

С.Н. Щерба¹, В.В. Половинкин²

СПОСОБ СНИЖЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ ЭКСТРАЛЕВАТОРНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар² Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар

Проведено проспективное рандомизированное исследование двух сопоставимых групп пациентов (контрольная—14 человек и основная—27), которым выполнялась цилиндрическая экстралеваторная экстирпация прямой кишки. В основной группе применялся оригинальный способ профилактики нагноения промежностной раны путём её пассивного пролонгированного дренирования. В контрольной группе у 6 (42,8%) больных произошло нагноение промежностной раны в сроки от 4 до 11 суток ($p < 0,001$). В основной группе локальные нагноения промежностной раны, потребовавшие снятия нескольких кожных швов на ограниченном участке, возникли лишь у двух больных (7,4%) ($p < 0,001$).

Ключевые слова: рак прямой кишки, раневая инфекция, дренаж

В настоящее время лечение рака нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала является комплексным и включает хирургические, лучевые и лекарственные методы. Основным элементом, однако, остается хирургический метод. [1, 2, 4, 7, 8]. Как правило, при таком расположении опухоли выполняются брюшно-промежностная экстирпация по Кеню-Майлсу и, вошедшая в хирургическую практику не так давно, экстралеваторная цилиндрическая экстирпация (ЦЭ). Оба эти вмешательства являются довольно травматичными и таят угрозу возникновения в раннем, а иногда и позднем послеоперационном периодах различных осложнений, чаще всего инфекционной природы [3-6].

По данным литературы и нашему мнению, именно ЦЭ обеспечивает свободную от опухолевых клеток латеральную линию резекции даже при сложных местно-распространенных опухолях, что, в конечном итоге, улучшает отдаленные результаты и выживаемость больных при лечении рака прямой кишки. Однако, при этом сохраняется достаточно высокой частота нагноений промежностной раны, составляющая 8–44 % [3-7].

Особую актуальность эта проблема приобретает у пациентов пожилого и старческого воз-

раста, со сниженным иммунитетом, получивших предоперационную лучевую терапию.

Цель работы: оценить эффективность применения пассивного пролонгированного дренирования промежностной раны после ЦЭ прямой кишки с целью предупреждения её нагноения.

Материалы и методика

В нашей клинике, на базе колопроктологического отделения Краевой клинической больницы № 1 им. С.В. Очаповского, с 2009 г. по настоящее время всем больным по поводу рака нижнеампулярного отдела прямой $T_{2-4} N_{0-2} M_{0-1}$ производятся экстралеваторные цилиндрические экстирпации прямой кишки. Таких операций было сделано 43 (100%). Проведено проспективное рандомизированное исследование среди этих пациентов. Все больные были выделены в две сопоставимые группы: контрольную—14 человек и основную—27. В обеих группах предоперационная подготовка, абдоминальный и промежностный этапы ЦЭ прямой кишки выполнялись стандартно. В основной группе применялся оригинальный способ профилактики нагноения промежностной раны путём её пассивного пролонгированного дренирования (приоритетная справка № 2012107728 от 29. 02. 2012 г.).

Сущность его заключается в следующем. После ушивания мягких тканей промежностной раны на ее дно помещают однопросветный перфорированный дренаж, концы которого выводят наружу вблизи углов раны и фиксируют к коже отдельными узловыми швами. В качестве дренажа используют, например, стандартную стерильную полихлорвиниловую трубку от системы для внутривенных вливаний. Перфорационные отверстия вырезают только на той части трубки, которая находится в ране. Отверстия располагают по боковым поверхностям, в шахматном порядке, на расстоянии 1,5–2 см друг от друга. Диаметр перфорационных отверстий 3–4 мм. Затем накладывают обычные узловые швы только на кожу. Интервал между ними—1-1,5 см. Подкожно-жировую клетчатку не ушивают, чтобы дать возможность антисептику при промывании дренажа омыwać и санировать внутренние стенки раны, недренируемые карманы, щели. Ушитую над раной кожу обрабатывают йодпроизводными антисептиками и закрывают стерильной салфеткой. Выведенные наружу концы дренажной трубки сгибают, а на место излома одевают стерильные пластмассовые заглушки (например, колпачки от инъекционных игл), создавая герметизм и перекрывая путь экзогенной инфекции по трубке в раневую полость. Далее наружные концы дренажной трубки укладывают на стерильную салфетку, лежащую на промежностной ране, а сверху закрывают асептической ватно-марлевой повязкой. Таким образом, выведенные концы дренажной трубки остаются под повязкой, не создавая пациентам никаких неудобств.

Начиная с первого послеоперационного дня, при перевязке промежностной раны производят промывание дренажной трубки антисептиками. Можно использовать раствор 3% борной кислоты, либо водный раствор хлоргексидина. Промывание происходит следующим образом. Один конец дренажной трубки опускают в чистый лоток для слива и временно перекрывают его (например, зажимом). Во второй конец трубки порционно вводят один из антисептиков. Для вливания раствора удобнее использовать одноразовые шприцы объёмом не менее 20 мл. При промывании дренажа в первые 2–3 послеоперационных дня, из-за временно созданного механического препятствия в сливной части трубки, введённый в дренаж антисептик не выходит сразу наружу, а полностью обмывает и санирует все стенки, недренлируемые углы, карманы промежностной раны между её дном и кожей. Благодаря этому приёму удаётся создать гидравлическую компрессию антисептика. Причём, внутрираневое давление антисептика нужно увеличить до такой степени, чтобы произошло даже частичное просачивание раствора наружу между кожными швами. С помощью такой гидравлической санации полость раны максимально очищается от микроорганизмов, раневого субстрата, некротизированных тканей и т.п., которые как раз могут, при неблагоприятном стечении обстоятельств и пройдя ряд форм (серома, гематома), привести к нагноению раны.

На промывание дренажа достаточно, как правило, 100—150 мл антисептика. Завершив компрессионное промывание, пережатый второй конец трубки открывают и выпускают весь антисептик. Далее, этим же шприцом полностью аспирируют оставшееся в ране и в дренажной трубке содержимое. Одевают на согнутые концы трубки колпачки-заглушки и укладывают края трубки под повязку. Дренажи из раны удаляют на 9–10 послеоперационные сутки. К этому сроку отделяемого из раны по дренажу уже практически нет. Если оно и бывает, то характер его серозный с объемом более 1–2 мл.

Результаты и обсуждение

В основной группе наблюдений у двух больных (7,4%) возникли локальные нагноения промежностной раны, потребовавшие снятия нескольких кожных швов на ограниченном участке ($p < 0,001$). В дальнейшем эти участки ран зажили по типу вторичного натяжения. Как выяснилось, при анализе этих случаев была нарушена технология промывания дренажа, что и привело к нагноениям раны. У остальных пациентов основной группы промежностные раны зажили первичным натяжением, кожные швы у них удаляли на 12–14-е послеоперационные сутки. Проточные дренажи из ран извлекали на 9–10-е послеоперационные сутки.

В контрольной группе у 6 (42,8%) больных произошло нагноение промежностной раны в сроки от 4 до 11 суток ($p < 0,001$). Причём, у одного больного опосредованно возник перитонит. Всем этим больным раны были разведены. Заживление ран в дальнейшем происходило вторичным натяжением, либо раны зашивали после их перехода во вторую фазу.

Летальных исходов ни в одной из групп не было.

Вывод

Использование несложного способа пролонгированного проточного пассивного дренирова-

ния промежностной раны с последующим правильным выполнением определённых манипуляций по адекватной работе дренажа статистически значительно снижает частоту развития нагноений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б. Рак прямой кишки. — М.: Вузовская книга. — 2001. — 208 с.
2. Бердов Б.А., Невольских А.А., Ерыгин Д.В. Тотальная мезоректумэктомия в хирургическом лечении больных резектабельным раком прямой кишки // Международный конгресс по онкохирургии. — Краснодар. — 2008. — № 1. — С. 21.
3. Карачун А.М., Гладышев Д.В., Лукьянчук Р.М. Первые результаты видеоассистированной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по методике Т. Holm // Мат. 4-й международ. конференции «Российская школа колоректальной хирургии». — М.: «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН». — 2010. — С. 44.
4. Царьков П.В., Фёдоров Д.Н., Кравченко А.Ю. и др. Комбинированный абдоминотранссакральный доступ с переворотом больного на живот при экстраlevatorной экстирпации прямой кишки // Хирургия. — 2011. — № 6. — С. 43–50.
5. Фокин Д.В. Профилактика послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при комбинированном лечении рака прямой кишки: Дисс. канд мед. наук. — Красноярск. — 2009
6. Holm T., Ljung A., Haggmark T. et al. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer // Brit J Surg. — 2007. — Vol. 94. — P. 232–238.
7. Olusegun I. A., Oladejo O. L., Abdurashheed K. et al. Surgical Outcome of Abdominoperineal Resection for Low Rectal Cancer in a Nigerian Tertiary Institution // World J Surg. — 2009. — Vol. 33. — P. 233–239.
8. Swan M.C., Furniss D., Cassell O.C. Surgical management of metastases inguinal lymphadenopathy // B.M.J. — 2004. — Vol. 27. — P. 1272–127.

S.N. Shcherba¹, V.V. Polovinkin²

A METHOD FOR REDUCING SEPTIC COMPLICATIONS IN PERINEAL WOUND AFTER CYLINDRICAL EXTRALEVATORY EXTIRPATION OF THE RECTUM PERFORMED FOR CANCER PATIENTS

¹ Chair of the General Surgery of the Kuban State Medical University

² Prof. S.V. Ochapovskogo Regional Clinical Hospital № 1, Krasnodar

One of frequent postoperative complications of cylindrical extralevatory extirpation of the rectum is suppuration of a perineal wound. It is possible to reduce to a minimum or to prevent completely this complication by application of the passive prolonged drainage of a perineal wound.

Key words: cancer of a rectum, wound infection, drainage.

Поступила в редакцию 19.10.2012 г.