

нарастанием применения прямых оральных антикоагулянтов: 2014 г. – 6%; 2018 г. – 84%.

3. Приоритетное использование прямых оральных антикоагулянтов существенно упрощает для врача и пациента дальнейшее проведение амбулаторной пролонгированной антикоагулянтной терапии, так как она не требует лабораторного контроля.

**Список литературы:**

1. Кириенко А.И. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозных осложнений (ВТЭО) / А. И. Кириенко, Ю. М. Стойко, В. Ю. Богачев // Флебология. - 2015. – 52 с .

2. Bauer KA. Pros and cons of new oral anticoagulants. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. - 2013. - 464–470.

3. Galanis T. The New Oral Anticoagulants for the Treatment of Venous Thromboembolism: A New Paradigm Shift in Antithrombotic Therapy / T. Galanis, G. Keiffer, G. Merli // Curr Ther Res Clin Exp. – 2014. - 76–83.

4. Kearon C. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines Antithrombotic / C. Kearon, E. A. Akl, A. J. Comerota, P. Prandoni, H. Bounameaux, S. Z. Goldhaber, M. E. Nelson, P. S. Wells, M. K. Gould, F. Dentali, M. Crowther, S. R. Kahn//Therapy for VTE Disease Chest. – 2012. - 1698-1704.

5. Marik P. E. Extended Anticoagulant and Aspirin Treatment for the Secondary Prevention of Thromboembolic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis / P. E. Marik, R. Cavallazzi [Электронный ресурс] // PLoS One. - 2015. URL: <https://doi.org:10.1371/journal.pone.0143252> (дата обращения: 09.02.2019).

6. Yeh CH. Evolving use of new oral anticoagulants for treatment of venous thromboembolism/ C. H. Yeh, P. L. Gross, J. I. Weitz [Электронный ресурс] //Blood. - 2014. URL: <https://doi: 10.1182/blood-2014-03-563056> (дата обращения: 12.02.2019).

УДК 616.34-006.6

**Пацюк А.И., Максимова К.И., Засорин А.А.**

**ПРИЧИНЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЕЖКИШЕЧНОГО  
АНАСТОМОЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО  
ВОЗРАСТА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО  
РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ КИШЕЧНОЙ  
НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ**

Кафедра хирургических болезней ЛПФ  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Patsyuk A.I., Maksimova K.I., Zasorin A.A.**

**THE REASONS OF INSOLVENCY OF THE INTERINTESTINAL ANASTOMOSIS AT PATIENTS OF ADVANCED AND SENILE AGE AT EXPEDITIOUS TREATMENT OF THE COLORECTAL CANCER COMPLICATED BY THE SUBCOMPENSATED INTESTINAL IMPASSABILITY AND FEATURES OF THEIR TREATMENT**

Department of surgical illnesses of treatment-and-prophylactic faculty

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: Tempora92@gmail.com

**Аннотация.** Несостоятельность межкишечного анастомоза (НМА) до сих пор остается опасным и нередким осложнением в хирургии несмотря на все современные достижения в не только в неотложной, но и плановой хирургии колоректального рака [3, 6]. Сложность прогнозирования развития несостоятельности межкишечного анастомоза на дооперационном этапе и в ближайшем послеоперационном периоде существенно снижает эффективность мер, направленных на профилактику и лечение несостоятельности межкишечного анастомоза (НМА) при ее возникновении. В каждом четвертом случае повторные операции при развитии НМА направлены на разобщение сформированного межкишечного анастомоза и формирование концевой стомы. Целью данного исследования было изучить причины развития НМА после оперативных вмешательств на толстой кишки при колоректальном раке, осложненном субкомпенсированной кишечной непроходимостью и варианты лечения данной патологии.

**Annotation.** The Insolvency of an Interintestinal Anastomosis (IIA) still remains a dangerous and frequent complication in surgery despite all modern achievements in not only in urgent, but also planned surgery of a colorectal cancer [3, 6]. The complexity of forecasting of development of insolvency of an interintestinal anastomosis at a presurgical stage and in the next postoperative period significantly reduces efficiency of the measures directed to prevention and treatment of the insolvency of an interintestinal anastomosis (IIA) at its emergence. In every fourth case repeated operations at development of NMA are directed to dissociation of the created interintestinal anastomosis and forming of a trailer ostomy. The objective of this research was to study the reasons of development of NMA after operative measures on a large intestine at the colorectal cancer complicated by the subcompensated intestinal impassability and options of treatment of this pathology.

**Ключевые слова:** колоректальный рак, кишечная непроходимость, КТ-ангиография.

**Keywords:** colorectal cancer, intestinal obstruction, КТ-angiography.

**Введение**

За последнее время в России, по данным Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии, отмечается рост впервые выявленного рака колоректальной области, а также рост числа больных пожилого и старческого возраста (средний возраст пациентов 65+3 лет) в структуре данных больных [4]. Около 66,3% больных пожилого и старческого возраста госпитализируется в тяжелом состоянии по причине поздней госпитализации, превышающей 24 часа от начала заболевания. В структуре сопутствующих заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста наиболее часто встречается облитерирующий атеросклероз (заболеваемость у лиц, старше 60 лет, составляет более 60 %), являющийся причиной формирования такого заболевания, как хроническая абдоминальная ишемия (ХАИ) [5]. В условиях неотложной хирургии при необходимости выполнения резекции участка кишки, недостаточность кровоснабжения предполагаемой зоны анастомоза может привести к развитию к его несостоятельности.

На ранних сроках развития НМА могут быть использованы малоинвазивные методы дренирования в сочетании с антибактериальной терапией, а также формирование кишечной стомы выше сформированного межкишечного анастомоза с целью исключения данного сегмента из пассажа кишечного содержимого [6]. Основными причинами, по данным литературы, являются: несоблюдение техники формирования межкишечного анастомоза, низкое качество шовного материала, воздействие патогенной микрофлоры, недостаточность кровоснабжения зоны формирования анастомоза, гнойно-септические осложнения, пожилой и старческий возраст больного, нарушение гомеостаза, тяжесть сопутствующей патологии [1, 2].

**Цель исследования** - изучить причины развития НМА после оперативных вмешательств на толстой кишки при колоректальном раке, осложненном субкомпенсированной кишечной непроходимостью и варианты лечения данной патологии.

#### **Материалы и методы исследования**

Дизайн – ретроспективное одномоментное исследование. Всего было проанализировано 99 историй болезней, включающих больных с явлениями толстокишечной непроходимости на стадии субкомпенсации на фоне колоректального рака, находившихся на лечении в 1 хирургическом отделении НУЗ Дорожная больница на ст. Свердловск-Пассажирский ОАО РЖД с 2011 по 2017 год. Критерии включения в исследование – наличие послеоперационного осложнения в виде НМА.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В НУЗ Дорожная больница на станции Свердловск-Пассажирский ОАО РЖД в период с 2011 по 2017 год находилось на лечении 110 пациентов пожилого и старческого возраста с диагнозом колоректальный рак. Все больные были госпитализированы в неотложном порядке с явлениями кишечной непроходимости.

Возраст поступивших пациентов колебался от 60 до 88 лет. Средний возраст больных составил 72,6 года.

Из поступивших 110 больных все были оперированы: 93 больным (84,5%) были выполнены радикальные операции. Из них 76 - операции с первичным наложением межкишечного анастомоза, 9 - обструктивные резекции, 6 - брюшно-промежностная экстирпация.

16 пациентам (14,5%) были выполнены паллиативные вмешательства, включающие различные виды колостомий (традиционные, из мини-доступа), выполнены в 14 случаях и обходной илеотрансверзоанастомоз (выполнен в 2 случаях), а также было выполнено 1 эксплоративное вмешательство. Виды оперативных вмешательств представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характер оперативных вмешательств

Вид оперативного вмешательства	Количество операций	
	Абс.	%
Операции с первичным наложением межкишечного анастомоза	76	69
Обструктивные резекции	9	8,18
Брюшно-промежностная экстирпация	6	5,45
Всего	93	84,5
Различные виды колостомий (традиционные, из мини-доступа)	14	12,72
Обходной илеотрансверзоанастомоз	2	1,8
Всего	16	14,5

В структуре фоновых заболеваний чаще всего встречалась гипертоническая болезнь (92%) и облитерирующий атеросклероз (80%). В 8% случаев сопутствующей патологией являлся сахарный диабет в стадии компенсации (частота встречаемости отражена в таблице 2).

Таблица 2

Частота встречаемости сопутствующей патологии

	Группа исследования
Гипертоническая болезнь	92%
Сахарный диабет	8%
Облитерирующий атеросклероз	80%

В раннем послеоперационном периоде у 7 больных выявлена несостоятельность первичного межкишечного анастомоза. В 4 случаях по данному поводу выполнялась релапаротомия, формирование кишечной стомы выше сформированного анастомоза. В 1 случае была выполнена

релапаротомия, разобщение первичного межкишечного анастомоза с формированием кишечной стомы и последующими санациями брюшной полости. В 2 случаях релапаротомия не выполнялась, санация проводилась через подведенный к анастомозу контрольный дренаж. В послеоперационном периоде сформировалась рубцовая стриктура межкишечного анастомоза, которая потребовала последующего бужирования.

После операции умерло 2 больных и летальность составила 2,02%.

При анализе причин НМА было выявлено, что в 1 случае причиной явилась техническая ошибка в формировании интракорпорального аппаратного межкишечного анастомоза (линия резекции кишки со скобами располагалась в непосредственной близости от линии аппаратного межкишечного анастомоза). В 5 случаях причиной явилась недостаточность кровоснабжения на фоне облитерирующего атеросклероза брыжеечных артерий со степенью стеноза более 50% (подтверждено по данным КТ-ангиографии). В 1 случае НМА развилась на фоне декомпенсации сахарного диабета (остальные причины, как недостаточность кровоснабжения или технические ошибки формирования межкишечного анастомоза исключены).

При соотношении причин НМА и методов последующего лечения выявлено, что релапаротомия с формированием стомы выше НМА и разобщение межкишечного анастомоза выполнялось у пациентов с недостаточностью кровоснабжения на фоне облитерирующего атеросклероза. В случаях с технической ошибкой формирования аппаратного анастомоза и декомпенсацией СД релапаротомия не требовалась.

#### **Выводы:**

1. Основной причиной НМА у пациентов пожилого и старческого возраста при оперативном лечении колоректального рака, осложненного субкомпенсированной кишечной непроходимостью является недостаточность кровоснабжения зоны анастомоза на фоне облитерирующего атеросклероза.

2. Основным методом лечения НМА является релапаротомия, формирование кишечной стомы выше зоны несостоятельности, санация, дренирование брюшной полости. Однако при дефекте анастомоза, не превышающий  $\frac{1}{4}$  диаметра и адекватном дренировании данной зоны от релапаротомии в исключительных случаях можно воздержаться.

#### **Список литературы:**

1. Агаев Э.К. Несостоятельность швов кишечных анастомозов у больных после экстренной и неотложной резекции кишки / Э.К. Агаев // Хирургия. – 2012. – № 1. – С. 34-37.

2. Атаманов К.В. Способ хирургической профилактики несостоятельности тонкокишечных швов и его сравнительная оценка / К.В. Атаманов, В.В. Атаманов // Медицина и образование в Сибири. – 2014. – № 4. – С. 43.

3. Дарвин В.В. Профилактика гнойно-септических осложнений в хирургии пищеварительного тракта / В.В. Дарвин, Е.С. Морозов, А.Е.

Лещинский, Е.А. Бунакова // Первый белорусский международный конгресс хирургов. - Витебск, 1996. - С. 189-191.

4. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России. – 2015. – илл. – 250 с.

5. Кохан Е.П. О классификации хронической абдоминальной ишемии / Е.П. Кохан, С.А. Белякин, Д.А. Мироненко // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. - 2014. – № 2. - С. 10-14.

6. Наумов Н.В. Профилактика несостоятельности толстокишечных анастомозов / Н.В. Наумов // Пробл. колопроктол. - 1998. - № 16. - С. 409-411.

7. Ho KS, Quah HM, Lim JF, Tang CL, Eu KW. Endoscopic stenting and elective surgery versus emergency surgery for left-sided malignant colonic obstruction: a prospective randomized trial / KS Ho // International Journal of Colorectal Disease. – 2012. - № 27. – P. 355–362.

УДК 616.346-002.1:616.3-009.1]-079.4-053.71

**Политыко Д.Д., Вакульчик В.Г.**

**МОЖНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШКАЛУ ДЕТСКОГО  
АППЕНДИЦИТА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЙ В  
ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 15 – 17 ЛЕТ?**

Кафедра детской хирургии

Гродненский государственный медицинский университет

Гродно, Республика Беларусь

**Palityka D.D., Vakulchyk V.G.**

**IS IT POSSIBLE TO USE THE PEDIATRIC APPENDICITIS SCORE  
IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ABDOMINAL PAIN  
IN CHILDREN AGED 15 - 17 YEARS?**

Department of pediatric surgery

Grodno state medical university

Grodno, Republic of Belarus

E-mail: polityko.darja@gmail.com

**Аннотация.** Статья посвящена вопросу эффективности диагностики острого аппендицита у детей в возрасте 15-17 лет с помощью Шкалы Детского Аппендицита (ШДА, ориг. Pediatric Appendicitis Score, PAS). Проведена оценка информативности диапазонов, выделенных в ШДА, и отдельных клинических и лабораторных показателей, составляющих шкалу. Выявлена вероятность возникновения гипо- и гипердиагностических ошибок при применении ШДА, а также их зависимость от точки разделения баллов шкалы. Обнаружено, что у