УДК: 616.345-089.87

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНЫХ ИЛЕОКОЛОАНАСТОМОЗОВ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ И НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ И ПОДВЗДОШНОЙ КИШОК

Ботиров Ж.А., Эркинов Ж.Р., Ботиров А.К., Бозоров Н.Э.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан.

ЎНГ ЙЎҒОН ИЧАК ВА ПОДВЗДОШ ИЧАКНИНГ ЎСМАЛИ ВА ЎСМАСИЗ КАСАЛЛИКЛАРИДА БИРЛАМА ИЛЕОКОЛИК АНАСТОМОЗЛАРНИНГ ЯҚИН НАТИЖАЛАРИ

Ботиров Ж.А., Эркинов Ж.Р., Ботиров А.К., Бозоров Н.Э.
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон.

EARLY OUTCOMES OF PRIMARY ILEOCOLIC ANASTOMOSES IN NEOPLASTIC AND NON-NEOPLASTIC DISEASES OF THE RIGHT COLON AND ILEUM

Ботиров Ж.А., Эркинов Ж.Р., Ботиров А.К., Бозоров Н.Э.
Andijan State Medical Institute, Uzbekistan.

Аннотация. *Авторы сообщают, что увеличивается патология правой половины толстой и подвздошной кишок, которые требуют выполнения резекции правой половины толстой кишки или его сегмента, а также терминального отдела тонкого кишечника с восстановлением непрерывности кишечника, результаты которой омрачаются относительно высокой частотой несостоятельности швов анастомозов. Авторы заключают, что, применение инвагинационных анастомозов, в т.ч. модифицированного способа «погружного» илеотрансверзоанастомоза «конец в конец», а также усовершенствованного алгоритма тактики и лечения позволяет оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты у данного контингента больных.*

Ключевые слова. *Правосторонняя гемиколонэктомия, илеотрансверзоанастомоз, несостоятельность анастомоза, инвагинационный анастомоз.*

Аннотация. *Муаллифлар ўнг йўғон ичак ва подвздош ичак касалликлари сонининг ортиб бораётганини қайд этадилар, бу ҳолатлар ўнг томонлама йўғон ичак резекциясини ёки унинг сегментини, шунингдек ингичка ичакнинг терминал бўлими резекциясини бажаришни ва ичак узлуксизлигини тиклашни талаб қилади. Бироқ ушбу операциялар натижалари анастомоз чокларининг нисбатан юқори даражадаги йетишмовчилиги билан қийинлашади. Муаллифлар хулосасига кўра, инвагинацион анастомозлардан, жумладан модификация қилинган «чўктирилган» усулда бажарилган «учидан-учига» илеотрансверзоанастомоздан, шунингдек жарроҳлик тактикаси ва даволашнинг такомиллаштирилган алгоритмидан фойдаланиш ушбу беморлар тоифасида жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш ва натижаларни яхшилаш имконини беради.*

Калит сўзлар: *ўнг томонлама гемиколонэктомия; илеотрансверзоанастомоз; анастомоз йетишмовчилиги; инвагинацион анастомоз.*

Abstract. *The authors report an increasing incidence of diseases of the right colon and ileum that require resection of the right colon or its segment, as well as the terminal ileum, with restoration of intestinal continuity. However, the outcomes of these procedures are compromised by a relatively high incidence of anastomotic leakage. The authors conclude that the use of invagination anastomoses, including a modified "invaginated" end-to-end ileotransverse anastomosis, along with an improved algorithm of surgical tactics and treatment, makes it possible to optimize surgical management and improve outcomes in this group of patients.*

Keywords: *right hemicolectomy; ileotransverse anastomosis; anastomotic leakage; invagination anastomosis.*

Актуальность проблемы. Одной из главных проблем желудочно-кишечной хирургии является патология правой половины толстой кишки - в первую очередь это злокачественные опухоли, а также осложнения дивертикулярной болезни, болезнь Крона, травматические повреждения, крупные доброкачественные опухоли, травмы, нарушения мезентериального кровотока и некоторые другие заболевания. Все они требуют выполнения резекции правой половины толстой кишки или его сегмента, а также терминального отдела тонкого кишечника с восстановлением непрерывности кишечника посредством создания соустья между тонкой и толстой кишкой [1;4]. Иногда во время первого этапа удаляют часть кишки и накладывают колостому [2]. Илеоколоанастомоз является одним из самых сложных видов межкишечных соустьев, в связи с необходимостью соединения разных по функции и диаметру кишок [3]. Bala M. (2022) отмечает, что споры относительно лучшего метода лечения в пользу одного и в ущерб другого совсем неуместны [5]. Эти вопросы не исчерпаны и требуют проведения дальнейших исследований.

Материал и методы исследования. Предметом настоящего исследования явились 73 больных с заболеваниями кишечника, где оперативные вмешательства сопровождались правосторонней гемиколэктомией или его сегмента, а также терминального отдела подвздошной кишки с формированием илеоколоанастомозов в третьем хирургическом и колопроктологическом отделениях Клиники АндГосМИ.

Согласно цели и задачам исследования условно выделены на две группы:

- группа сравнения - с 2016 по 2020 гг., включающий 44 (60,3%) больных с заболеваниями кишечника, которым выполнено правосторонняя гемиколэктомия или резекция его сегмента, а также терминального отдела подвздошной кишки с формированием первичных илеоколоанастомозов, где придерживались традиционных подходов к лечению;

- основная группа - с 2021 по 2025 гг., включающий 29 (39,7%) больных с заболеваниями кишечника, которым выполнено правосторонняя гемиколэктомия или резекция его сегмента, а также терминального отдела подвздошной кишки с формированием первичных илеоколоанастомозов, где придерживались оптимизированной хирургической тактики.

Из 73 больных, исследуемые мужского пола, составили 51 (69,9%), а женского – 22 (30,1%), с соотношением мужчин к женщинам составило 2,3:1. Среди заболеваний, кишечника которые явились показанием к выполнению правосторонней гемиколэктомии иле его сегмента, а также терминального отдела подвздошной кишки с накладыванием первичного илеоколоанастомоза в 55 (75,3%) случаев явились не метастатические опухолевые заболевания, в 15 (20,5%) – неопухолевые и в 3 (4,1%) – авто травмы.

Из 15 (20,5%) больных с неопухолевыми заболеваниями, лица мужского пола составили 5 (6,8%) и женского – 10 (13,7%). Причиной резекции сегмента ТК или терминального подвздошной кишки явились ущемление грыжи 7 (9,6%), спаечная болезнь – 5 (6,8%), терминальный илеит или болезнь Крона – 3 (4,1%) больных. Авто травмы установлены у 3 (4,1%) больных.

У 55 больных с не метастатическими опухолевыми заболеваниями толстой кишки наиболее частой локализацией процесса являлись слепая кишка – у 23 (31,5%) и печеночный угол– у 16 (21,9%) больных. Опухоль ТК в нижней трети установлено у 7 (9,6%), в средней трети – у 4 (5,5%) и в верхней трети – у 5 (6,8%) больных. Распространенность онкологического заболевания определялась согласно международной классификации по системе TNM (7 издание, принято в 2009 году, рекомендовано к использованию с 2010 года).

Из общего числа исследуемых больных, опухоли ТК в 18 (24,7%) случаев диагностированы IIA стадия опухоли ТК (T3-4N0M0), IIB стадии (T4aN0M0) – в 22 (30,1%), IIC стадия (T4bN0M0) – в 8 (10,9%) и IIIA стадия (T1-2N1-2aM0) – в 1 (1,4%), IIIC стадия (T3-4bN1-2bM0) – в 2 (2,7%) случаев. Следует отметить, что в наших наблюдениях опухоль I и IV стадии (TJ-4N1-2MI) не наблюдалось. При этом, у всех больных отмечена осложненное течение опухоли ТК.

Больные с не метастатической опухолью ТК преимущественно поступали с клинической картиной острой кишечной непроходимости (ОКН) в стадии субкомпенсации – 30 (41,1%) и декомпенсации – 25 (34,2%). Всем этим больным выполнена правосторонняя гемиколэктомия или резекция его сегмента, лигирование лимфоваскулярной ножки и лимфодиссекция в объеме D3, что являлось безопасным методом оперативного вмешательства.

Значительно меньше больных оперировано по поводу неопухолевых заболеваний, а также травм и ранений толстой кишки – 18 (24,7%) больных. Из 15 (20,5%) больных с неопухолевыми заболеваниями, причиной резекции сегмента толстой или подвздошной кишки с накладыванием первичного илеколоанастомозов явились ущемление грыжи 7 (9,6%), спаечная болезнь – 5 (6,8%), терминальный илеит или болезнь Крона – 3 (4,1%) больных. Авто травмы установлены у 3 (4,1%) больных.

Для решения поставленных задач проводились клинико-лабораторные и инструментальные, и статистические методы исследования соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной МЗРУз.

Результаты и их обсуждение. Все послеоперационные осложнения у наших больных условно разделены на: 1) осложнения, связанные непосредственно с резекцией кишок и накладыванием первичных илеколоанастомозов (специфичные) - несостоятельность швов анастомоза, кишечные свищи, эвентрация, послеоперационная ранняя спаечная ОКН; 2) раневые - инфильтрат, нагноение послеоперационной раны, лигатурный свищ; 3) осложнения общего характера, не связанные с накладыванием первичных илеколоанастомозов (неспецифичные), которые могут встречаться и при других операциях.

В группе сравнения предоперационная подготовка, выбор способов анастомозов и послеоперационное ведение проводились, придерживаясь «традиционных» подходов к лечению.

Характер осложнений ТТА связанные с операцией в группе сравнения.

Таблица 1

Характер заболевания	Характер осложнений (n=44)					
	Связанные с операцией		Раневые		Общие	
	абс	%	абс	%	абс	%
-опухоль ТК	4 (2)	9,1 (4,5)	3	6,8	2 (1)	4,5 (2,3)
-неопухолевые заболевания	1 (1)	2,3 (2,3)	2	4,5	2	4,5
-травмы и ранения	-	-	1	2,3	-	-
-Всего: абс/%	5 (3)	11,4 (6,8)	6	13,6	4 (1)	9,1 (2,3)

Примечание: в скобках указано число летальных исходов.

Как видно из таблицы 1., в группе сравнения осложнения, связанные с операцией отмечены у 5 (11,4%) больных с летальным исходом в 3 (6,8%) случаев. При этом, установлено, что причиной правосторонней гемиколонэктомии с накладыванием тонкотолстокишечных анастомозов явились опухоль ТК в 4 (9,1%) случаев, с летальным исходом в 2 (4,5%) случаев. В группе сравнения осложнения, связанные с операцией после резекции кишок и накладывания тонкотолстокишечных анастомозов, явились неопухолевые заболевания в 1 (2,3%) с летальным исходом в 1 (2,3%) случае.

В группе сравнения раневые осложнения отмечены у 6 (13,6%) больных, где после резекции кишок с накладыванием первичных тонкотолстокишечных анастомозов явились опухоль ТК в 3 (6,8%) случаев, неопухолевые заболевания – в 2 (4,55%) и авто травма – в 1 (2,3%) случае.

В группе сравнения осложнения общего характера, отмечены у 4 (9,1%) больных с летальным исходом в 1 (2,3) случае. При этом, установлено, что причиной накладывания первичных тонкотолстокишечных анастомозов явились опухоль ТК в 2 (4,5%) с летальным исходом в 1 (2,3%) случае и неопухолевые заболевания – в 2 (4,5%) случаев.

Характер осложнений ТТА связанные с операцией в основной группе .

Таблица 2

Характер заболевания	Характер осложнений (n=29)					
	Связанные с операцией		Раневые		Общие	
	абс	%	абс	%	абс	%
-опухоль ТК	1 (1)	3,4	1	3,4	1	3,4
-неопухолевые заболевания	-	-	1	3,4	1	3,4
-травмы и ранения	-	-	-	-	-	-
-Всего: абс/%	1 (1)	3,4	2	6,8	2	6,8

Примечание: в скобках указано число летальных исходов.

Как видно из таблицы 2., в основной группе осложнения, связанные с операцией отмечены лишь у 1 (3,4%) больных с летальным исходом в 1 (3,4%) случае, где причиной правосторонней гемиколонэктомии с накладыванием тонкотолстокишечного анастомоза явилась опухоль ТК.

В основной группе раневые осложнения отмечены у 2 (6,8%) больных, где причиной накладывания первичных тонкотолстокишечных анастомозов явились опухоль ТК в 1 (3,4%) случае и неопухолевые заболевания – в 1 (3,4%) случае.

В основной группе осложнения общего характера, установлены у 2 (6,8%) больных. При этом, установлено, что причиной резекции кишок и накладывания тонкотолстокишечных анастомозов явились опухоль ТК в 1 (3,4%) и неопухолевые заболевания – в 1 (3,4%) случае.

Сравнительный анализ причин показало, что чаще осложнения, связанные накладыванием первичных илеоколоанастомозов в основном, наблюдались если первопричиной являлись опухоль ТК. Установлена прямая зависимость частоты осложнений, связанных с накладыванием первичных илеоколоанастомозов. Так, в группе сравнения, наиболее часто возникновение осложнений было после накладывания первичных илеколоанастомозов по принципу «конец в бок» - в 2 (4,5%) случаев возникло несостоятельность анастомоза с летальным исходом в 2 (4,5%) случаев и «бок в бок» - в 2 (2,3%) случаев возникло несостоятельность анастомоза с развитием гнойного перитонита с летальным исходом в 1 (2,3%) случае, а также эвентрация, где потребовалась релапаротомия, с благоприятным исходом.

Также важно отметить, что в основной группе, «традиционные» способы накладывания первичных илеоколоанастомозов не применялись. Приоритетным являлись инвагинационные анастомозы, погружным способом в т.ч. по принципу «конец в конец». Анализ ближайших результатов показал, что осложнения, связанные накладыванием первичных илеоколоанастомозов диагностированы в виде послеоперационной спаечной ОКН отмечено в 1 (3,4%) случае, с благоприятным исходом.

В группе сравнения, осложнения, связанные с операцией отмечены в 5 (11,4%) случаев с летальным исходом в 3 (6,8%) случаев, тогда как в основной группе – в 1 (3,4%) случае без летального исхода (уменьшение частоты осложнений, связанных с накладыванием первичных тонкотолстокишечных анастомозов на 8,0%, летальность – на 6,8%).

Сравнительный анализ причин показало, что чаще раневые осложнения после накладывания первичных илеоколоанастомозов, наблюдались если первопричиной являлись опухоль ТК, однако достоверные отличия в зависимости от сроков выполнения ТТА не установлено. Однако установлена прямая зависимость частоты раневых осложнений в зависимости от сроков накладывания первичных илеоколоанастомозов.

Так, в группе сравнения, наиболее часто возникновение раневых осложнений было после резекции кишок с накладыванием первичных илеоколоанастомозов по принципу «конец в бок» - в 3 (6,8%) – и «бок в бок – в 3 (6,8%) случаев - нагноение послеоперационной раны в 3 (6,8%), инфильтрат раны – в 2 (4,5%) и лигатурный свищ – в 1 (2,3%) случае.

Анализ ближайших результатов показал, что раневые осложнения, связанные с накладыванием первичных илеоколоанастомозов после проведения консервативного лечения с соответствующими перевязками с применением современных антисептиков, способствовали заживлению раны, в т.ч и вторичным натяжением. Эта группа больных выписана из стационара в относительно удовлетворительном состоянии.

В группе сравнения, раневые осложнения, связанные с операцией отмечены в 6 (13,6%) случаев, тогда как в основной группе – в 2 (6,8%) случаев (уменьшение частоты раневых осложнений, связанных с накладывания первичных илеоколоанастомозов на 6,8%).

Сравнительный анализ причин показало, что чаще осложнения общего характера, наблюдались если первопричиной являлись не метастатическая опухоль ТК. В группе сравнения, наиболее часто возникновение осложнений общего характера было после накладывания первичных илеоколоанастомозов по принципу «конец в бок» - в 2 (4,5%) – гипертонический криз, где после комплекса интенсивной терапии совместно с реаниматологами и кардиологами, больные выписаны из стационара в относительно удовлетворительном состоянии и после накладывания первичных илеоколоанастомозов «бок в бок» - в 2 (4,5%) случаев (тромбоэмболия легочной артерии – в 1 (2,3%) случае с летальным исходом, острый тромбофлебит вен нижних конечностей – в 1 (2,3%) случае с благоприятным исходом.

В основной группе осложнения общего характера диагностированы у 2 (6,8%) больных после резекции кишок с накладыванием первичных инвагинационных илеоколоанастомозов – в 2 (6,8%) случаев, в виде острого тромбофлебита геморроидальных вен - в 1 (3,4%) случае и пневмонии – в 1 (3,4%) случае. Эта группа больных выписана из стационара в относительно удовлетворительном состоянии.

Заключение. Таким образом, у исследуемых больных подлежащих правосторонней гемиколэктомии или его сегмента, а также терминального отдела тонкого кишечника, с накладыванием первичных илеоколоанастомозов, в результате ретроспективного анализа результатов хирургического лечения, разработка в клиническую практику алгоритма тактики и лечения

и расширение показаний к инвагинационным, в т.ч. модифицированному способу «погружного» анастомоза «конец в конец» позволили оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты хирургического лечения.

В результате, частота осложнений, связанных с формированием первичных илеоколоанастомозов уменьшились с 5 (11,4%) с летальным исходом в 3 (6,8%) случаев до 1 (3,4%) без летального исхода (на 8,0%, летальность – на 6,8%); раневых осложнений - с 6 (13,6%) до 2 (6,8%) случаев (на 6,8%) и осложнений общего характера - с 4 (9,1%) и летальным исходом с 1 (2,3%) до 2 (6,8%) (на 2,3%, соответственно), что позволило улучшить результаты накладывания первичных илеоколоанастомозов и достичь поставленной цели исследования.

Список литературы:

1. Агаев Э.К., Исмайылова З.Э., Мамедов Т.Э. Профилактика несостоятельности швов кишечных анастомозов //Новости хирургии. -2022;30(1):86-94.

2. Вайнер Ю.С., Гусева А.В., Атаманов К.В. Профилактика осложнений тонкотолстокишечных анастомозов в условиях перитонита //Сибирское медицинское обозрение. -2022;(6):45-50.

3. Плехов А.В., Сравнительная характеристика некоторых способов формирования конце бокового тонкотолстокишечного анастомоза (экспериментально-клиническое исследование) //Автореф. … дисс. Канд. Мед. Наук. -2013.

4. Соловьев И.А., Першко А.М., Курило Д.П. и др. Тактика хирургического лечения осложнений болезни Крона //Вестник Российской военно-медицинской академии. -2018;1(61):111-116.

5. Bala M. Et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. World journal of emergency surgery. -2022.17(1): 54.