

Лысенко И.О., Сенько П.В.

ФОРМИРОВАНИЕ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Гаин Ю.М.

Кафедра военно-полевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Несостоятельность кишечного шва остается одной из нерешенных проблем как в ургентной, так и в плановой хирургии пищеварительного тракта. Частота этого 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%.

Цель: по материалам клиники провести анализ частоты и результатов формирования межкишечных анастомозов при выполнении абдоминальных операций в условиях экстренной и плановой хирургии.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов оперативного лечения 146 пациентов с различной экстренной и плановой патологией в хирургических отделениях 2-й и 4-й клинических больниц г. Минска, 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 причинами для резекции кишечника и формирования соустьев 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 (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 трансверзосигмоили трансверзоректоанастомозом (6,1%). Доминировали ручные соустья по типу «бок-в-бок» (60,6%) и механические циркулярные толстокишечные соустья (25,7%). Несостоятельность анастомозов развилась в 10,6% наблюдений. Проведено 25 релапаротомий (37,9%) по поводу различных интраабдоминальных осложнений. Умерло 12 пациентов (летальность 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 (илеошунтирование) [36,2%] и закрытие энтеростомы с тонкотонкокишечными соустьями (15%). Несостоятельность анастомозов развилась в 0,63% наблюдений. Проведено 20 релапаротомий у 9 пациентов (11,3%) по поводу различных интраабдоминальных осложнений. Умерло 5 пациентов (летальность 6,3%).

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