

p-ISSN 0023 - 2130
e-ISSN 2522 - 1396

Том 89, № 9 - 10 додаток
вересень-жовтень 2022

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

Ліга-Інформ

Передплатний індекс 74253

ею прямої кишки, резекції термінальної ділянки клубової кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу. Він передбачає мобілізацію кореня брижі тонкої кишки, перетинання верхньої брижової артерії та прямих її судин на певних рівнях залежно від особливостей їх ангіоархітекτονіки. Це забезпечує збільшення довжини трансплантату та можливість його дислокації в порожнину малого тазу.

Розроблено спосіб тазового тонкокишкового резервуара нового типу. Особливість техніки його формування полягає у створенні двох факторів затримки просування вмісту тонкої кишки: фіксованих анатомічних вигинів тонкої кишки та утримуючого клапана розташованого проксимальніше цих вигинів. Наявність двох факторів затримки просування вмісту по тонкій кишці – фіксованих анатомічних вигинів та утримуючого клапана покращувало перебіг процесів фізіологічної затримки просування вмісту тонкої кишки, процесів кишкового травлення та всмоктування.

Розроблено новий спосіб ілеоендоанального анастомозу. Відповідно до способу відрізків хірургічного анального каналу з'єднують з відрізком клубової кишки поверхнями однорідних тканин, зокрема, підслизових основ цих відрізків, що сприяє фізіологічному перебігу процесів загоєння.

За останні 5 років зазначені способи нових реконструктивно-відновних операцій використано у 32 пацієнтів, з них чоловічої статі було – 18(56,2%), жіночої – 14(43,8%). Радикальний етап у всіх пацієнтів передбачав виконання колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозектомії хірургічного анального каналу. У 11 (34,4%) крім зазначеного обсягу радикальної операції вимушено видаляли термінальну ділянку тонкої кишки, протяжністю 15–120 см.

Нові способи дислокації тонкокишкового трансплантату використано у 11 (34,4%) пацієнтів після вимушеної резекції термінальної ділянки клубової кишки, спосіб формування тазового тонкокишкового резервуару – у 14 (43,7%), з них – у 11 після видалення термінальної ділянки тонкої кишки, у 3 – з наявним синдромом подразненої тонкої кишки. Спосіб формування ілеоендоаналь-

ного анастомозу було використано у всіх 32 (100%) оперованих пацієнтів.

Результати. Ускладнення, обумовлені виконанням реконструктивно-відновного етапу хірургічного втручання виникли у 3(9,4%) пацієнтів. З них абсцес порожнини малого тазу – у 1, внутрішня тонкокишково-півхова норія – у 1, ішемічний резервуарит також у 1.

Отримані сприятливі функціональні результати у переважній більшості оперованих пацієнтів: наблизена до фізіологічної кількість випорожнень протягом доби, задовільні показники функції анального тримання, I (легкий) ступінь постколектомічного синдрому.

Висновки.

1. Нестандартними умовами виконання реконструктивно-відновних операцій при непухлинних захворюваннях товстої кишки є зменшення протяжності тонкої кишки у зв'язку з вимушеним видаленням термінальної ділянки клубової кишки, наявний синдром подразненої тонкої кишки, коротка брижа тонкої кишки, розсипний тип архітекτονіки верхньої брижової артерії.

2. При нестандартних умовах виконання реконструктивно-відновних операцій після радикального хірургічного лікування непухлинних захворювань товстої кишки важливим є удосконалення способів мобілізації та дислокації тонкокишкового трансплантату, формування тазового тонкокишкового резервуару, ілеоендоанального анастомозу.

3. Використання розроблених способів мобілізації та дислокації тонкокишкового трансплантату в порожнину малого тазу, формування тазового тонкокишкового резервуару, ілеоендоанального анастомозу сприяло збільшенню можливості виконання реконструктивно-відновного етапу хірургічного втручання при нестандартних умовах, зменшенню ризику виникнення післяопераційних ускладнень, покращенню функціональних результатів, зменшенню частоти виникнення та ступеня вираженості постколектомічного синдрому та синдрому вторинної анальної інконтиненції у переважній більшості оперованих хворих.

Ультразвукова діагностика ускладнень в ранньому післяопераційному періоді у хворих після накладання товстокишкового анастомозу

**Милиця М. М., Казаков В. С., Стебляк В. В., Милиця К. М.,
Постоленко М. Д., Солдусова В. В.**

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти», Запоріжжя, Україна

Вступ. Однією з основних задач в абдомінальній хірургії при накладанні товстокишкових анастомозів є діагностика розвитку локальних ускладнень в ранньому післяопераційному періоді. Незважаючи на інтенсивне зростання кількості операцій, вдосконалення хірургічних техноло-

гій і розширення обсягів оперативного втручання, частота розвитку післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень залишається досить високою. Для діагностики післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень в клінічній практиці широке поширення набуло УЗД черевної по-

рожнини. Переваги ультразвукового методу: швидке і досить точне отримання діагностичної інформації неінвазивним способом; можливість проведення дослідження безпосередньо біля ліжка хворого; відсутність променевого навантаження; повна безпека виконання багаторазових досліджень в динаміці; реальність проведення інвазивної внутрішньочеревної діагностики під візуальним контролем; відносна економічна доступність.

Мета дослідження. Дослідити можливості використання ультразвукової діагностики в ранньому післяопераційному періоді для виявлення ускладнень у хворих після накладання товстокишкових анастомозів та визначення подальшої тактики ведення.

Матеріали і методи. 183 хворих, прооперованих з накладанням первинного безперервного дворядкового ТКА на лівих відділах товстої кишки. З них обстежено 75 (40,9%) хворих з підозрою на неспроможність анастомозу, які поділені на 2 групи, залежно від наявності неспроможності ТКА: 1 група – 32 хворих, у яких зафіксована неспроможність ТКА (медіана віку хворих – 65 (57; 75) років, 2 група (контрольна) – 43 хворих, без неспроможності анастомозу, (медіана віку хворих – 63,5 (58,5; 70,5) років

Результати та їх обговорення. Проаналізовано дані ультразвукової картини стану кишкових анастомозів в динаміці раннього післяопераційного періоду, на 3–ю і 7–му добу з метою виявлення і систематизації ознак неспроможності ТКА.

Критеріями направлення на УЗД на 3–ю і 7–му добу післяопераційного періоду були: підвищення температури тіла $\geq 38^{\circ}\text{C}$, лейкоцитоз у крові $\geq 12 \times 10^9$ г/л, зміна кількості, характеру виділень з дренажів, біль та дискомфорт

у лівих відділах черевної порожнини.

Найдостовірнішими ультразвуковими ознаками неспроможності ТКА були наявність газу поза просвітом кишки, яка відзначалася у 9 (28,1%) хворих групи 1 на 3–ю добу і у 5 (15,6%) – на 7–му добу після операції, а також наявність рідинного утворення в зоні ТКА у 6 (18,8%) і 12 (37,5%) пацієнтів, відповідно. Обидві зазначені ультразвукові ознаки у пацієнтів 2 групи були відсутні. Також достовірно частіше і в більш ранні терміни відзначалося відновлення перистальтики кишки в зоні ТКА при його спроможності, що встановлено у 14 (32,5%) хворих 2 групи на 3–й і у 29 (67,4%) хворих на 7–му добу після операції відповідно, в той час як при неспроможності ТКА ця ознака на 3–ю добу, не відзначалася у хворих 1 групи, а на 7–му реєструвалася лише у 7 (21,9%; $\chi^2 = 31,2$; $P < 0,05$) пацієнтів. Отже, ультразвукові ознаки неспроможності ТКА на 3 добу встановлені у 15 (46,8%) хворих 1 групи, що привело до зміни тактики лікування у 7 (46,6%) з них; на 7 добу у 17 (53,1%) хворих, що призвело до зміни тактики лікування у 4 (23,5%) з них відповідно.

Висновки. Ультразвукові ознаки неспроможності ТКА встановлені у 15 (46,8%) хворих 1 групи на 3 добу, що привело до зміни тактики лікування у 7 (46,6%) з них, та у 17 (53,1%) хворих на 7 добу, що привело до зміни тактики лікування у 4 (23,5%) з них відповідно. Рання діагностика ускладнень дозволила змінити тактику і об'єм інтенсивної терапії з попередженням подальших ускладнень. Своєчасна діагностика ранніх ознак неспроможності анастомозу дозволяє прогнозувати подальший перебіг захворювання, що забезпечує зниження кількості ускладнень та тяжкості їх перебігу.

Додаткове укріплення товстокишкового анастомозу та його вплив на виразність обсіменіння черевної порожнини

Милиця М. М., Милиця К. М., Стебляк В. В., Постоленко М. Д., Солдусова В. В., Казаков В. С.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти», м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. Надійність кишкового шва залишається одним з найважливіших та найактуальніших аспектів у хірургії шлунково–кишкового тракту, у зв'язку з тим що останній лежить в основі більшості операцій. Незмінно високою залишається частота виникнення післяопераційних ускладнень, що також призводить до тяжких наслідків та незадоволення результатами операцій у хірургів по всьому світу. Одним з важливих факторів, що знижує міцність анастомозів є інфікування тканин. За даними проведених досліджень, інфікування анастомозу відбувається при безпосередньому контакті шовного матеріалу із просвітом та вмістом кишкового просвіту. При цьому мікрофлора проникає в товщу зшитих тканин, що у подальшому призводить до розвитку запалення. Підвищена проникність ділянки анастомозу сприяє потраплянню інфекційних агентів до черевної порожнини та розвитку пери-

тоніту, що в свою чергу викликає активацію та збільшення кількості біологічно активних речовин, які викликають порушення мікроциркуляції в стінці кишки. До цього часу немає єдиної точки зору на причини які викликають неспроможність кишкових анастомозів, а також на хірургічну тактику при її виникненні. Тому постійно виникає необхідність пошуків оптимальних варіантів накладання кишкового шва та розробка нових методів профілактики його неспроможності.

Мета роботи. Дослідити вплив додаткового укріплення товстокишкового анастомозу (ТКА) з використанням сучасних адгезивних матеріалів на виразність обсіменіння черевної порожнини у хворих з інсулінорезистентністю (ІР).

Матеріали та методи. Обстежено 80 хворих з інсулінорезистентністю (ІР), яким було прооперовано опера-