

Орловский Ю.Н.¹, Исаенко В. Г.², Становенко В.В.², Калашников А.Ю.²

ПРИЧИНЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования
²Витебский государственный медицинский университет

Актуальность. Одной из наиболее распространенных патологий, при которой производится резекция кишки с наложением межкишечного анастомоза является острая кишечная непроходимость (ОКН). Наиболее часто встречается острая тонкокишечная непроходимость (60–70%) в частности спаечная (63%), реже толстокишечная непроходимость (30–40%) преимущественно опухолевой этиологии (93%). Однако в большинстве случаев острую тонкокишечную непроходимость устраняют до развития некроза кишки путем рассечения спаек. Резекция кишки с анастомозированием или наложение обходных анастомозов чаще всего производится при острой толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии, в большинстве случаев по поводу опухолей правой половины толстой кишки между подвздошной и поперечно-ободочной кишками. При опухолях левой половины толстой кишки за частую после резекции кишки с опухолью накладывают стому, реже создают анастомоз.

Несостоятельности анастомозов после операций на толстой кишке встречается по разным данным в 4-32% случаев. Последствиями несостоятельности являются распространенный перитонит, сепсис, последующие релапаротомии, резекции анастомоза с наложением стомы, и зачастую – летальный исход. Летальность при несостоятельности анастомоза колеблется по разным данным от 18,3 до 83,3%, что делает ее одним из самых грозных послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Выявить основные причины развития несостоятельности анастомоза у пациентов с острой толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии с целью улучшения результатов хирургического лечения.

Материалы и методы. На базе УЗ «ГКБСМП» г. Витебска выполнялся ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов, в ходе которого за 2012-2019 гг. было проанализировано 47 историй пациентов, которым выполнялась резекция участка кишки с наложением межкишечного анастомоза по причине ОКН различной этиологии: по поводу рака толстой кишки – 26 (55,3%), при ущемленной грыже – 11 (23,4%), спаечная болезнь – 3 (6,4%), заворот – 3 (6,4%), узлообразование - 3 (6,4%), опухоль тонкой кишки – 1 (2,1%), параколомическая грыжа - 1 (2,1%), грыжа Трейтца - 1 (2,1%), обтурация желчными конкрементами - 1 (2,1%).

Результаты. При проведении половозрастного анализа пациентов, оперированных по поводу опухолевой кишечной непроходимости с наложением анастомоза, большинство оказалось в возрасте старше 70 лет – 35 (74,5%). Из них 23 пациента (65,7%) оперированы по поводу рака толстой кишки и преимущественно женщины – 16 (69,6%). Большинство пациентов этой возрастной группы оперированы по поводу рака правой половины ободочной кишки - 20 (57,1%), рака сигмовидной кишки – 3 (8,6%). Оставшиеся пациенты – 12 (34,3%). В возрасте 60-70 лет наблюдалось 6 оперированных пациентов (12,8%): по поводу рака правой половины толстой кишки 2 (33,3%), рака сигмовидной кишки – 1 (16,7%). В возрасте меньше 60 лет наблюдалось 6 пациентов (12,8%) без онкологии кишечника.

Среди оперированных пациентов по поводу ОКН несостоятельность межкишечного анастомоза развилась у 11 (23,4%), в основном в возрасте старше 70 лет – 10 (90,9%). Основным диагнозом у большей части пациентов являлся рак толстой кишки – 7 (63,6%), в основном правой половины толстой кишки – 6 (54,5%), сигмовидной кишки – 1 (9,1%). Остальные случаи – 4 (36,4%).

Всего оперированы по поводу рака правой половины толстой кишки 22 пациента (46,8%). Несостоятельность анастомоза наблюдалась у 6 пациентов (27,3%), у большей части пациентов не развилась - 16 (72,7%).

Среди 6 оперированных пациентов с развившейся несостоятельностью анастомоза 3 пациента (50%) оперированы спустя 5 суток и более после поступления, с наложением илеотрансверзоанастомоза, по типу «конец в бок». 2 пациента (33,3%) прооперированы в общем до 48 часов от момента поступления, с наложением илеотрансверзоанастомоза, по типу «конец в бок».

Среди 16 оперированных пациентов, у которых не развилась несостоятельность анастомоза, большинство пациентов, 12 (75%), прооперированы до 48 часов от момента поступления. Из их числа 11 пациентам (91,7%) наложен анастомоз по типу «бок в бок» и лишь 1 (8,3%) - по типу «конец в бок». Оставшиеся 4 (25%) пациента оперированы спустя более 48 часов с момента поступления, с наложением илеотрансверзоанастомоза: 3 (75%) по типу «бок в бок» и 1 (25%) - по типу «конец в бок».

Для оценки влияния осложнений, связанных с ростом и метастазированием опухоли, на развитие несостоятельности анастомоза недостаточно данных, поскольку большинство пациентов умерло в раннем послеоперационном периоде (от 2 до 5 дней) до развития несостоятельности анастомоза, которая чаще всего наблюдалась в сроки от 7 до 9 дней.

При анализе влияния сопутствующей патологии на развитие несостоятельности анастомоза значимых различий в группах с и без несостоятельности анастомоза не выявлено.

Выводы.

Несостоятельность межкишечного анастомоза чаще всего наблюдается у пациентов, оперированных по поводу ОКН при раке правой половины ободочной кишки, в возрасте старше 70 лет. Основными причинами развития несостоятельности анастомоза являются длительный дооперационный период от момента поступления в стационар (5 суток и более) и методика наложения анастомоза по типу «конец в бок». Наибольшее влияние на развитие несостоятельности межкишечного анастомоза оказывают тип накладываемого анастомоза, методика наложения анастомоза и вид шовного материала.