

УДК: 616.34-001.089.843:599.731.1-035

Суходоля А.І., Назарчук С.А., Дмитрієв Д.В.

ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ КСЕНОДЕРМОІМПЛАНТАТІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ КИШЕЧНИХ ШВІВ ТА АНАСТОМОЗІВ В ОНКОХВОРИХ У КРИТИЧНОМУ СТАНІ

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

Мета – вивчити ефективність застосування деєпідермізованих кріоліофілізованих ксенодермоімплантатів для запобігання неспроможності кишкових швів та анастомозів у хворих з онкопатологією. **Матеріали і методи.** Для герметизації та укріплення кишкових швів у 56 онкохворих у критичному стані застосували деєпідермізовані кріоліофілізовані ксенодермоімплантати (основна група), а 65 хворих прооперували традиційно (контрольна група). Враховували клінічний перебіг післяопераційного періоду; дані УЗД. Оцінювали тривалість перебування пацієнтів на штучній вентиляції легень (ШВЛ) та у відділенні інтенсивної терапії. Аналізували ризик неспроможності кишкових анастомозів. **Результати.** Загальна частота гнійно-запальних ускладнень неспроможності кишкового анастомозу (запальний інфільтрат біля анастомозу) в основній групі хворих становила 5,4%, а в контрольній – 12,3%. У контрольній групі зафіксували збільшення кількості гнійно-запальних ускладнень (перитоніт (1,5%), підгостра форма неспроможності кишкових швів (3,1%), запальний інфільтрат (4,6%)). У пацієнтів основної групи тривалість перебування ШВЛ була меншою в 1,75 рази порівняно з контрольною групою, скорочувалися терміни перебування у відділенні інтенсивної терапії. Розроблено шкалу прогнозування ризику виникнення неспроможності кишкових анастомозів. **Висновок.** Застосування деєпідермізованих кріоліофілізованих ксенодермоімплантатів для укріплення кишкових анастомозів в онкохворих знижувало загальну кількість гнійно-запальних ускладнень неспроможності кишкового анастомозу в 2,3 рази (до 5,35%), зменшувало тривалість ШВЛ та перебування у відділенні інтенсивної терапії.

Ключові слова: кишкові шви та анастомози, онкопатологія, ксенодермоімплантати, штучна вентиляція легень

Проблема неспроможності швів кишкової стінки – одна з важливих проблем в хірургії шлунково-кишкового тракту. Більшість післяопераційних перитонітів, абсцесів черевної порожнини, кишечних норниць, а також пов'язаних з релапаротоміями ускладнень та летальних наслідків зумовлені насамперед неспроможністю швів. Зменшенню випадків неспроможності кишечних швів та анастомозів сприяло додаткове їх укріплення та герметизація біологічними і синтетичними матеріалами. Із великої кількості запропонованих методів укріплення та герметизації зони швів деякі залишилися на стадії експериментальних

досліджень через складність їх застосування у практичній хірургії (автотрансплантат парієтальної очеревини, консервована очеревина, консервована мозкова оболонка, демукозований трансплантат тонкої кишки, серозно-м'язово-підслизовий або повношаровий клапот шлунка на судинній ніжці), інші (ціанакрилатні клейові композиції) не знайшли широкого застосування у клініці через токсичність, здатність сповільнювати процеси регенерації та утворення гранульом [1–4].

Останніми роками з'явився новий перспективний (регенеративний) напрям розв'язання зазначеної проблеми – вико-

© Суходоля А.І., Назарчук С.А., Дмитрієв Д.В., 2015

ристання біологічних стимуляторів та біологічних адгезивів (колагенова плівка, фібриновий клей, фібрин-колагенові пластини). Їх застосування дає змогу одночасно вирішити питання механічної міцності, біологічної герметичності кишечних швів та ініціювати повноцінне та структурне відновлення ділянки, що з'єднується. Особливий інтерес викликають деєпідермізовані кріоліофілізовані ксенодермоімплантати зі шкіри свині, які містять активні біологічні речовини, зокрема фактори росту, здатні позитивно впливати на процес регенерації у пошкоджених тканинах [5, 6].

Мета – вивчити ефективність застосування деєпідермізованих кріоліофілізованих ксенодермоімплантатів для запобігання неспроможності кишечних швів та анастомозів у хворих з онкопатологією.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У клініці застосовували деєпідермізовані кріоліофілізовані ксенодермоімплантати на підставі даних експериментальних досліджень. Обстежено та проліковано 121 хворого, прооперованих у Хмельницькому обласному клінічному онкологічному диспансері у 2009–2013 рр. Герметизацію та укріплення кишечних швів за допомогою деєпідермізованих кріоліофілізованих ксенодермоімплантатів застосували у 56 хворих основної групи. За традиційною методикою прооперували 65 хворих (група порівняння).

В основній групі та групі порівняння вікова структура пацієнтів не відрізнялась (до 60 років – 52,0%, похилого віку – 29,8%, старечого – 18,2%). Жінок було 62 (51,3%), чоловіків – 59 (48,7%). Більшість пацієнтів (86,8%), прооперованих з приводу онкопатології, перебували у критичному стані (рис. 1).

Для клінічної оцінки стану кишкових швів використовували класифікацію В.С. Савельєва [7].

Аналіз ефективності застосування деєпідермізованих кріоліофілізованих ксенодермоімплантатів для запобігання неспроможності кишкових швів проводили шляхом порівняльної оцінки кількості гнійно-запальних ускладнень (перитоніт, абсцес, інфільтрат) у групах хворих. Ураховували клінічний перебіг післяопераційного періоду, дані УЗД (діагностична система експертного класу Philips HDI 4000 з конвексними датчиками з частотою від 2 до МГц у режимі реального часу) ділянки сформованого анастомозу, результати лапароскопічного обстеження та дані лабораторного дослідження ексудату з черевної порожнини. При проведенні УЗД зони анастомозів та швів оцінювали стан тканин, які оточують анастомози, товщину привідної та відвідної петель, характер перистальтики у цій зоні, наявність або відсутність випоту та рідинних утворень у черевній порожнині.

Оцінювали тривалість перебування пацієнтів на штучній вентиляції легень (ШВЛ) та у відділенні інтенсивної терапії.

Отримані кількісні показники обробляли статистично [8].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Вибір деєпідермізованих кріоліофілізованих ксенодермоімплантатів ґрунтувався на даних експериментальних досліджень щодо їх цілеспрямованої біологічної дії,

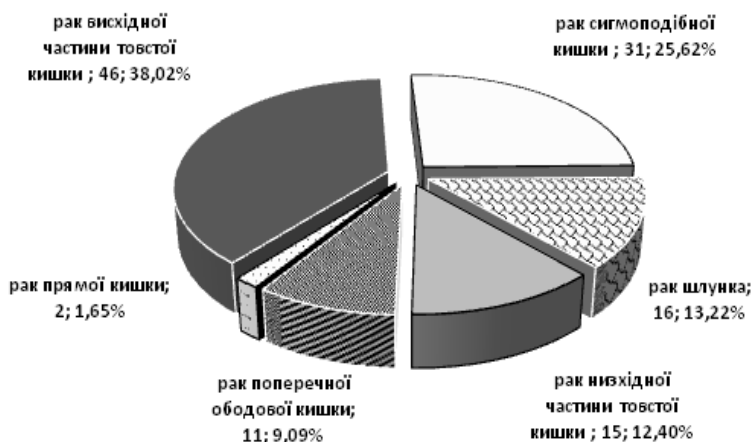


Рис. 1. Структура онкологічної патології у прооперованих хворих

доведеної фізичної, біологічної герметичності та міцності анастомозів.

У більшості хворих основної групи (29, або 51,8%) були сформовані товсто-товстокишкові анастомози, у 19 (33,9%) – тонкотовстокишкові анастомози, у 8 (14,3%) – езофагоентероанастомози та гастроентероанастомози (табл. 1).

Аналіз частоти післяопераційних ускладнень виявив, що в основній групі запальний інфільтрат біля сформованого анастомозу

трацією аміаку (470 та 510 мкмоль/л) підгостра форма неспроможності кишкових швів у 2 (3,1%) випадках (рис. 2).

За даними ультразвукового обстеження, у проекції сформованого анастомозу виявлено абсцес у 2 (3,1%) хворих, запальний інфільтрат – у 3 (4,6%). Розташування запального інфільтрату та абсцесу в проекції сформованих кишечних анастомозів або швів можна вважати прямою ознакою дефекту анастомозу в межах 1–2 швів.

Таблиця 1. Загальна характеристика оперативних втручань

| Вид оперативного втручання | Основна група (n=56) | | Група порівняння (n=65) | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|-----------|
| | Вид анастомозу, який укріпляли | Кількість | Вид анастомозу, який укріпляли | Кількість |
| Гастректомія | Езофагоентероанастомоз | 3 | Езофагоентероанастомоз | 4 |
| Проксимальна резекція шлунка | Гастроентероанастомоз | 5 | Гастроентероанастомоз | 7 |
| Правобічна геміколектомія | Товсто-товстокишковий анастомоз | 19 | Товсто-товстокишковий анастомоз | 17 |
| Лівобічна геміколектомія | Товсто-товстокишковий анастомоз | 12 | Товсто-товстокишковий анастомоз | 15 |
| Резекція поперечної ободової кишки. | Товсто-товстокишковий анастомоз | 8 | Товсто-товстокишковий анастомоз | 7 |
| Резекція сигмоподібної кишки | Товсто-товстокишковий анастомоз | 5 | Товсто-товстокишковий анастомоз | 9 |
| Резекція ректосигмоїдного кута | Товсто-товстокишковий анастомоз | 4 | Товсто-товстокишковий анастомоз | 6 |
| Усього | | 56 | | 65 |

мав місце у 5,4% випадків. У групі порівняння спостерігали значно більше гнійно-запальних ускладнень. Усі ускладнення зафіксовано після формування товстотовстокишкових анастомозів. В 1 (1,5%) випадку мала місце гостра форма неспроможності анастомозу, яка характерна для клініки перитоніту. Нами діагностована за концен-

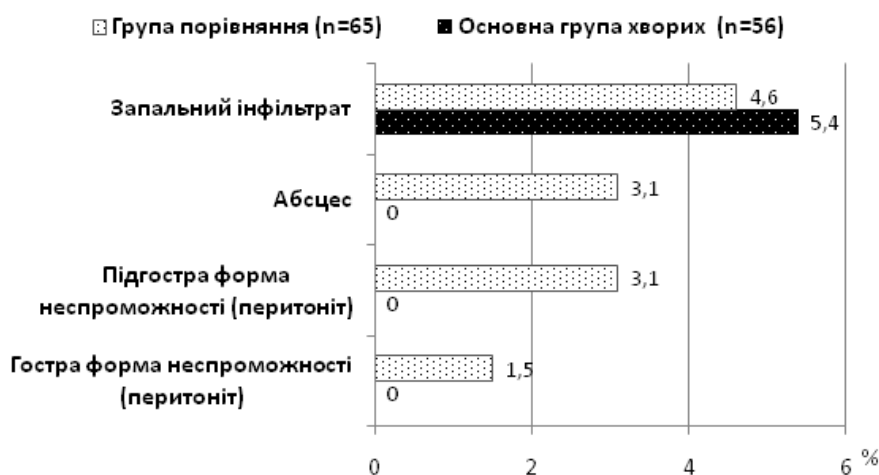


Рис. 2. Гнійно-запальні ускладнення неспроможності кишкових

Частота гнійно-запальних ускладнень неспроможності кишечного анастомозу в основній групі хворих дорівнювала 5,4%, а в групі порівняння – 12,3%.

При виявленні гострої форми неспроможності швів міжкишкових анастомозів характер операції залежав від терміну діагностики, патоморфологічних змін у черевній порожнині і загального стану хворого. При ранній діагностиці ускладнення, відсутності гнійного перитоніту, якщо дозволяв стан хворого та були технічні можливості, виконували радикальне втручання – резекцію анастомозу в межах незмінених тканин і повторне формування анастомозу. Операцію закінчували ретельною ревізією відвідного відділу кишечника на предмет його прохідності і декомпресією тонкої кишки назоінтестинальним зондом, товстої кишки – декомпресійним зондом, проведеним крізь задній прохід.

Для аналізу чинників ризику неспроможності кишкових анастомозів ми взяли за основу програму FastTrackSurgery (хірургія швидкого відновлення).

На нашу думку, прогнозування неспроможності кишкових швів та її профілактика - взаємопов'язані процеси, які безпосередньо впливають на результати оперативного лікування та визначають показання до застосування деєпідермізованих кріоліофілізованих ксенодермоімплантатів в абдомінальній хірургії.

Додатково проведено аналіз 24 випадків неспроможності кишкових анастомозів (у окремої групи хворих), які виникли після виконання у 2008–2012 рр. 343 планових оперативних втручань на шлунку, товстому та тонкому кишечнику з приводу хірургічних захворювань. Вік хворих – від 32 до 76 років. Чоловіків було 256, жінок – 87. Було сформовано 19 (5,5%) езофагоентероанастомозів, 43 (12,5%) гастроентероанастомози, 111 (32,4%) тонко-товстокишкових та 170 (49,6%) товсто-товстокишкових анастомозів.

Аналізуючи причини виникнення неспроможності кишкових анастомозів ми встановили такі **чинники ризику в доопераційний період:**

1. Наявність цукрового діабету.
2. Ожиріння II–III ст.
3. Хронічні або гострі інфекції іншої локалізації (бронхолегенева, сечостатева тощо).
4. Хронічна інтоксикація (паління, алкоголізм).
5. Супутні захворювання.
6. Оперативне втручання, заплановане з приводу пухлинного процесу.
7. Анемія та гіпопротеїнемія.
8. Субкомпенсована непрохідність кишечника, спричинена пухлинним процесом.
9. Планування розширених резекцій кишечника при пухлинному процесі у разі проростання останнього в оточуючі тканини або органи, внаслідок чого буде збільшена травматичність операції і тривалість її виконання, а також об'єм крововтрати.
10. Відсутність в арсеналі хірургічного відділення сучасних зшиваючих апаратів.

Чинники ризику під час операції:

1. Формування співустя за наявності хронічної субкомпенсованої непрохідності товстої кишки, особливо пухлинного генезу.
2. Значна за обсягом мобілізація товстої кишки (не менше ніж трьох анатомічних відділів).
3. Дислокація анастомозу в інші анатомічні відділи черевної порожнини.
4. Тривала нестійка гемодинаміка під час виконання оперативного втручання.
5. Об'єм крововтрати до 1000 мл під час виконання радикального етапу операції.

Таким чином, для запобігання виникненню неспроможності кишкових анастомозів слід дотримуватися такої послідовності проведення заходів:

У доопераційний період:

1. Поліпшення реологічних властивостей крові та перфузії тканини.
2. Корекція анемії та гіпопротеїнемії.
3. Антибіотикопротекція.
4. Доопераційне очищення товстого кишечника.

Під час операції:

1. Інтраопераційне очищення товстої кишки.
2. Укріплення та герметизація кишкових анастомозів клаптем деєпідермізованого кріоліофілізованого ксенодермоімплантату.
3. Декомпресійна інтубація тонкої кишки або трансанальна інтубація товстої кишки проксимальніше за сформований анастомоз.

У післяопераційний період:

1. Щадний режим харчування для створення стану фізіологічного спокою кишковому анастомозу.
2. Антибактеріальна терапія.
3. Поліпшення реологічних властивостей крові та перфузії тканин.
4. Усунення анемії та гіпопротеїнемії.

Для прогнозування можливості виникнення неспроможності кишкових анастомозів у конкретного пацієнта було розроблено шкалу ризику (табл. 2). Вибір методу запобігання неспроможності анастомозів на порожнистих органах черевної порожнини залежав від суми балів.

Таким чином, у доопераційний період можна визначити ризик виникнення неспроможності анастомозів. Так, за наявності 0–5 балів – загрози неспроможності анастомозів у післяопераційний період не існує, 6–12 балів – існує загроза неспроможності анастомозів у післяопераційний період, понад 12 балів – ризик виникнення неспроможності анастомозів високий.

Серед хворих основної групи на рак шлунка II ст. ($T_{1-2}N_0M_0$) страждали 6 пацієнтів, на рак III ст. ($T_3N_0M_0$) – 2, на рак

ободової кишки I ст. ($T_{1-2}N_0M_0$) – 12, II ст. ($T_{3-4}N_0M_0$) та III ст. ($T_{1-4}N_1M_0$) – 36.

У групі порівняння було 65 хворих віком 36–70 років, з них 32 чоловіки і 33 жінки. Рак шлунка II ст. ($T_{1-2}N_0M_0$) діагностовано в 11 пацієнтів, рак ободової кишки II ст. ($T_{2-3}N_0M_0$) – у 39, рак III ст. ($T_{1-4}N_1M_0$) – у 15 хворих.

Можливість формування первинного тонко-товстокишечного та товстокишечного анастомозів оцінювали за загальним станом хворого, віком, стадією захворювання, ступенем поширеності пухлини на сусідні органи, наявністю інших захворювань. Формування первинних анастомозів не виконували за наявності гнійного перитоніту та вираженої обтураційної непрохідності.

При формуванні товстокишечних анастомозів дотримувалися таких принципів: ретельне звільнення від жирової тканини країв резектованої кишки на відстані не менше ніж 0,5 см від краю резекції; коса лінія пересічення ($70-80^\circ$ по відношенню до брижового краю); використання діатермокоагуляції при пересіченні кишки для досягнення гемостазу та збільшення асептичності втручання; формування вузлового прецизійного серозно-м'язового-підслизового шва монофіламентною ниткою на атравматичній голці не більше ніж 5 мм від країв з інтервалом 5–6 мм між швами.

Тривалість перебування на ШВЛ у післяопераційний період у пацієнтів основної групи була меншою в 1,75 разупорівняно з контрольною групою – ($48,5 \pm 4,5$) і ($64,4 \pm 7,8$) год відповідно. Потреба у проведенні тривалої ШВЛ подовжувала термін перебування пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії.

ВИСНОВОК

У разі високого ризику неспроможності кишкових швів ефективним є застосування деєпідермізованих кріоліофілізованих ксенодермоімплантатів для укріплення зони анастомозу, зокрема в онкологічних

Таблиця 2. Шкала ризику виникнення неспроможності кишкових анастомозів

| | Патологія | Бали |
|------------|---|------|
| I | Анемія | |
| 1 | Відсутність анемії | 0 |
| 2 | I ст. (гемоглобін –100–91 г/л, еритроцити –3,6–3,2 · 10 ¹² /л) | 1 |
| 3 | II ст. (гемоглобін –90–71 г/л, еритроцити– 3,2–3,0 · 10 ¹² /л) | 2 |
| 4 | III ст. (гемоглобін <70 г/л, еритроцити <3,0 · 10 ¹²) | 3 |
| II | Цукровий діабет | |
| 1 | Цукровий діабет відсутній | 0 |
| 2 | Легкий ступінь тяжкості (рівень глікемії не перевищує 8 ммоль/л натще, незначна добова глюкозурія (від слідів до 20 г/л), діагностуються ангіонейропатії доклінічної та функціональної) | 1 |
| 3 | Середній ступінь тяжкості (глікемія до 14 ммоль/л, добова глюкозурія не перевищує 40 г/л, епізодично розвивається кетоз або кетоацидоз. Виявляються діабетичні ангіонейропатії різної локалізації і функціональної стадії) | 2 |
| 4 | Тяжкий ступінь (рівень глікемії натще –понад 14 ммоль/л, високий рівень глюкозурії (понад 40–50 г/л). Виявляються ураження судин різного ступеня та локалізації (порушення зору, функції нирок, серця, мозку, нижніх кінцівок)) | 3 |
| III | Гіпопротеїнемія | |
| | Загальний білок | |
| 1 | нормальний вміст (64–83 г/л) | 0 |
| 2 | 50-64г/л | 1 |
| 3 | <50г/л | 2 |
| IV | Наявність супутньої патології | |
| 1 | Супутню патологію не виявлено | 0 |
| 2 | 1 супутня патологія | 1 |
| 3 | 2 супутні патології | 2 |
| 4 | 3 та більше супутні патології | 3 |
| V | Поширеність онкопроцесу | |
| 1 | Пухлинний процес не виходить за межі кишечника | 1 |
| 2 | Пухлинний процес проростає у нижче розташовані тканини | 2 |
| 3 | Пухлинний процес проростає у супутні органи | 3 |
| 4 | Пухлинний процес проростає у супутні органи, є метастази у регіональні лімфатичні вузли | 4 |
| VI | Ожиріння * | |
| | Нормальна маса тіла (20,0–25,9кг/м²) | 0 |
| 1 | Ожиріння I ст. (жінки –28–30,7кг/м ² , чоловіки –30–32,2кг/м ²) | 1 |
| 2 | Ожиріння II ст. (жінки –30,8–35,4кг/м ² , чоловіки –32,3–37,2кг/м ²) | 2 |
| 3 | Ожиріння III ст. (жінки –35,5–47,3кг/м ² , чоловіки –37,3–49,7кг/м ²) | 3 |
| 4 | Ожиріння IV ст. (жінки >47,3кг/м ² , чоловіки >49,7кг/м ²) | 4 |
| VII | Кахексія | |
| 1 | I ст. (> 20,0) | 1 |
| 2 | II ст. (17–20) | 2 |
| 3 | III ст. (≤17) | 3 |

*Розраховується за індексом Кетте (маса тіла/зріст²)

хворих, оскільки це знижує загальну кількість гнійно-запальних ускладнень неспроможності кишкового анастомозу в 2,3 разу, (до 5,35%), зменшує тривалість ШВЛ та перебування у відділенні інтенсивної терапії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Горский В.А., Воленко А.В., И.В.Леоненко, Фаллер А.П. (2006) О повышении надежности кишечного шва. Хирургия им. Н.И. Пирогова, № 2, с. 47–51.
2. Егоров В.И. (2004) Кишечные анастомозы. Физико-механические аспекты. М: Видар, 304 с.
3. Шуркалин Б.К., Воленко А.В., Титков Б.Е. (2009) Послеоперационные осложнения в хирургии толстой

кишки. Вестн. Нац. мед.-хир. Центра им. Н.И. Пирогова, т. 4, № 1, с.60-62.

4. Алиев Ф.Ш., Чернов И.А., Молокова О.А. (2003) Взгляд на механическую прочность кишечного анастомоза. Бюл. сиб. мед., № 2, с. 81-83.
5. Бігуняк В.В., Дем'яненко В.В., Старикова Н.О. (2006) Застосування комбінованого генетично неоднорідного субстрату в хірургічній дермопластиці. Шпитальна хірургія, № 2, с. 52–54.
6. Андреев С.С. и др. Возможности, результаты и перспективы укрепления кишечных швов фибрин-коллагеновой субстанцией ТахоКомб. Хирургия, № 2, с. 53–56.
7. Савельев В.С. (2006) Перитонит: Практическое руководство. М: Медицина, 2006, 342 с.
8. Лапач С.М., Губенко А.В., Бабиц П.Н. (2000) Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. К.: Морион, 320 с.

Суходоля А.И., Назарчук С.А., Дмитриев Д.В.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОДЕРМОИМПЛАНТАТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНЫХ ШВОВ И АНАСТОМОЗОВ У ОНКОБОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И.Пирогова

Цель – изучить эффективность применения дезэпидермизированных криолиофилизированных ксенодермоимплантатов для предупреждения несостоятельности кишечных швов и анастомозов у больных с окопатологией.

Материалы и методы. Для герметизации и укрепления кишечных швов у 56 онкобольных в критическом состоянии применили дезэпидермизированные криолиофилизированные ксенодермоимплантаты (основная группа), а 65 больных прооперировали традиционно (контрольная группа). Учитывали клиническое течение послеоперационного периода, данные УЗИ. Оценивали длительность нахождения пациентов на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и в отделении интенсивной терапии. Анализировали риск несостоятельности кишечных анастомозов. **Результаты.** Общая частота гнойно-воспалительных осложнений несостоятельности кишечного анастомоза (воспалительный инфильтрат возле анастомоза) в основной группе составила 5,4%, а в контрольной – 12,3%. В контрольной группе установили увеличение количества гнойно-воспалительных осложнений (перитонит (1,5%), подострая форма несостоятельности кишечных швов (3,1%), воспалительный инфильтрат (4,6%)). У пациентов основной группы длительность нахождения на ИВЛ уменьшилась в 1,75 раза по сравнению с контрольной группой, сокращались термины пребывания в отделении интенсивной терапии. Разработана шкала прогнозирования риска несостоятельности кишечных анастомозов. **Вывод.** Применение дезэпидермизированных криолиофилизированных ксенодермоимплантатов для укрепления кишечных анастомозов у онкобольных снижало общее количество гнойно-воспалительных осложнений несостоятельности кишечного анастомоза в 2,3 раза (до 5,35%), уменьшало длительность ИВЛ и пребывание в отделении интенсивной терапии.

Ключевые слова: кишечные швы и анастомозы, онкопатоология, ксенодермоимплантаты, искусственная вентиляция легких.

Suchodolya A.I., Nazarchuk S.A., Dmitriev D.V.

SUBSTANTIATION OF XENODERMOIMPLANTS' USE FOR THE PROPHYLAXIS OF INTESTINESUTURE AND ANASTOMOSIS FAILURE IN CRITICALLY ILL ONCOLOGICAL PATIENTS

M.I. PyrogovVinnitsyaNationalMedicalUniversity

The aim – to study the effectiveness of the use of disepidermic-cryolyophilizedxenodermoimplants for prediction of intestinal sutures' and anastomosis' failure in patients with oncology. *Materials and Methods.* Disepidermic-cryolyophilizedxenodermoimplants were used for pressurizationand strengthening of intestinal sutures in 56 critically ill patients with oncology (the study group); other 65 patients with the same pathology underwent traditional surgery (the control group). Clinical course after surgery; sonography data; duration of mechanical lung ventilation and period of being in intensive care unit were estimated. The risk of intestinal anastomosis' failure was analyzed. *Results.* The general incidence of purulent-inflammatory complications of intestinal anastomosis' failure in the study group happened in 5.4% of patients (inflammation infiltration of anastomosis), but in control one it happened in 12.3% of cases. In the control group the increase of purulent-inflammatory complications (peritonitis (1.5%),subacute form of intestinal sutures' failure (3.1%), inflammatory infiltration (4.6%)). Period of mechanical lung ventilation was found to decrease in the study group in 1.75 times, patients' stay in the intensive care unit also decreased. The individual prognostic scale of intestinal anastomosis risk failure was created. *Conclusion.* The use of disepidermic cryolyophilized xenodermoimplants for strengthening of anastomosis in oncological patients decreases general incidence of purulent-inflammatory complications of intestinal anastomosis failure in 2.3 times (to 5.35%), decrease duration of mechanical lung ventilation and patients' stay in the intensive care unit.

Keywords: *кишечные швы и анастомозы, онкопатология, ксенодермоимплантаты, искусственная вентиляция легких.*