



О. С. Олефір

Харківський національний
медичний університет

© Олефір О. С.

ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ОПЕРАТИВНОЇ ТАКТИКИ ЗА ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ Й РОЗПОВСЮДЖЕНОГО ПЕРИТОНІТУ

Резюме. Вирішення питання про обрання хірургічної тактики при гострій кишковій непрохідності на фоні короткої привідної петлі та супутньому перитоніті – актуальне навіть для сьогоденного розвитку медицини питання. Проведене дослідження дає змогу отримати важливі відповіді бодай на частину виникаючих питань.

Метою дослідження було проведення оцінки та порівняння ранніх післяопераційних результатів пацієнтів на ГКН, які отримували або первинний анастомоз, або лише формування стоми після резекції кишки із виявленням факторів, пов'язаних з післяопераційними ускладненнями та летальністю в обох групах пацієнтів.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 63 хворих з гострою кишковою непрохідністю та перитонітом, яким було виконано резекцію тонкої кишки з подальшим формуванням єюностомі. Досліджено фактори, що впливають на вибір варіанта завершення оперативного втручання.

Результати дослідження. При відносно рівних умовах, після резекції тонкої кишки у хворих на відмінну від судинної етіології гострої кишкової непрохідності та перитоніті, перевагу варто надати міжкишковим анастомозам з єюностомою за Майдлем з метою «розгрузки», при виявленні непрохідності, причиною якої є судинна патологія – перевага на боці тимчасової кінцевої єюностомі з етапними втручаннями за показами.

Висновки. Після резекції тонкої кишки у випадку несудинної етіології, перевагу варто надати міжкишковому анастомозу або Y-подібному анастомозу за Майдлем. Єдиним фактором ризику летальності є післяопераційна поліорганна недостатність.

Ключові слова: *гостра непрохідність тонкої кишки, абдомінальний сепсис, первинний анастомоз, кінцева єюностома, Y-подібний анастомоз за Майдлем*

Вступ

Гостра кишкова непрохідність (ГКН) буває механічною або функціональною непрохідністю кишечника, що перешкоджає нормальному абсорбальному проходженню кишкового вмісту незалежно від етіології [1, 2]. За словами практикуючих лікарів ще в 350 р. до н. е., ГКН продовжує залишатися діагностичною та терапевтичною проблемою навіть сьогодні [2].

ГКН є одним із найпоширеніших інтраабдомінальних невідкладних випадків, з якими стикаються загальні хірурги [1, 2], та є основною частиною екстрених навантажень і госпіталізації в хірургічне відділення у світі [3]. Дослідження, яке було проведене в 2010 році щодо глобального тягаря захворювання, показало, що ГКН є відповідальною за 2,1 смерті на 100 000 населення відповідно, поставивши кишково-непрохідність на друге місце серед усіх абдомінальних захворювань [2]. Ресурси, які використовуються, і витрати, понесені в управлінні

ГКН, є значним тягарем для системи охорони здоров'я. У всьому світі 1 % госпіталізацій, 3 % екстрених хірургічних госпіталізацій до загальних лікарень і 4 % лапаротомій здійснюються через кишкову непрохідність [1-3].

ГКН має широкі міжнародні та регіональні варіації поширеності, етіологію та прояви [4]. Незалежно від базису етіології, рівень смертності від кишкової непрохідності коливається від 3 % для простої непрохідності до 30 % для странгуляційної з/або без перфорованої кишки [2]. Тому рекомендовано раннє швидке хірургічне втручання до появи перфорації або необоротної ішемії [4]. Після резекції нежиттєздатної кишки рішення щодо спроби первинного анастомозу чи виконання лише стоми без анастомозу є предметом дискусії [5-12]. Формування стоми, яке вважається безпечною та простою процедурою, призводить до значного покращення результатів лікування хворих у випадках перитоніту та абдомінального сеп-



сису, при яких спостерігається висока частота неспроможності анастомозу [13-15]. Накладання зовнішньої кишкової нориці не викликає суперечок серед хірургів лише у тих випадках, коли після видалення фрагменту кишки, залишається ділянка, достатня для досягнення адекватних об'ємів абсорбції корисних речовин (наприклад у випадку накладання ілеостоми). У клінічній ситуації, коли перед оператором на фоні перитоніту недостатня довжина порожньої кишки, це може призвести до важких ускладнень – формування повної високої тонкокишкової нориці, і навіть при адекватній внутрішньовенній підтримці, у хворих не завжди вдається стабілізувати показники гомеостазу.

Таким чином, хірургу необхідно збалансувати ризик неспроможності анастомозу в септичному середовищі та незручність екстеріоризації кишечника під час усунення непрохідності з метою досягнення безперешкодного відновлення та мінімальної післяопераційної смертності та захворюваності [16-20].

Мета досліджень

Проведення оцінки та порівняння ранніх післяопераційних результатів пацієнтів на ГКН, які отримували або первинний анастомоз, або лише формування стоми після резекції кишки із виявленням факторів, пов'язаних з післяопераційними ускладненнями та летальністю в обох групах пацієнтів.

Матеріали та методи досліджень

Перехресне ретроспективне дослідження було проведено у відділенні хірургії ХМКЛШНМД ім. проф. О.І. Мещанінова, до якого було включено 63 пацієнта на ГКН та перитоніт. Період дослідження тривав з січня 2016 р. по січень 2022 р. До дослідження були включені 63 дорослих пацієнтів на ГКН, які потребували резекції тонкої кишки під час виконання у них оперативного втручання з подальшим первинним анастомозом або формуванням стоми. Усі хворі дали свою інформовану згоду на включення до участі в дослідженні. Дослідження було проведено відповідно до Гельсінської декларації, протокол затверджено Комітетом з етики Харківського національного медичного університету (протокол № 6 від 11 листопада 2022 р.). Ідентифікаційний код проекту 0116u00499.

Критеріями включення до дослідження були: наявність ОНК, включаючи гостре порушення кровообігу мезентеріального з некрозом кишечника; наявність поширеного перитоніту; довжина частини тонкої кишки, що залишається, не більше 200 см (і проксимальний, і дистальний ділянки). Для зручності аналізу хворих було поділено на дві групи: пацієнти, що про-

ходили операцію з формуванням первинного анастомозу, віднесли до групи 1 (n=34), а пацієнтів з формуванням стоми віднесли до групи 2 (n=29): у цій групі кінцева єюностома була сформована у 14 пацієнтів (48,3 %), єюностома по Майдлю у 15 пацієнтів (51,2 %).

Критерії виключення: 1) гемодинамічно нестабільні пацієнти; 2) пацієнти з мезентеріальною ішемією без ознак гангрени; 3) докази кишкової перфорації, такі як газ під діафрагмою. Первинною точкою дослідження була оцінка стану хворих до операції та вторинною – оцінка летальності протягом 14 діб після операції.

При обстеженні хворих збирали: особисті дані (вік, стать, попередні операції на органах черевної порожнини та травми живота); індекс маси тіла (ІМТ); лабораторне обстеження: кількість лейкоцитів периферичної крові, тромбоцити, гематокрит, С-реактивний білок, і для кожного пацієнта були розраховані наступні бали: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II, Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), ступінь важкості перитоніту за Мангеймським індексом перитоніта (MPI), а також дані інтраопераційних знахідок, таких як наявність розповсюдженого перитоніту та гангрени кишечника, а також відзначені післяопераційні ускладнення, такі як ранова інфекція, ускладнення стоми та остаточний результат протягом перших двох тижнів після операції. Післяопераційні ускладнення оцінювали за класифікацією Clavien-Dindo [21].

Всім хворим була виконана серединна лапаротомія під загальною анестезією та виявлені інтраопераційні знахідки. Після резекції ураженого сегмента кишки в кожному випадку хірург приймав рішення або виконати первинний анастомоз, або створити стоми лише без анастомозу. Первинний кишковий анастомоз створювався у вигляді подвійного шару, внутрішнього шару з гемостатичними безперервними швами повної товщини з використанням розсмоктуваного шовного матеріалу 3.0 (вікріл) і зовнішнього серозно-м'язового шару з вузловими швами з використанням нерозсмоктуваного шовного матеріалу 3.0. Стома була створена за стандартною технікою круглого отвору шкіри діаметром 2 см, що дозволяло проходити двом пальцям. Після резекції кишки дистальний кінець проксимального сегмента та проксимальний кінець дистального сегмента кишки виводили назовні через той самий отвір для створення проксимальної кінцевої стоми та дистальної слизової фістули. Обидві групи пацієнтів спостерігалися після операції протягом двох тижнів. Були проведені післяопераційні дослідження крові, перевірявся стан рани та відзначався час відновлення нормальної дієти.

Остаточним результатом наприкінці двох тижнів було відзначення або одужання та виписку з лікарні, або смерть протягом зазначеного післяопераційного періоду.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми STATISTICA версії 13.3. Значущість зв'язків між змінними перекресних перешкод оцінювалася за допомогою критерію χ^2 . У всіх випадках перевірка статистичних гіпотез проводилася з довірчим рівнем 95 % і більше. Здатність поліорганної недостатності (MOF) як біологічного маркера прогнозувати смертність була проаналізована за допомогою робочих характеристик ROC-кривих. Прогностичну ефективність моделей оцінювали шляхом дискримінації на основі індексу AUC. Ефективність моделі вважалася обмеженою при $AUC \geq 0,70$, хорошою при $AUC \geq 0,80$ і відмінною при $AUC \geq 0,90$.

Результати дослідження та їх обговорення

Оперативні втручання були виконані з приводу гострої странгуляційної непрохідності тонкої кишки у 37 (58,7 %) та гострого порушення мезентеріального кровообігу у 26 (41,3 %) хворих. Резекцію тонкої кишки було завершено шляхом формування первинного тонко-тонкокишкового анастомозу у 34, єюности за Майдлем – у 15, кінцевою єюности у 14 хворих. Неспроможність анастомозу у 1 групі виявилась у 17 (50 %) з 34 хворих, рівень неспроможності анастомозу у хворих з єюностию за Майдлем виявився у 6 (35,3 %) з 17 хворих ($\chi^2 = 0,124$, $p = 0,725$) у випадках, коли кишкова непрохідність була асоційована з прогресуючою мезентеріальною ішемією після

резекції (n=5) та прогресуванням перитоніту (n=1). Серед хворих з кінцевою єюностию загинуло 7, серед пацієнтів з єюностию за Майдлем – 11.

Демографічні, передопераційні та інтраопераційні параметри пацієнтів наведені в табл. 1.

Загальна частка хворих із зареєстрованими загрозливими для життя ускладненнями різного ступеню тяжкості у вигляді моноорганних або полі системних порушень (IVa та IVb ступенів) в першій групі була на 22,2 % меншою, ніж в іншій групі ($\chi^2 = 0,646$, $p = 0,724$) Однак ці відмінності не були істотними. Ми також не спостерігали значного впливу використання різного хірургічного підходу на смертність в першій групі порівняно з другою групою ($\chi^2 = 0,525$, $p = 0,469$) та на загальну кількість ускладнень ($\chi^2 = 1,236$, $p = 0,872$), що наведено в табл. 1.

Аналіз OR (табл. 2) та ймовірності прогнозування ранньої летальності пацієнтів до операції показав про відповідність тільки одного з досліджуваних показників рівню 80 % і вище, а саме – шкали SOFA (89,1 %). При проведенні регресійного аналізу ми підтвердили хорошу залежність летальності у цих хворих від розвитку полісистемних порушень у післяопераційному періоді: $AUC = 0,814$, 0,95 % ДІ 0,728–0,896, з чутливістю 81,2 % і специфічністю 74,6 % (рис. 1).

При виконанні аналізу ефективності кожного з досліджуваних способів оперативно-го втручання, було враховано один провідний критерій – післяопераційну летальність. Пов'язано це з тим, що у розвитку летального результату лікування, причиною була не тільки важка інтоксикація або синдром поліорган-

Таблиця 1

Демографічні, передопераційні та інтраопераційні параметри пацієнтів досліджуваних груп

Показники	Перша група (n=34)	Друга група (n=29)	Перевірка значущості	P
Вік (роки), медіана та IQR	54 [38-70]	58 [44-70]	$\chi^2=0,328$	0,566
Стать: чоловіча, %	31 (91,2 %)	24 (82,8 %)	$\chi^2=0,006$	0,940
BMI kg/m2, медіана та IQR	26 [21–32]	27 [22–33]	$\chi^2=0,876$	0,126
Супутній діабет, %	1 (2,9)	11 (37,9)	$\chi^2=6,670$	0,010
Супутня гіпертонія, %	7 (20,6)	12 (41,4)	$\chi^2=1,096$	0,295
Супутнє хронічне запальне захворювання легень, %	3 (8,8)	4 (13,8)	$\chi^2=0,025$	0,873
MPI, медіана та IQR	28 [19-33]	27 [18-32]	$\chi^2=0,022$	0,883
APACHE II score, медіана та IQR	14 [10-17]	13 [10-18]	$\chi^2=0,002$	0,963
SOFA score, медіана та IQR	12 [8-14]	14 [11-14]	$\chi^2=0,192$	0,662
Наявність поширеного гнійного перитоніту, %	21 (61,8)	18 (62,1)	$\chi^2=0,037$	0,847
Наявність некрозу сегменту тонкої кишки, %	34 (100)	29 (100)	$\chi^2=0,032$	0,858
Postoperative complications:				
Clavien-Dindo I, n (%)	2 (5,6)	3 (10,3)	$\chi^2=1,236$	0,872
Clavien-Dindo II, n (%)	12 (35,3)	14 (48,3)		
Clavien-Dindo IIIa, n (%)	2 (5,6)	2 (6,9)		
Clavien-Dindo IIIb, n (%)	14 (41,2)	11 (37,9)		
Clavien-Dindo IVa, n (%)	1 (2,9)	1 (3,4)		
Clavien-Dindo IVb, n (%)	13 (38,2)	17 (58,6)		
Clavien-Dindo V, n (%)	14 (41,2)	18 (62,1)		



Таблиця 2

Аналіз співвідношення шансів та ймовірності ранньої летальності пацієнтів до операції

Параметр	Оцінка шансів (OR) (95 % CI)	Ймовірність (%)	χ^2	P
Лейкоцити крові	2,301 (1,921 – 9.505)	69,7	2,487	0,0007
Гемоглобін	1,4000 (0,34 – 5,7679)	31,8	0,466	0,6412
Гематокрит	2,2000 (1,016 – 4.544)	52,8	1,12	0,2626
C-реактивний білок	3,330 (0,7846–13,8790)	62	1,629	0,1033
MPI score	6,6000 (1,6182 –26,9183)	72,5	2,631	0,0085
APACHE II score	4,6500 (1,1254–19,2126)	68	2,123	0.0337
SOFA score	7,8000 (1,9216–31,6607)	89,1	2,874	0,0041
Ознаки розповсюдженого перитоніту	7,0500 (1,012–4,813)	73,2	2,727	0,0064
Не запланована релапаротомія до 10 доби	3,9273 (1,0025-15,3825)	66,3	1,964	0,0496

ної недостатності при супутньому перитоніті, а й такі показники як зниження артеріального тиску, розлади електролітних показників, які виникали на фоні недостатнього аліментарного надходження поживних речовин, причиною чого була саме висока тонкокишкова нориця.

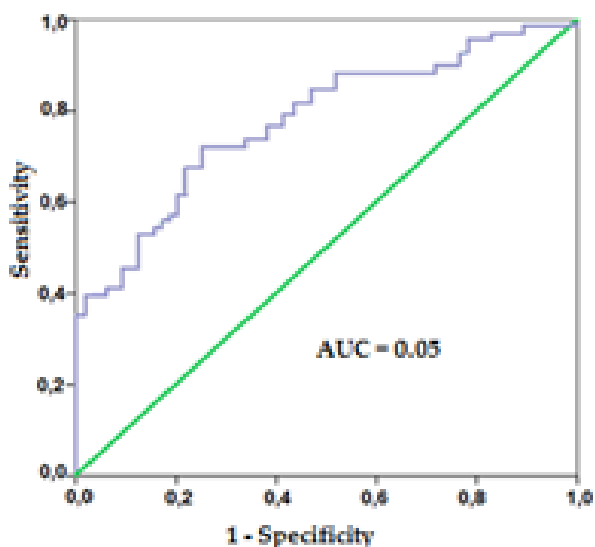


Рис. 1 Площа під кривою робочих характеристик (AUROC) для поліорганної недостатності після операції

Останні дослідження свідчать, що неспроможність анастомозу після резекції тонкої кишки при екстреній лапаротомії є важким ускладненням. Консенсусу щодо факторів ризику неспроможності анастомозу не досягнуто, і досі неясно, чи є перитоніт фактором ризику. Авторами було проаналізовано 26 досліджень анастомозу тонкої кишки при перитоніті із загальною 2807 пацієнтів. Ця популяція включала загальною 889 резекцій тонкої кишки/правої кишки з анастомозами та 242 ентеростомії. Загальні показники смертності хворих становили

0–20 %, а показники неспроможності анастомозу – 0–36 %. Після проведення оцінки ризику упередження не було підстав для проведення мета-аналізу, а якість доказів була оцінена як низька, щоб назвати перитоніт фактором ризику неспроможності анастомозу при лапаротомії з резекцією тонкої кишки [22].

Існує високий рівень смертності від гострої мезентеріальної ішемії залежно від етіології, ступеня та тривалості ішемічної частини, асоційованої супутньої патології та часу між появою симптомів і остаточним діагнозом; цей показник коливається від 50 до 90 % [23]. Ішемія тонкої кишки з подальшими морфологічними змінами кишкової стінки завжди вимагає повної резекції некротизованої тканини. По можливості слід розглянути первинний анастомоз. У випадку створення стоми лише життєздатність стоми може ввести в оману, оскільки деякі віддалені ділянки можуть бути вражені тим самим патологічним процесом [24]

Висновки

Після резекції тонкої кишки у випадку несудинної етіології, перевагу варто надати міжкишковому анастомозу або Y-подібному анастомозу за Майдлем.

У випадку виявлення судинної етіології гострої тонко-кишкової непрохідності, оперативною тактикою слід обирати накладання тимчасової тонко-кишкової єюности та етапним операціям.

Рішення для хірурга після резекції інфарктної кишки щодо виконання стоми чи анастомозу має враховувати вплив операції на летальність та якість життя пацієнта. На сьогоднішній день якість доказів оцінена як низька, щоб назвати перитоніт фактором ризику неспроможності анастомозу при лапаротомії з резекцією тонкої кишки. Єдиним фактором ризику летальності є післяопераційна поліорганна недостатність.



REFERENCES

1. Hill J. Intestinal Obstruction. Bailey & Love's Short Practice of Surgery. 27th Edition. (2018). Ch:71. pp. 1280-98. DOI: <http://doi.org/10.1201/9781315111087>
2. Saurabh J. Tiwari, Rajiva Mulmule, Varsha N. Bijwe. A clinical study of acute intestinal obstruction in adults-based on etiology, severity indicators and surgical outcome. *Int J Res Med Sci.* 2017 Aug;5(8):3688-3696. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20173587>
3. Soressa U, Mamo A, Hiko D, Fentahun N. Prevalence, causes and management outcome of intestinal obstruction in Adama Hospital, Ethiopia. *BMC Surg.* 2016 Jun 4;16(1):38. doi: 10.1186/s12893-016-0150-5.
4. Xiaohang Li, Jialin Zhang,* Baifeng Li, Dehui Yi, Chengshuo Zhang, Ning Sun, Wu Lv, and Ao Jiao. Diagnosis, treatment and prognosis of small bowel volvulus in adults: A monocentric summary of a rare small intestinal obstruction. *PLoS One.* 2017; 12(4): e0175866. doi: 10.1371/journal.pone.0175866
5. Kapan M, Onder A, Polat S, Aliosmanoglu I, Arikanoğlu Z, Taskesena F, et al. Mechanical bowel Obstruction and related risk factors on morbidity and mortality. *J Current Surgery.* 2012;2(2):55-61. ISSN 1927-1298 print, 1927-1301 online, Open Access
6. Deshmukh SN, Maske AN. Pattern of dynamic intestinal obstruction in adults at tertiary care centre. *International Surgery Journal.* 2016;3(2):492-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20160944>
7. Prasad M, Pathak AK, Gupta RK. Incidence of acute intestinal obstruction in adults in eastern India. *International Journal of Medical & Health Research.* 2017;3(11):25-29. <https://www.medicalsciencejournal.com/archives/2017/vol3/issue11/3-10-38>
8. Goyal SK, Chhabra UK, Bansal SK, Choudhary D, Goyal PK, Singal G, et al. Intestinal Obstruction: A retrospective study of 150 cases. *International Archives of Integrated Medicine.* 2016;3(3):29-34. DOI: 10.4103/cmi.cmi_19_19
9. Sakari T, Christersson M, and Karlbom U. Mechanisms of adhesive small bowel obstruction and outcome of surgery; a population-based study. *BMC Surgery.* 2020. 20:62 <https://doi.org/10.1186/s12893>.
10. Zhou J, Cong R, Shi J, Chen F, Zhu J, Xiao J, et al. Diagnostic significance of multidetector computed tomography (MDCT) in patients with small bowel obstruction: a meta-analysis. *Jpn J Radiol.* 2020;38(5):458-62. <https://doi.org/10.1007/s11604-020-00923-7>.
11. Mittal S, Singh H, Munghate A, Singh G, Garg A, Sharma J, et al. A comparative study between outcome of primary repair vs loop ileostomy in ileal perforation. *Surg Research & Practice.* 2014;2014:729018. doi: 10.1155/2014/729018.
12. Arunima Mukhopadhyay, Raju Mitra, Sourav Kundu, Sudhansu Sekhar Bhoj, Ramprasad Dey. Primary Anastomosis vs Creation of Stoma without Anastomosis in Surgical Management of Acute Intestinal Obstruction: A Cross-sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2021 Nov; 15(11): 18-22. DOI: 10.7860/JCDR/2021/49516.15676
13. Long B, Robertson J, Koefman A. Emergency Medicine Evaluation and Management of Small Bowel Obstruction: Evidence-Based Recommendations. *J Emerg Med.* 2019 Feb;56(2):166-176. doi: 10.1016/j.jemermed.2018.10.024.
14. Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg.* 2018;13(1):24. <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0185-2>
15. Treskes N, Persoon AM, van Zanten ARH. Diagnostic accuracy of novel serological biomarkers to detect acute mesenteric ischemia: a systematic review and meta-analysis. *Intern Emerg Med.* 2017;12(6):821-836. doi:10.1007/s11739-017-1668-y
16. Behman R, Nathens AB, Mason S, et al. Association of Surgical Intervention for Adhesive Small-Bowel Obstruction With the Risk of Recurrence. *JAMA Surg.* 2019;154(5):413-420. doi:10.1001/jamasurg.2018.5248
17. Wancata LM, Abdelsattar ZM, Suwanabol PA, Campbell DA Jr, Hendren S. Outcomes After Surgery for Benign and Malignant Small Bowel Obstruction. *J Gastrointest Surg.* 2017;21(2):363-371. doi:10.1007/s11605-016-3307-8
18. Şahin M, Buluş H, Yavuz A, et al. The role of the lactate level in determining the risk rates of small bowel resection in incarcerated hernias. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2020;26(40): 593-599. doi: 10.14744/tjtes.2020.02500.
19. Paulson EK, and Thompson WM. Review of small-bowel obstruction: the diagnosis and when to worry. *Radiology.* 2015; 275 (2): 332-342. doi: 10.1148/radiol.15131519.
20. Amara Y, Leppaniemi A, Catena F, Ansaloni L, Sugrue M, Fraga GP, et al. Diagnosis and management of small bowel obstruction in virgin abdomen: a WSES position paper. *World J Emerg Surg.* 2021; 16(1): 36. doi: 10.1186/s13017-021-00379-8
21. Clavien, P.A.; Barkun, J.; de Oliveira, M.L.; Vauthey, J.N.; Dindo, D.; Schulick, R.D.; de Santibaces, E.; Pekolj, J.; Slankamenac, K.; Bassi, C.; Graf, R.; Vonlanthen, R.; Padbury, R.; Cameron, J.L.; Makuuchi, M. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg.* 2009;250(2):187-96. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181b13ca2
22. Skovsen, A.P., Burcharth, J., Gugenur, I. et al. Small bowel anastomosis in peritonitis compared to enterostomy formation: a systematic review. *Eur J Trauma Emerg Surg* (2022). <https://doi.org/10.1007/s00068-022-02192-7>
23. Ryer EJ, Kalra M, Oderich GS, Duncan AA, Głowiczki P, Cha S, Bower TC. Revascularization for acute mesenteric ischemia. *J Vasc Surg.* 2012 Jun;55(6):1682-9. doi: 10.1016/j.jvs.2011.12.017.
24. Crosby J, Werku D, Zewdu T, Wanjiku G, Schmidt J. Acute mesenteric ischaemia: A case of expedited diagnosis and management using point-of-care ultrasound. *Afr J Emerg Med.* 2018 Dec;8(4):164-166. doi: 10.1016/j.afjem.2018.08.002



FEATURES OF CHOICE
OF OPERATIVE TACTICS
FOR ACUTE INTESTINAL
OBSTRUCTION AND
DIFFUSED PERITONITIS

O. S. Olefir

Summary. *The aim of the study* was to evaluate and compare the early postoperative outcomes of patients with GKN who received either primary anastomosis or only stoma formation after bowel resection with the identification of factors associated with postoperative complications and mortality in both groups of patients.

Materials and methods. The study included 63 patients with acute intestinal obstruction and peritonitis who underwent resection of the small intestine followed by the formation of a jejunostomy. The factors affecting the choice of the option of completing the surgical intervention were studied.

Research results. Under relatively equal conditions, after resection of the small intestine in patients with acute intestinal obstruction and peritonitis other than vascular etiology, preference should be given to interintestinal anastomoses with a Meidl jejunostomy for the purpose of «unloading», when obstruction caused by vascular pathology is detected — the preference is on the side temporary terminal uenostomy with staged interventions according to indications.

Conclusions. After resection of the small intestine in case of non-vascular etiology, preference should be given to interintestinal anastomosis or Y-shaped anastomosis according to Meidl. The only risk factor for mortality is postoperative multiple organ failure.

Key words: *acute obstruction of the small intestine, abdominal sepsis, primary anastomosis, terminal jejunostomy, Y-shaped anastomosis according to Meidl*