

РЕЗУЛЬТАТЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*¹Клюйко Д.А., ¹Жидков С.А., ¹Корик В.Е., ¹Гаин Ю.М., ¹Зайцев М.В.,
¹Жидков А.С., ¹Бойба Д.С., ¹Данильчик А.В., ²Тризно Г.Н., ¹Лысенко И.О.,
¹Сенько П.В.*

*¹Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,
Республика Беларусь*

² Учреждение здравоохранения «4 клиническая больница им. Н. Е. Савченко», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Несостоятельность кишечного шва остается одной из нерешенных проблем как в ургентной, так и в плановой хирургии пищеварительного тракта. По данным специальной литературы частота этого грозного осложнения варьирует от 0,3 до 18,7%, а в условиях перитонита достигает 34,2 и более процентов, не имея тенденции к снижению. При резекции кишки в условиях неотложной хирургии летальность держится на уровне 13,2–34,6%, а в структуре послеоперационной летальности на долю несостоятельности кишечных швов приходится 7,7–22,6%. Несмотря на достижения последних лет, внедрение в практику хирургии инновационных технологий и материалов, частота ранних релапаротомий по поводу интраабдоминальных осложнений после операций на органах брюшной полости составляет 0,5–7%, а летальность достигает 23,6–71,2%, приближаясь при послеоперационном перитоните к 90%.

Цель. По материалам клиники провести анализ результатов формирования межкишечных анастомозов при выполнении абдоминальных операций в условиях экстренной и плановой хирургии с оценкой частоты и структуры ранних послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. По материалам работы хирургических отделений 2-й и 4-й клинических больниц г. Минска в 2022-2023 гг. проанализированы результаты оперативного лечения 146 пациентов с различной экстренной и плановой патологией, которым в процессе операции сформирован межкишечный анастомоз (после резекции кишки и без неё). Мужчин было 72 (49,3%), женщин – 74 (50,7%). 49,3% пациентов были трудоспособного возраста, старше 60 лет – 50,7%. По неотложным показаниям оперировано 66 (45,2%), в плановом порядке – 80 (54,8%) пациентов.

Результаты и их обсуждение. В экстренном порядке показаниями для резекции кишечника и формирования соустьей стали: острые осложнения колоректального рака, среди которых доминировала обтурационная

толстокишечная непроходимость (48,5%), осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки [с воспалением и перфорацией] (15,1%), ущемлённая грыжа живота (12,1%), острое нарушение мезентериального кровообращения с сегментарными некрозами кишки (7,6%) и другие причины [заворот сигмовидной кишки, острые язвенные поражения кишечника сосудистого и воспалительного происхождения и т.д.] (16,7%). Наиболее частыми вмешательствами при этом стали: резекции тонкой кишки с тонкокишечными соустьями (33,3%), правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзостомы (28,8%), резекция сигмовидной кишки с десцендо-, сигморектостомией (16,7%), илеотрансверзостомия (9,1%), левосторонняя гемиколэктомия с трансверзосигмо- или трансверзоректоанастомозом (6,1%). Доминировали ручные соустья по типу «бок-в-бок» (60,6%) и механические циркулярные толстокишечные соустья «конец-в-конец» и «конец-в-бок» (25,7%). Однорядный ручной анастомоз применён у 4 (6,1%), механический линейный степлерный использован у 5 пациентов (7,6%).

После экстренных операций с формированием межкишечных анастомозов повторные вмешательства потребовались 21 пациенту (31,8%), всего «по требованию» и «по программе» выполнено 25 релапаротомий (4 пациентам произведено по 2 повторных вмешательства). В 8 наблюдениях (38,1%) причиной релапаротомии стала несостоятельность швов межкишечного анастомоза. У 4 больных (50%) её развитие было обусловлено прогрессированием ишемии тонкой кишки на фоне окклюзии системы верхней брыжеечной артерии. У 4 пациентов (50%) несостоятельность илеотрансверзоанастомоза, трансверзоректоанастомоза и трансверзотрансверзостомы после правосторонней гемиколэктомии, левосторонней гемиколэктомии и резекции поперечноободочной кишки была обусловлена тяжёлой сопутствующей сердечно-сосудистой патологией с системным нарушением кровообращения у пациентов в возрасте 90, 91, 86 и 56 лет. Другими причинами релапаротомий стали: продолжающийся перитонит «при держащих швах» (28,6%), гнойная эвентрация (9,5%), острые язвы кишечника с перфорациями (9,5%), ранняя спаечная кишечная непроходимость (9,5%), межкишечный абсцесс брюшной полости с деструкцией стенки тонкой кишки (1,4%). Несостоятельность анастомозов развилась в 10,6% наблюдений. Проведено 25 релапаротомий (37,9%) по поводу различных интраабдоминальных осложнений. После релапаротомий умерло 12 пациентов (57,1%). Общая летальность в экстренной группе пациентов составила 18,2%.

В плановом порядке показаниями для формирования кишечных анастомозов стали: морбидное ожирение [бариатрические вмешательства] (36,2%), реконструктивно-восстановительные операции при наличии искусственных колостом (41,2%) и илеостом (16,2%), прочие причины (22,6%).

При этом наиболее частыми операциями были: реконструктивно-восстановительная вмешательства по закрытию колостомы с толстотолстокишечными анастомозами (41,2%), еюноилеостомия (илеощунтирование) [36,2%] и закрытие энтеростомы с тонкотонкокишечными соустьями (15%). Наиболее часто при этом использовали ручной двухрядный шов (51,2%). Механический циркулярный (степлерный) анастомоз накладывали в 32,5% (у абсолютного большинства – на толстой кишке). У оперированных в плановом порядке после формирования межкишечных анастомозов повторные вмешательства потребовались 9 пациентам (11,3%). Проведено 20 релапаротомий у 9 пациентов (11,3%) по поводу различных интраабдоминальных осложнений. При этом у 2 пациентов было выполнено по 5 повторных saniрующих вмешательств. В 5 наблюдениях (56% от всех релапаротомий и 0,63% в группе всех пациентов после плановых операций) причиной релапаротомии стала несостоятельность швов межкишечного анастомоза. Другими причинами повторных вмешательств были кишечная непроходимость в раннем послеоперационном периоде (33%) и гнойная эвентрация (11%). После релапаротомий умерло 5 пациентов (55,6%), общая летальность в этой группе пациентов после формирования межкишечных соустьей составила 6,3%.

Выводы.

1). Формирование кишечных анастомозов является более безопасным вмешательством для пациентов различного возраста в условиях плановой хирургии, позволяя снизить вероятность развития несостоятельности кишечных соустьей по сравнению с экстренными ситуациями на 5,6%, а общую летальность – на 11,9% ($p < 0,05$).

2). Ведущей причиной повторных вмешательств после формирования межкишечных соустьей в плановой и экстренной абдоминальной хирургии продолжает оставаться несостоятельность кишечного шва (достигая 50-56% всех релапаротомий).

3). В условиях неотложной операции нуждается в серьезном осмыслении необходимость формирования кишечного анастомоза при перитоните (даже на тонкой кишке), особенно у пациентов пожилого и старческого возраста при наличии признаков нарушения системной гемодинамики.

4). Вопросы повышения надёжности кишечного шва при формировании анастомозов на тонкой и толстой кишке нуждаются в дальнейшем изучении.