

*А. С. Новикова, В. С. Алексеев **

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н. Я. Бовтюк

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

**Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск*

Резюме. В работе приводятся данные ретроспективного исследования частоты развития несостоятельности межкишечных анастомозов в зависимости от уровня наложения и способа формирования соустья.

Ключевые слова: межкишечный анастомоз, несостоятельность анастомоза, релапаротомия.

Resume. The review presents data of a retrospective study of the frequency of interintestinal anastomotic leakage depending on the level of application and the method of anastomosis formation.

Key words: interintestinal anastomosis, anastomotic leakage, relaparotomy.

Актуальность. Со времён возникновения кишечной хирургии и по настоящее время, несмотря на внедрение в практику новейших методов разъединения и соединения тканей, современных шовных материалов, среди актуальных задач хирургии органов брюшной полости важное, а порой и драматическое место занимает проблема несостоятельности межкишечных анастомозов[6]. У 85 – 90% пациентов абдоминальные хирургические вмешательства сопровождаются восстановлением целостности и непрерывности желудочно-кишечного тракта[1]. По данным литературы частота развития несостоятельности, приводящей к развитию гнойно-септических процессов в брюшной полости, после плановых операций достигает 0,4-8,0%[4,5], а после экстренных операций может достигать 30% и более[3]. Несостоятельность межкишечного анастомоза является самым частым показанием к релапаротомии (24,5-26,0% среди всех причин релапаротомии)[2]. Частота летального исхода при развитии несостоятельности анастомозов достигает 68%[1].

Цель: определить сроки развития несостоятельности межкишечных анастомозов, а также частоту в зависимости от уровня наложения и способа формирования межкишечного соустья.

Задачи:

1. Провести ретроспективное исследование результатов наложения межкишечных анастомозов по поводу различных заболеваний.
2. Выявить частоту развития несостоятельности анастомозов.
3. Определить зависимость между развитием несостоятельности и уровнем наложения анастомоза, а также способом формирования межкишечного соустья, сроки развития.

Материалы и методы. Изучены результаты 323 плановых операций, выполненных в период с 2014 по 2017 гг. в 3-ей городской клинической больнице им. Е.В. Клумова и 4-ой городской клинической больнице им. Н.Е. Савченко города Минска. Выполнялось наложение аппаратных, а также однорядных и двухрядных ручных межкишечных анастомозов. Оперированы пациенты в возрасте от 16 до 85 лет. Средний возраст составил 64,2 года. Прооперировано пациентов женского пола 222 (68,7%), пациентов мужского пола 101 (31,1%). Наиболее частыми показаниями к операции явились закрытие кишечных стом – 112 случаев (34,6%), новообразования – 96 случаев (29,8%), ожирение – 74 случая (22,9%) (рис. 1).

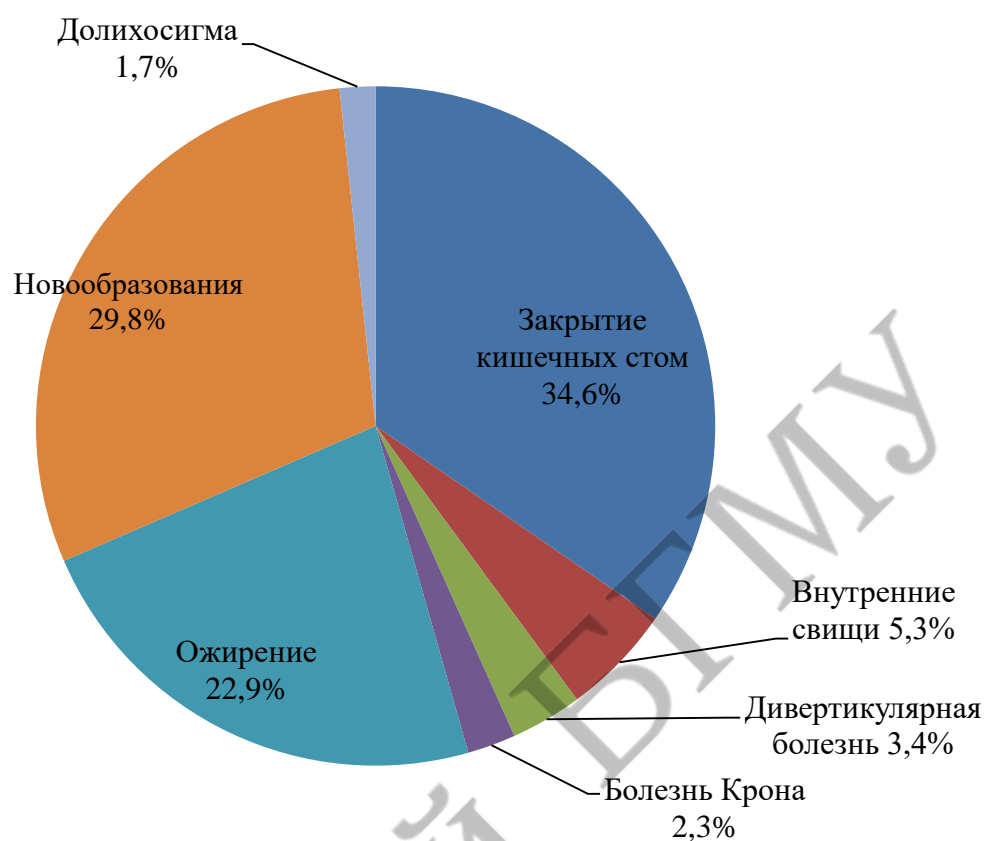


Рисунок 1 – Показания к операциям

Количество анастомозов в зависимости от способа формирования и уровня наложения представлены в табл. 1.

Таблица 1. Уровень наложения и виды анастомозов

	Аппаратные (n=42)	Одно- рядные (n=144)	Двух- рядные (n=137)	Всего (n=323)
Тонко-тонко-кишечные	-	28	67	95
Тонко-толстокишечные	14	33	38	85
Толсто-толстокишечные	28	83	32	143

Результаты и их обсуждение. Несостоятельность тонко-тонкокишечных анастомозов развилась у 5 (17,9%) пациентов после наложения однорядного анастомоза и у 1 (1,5%) пациента после наложения двухрядного анастомоза. Несостоятельность тонко-толстокишечных анастомозов развилась у 1 (7,1%) пациента после наложения аппаратного анастомоза, у 2 (6,0%) после наложения однорядного анастомоза и у 1 (2,6%) пациента после наложения двухрядного анастомоза. Несостоятельность толсто-толстокишечных анастомозов развилась у 4 (14,3%) пациентов после наложения аппаратного анастомоза, у 10 (12,0%) пациентов после наложения однорядного анастомоза и у 1 (3,1%) пациента после наложения двухрядного анастомоза (рис. 2).

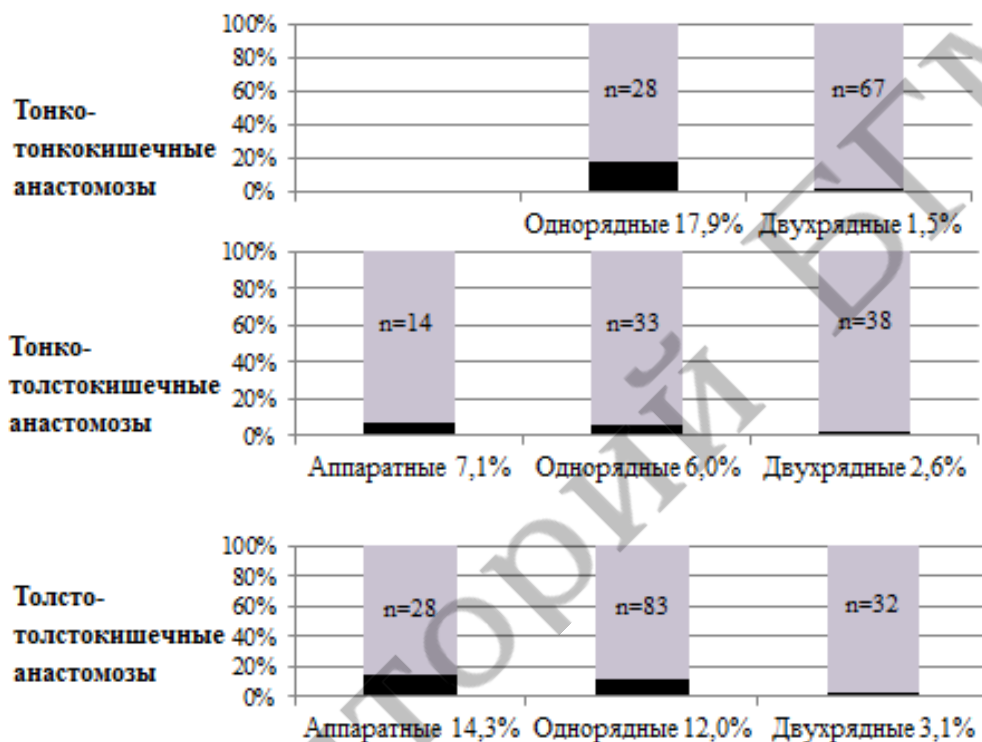


Рисунок 2 – Частота развития несостоятельности анастомозов в зависимости от уровня наложения и способа формирования соустья

Из полученных данных следует, что если частота развития несостоятельности после наложения ручных однорядных и аппаратных анастомозов практически одинаковая, то при наложении ручных двухрядных анастомозов эта частота заметно снижается. Также прослеживается зависимость между уровнем наложения анастомоза и частотой развития несостоятельности. У дистальнее наложенных анастомозов чаще возникает несостоятельность.

Релапаротомии по поводу развития несостоятельности выполнялись на 2-11 сутки после наложения анастомозов, максимальное количество – на 5 сутки (Рис. 3).

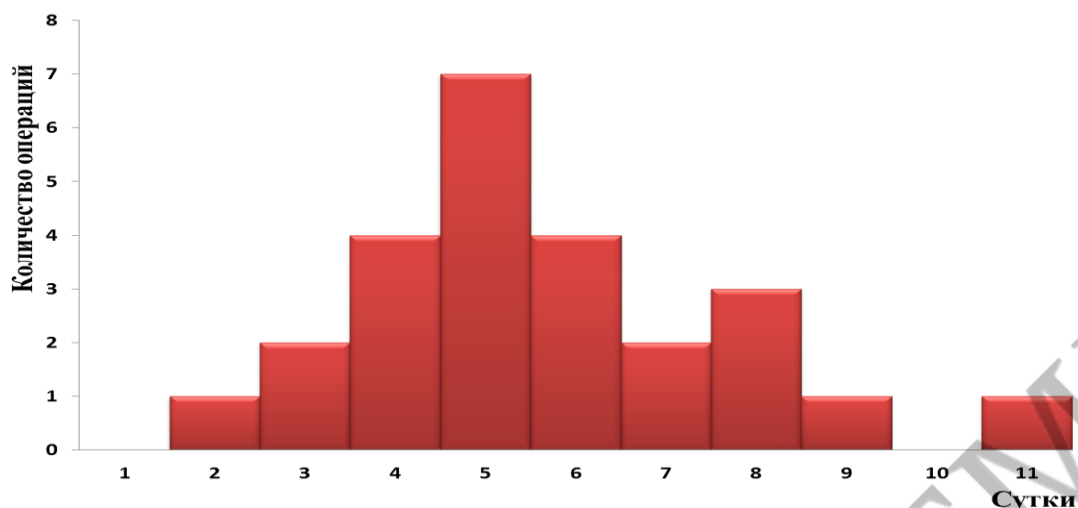


Рисунок 3 – Количество и сроки релапаротомий, выполненных по поводу несостоятельности анастомозов

Выводы.

- 1 При наложении двухрядных анастомозов частота развития несостоятельности снижается.
- 2 Большая частота возникновения несостоятельности наблюдается у дистальнее наложенных анастомозов.
- 3 Несостоятельность возникает со 2 по 11 сутки после наложения анастомоза и чаще всего на 5 сутки.

*A. S. Novikova, V. S. Alekseev **

INTERINTESTINAL ANASTOMOTIC LEAKAGE

Tutor: docent N. Y. Bovtiuk

Department of General Surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

**Vitebsk State Medical University, Vitebsk*

Литература

1. Гривенко, С. Г. Вариант формирования однорядного кишечного анастомоза: опыт применения / С.Г. Гривенко, П. А. Резанов // Мир медицины и биологии.- 2015.- №1. – С. 21-23.
2. Золотарёва, Е.В. Повторные операции в неотложной хирургии органов брюшной полости / Е.В. Золотарёва // Вестник РГМУ. – 2006. – Т. 49, № 2. – С. 130.
3. Капустин, Б.Б. Усовершенствованный однорядный шов в хирургии тонкой и толстой кишки / Б.Б. Капустин, С.В. Сысоев // Вестник хирургии. - 2010. - Т. 169., № 6. - С. 61-63.
4. Черноусов, А.Ф. Профилактика недостаточности анастомозов желудочно-кишечного тракта / А.Ф. Черноусов // Хирургия. - 2005. - №. 12. - С. 25-29.
5. Anastomotic disruption after large bowel resection / U.N. Mohammad, F. Abir, W. Longo et al. // World Journal of Gastroenterology. - 2006. - Vol.12, № 6. - P. 2497-2504
6. Do we really know why colorectal anastomoses leak? / B.D. Shogan, E.M. Carlisle, J.C. Alverdy et al. // J Gastrointest Surg. – 2013.- Sep., №17(9). – P.1698-707.