

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ АНАСТОМОЗАМИ**

**А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Б.О. Сайфулаев**

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.),  
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии  
(зав. кафедрой – д.м.н., профессор Мусаев А.И.)  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 67 больных с кишечными анастомозами. Мужчин было 42, женщин 25, возраст больных колебался от 25 до 78 лет, в среднем составляя  $62 \pm 1,7$  лет. Всего осложнений выявлено 11 (16,3%), в том числе раневые, интра- и экстраабдоминальные. В послеоперационном периоде несостоятельность кишечных швов отмечена у 6 (8,9%) из 67 пациентов, умерло 2 (2,9%) больных.

**Ключевые слова:** несостоятельность кишечного анастомоза, перитонит.

**ИЧЕГИ-КАРЫН АНАСТАМОЗУ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ  
ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫН ТАЛДОО**

**А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Б.О. Сайфулаев**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
(ректор – м.и.д., профессор И.О. Кудайбергенова)  
Комбустиология курсу бар жалпы практикалык хирургия кафедрасы  
(кафедра башчысы – м.и.д., профессор А.И. Мусаев)  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Ичеги-карын анастомоздору менен ооруган 67 оорулуунун оору баянына ретроспективдүү анализ жүргүзүлгөн. 42 эркек, 25 аял болгон, оорулуулардын курагы 25тен 78 жашка чейин термелген, орточо  $62 \pm 1,7$  жашты түздү. Бардык оордошуп кетүүлөр 11 (16,3%), анын ичинде жараат, инстра жана экстра абдоминалдык. Операциядан кийинки мезгилде 67 бейтаптын ичинен алтоондо (8,9%) ичеги-карын тигиштеринин кудуретсиздиги белгиленген, 2 (2,9%) оорулуу каза болгон.

**Негизги сөздөр:** ичеги-карын анастомозунун кудуретсиздиги, перитонит.

**ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT  
OF PATIENTS WITH INTESTINAL ANASTOMOSIS**

**A.I. Musaev, M.K. Zhamankulova, B.O. Sayfulaev**

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbayev  
(rector – dms, professor Kudaibergenova I.O),  
Department of General Surgery with a course of combobiology  
(the head of the department is d.m.s., professor Musaev A.I.)  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** A retrospective analysis of the case histories of 67 patients with intestinal anastomoses was carried out. There were 42 males and 25 females, the age of patients ranged from 25 to 78 years, an average of  $62 \pm 1.7$  years. Total complications revealed 11 (16.3%), including wound, intra- and extra-abdominal. In the post-operative period, inconsistency of the intestinal sutures was noted in 6 (8.9%) of 67 patients, 2 (2.9%) died.

**Key words:** insufficiency of intestinal anastomosis, peritonitis.

**Введение.**

Значительная часть оперативных вмешательств на органах брюшной полости сопровождаются вскрытием и ушиванием кишечника, который содержит большое количество различных патогенных микроорганизмов. В связи с этим, послеоперационное заживление раны кишечника протекает в условиях обильного бактериального загрязнения [1,2].

По данным литературы, осложнения в раннем послеоперационном периоде после резекций и реконструктивных операций на толстом кишечнике отмечаются в 19-25 % [3,4].

Убедительно доказано, что одной из причин развития несостоятельности кишечного шва с последующим развитием послеоперационного перитонита является так называемая биологическая негерметичность. Повышенная проницаемость

кишечных швов предъявляет особые требования к их наложению и укреплению, а решение вопроса о профилактике несостоятельности кишечного шва остаётся до сих пор одной из актуальных проблем современной хирургии.

Одним из тяжелейших осложнений, приводящих к развитию гнойно-септических процессов в брюшной полости, является несостоятельность швов анастомоза, развивающаяся в 4-17% случаев [5,6]. Летальность при несостоятельности швов анастомоза достигает 89% и не имеет тенденции к снижению [7].

Высокий процент осложнений вынуждает хирургов искать новые методы, повышающие надежность кишечных швов.

**Цель** – Провести анализ историй болезни больных с несостоятельностью кишечных анастомозов.

**Материалы и методы**

Было проанализировано историй болезней 67 пациентов, перенесших операции на кишечнике, выполненные в хирургических отделениях ГКБ №1 в период с сентября 2010 по сентябрь 2017 гг.

Среди больных было 42 (62,6%) мужчин и 25 (37,4%) женщин, возраст больных колебался от 25 до 78 лет, в среднем составляя 62±1,7 лет.

Характеристика пациентов по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

<b>Возраст</b>	<b>Мужчины</b>	<b>Женщины</b>	<b>Всего</b>
<b>До 45</b>	4 (9,5%)	3 (12%)	7 (10,4%)
<b>45-59</b>	11 (26,2%)	8 (32%)	19 (28,4%)
<b>60-74</b>	19 (45,3%)	9 (36%)	28 (41,8%)
<b>75 и старше</b>	8 (19%)	5 (20%)	13 (19,4%)
<b>Итого</b>	<b>42 (62,7%)</b>	<b>25 (37,3%)</b>	<b>67 100%</b>

Сопутствующие заболевания выявлены у 56 пациентов из 67, причем, у 24 (35,8%) имелось одно тяжелое сопутствующее заболевание, у остальных больных наблюдались два и более сопутствующих заболевания. Преобладали хронические сердечно-сосудистые заболевания в стадии субкомпенсации (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь II-III ст.) – 41 пациент, инфаркт миокарда в анамнезе отмечен у 3, заболевания легочной системы были у 19 пациентов,

у 12 пациентов была анемия (Hb<90 г/л), желчно-каменная болезнь у 11, сахарный диабет II типа у 12, ОНМК в анамнезе у 2 пациентов, заболевания мочеполовой системы у 16.

32 больных оперировано по экстренным показаниям, остальные 35 в плановом порядке. Всем больным кроме хирургического лечения проводилась консервативная терапия.

Распределение больных по заболеваниям органов брюшной полости представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение хирургической патологии органов брюшной полости

<b>Заболевание</b>	<b>Всего</b>	
	<b>абс.</b>	<b>%</b>
Дивертикулит подвздошной кишки с перфорацией	3	4,5
Рак толстого кишечника	8	11,9
Ранение с повреждением тонкой кишки	9	13,5
Ранение с повреждением толстой кишки	3	4,5
Мезентериальный тромбоз с гангреной тонкой кишки	2	2,9
Долихосигма	19	28,4
Ущемление вентральных грыж с некрозом тонкого кишечника	8	11,9
Гемангиома тонкого кишечника	1	1,5
Болезнь Крона	3	4,5
Острая кишечная непроходимость с гангреной кишечника	11	16,4
<b>Всего</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Характер выполненных операций

на органах брюшной полости представлен в таблице 3.

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств

Виды операций	Всего	
	абс.	%
Гемиколэктомия	13	19,4
Резекция сигмовидной кишки	23	34,4
Резекция тонкой кишки	24	35,8
Ушивание ран тонкого кишечника	4	5,9
Ушивание ран толстого кишечника.	3	4,5
<b>ИТОГО</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

При наложении анастомозов на органах желудочно-кишечного тракта использовалась стандартная методика наложения двухрядного шва по Альберту.

Виды анастомозов, сформированных у пациентов, представлены в таблице 4.

Таблица 4

Виды анастомозов у пациентов

Операция	всего	
	абс.	%
Тонко-тонкокишечный анастомоз	31	46,3
Толсто-тонкокишечный анастомоз	17	25,4
Толсто-толстокишечный анастомоз	19	28,3
<b>Всего</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

**Результаты и их обсуждение**

В послеоперационном периоде несостоятельность кишечных швов отмечена у 6 (8,9%) из 67 пациентов, умерло 2 (2,9%) больных. Осложнение развивалось обычно на 5-6-ые сутки после операции. Одним из первых проявлений несостоятельности кишечного анастомоза было развитие перитонита и выход кишечного содержимого по дренажным трубкам. Трое больных из шести с несостоятельностью кишечных швов были оперированы по поводу острой кишечной непроходимости с некрозом тонкого и толстого кишечника, наложены тонко-тонкокишечный и тонко-толстокишечный анастомозы. При релапаротомии выявлена несостоятельность межкишечного анастомоза с продолжающейся гангреной анастомозированного участка, диффузный перитонит. Также несостоятельность кишечного анастомоза отмечена по одному случаю у больных с долихосигмой и раком толстого кишечника, где были

наложены толсто-толстокишечный анастомоз и илеотрансверзоанастомоз.

Один больной с сегментарным тромбозом тонкой кишки с гангреной 1,5 м подвздошной кишки, была выполнена резекция 2 м кишки с анастомозом «бок-в-бок». На повторной операции отмечен продолженный тромбоз с ишемией кишки выше и ниже анастомоза. Была выполнена субтотальная резекция тонкой кишки. Больной умер на 5-е сутки от продолжающего перитонита и полиорганной недостаточности.

У 2-го умершего пациента после оперативного вмешательства по поводу рака толстого кишечника обнаружена несостоятельность илеотрансверзоанастомоза на фоне токсического шока, запущенного перитонита. Больной умер на 6 сутки после релапаротомии от полиорганной недостаточности и раковой интоксикации.

Итоговая оценка осложнений и летальности представлена в таблице 5.

Таблица 5

Характеристика осложнений и летальности

Показатель	Всего	
	абс.	%
<b>Раневые осложнения:</b>	<b>2</b>	<b>2,9</b>
Нагноение лапаротомной раны	2	2,9
<b>Интраабдоминальные осложнения</b>	<b>7</b>	<b>10,5</b>
Несостоятельность анастомоза, перитонит	6	8,9
Кровотечение	1	1,5
<b>Экстраабдоминальные осложнения:</b>	<b>2</b>	<b>2,9</b>
Полиорганная недостаточность	2	2,9
<b>ИТОГО</b>	<b>11</b>	<b>16,3%</b>
<b>Летальность</b>	<b>2</b>	<b>2,9%</b>

Всего осложнений выявлено 11 (16,3%), в том числе раневые, интра- и экстраабдоминальные.

Таким образом, ретроспективный анализ историй болезни больных выявил 8,9% несостоятельности кишечных анастомозов при оперативных вмешательствах в экстренном порядке и на фоне системных нарушений, обусловленных перитонитом и раковым процессом, тяжестью сопутствующей патологии и полиморбидности. Анализируя характер течения послеоперационного периода, необходимо отметить, что процент осложнений и летальности (2,9%) довольно высок.

Отсутствие достаточного числа исследований, посвященных профилактике несостоятельности кишечных анастомозов, является причиной того, что нет четких указаний по проведению превентивных мер данного осложнения при наложении кишечных соустьев.

#### **Литература**

1. Запорожец, А.А. Послеоперационный перитонит / А.А. Запорожец, - Минск, 1974. - С. 93-103.
2. Кишечный шов / [В.И. Корепанов и др]. - М.: РМАПО, 1995. - 74 с.
3. Morks, A.N. Can intraluminal devices prevent or reduce colorectal anastomotic leakage: A review / A.N. Morks, K. Havenga, R.J. Ploeg // *World J. Gastroenterol.* - 2011 October 28. - Vol. 17 (40). - P. 4461-4469.
4. Systematic review of laparoscopic vs open colonic surgery within an enhanced recovery programme / [M.S. Vlug et al.] // *Colorectal. Dis.* - 2009 May. - Vol. 11 (4). - P. 335-43.
5. Агаев, Э.К. Несостоятельность швов кишечных анастомозов у больных после экстренной и неотложной резекции кишки / Э.К. Агаев // *Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова.* - 2012. - №1. - С. 34-37.
6. Sajid, M.S. Single layer versus double layer suture anastomosis of the gastrointestinal tract / M.S. Sajid, M.R. Siddiqui, M.K. Baig // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2012. - Vol. 18. - P. 1.
7. Применение кишечного шва в абдоминальной хирургии / [Ю.С. Винник и др.] // *Фундаментальные исследования.* - 2014. - №7. - С. 177-180.