



В. В. Бойко, В. Н. Лыхман,
Д. Ю. Гуляева,
А. А. Меркулов,
Д. А. Мирошниченко,
И. А. Биленко

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМНУ»,
г. Харьков

© Коллектив авторов

ОТСРОЧЕННЫЙ КИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ В ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Резюме. В данной статье представлен анализ результатов лечения 48 больных с несостоятельностью кишечных швов с применением отсроченного кишечного анастомоза. Считаем, что наложение отсроченного кишечного анастомоза и формирования лапаростомии в декомпенсации или при повторных несостоятельностях, наиболее оптимальным оперативным вмешательством, который дает шанс на спасение жизни.

Ключевые слова: несостоятельность анастомозов, послеоперационный перитонит, отсроченный кишечный анастомоз.

Введение

Несмотря на усовершенствование техники соединения тканей, применение многочисленных методов прогнозирования, профилактики и ранней диагностики в решении проблемы несостоятельности швов кишечных анастомозов, радикальных изменений не наблюдается. Проблема приобретает особую актуальность при экстренной и неотложной резекции кишки на фоне острой кишечной непроходимости, распространенного перитонита, раковой и гнойной интоксикации, сочетанной травмы органов брюшной полости, у больных пожилого и старческого возраста.

Основные причины возникновения данного осложнения — это технические погрешности при формировании анастомоза, нарушение кровоснабжения сшиваемых тканей, отсутствие биологической герметичности кишечных швов, вовлечение в воспалительный процесс стенки кишки, прилегающей к анастомозу, снижение ее защитно-барьерной функции для флоры, вегетирующей в просвете кишечника, анемия, повышение внутрикишечного давления, наличие злокачественного новообразования и его распространенность, проведение предоперационной лучевой терапии.

Расширение диапазона и объема оперативных вмешательств за последние годы способствовало увеличению частоты развития послеоперационных осложнений, в частности, релапаротомий, из-за несостоятельности швов кишечных анастомозов (24,5 %). В раннем послеоперационном периоде осложнения развиваются в 19-25 % наблюдений, в 0,4-8 % случаев развивается несостоятельность швов анастомоза, приводящая к развитию гнойно-септических процессов в брюшной полости. Несостоятельность кишечного шва на фоне перитонита после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке имеет место в 1,5-3 % наблюдений, после операций на тонкой кишке — в 2,8-8,7 % и после операций на толстой кишке — в 4-32 % случаев, летальность при несостоятельности швов анастомоза достигает 50-70 %.

Неудовлетворительные результаты лечения обусловили необходимость поиска и исследования новых способов восстановления полых органов желудочно-кишечного тракта, а также методов профилактики и лечения несостоятельности кишечных швов [1-8].

Цель исследования

Определить причины и хирургическую тактику при несостоялностях кишечных швов, острых язвах после операций на органах брюшной полости.

Материалы и методы исследований

Проведен анализ хирургического лечения 48 больных, находившихся на лечении по поводу несостоятельности кишечных анастомозов, острых язв тонкой кишки в отделении хирургических инфекций с 2010 по 2016 г.

Пациенты были распределены по полу и возрасту. Среди поступивших больных преобладали мужчины — 35 человек, женщин было — 13, их возраст составлял от 26 до 86 лет (средний возраст $(53 \pm 5,9)$ лет).

Послеоперационный период наблюдения больных варьировал от 1-х до 20-х суток. Количество операций, выполненных на предыдущих этапах, равнялось $1,25 \pm 0,09$. Из них 31 (64,5 %) больному выполнялась релапаротомия I, 10 (21 %) больным — релапаротомия II, и релапаротомия III — 7 (14,6 %) больным. Результатом релапаротомий были: ликвидация несостоятельности швов кишечных анастомозов, закрытие дефекта узловыми швами по поводу острых язв.

Группу сравнения составили 24 больных которым проводились традиционные принципы лечения. Оперативное лечение проводилось в ургентном порядке непосредственно после выявления поступления кишечного отделяемого по дренажам из брюшной полости и/или через рану. Интраоперационно применяли узловые швы, выполняли интубацию кишечника, пассивное дренирование раны перчаточным-трубочным дренажом.

В основной группе 24 больных применяли разработанную тактику лечения. Так, при выявлении поступления кишечного содержимого по дренажам больным проводили индивидуализированную коррекцию консервативной терапии, основанную на увеличении инфузионной терапии из расчета 45-50 мл/кг массы тела с учетом «потерь по свищу», антибиотики широкого спектра действия с последующей сменой относительно флоры, стимуляцию моторной функции ЖКТ, витамины, комплексное парентеральное питание, гемотрансфузию, дезинтоксикационную терапию, препараты подавляющие секреторную функцию. Рекомендовано постельный режим, ежедневные ванны, ограничение питья жидкости per os, употребление твердой пищи с повышенным содержанием белка. Оперативное лечение выполняли в отсроченном порядке (23±1,5) суток, критерием решения по хирургическому вмешательству служило увеличение дебита кишечного содержимого «по свищу», тенденция к снижению массы тела. Объемом выбора оперативного вмешательства была резекция кишки несущей свищ с наложением анастомоза «бок в бок».

Результаты исследований и их обсуждение

Среди операций в группе сравнения выполняли ушивание острых язв, ушивание несостоятельности швов кишечного анастомоза, резекция участка тонкой кишки несущей свищи. Осложнения оперативного лечения обеих групп представлено в таблице 1. В основной группе (n = 24) и группе сравнения (n =24) у 20 (83,3 %) больных наблюдалось поражение тонкой кишки.

Осложнения после операций

| Осложнения | Основная группа | | Группа сравнения | |
|--|-----------------|-----|------------------|-----|
| | n | % | n | % |
| Одиночные перфорации тонкой кишки | 11 | 46 | 11 | 46 |
| Множественные перфорации тонкой кишки | 5 | 21 | 6 | 25 |
| Послеоперационный распространенный перитонит | 3 | 12 | 3 | 12 |
| Несостоятельность швов межкишечных анастомозов | 5 | 21 | 4 | 17 |
| Всего | 24 | 100 | 24 | 100 |

Одиночные перфорации тонкой кишки были выявлены у 11 (46 %) пациентов основной группы и у 11 (46 %) в группе сравнения, множественные перфорации тонкой кишки у 5 (21 %) основной группы и 6 (25 %) группы сравнения. Послеоперационный перитонит выявлен у 3 (12 %) больных основной группы и у 3 (12 %) группы сравнения. Несостоятельность швов межкишечных анастомозов — у 5 (21 %) больных основной группы и у 4 (17 %) группы сравнения.

У 15 (31,3 %) пациентов обеих групп, из них у 7(14,5 %) из основной группы и у 8 (16,7 %) из группы сравнения, в раннем послеоперационном периоде возникли острые перфорации тонкой кишки.

Во время релапаротомии было установлено, что причиной возникновения острых перфораций был комплекс гемодинамических факторов, включающий наличие реперфузионного синдрома с нарушением микроциркуляции, кровообращения и метаболизма кишечной стенки. В 6 случаях после оперативного лечения имело место образование несостоятельности кишечных анастомозов. По нашим наблюдениям причиной служили следующие неблагоприятные факторы:наличие инфекционного агента в зоне анастомоза, воспалительного инфильтрата стенки тонкой кишки.

У 19 (79,2 %) больных, у которых положительный эффект после медикаментозной терапии не прослеживался, было выполнено отсроченное оперативное лечение через 3 недели.

В обеих группах операцией выбора была резекция участка тонкой кишки несущей свищи (острые перфорации, несостоятельность анастомоза) с наложением нового соустья. В основной группе было выполнено 19 (79,2 %) операций, группа сравнения — 15 (62,5 %) (табл. 2).

**Таблица 2
Лечение послеоперационной несостоятельности**

| Метод лечения | Контрольная группа | | Группа сравнения | |
|--|--------------------|------|------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Резекция петли тонкой кишки несущей свищ | 19 | 79,2 | 15 | 62,5 |
| Ушивание свища | - | - | 9 | 37,5 |
| Медикаментозная терапия | 5 | 20,8 | - | - |
| Всего | 24 | 100 | 24 | 100 |

Ушивание дефектов кишечной стенки выполнено 9 (37,5 %) пациентам в группе сравнения, из них в последующем у 7 (29 %) наступила несостоятельность хирургических швов, что потребовало проведения релапаротомии.

Всего в основной группе умерло 8 (33,3 %), группе сравнения — 12 (50 %) человек. В целом из 48 больных, оперированных ранее, умерло 20 (41,6 %), что было связано с тяжелым состоянием при поступлении и прогрессированием послеоперационного перитонита вследствие появления новых острых перфораций тонкой кишки, несостоятельности швов анастомозов. Несмотря на хирургическое лечение этих больных с выполнением дополнительных резекций, ушивания дефектов тонкой кишки, проведением интенсивной терапии у больных нарастала полиорганная недостаточность на фоне тяжелого абдоминального сепсиса. Результаты лечения представлены в табл. 3.



Таблица 3

Результаты лечения

| Результаты | Основная группа | | Группа сравнения | |
|---|-----------------|-----|------------------|-----|
| | п | % | п | % |
| Контролируемый свищ (дебит менее 400 мл/сутки) | 5 | 21 | 2 | 8,5 |
| Несостоятельность швов кишечного анастомоза после релапаротомии | 6 | 25 | 8 | 33 |
| Летальный исход | 8 | 33 | 12 | 50 |
| Выздоровление | 5 | 21 | 2 | 8,5 |
| Всего | 24 | 100 | 24 | 100 |

Выводы

При обширных дефектах тонкой кишки, некрозе кишечной стенки, несостоятельности кишечных анастомозов первым этапам пока-

зна резекция пораженного участка кишки с последующим формированием анастомоза в отсроченном порядке, что позволяет избежать повторного оперативного лечения у 20,8 %.

Формирование отсроченного кишечного анастомоза при лечении несостоятельности кишечных швов с выраженной хронической сопутствующей патологией, длительным периодом заболевания или при возникновении сомнений по поводу характера поступления по дренажам отделяемого есть наиболее оптимальным оперативным вмешательством, который позволяет снизить дебит по свищу у 12,5 % больных, несостоятельность кишечного анастомоза на 8 %, общую летальность на 17 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф. Диагностика расстройств микроциркуляции и профилактика реперфузионных нарушений у пострадавших с сочетанной шокогенной травмой / С.Ф. Багненко, В.Г. Лапшин, Б.Н. Шах [и др.] // Скорая медицинская помощь. — 2008. — № 3. — С. 23–27.
2. Гузев А.И. Интубация тонкой кишки в неотложной абдоминальной хирургии / А. И. Гузев // Вестн. Хирургии им. И.И. Грекова. — 2002. — № 161 (2). — С. 92 – 95.
3. Демченко В.И. Плановая релапаротомия в лечении пациентов с мезентериальным тромбозом / В.И. Демченко, М.В. Кукош, Д.Л. Колесников // Новости хирургии. — 2014. — Т. 22, № 3. — С. 332 – 336.
4. Милюков В.Е. Гемомикроциркуляторные нарушения в патогенезе несостоятельности энтеро-энтероанастомоза / В.Е. Милюков, М.Р. Сапин, Н.А. Ефименко // Хирургия. — 2003. — № 8. — С. 35 – 38.
5. Программированные релапаротомии в лечении острой окклюзии верхней брыжеечной артерии / А.И. Хрипун, С.Н. Шурыгин, А.Б. Миронков [и др.] // Хирургия. — 2009. — № 12. — С. 26 – 31.
6. Савельев В.С. Синдром кишечной недостаточности в ургентной абдоминальной хирургии: новые методические подходы к лечению / В.С. Савельев, В.А. Петухов, А.В. Каралкин [и др.] // Трудный пациент. — 2005. — № 4. — С. 30 – 37.
7. Тимербулатов Ш.В. Реперфузионный синдром в абдоминальной хирургии / Ш.В. Тимербулатов, М.В. Тимербулатов, А.У. Султанбаев // Медицинский вестник Башкортостана. — 2010. — Т. 5, №4. — С. 145 – 151.
8. Vidal M.G. Incidence and clinical effects of intra-abdominal hypertension in critically ill patients / M.G. Vidal, J. Ruiz Weisser, F. Gonzalez [et al.] / Crit. Care Med. — 2008. — Vol. 36. — P. 1823.

ВІДСТРОЧЕНИЙ КИШКОВИЙ АНАСТОМОЗ В ЛІКУВАННІ КИШКОВИХ СВИЩІВ.

*В. В. Бойко, В. Н. Лихман,
Д. Ю. Гуляева,
А. А. Меркулов,
Д. А. Мірошніченко,
І. А. Біленко*

DELAYED INTESTINAL ANASTOMOSIS IN THE TREATMENT OF INTESTINAL FISTULA

*V. V. Boyko, V. N. Likhman,
D. Yu. Gulyaeva,
A. A. Merkulov,
D. A. Miroshnichenko,
I. A. Bilenko*

Резюме. У даній статті представлений аналіз результатів лікування хворих з неспроможністю кишкових швів застосуванням відстроченого кишкового анастомозу. Вважаємо, що накладення відстроченого кишкового анастомозу і формування лапаростомії в декомпенсації або при повторних неспроможності, найбільш оптимальним оперативним втручанням, який дає шанс на порятунок життя.

Ключові слова: неспроможність анастомозів, післяопераційний перитоніт, відстрочений кишковий анастомоз.

Summary. This article presents an analysis of results of treatment of patients with intestinal failure of sutures using a delayed intestinal anastomosis. We believe that the imposition of delayed intestinal anastomosis and formation of laparostomy in decompensation or repeated insolvency, the optimal surgery, which gives a chance to save lives.

Key words: anastomotic leak, postoperative peritonitis, delayed intestinal anastomosis.