывности толстой кишки после операций типа Гартмана нами были положены полученные данные о функциональном состоянии и структурных изменениях постколостомической культы. Считаем, что длина отключенной культы, наличие и выраженность диверсионного колита, характер дисбиотических изменений в культе являются ведущими критериями, определяющими сроки выполнения реконструктивных операций и выбор метода профилактики несостоятельности анастомоза.

Применение разработанного комплексного алгоритма и методик послеоперационной профилактики несостоятельности анастомоза позволило избежать развития ранней несостоятельности толстокишечных анастомозов в исследуемой группе больных. Однако в одном наблюдении (3,3%) отмечено формирование наружного свища зоны анастомоза вследствие его неполной герметичности. Трубочатый свищ удалось «закрыть» консервативными мерами, достигнуто полное выздоровление пациента. Кроме того, однократно, спустя 4 месяца, выявлено рубцовое сужение анастомоза с ограничением просвета до 4–5 мм, по-

требовавшее выполнения повторной операции. При мониторинге не менее 6 месяцев у 28 пациентов (93,3%) при отсутствии послеоперационных осложнений в отдаленные сроки констатированы хорошие функциональные результаты при нормализации частоты и ритма дефекаций. Длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре при неосложненном течении послеоперационного периода составила от 7 до 9 дней (в среднем – 7,43 суток).

Установлено, что полноценное обследование пациентов, точное определение анатомо-топографических соотношений колостомы, постколостомической культы, оценка приводящего участка толстой кишки, планирование на дооперационном этапе хирургической тактики восстановления непрерывности толстой кишки позволяют улучшить непосредственные результаты восстановления непрерывности кишечной трубки после операции Гартмана. Данные результаты достигнуты за счет варьирования сроков восстановительной операции, метода наложения анастомоза и способов профилактики его несостоятельности в зависимости от выраженности воспалительных изменений в стенке нефункционирующей кишки и возможности коррекции нарушений состава микрофлоры в постколостомической культе.

Выводы

При определении оптимальных сроков и способа выполнения операций по восстановлению непрерывности толстой кишки после обструктивной резекции (операции типа Гартмана), первостепенное значение имеют данные о функциональном состоянии культы толстой кишки, ее протяженности, характере изменений микрофлоры в постколостомической культе и функции запирательного аппарата прямой кишки. Полученные нами результаты (93,3% благоприятных исходов при отсутствии жалоб и клинически выраженной дисфункции кишки) позволяют рекомендовать предложенный алгоритм в лечебную практику при восстановлении непрерывности кишечной трубки после обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки. Полученные сведения по распространенности и выраженности диверсионного проктита и проктосигмоидита указывают на необходимость комплексной предоперационной подготовки культы толстой кишки. Применение способов трансанальной декомпрессии и внутриспросветной санации зоны анастомозов (в том числе с использованием разработанного и внедренного нами способа) является эффективным методом про-

филактики их несостоятельности, однако показания и техника выполнения декомпрессии нуждаются в доработке и индивидуальном обосновании.

Список литературы

1. Воробьев Г.И. Подготовка больных с двустольными и краевыми колостомами к восстановительным операциям / Г.И. Воробьев, В.С. Зикас, Д.К. Павалькис // Хирургия. – 2001. – № 3. – С. 93–95.
2. Воленко А.В. Причины послеоперационных осложнений при восстановлении непрерывности толстой кишки после операции Гартмана / А.В. Воленко, Э.П. Рудин, Ю.В. Андреев // Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. – 2011. – № 3–4. – С. 12–13.
3. Дарвин В.В. Сроки выполнения восстановительных операций у стомированных больных: возможно ли их сокращение? / В.В. Дарвин, А.Я. Ильканич // Актуальные проблемы колопроктологии: научная конференция с международным участием, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. – М., 2005. – С. 205–207.
4. Жуков Б.Н. Применение сшивающих аппаратов в оперативном лечении больных раком толстой кишки / Б.Н. Жуков, В.Р. Исаев, А.А. Чернов // В сб.: Материалы конференции, посвященной памяти проф. В.И. Кныша. – М., 2011. – С. 37.
5. Новая технология создания компрессионного анастомоза в желудочно-кишечной хирургии сверхэластичными имплантатами с памятью формы / Р.В. Зиганшин и др. – Томск: Изд-во STT, 2000. – 176 с.
6. Мельник В.М. Реабилитация больных, оперированных на толстой кишке / В.М. Мельник, А.И. Пойда // Анналы хирургии. – 2002. – № 5. – С. 11–16.
7. Осложнения после хирургических вмешательств на толстой кишке: характер, частота и их зависимость от методики кишечного шва. / А.В. Воленко, Э.П. Рудин, С.В. Куприков, Ю.В. Андреев // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 4(80), ч. 2. – С. 25–28.
8. Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке / А.А. Марышев, С.Н. Архипин, В.Ф. Мурадян, Е.М. Николаева, М.Ю. Казначеев // Тезисы докладов I съезда колопроктологов России с международным участием – Актуальные вопросы колопроктологии. – Самара, 2003. – С. 358–359.
9. Реконструктивные операции на толстой кишке / В.И. Кукош, М.В. Кукош, Н.К. Разумовский, Н.С. Грекова // Актуальные вопросы современной хирургии: сб. тезисов. – М., 2000. – С. 178–179.
10. Хирургическая реабилитация больных со стомами / В.М. Тимербулатов, С.Н. Афанасьев, Ф.М. Гайнутдинов, Д.И. Мехдиев, О.В. Галимов, А.В. Куляпин, А.Х. Галлямов // Колопроктология. – 2004. – № 1(7). – С. 3–6.
11. Хирургическая реабилитация колостомированных больных / Г.М. Манихас, Э.А. Каливо, М.Х. Фридман, Р.Н. Оршанский // Современные технологии в онкологии: материалы VI Всероссийского съезда онкологов. – Ростов н/Д., 2005. – т.1. – С. 281–282.

References

1. Vorobyev G.I., Zikas V.S., Pavalkis D.C. Surgery, 2001, no 3, pp. 93–95.
2. Volenko A.B., Rudin E.P., Andreev Y. Outpatient surgery, 2011, no 3–4, pp. 12–13.
3. Darwin V.V., Ilkanich A.J. Timing of recovery operations in ostomy patients: is it possible to reduce them? (Scientific conference with international participation «Actual problems of Coloproctology» dedicated to the 40th anniversary of the State Research Center of Coloproctology). Moscow, 2005, pp. 205–207.
4. Zhukov B.N. Isaev V.R., Chernov A.A. The use of staplers in the surgical treatment of patients with cancer of the colon (In Sat: Conference dedicated to the memory of prof. V.I. Knish). Moscow, May 26–27, 2011, pp. 37.
5. Ziganshin RV, et al. New technology is creating a compression anastomosis in gastrointestinal surgery superelastic shape memory implants. Publishing House of Tomsk, STT, 2000. 176 p.
6. Miller V.M., Poyda A.I. Rehabilitation of patients operated for colon. Annals of Surgery, 2002, no 5, pp. 11–16.
7. Volenko A.B., Rudin E.P., Kuprikov S.V., Andreev Y.V. B'ulleten' VSNC SO RAMN, 2011, no. 4(80), part 2, pp. 25–28.
8. Maryshev A.A., Arhipin S.N., Muradjan V.F., Nikolaeva E.M., Kaznacheev M. YU. Reconstructive operations on the large intestine. (Tezisy докладov I koloproktologov Rossii s mezhdunarodnym uchastiem – Aktual'nye voprosy koloproktologii). Samara, 2003, pp. 358–359.
9. Kukosh V.I., Kukosh M.V., Razumovskij N.K., Grekova N.S. Reconstructive operations on the large intestine. (Cb. Tezisyov «Aktual'nye voprosy sovremennoj hirurгии»). Moscow, 2000, pp. 178–179.
10. Timerbulatov V.M., Afanasiev S.N., Gainutdinov F.M., Mehdiyev D.I., Galimov O.V., Kulyapin A.V., Gallyamov A.H. Coloproctology, 2004, no 1 (7). pp. 3–6.
11. Manikhas G.M., Kalive E.A., Friedman M.H., Orsha R.N. Surgical rehabilitation of patients with stomas. (Proceedings of the VI All-Russian Congress of Oncologists. Modern technology in oncology). Rostov-on-Don, 2005, Vol. 1, pp. 281–282.

Рецензенты:

Хоронько Ю.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Ростов-на-Дону;

Смолькина А.В., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова, ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Работа поступила в редакцию 01.08.2013.