

не плече» шунта і проштовхуємо поршень, витискаючи зі шприца кров (рис. 1, б: фаза вливання крові). Потім весь цикл, позначений у пунктах 4 і 5, багаторазово повторюється.

### Результати дослідження та їх обговорення

У всіх хворих спорожнювання плевральної порожнини і відшкодування крововтрати поліпшили функції дихання і подолання серцево-судинного колапсу. Шість хворих було прооперовано: трьом пацієнтам виконано торакотомію,

двом — лапаротомію, одному — тораколапаротомію. Подальша доля хворих залежала від характеру травми, віку і супровідної патології. Померли 5 хворих з 10 (трое оперованих і двоє неоперованих). З нашим методом можна ознайомитися у монографії Е. А. Вагнера і співавторів «Реінфузія крові» [2].

### Висновки

1. Запропонований спосіб не потребує спеціальної апаратури, забезпечується доступними табельними засобами і завдяки простоті може застосовуватися за життєвими

показниками на етапі першої лікарської допомоги, що зменшить кількість летальних випадків під час транспортування і до надходження потерпілих у хірургічні операційні.

2. Вважаємо, що цей метод є особливо цінним при масових ураженнях, пов'язаних зі збройними конфліктами і стихійним лихом.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Гешелин С. А. Прямая реінфузія крові при гемотораксе // Хірургія. — 1975. — № 4. — С. 126-129.

2. Вагнер Е. А., Тавровський В. М., Ортенберг Я. А. Реінфузія крові. — М.: Медицина, 1977. — 92 с.

УДК 616.345-089.844:614.253.83

Ф. І. Гюльмамедов, П. Ф. Гюльмамедов, Г. К. Кухто,  
Г. Є. Полунін, В. О. Ликов, О. М. Даниленко

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНІ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ УШКОДЖЕНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

### Вступ

Для більш чіткого уявлення про ятрогенні ушкодження (ЯУ) вважаємо за необхідне процитувати визначення, сформульоване проф. В. Д. Федоровим [1]: «...цей термін ... має включати дуже обмежене коло лікарських помилок, пов'язаних з вузькою спеціалізацією, внаслідок "незнання", зумовленого неможливістю "осягнути неосяжне"». Хірург приречений на помилки й ускладнення внаслідок збігу об'єктивних обставин. Це найважливіша медична і соціальна проблема, при визначенні шляхів розв'язання якої не досягнуто однастайності, не вироблено чітких критеріїв, бракує статистичних даних, а також правових основ та обґрунтованої хірургічної тактики [2; 3]. Необхідність проведення багаторічного хірургічного лікування при ЯУ висуває плановані реконструктивно-відновні операції (РВО) на перший план [4; 5].

Метою роботи є визначення хірургічної тактики у тих важких ситуаціях, коли ЯУ діагностуються на 2-гу–7-му добу після операції з появою з дренажів кишкового вмісту або домішок кишкового вмісту в сечі.

### Матеріали та методи дослідження

Нами проаналізовано досвід РВО у 911 хворих, які лікувалися в обласному колопроктологічному центрі за останні 10 років. Причиною виведення *anus preternaturalis* у 57 (6,3±0,8 %) хворих стали ЯУ прямої (ПК) й ободової кишок (ОК). У 23 хворих ЯУ було виявлено під час операції, вчасно виконано одноетапне втручання, тому вони не ввійшли в досліджувану групу.

### Результати дослідження та їх обговорення

Найчастіше нерозпізнані ушкодження товстої кишки (ТК) траплялися при виконанні гінекологічних операцій — 42 (73,7±5,8 %) хворих, при урологічних

операціях — 10 (17,5±5,0 %), травми стінки ТК при ендоскопічних операціях — 3 (5,3±3,0 %), хімічних опіках кишки — 2 (3,5±2,4 %).

Найважливішим у цій ситуації є питання, чи процес обмежений і де локалізується ушкодження. Необхідно пам'ятати, що виражений спайковий і запальний процеси в черевній порожнині утрудняють діагностику локалізації ушкодження під час релапаротомії, тим паче якщо є обмежений запальний осередок і детальна ревізія сприятиме інфікуванню всієї черевної порожнини. Якщо ЯУ зумовлене прошиванням лігатурою стінки ТК і сечового міхура, то особливо важкою є локалізація ушкодження при релапаротомії. Слід вивчити «барвистий феномен» до початку релапаротомії. Через ПК вводять забарвлений розчин. Поява його в дренажах свідчить про ушкодження ТК. У разі відсутності такого підтвердження в ході операції доведеться проводити вісцероліз від зв'яз-



ки Трейтца і виводити стому тільки на межі чітко перевіреного відділу. Вважаємо за необхідне підкреслити ще одну особливість: при значному ушкодженні ПК, коли подальше відновлення може бути здійснено тільки шляхом зведення ОК, доцільніше формувати протектуючу двостволову колостому в ділянці печінкового вигину ОК, зберігаючи сигмоподібну і попереочно-ободову кишку для подальших відновних втручань. Формування цекостоми чи будь-якої пристінкової стоми слід вважати грубою тактичною помилкою, тому що вона не виконує протектуючої функції.

Досвід таких втручань дозволяє нам дати деякі рекомендації, а саме: ситуація, здатна спричинити ЯУ, зазвичай виникає при повторних оперативних втручаннях. Під час урологічних операцій і позачеревних доступах небезпека розвитку ускладнень у ході втручання потребує досить широкої лапаротомії для ревізії органів черевної порожнини. Ускладнення в ході оперативного втручання, природно, можуть зумовити поспішні й невинуваті маніпуляції. Розпочавши оперативне втручання, хірург повинен перевірити стан усіх органів, тканин і великих судин, що знаходяться в операційному полі, а при гінекологічних операціях — стан сечоводів, особливо лівого, зовнішніх клубових артерій, сечового міхура і всіх відділів кишечника. Кровотечу з маткових артерій можна тимчасово зупинити, притиснувши пальцем внутрішню клубову артерію. Потім слід висушити операційне поле, накласти прицільно судинний затискач або перев'язати внутрішню клубову артерію. Оперативний доступ при повторних операціях має бути достатнім, слід відмовитися від лапаротомії за Пфанненштилем, тим паче від трансвагінальних доступів.

Викликає здивування, коли при ушкодженні сигмоподібної кишки вона перетинається і проксимальний відділ виво-

диться у вигляді одностоволової кінцевої стоми, а дистальний відділ зашивається наглухо. Доцільніше вивести двостволову колостому в ділянці дефекту або, зашивши дефект, сформувати проксимальніше протектуючу двостволову колостому, що є менш травматичним і швидшим у часі. Крім того, така хірургічна тактика скоротить час реабілітаційного періоду і зменшить травматичність відновного етапу.

При ЯУ операцію Гартмана виконано у 19 (33,3±6,2 %) хворих. Характер РВО: у 12 спостереженнях — відновлення шляхом формування колоректоанастомозу. Припускаючи можливість наявності лігатурних абсцесів у ділянці верхівки кукси, формуємо анастомози кінець ОК у бік ПК. У 7 спостереженнях при ушкодженні та подальших рубцевих змінах у ПК — зведення ОК через куксу ПК бажано виконувати з демукозацією останньої.

Хімічні опіки ТК при помилковому введенні агресивного розчину (формаліну) в ПК відзначено у 2 хворих. Завдяки негайному промиванню з допомогою очисних і сифонних клізм слизову оболонку ПК вдалося зберегти. Під час ендоскопічного дослідження виявлено виразки з подальшим рубцюванням і рубцевою стриктурою ОК. Рубцеві зміни прогресують протягом року. Реконструктивно-відновна операція — субтотальна колектомія з ілеоректоанастомозом — виконана у 1 хворого, розширена субтотальна колектомія з резекцією рубцево зміненої клубової кишки, ілеоректоанастомозом — теж у 1 пацієнта.

Головними вимогами до хірургічної тактики при повторних операціях на фоні місцевого або розлитого перитоніту є повне відключення пасажу кишечника вмісту через ушкоджені відділи, адекватне дренирування абсцесів аж до створення лапаростоми і відновлення гомеостазу й імунного статусу.

Відновні операції виконуються тільки після досягнення

ремисії усіх запальних і гнійно-септичних процесів шляхом широкої лапаротомії, вісцеролізу, ретельної ревізії, видалення кишкових, кишково-піхвових та інших норицевих ходів, формування анастомозів на здорових, рубцево незмінених відділах кишечника.

Неспроможність анастомозу з повторним формуванням сигмовагінальної нориці спостерігалася у 2 хворих, після адекватної протизапальної і загальнозміцнювальної терапії повторні оперативні втручання були ефективними. Після РВО летальних випадків не було.

## Висновки

1. Для запобігання ятрогенним ушкодженням товстої кишки під час виконання повторних оперативних втручань потрібно застосовувати широкий хірургічний доступ, бажано — серединну лапаротомію із залученням фахівців до гінекологічних і урологічних операцій у будь-яких скрутних ситуаціях.

2. Хірургічна тактика має бути диференційованою, з урахуванням усіх виявлених порушень і планованим реабілітаційним лікуванням.

3. Відновні операції після розвитку гнійно-септичних ускладнень і багаторазових оперативних втручань слід виконувати тільки після стабілізації стану хворого, з проведенням вісцеролізу і ретельної ревізії нефункціонуючих відділів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Федоров В. Д., Саркисов Д. С. О понятии ятрогенные заболевания // Хирургия. — 1992. — № 11–12. — С. 3–8.
2. Рыков В. А., Крипальский Л. И., Морозов А. С. О структуре диагноза при ятрогенных заболеваниях // Там же. — 1994. — № 12. — С. 54–56.
3. Халидов А. И. Хирургическая ятрогения // Клин. хирургия. — 1992. — № 1. — С. 46–48.
4. Реконструктивные операции на толстой кишке / В. И. Кукош, М. В. Кукош, Н. К. Разумовский, Н. С. Грекова // Труды Междунар. конф. «Хирургия 2000». — М., 2000. — С. 134–135.
5. Восстановление непрерывности кишечника после операции Гартмана / Г. А. Серопян, А. В. Базаев, Р. П. Бичев и др. // Там же. — С. 319–320.

