

Н. С. Жилинский, П. В. Слепченко

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ИЛЕОСТОМИИ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Г. П. Рычагов

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье рассматриваются возможности профилактики и лечения несостоятельных толсто-толсто и тонко-толсто кишечных анастомозов с помощью метода илеостомии.

Ключевые слова: Илеостомия, петлевая илеостома, несостоятельность кишечных анастомозов.

Resume. The article examines the possibilities of prevention and treatment of insolvent thick-thick and thin-thick intestinal anastomosis with the help of the method of ileostomy.

Keywrods: Ileostomy, looped ileostomy, inconsistency of intestinal anastomoses.

Актуальность. Резекция кишечника до настоящего времени является одной из самых травматичных операций в абдоминальной хирургии [1]. В случае несостоятельности наложенных толсто-толсто и тонко-толсто кишечных анастомозов у пациентов могут развиваться различные осложнения, одно из самых тяжелых – несостоятельность швов анастомоза, что может приводить к разлитому перитониту. При несостоятельности швов лечебная тактика окончательно не определена. Одни авторы предлагают повторно разъединять анастомозирующие петли кишки, дистальные – закрывать наглухо, проксимальные – выводить на переднюю брюшную стенку в виде илеостомы или колостомы [1,2]. Другие авторы при данном осложнении прибегают к зашиванию несостоятельности анастомоза с формированием выше его петлевой илеостомы в надежде наступления заживления несостоятельности, а последующие операции по поводу ликвидации илеостомы приведет к выздоровлению пациента [1,2]. Использование илеостомы позволяет уменьшить вероятность возникновения осложнений, снижая нагрузку на толстый кишечник, путем уменьшения поступающего содержимого. Немаловажным является после оперативное течение болезни, выбор закрытия или сохранения илеостом [3].

Цель: оценка возможности применения илеостом для профилактики, лечения несостоятельности толсто-толсто кишечных анастомозов и оценка результатов закрытия илеостом в относительно отдаленном периоде.

Материал и методы. Были изучены медицинские карты пациентов, находившихся на стационарном лечении в проктологическом отделении УЗ «3-я городская клиническая больница» г. Минска за период с 01.2015 по 12.2016 гг. Всего было рассмотрено 6142 истории болезней за выделенный период времени. Далее были сгруппированы карты пациентов методом направленного отбора по качественным признакам: наличие илеостом в анамнезе, наличие кишечных анастомозов. Выборочная совокупность составила 96 пациентов.

Было сформировано 2 группы пациентов, набор в которые проводили по наличию выведения превентивной петлевой илеостомы при оперативном вмешательстве. Опытную группу (ОГ) составили 42 пациента, которым при формировании кишечного анастомоза выводили превентивную петлевую илеостому

на переднюю брюшную стенку. Контрольную группу (КГ) составили 54 пациента, у которых при формировании кишечного анастомоза превентивных илеостом выведено не было.

Были проанализированы анамнестические и клинические данные у пациентов обеих групп. Рассчитывали статистические интенсивные и экстенсивные показатели в группах.

Для выявления рисков развития пользовались точным критерием Фишера. Статистически значимыми считались различия данных и корреляции между данными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов в опытной группе составил 56 ± 18 лет, в контрольной – 57 ± 14 лет. Мужчины составили в опытной группе 20 (47,62%) пациентов, в контрольной – 26 (48,15%) пациентов. Женщин было 22 (52,38%) и 28 (51,85%) в опытной и контрольной группах соответственно.

Среди всех 96 пациентов несостоятельность анастомоза была выявлена у 20 из них (20,83%). Причем 16 несостоятельств произошли у пациентов КГ ($29,63\% \pm 6,21\%$ среди КГ, $p < 0,05$, t-критерий 2,61), лишь 4 в ОГ ($9,52\% \pm 4,53\%$ среди ОГ, $p < 0,05$, t-критерий 2,61) (таблица 1).

Таблица 1. Несостоятельность анастомозов у пациентов ОГ и КГ

	Наличие несостоятельности	Отсутствие несостоятельности
Превентивная илеостома (ОГ)	4	38
Отсутствие илеостомы (КГ)	16	38

Несостоятельность анастомозов разрешается двумя способами. При первом способе анастомоз разъединяется, при этом дистальный конец анастомоза ушивают наглухо, проксимальный – выводят на переднюю брюшную стенку как концевую колостому либо илеостому. При втором способе анастомоз сохраняют, ушивают несостоятельность, при этом применяют узловый двурядный шов монофиламентными нитями, и выше, на подвздошной кишке, формируют петлевую илеостому с целью решения несостоятельности соединения.

Среди четырех пациентов ОГ прибегали к первому способу решения несостоятельности анастомоза лишь в одном случае при множественных некрозах ободочной кишки. В КГ разрешение несостоятельности кишечного соединения первым способом осуществляли в 5 случаях (31,25%), в 11 (68,75%) применяли второй способ (рисунок 1).

Следует отметить, что повторной несостоятельности анастомозов у 11 пациентов с выведенными петлевыми илеостомами для лечебной цели в последующем выявлено не было.

Несостоятельность возникала так и при аппаратном наложении анастомозов. Среди 19 аппаратных анастомозов не состоялись 6 (31,58%).

Отсутствие превентивных илеостом также повышает риск несостоятельности анастомозов – относительный риск (RR) равен 3.111, нижняя граница 95% доверительного интервала (ДИ) составляет 1,123, верхняя – 8,617, таким образом,

уровень значимости данной взаимосвязи соответствует $p < 0.05$, так как 95% ДИ не включает в себя единицу.

Таким образом, при наличии условий, которые могут привести к несостоятельности кишечного анастомоза, следует применять петлевые илеостомы. В случае несостоятельности соединения оправдано применение петлевой илеостомы с лечебной целью, которая защищает анастомоз и обеспечивает успешное лечение пациента. Спустя 2-3 месяца после формирования илеостомы целесообразно ее закрытие из местного доступа, что является

Заключение.

1 Для предотвращения несостоятельностей кишечных анастомозов рекомендуется применение метода превентивной петлевой илеостомии ($p < 0,05$).

2 В случае несостоятельности анастомоза возможно применение петлевой илеостомы с лечебной целью.

3 Основным факторам, приводящим к несостоятельности анастомозов, может быть отсутствие превентивных петлевых илеостом ($p < 0,05$).

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликована 1 статья в сборнике материалов, 1 тезисы докладов, получен 1 акт внедрения в образовательный процесс (кафедра общей хирургии), 1 акт внедрения в производство (УЗ «3-я ГКБ г. Минска» проктологическое отделение).

M. S. Zhylinski, P. V. Slepchanka

POSSIBILITIES OF PREVENTION AND TREATMENT OF INSOLVENT ANASTOMOSIS BY THE METHOD OF ILLEOSTOMY

Tutor: professor G. P. Rychagov

Department of General Surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Хирургические болезни / Под ред. Кузина М. И. - 3 изд. - Москва: Медицина, 2002.
2. Агаджанян Д.З. Способ комплексного лечения несостоятельности низкого толстокишечного анастомоза / Д. З. Агаджанян, С.Г. Павленко // Современные наукоемкие технологии. 2010. - №5. - С. 126-128.
3. After-hours colorectal surgery: a risk factor for anastomotic leakage /N. Komen, J.-W.Dijk, Z. Lalmahomed et al // Int J Colorectal Dis. - 2009.-N24. - P. 789-795.