

І. А. Даниленко,
М. Г. Кононенко,
Л. Г. Кащенко,
В. М. Дейнека,
Д. В. Олісеєнко,
О. М. Антоненко

Сумський державний
університет

© Колектив авторів

МІСЦЕ ІНТУБАЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ ЗЛУКОВОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

Резюме. Статтю присвячено інтубації кишки при гострій злуковій кишковій непрохідності. Проаналізовано результати лікування 67 пацієнтів. Інтубація тонкої кишки у пацієнтів із гострою злуковою кишковою непрохідністю знижує вірогідність розвитку ранньої злукової післяопераційної кишкової непрохідності до 4,4 %. Зроблено висновки про доцільність застосування інтубації тонкої кишки.

Ключові слова: *гостра злукова кишкова непрохідність, інтубація кишки.*

Вступ

Проблема діагностики і раціональної тактики при гострій злуковій кишковій непрохідності (ГЗКН) та при ранній післяопераційній злуковій кишковій непрохідності (РПЗКН) залишається одним із найскладніших в абдомінальній хірургії [1,2]. Після ургентних хірургічних втручань з приводу ГЗКН спостерігається рецидив у 19,3 % [1]. Летальність серед хворих, що оперовані з приводу РПЗКН, складає 23–30 % [3, 8], перш за все через несвоєчасність розпізнавання ускладнення та виконання повторної операції. Ефективність лікування хворих у значній мірі залежить від декомпресії тонкої кишки [7] та попередження розвитку РПЗКН, що в останні десятиріччя досягають інтубацією тонкої кишки. Питання способу декомпресії, показань до кожного з них лишаються остаточно не вирішеними.

Мета досліджень

Проаналізувати результати хірургічного лікування пацієнтів на гостру злукову кишкову непрохідність, яким проводили інтубацію тонкої кишки.

Матеріали та методи досліджень

Проведено ретроспективний аналіз 67 історій хвороб пацієнтів віком від 18 до 87 років з ГЗКН, які були шпиталізовані в КУ «Сумська міська клінічна лікарня» № 5. Критерієм відбору було використання інтраопераційної інтубації тонкої кишки. Чоловіків було 39 (58 %), жінок — 28 (42 %).

У 27 історіях хвороби відсутня інформація про перенесені хірургічні втручання на органах черевної порожнини. Одна операція була у 23 (34,3 %), 2 та більше — у 17 (25 %), а саме: апендектомія — у 13, холецистектомія — у 3, операції на шлунку — у 7, операції з приводу ГЗКН — у 15, гінекологічні операції — у 8, герніотомії — у 6, травми органів черевної порожнини — у 5, операції з приводу гострого панкреатиту — у 3.

Ознаки ГЗКН виникли у термін менше 1 року з часу попередньої операції у 18 (40 %) пацієнтів, від 1 до 5 років — у 9 (20 %), більше 5 років — у 18 (40 %).

У термін до 12 годин від початку клінічних проявів ГЗКН шпиталізовано 24 (35,9 %) пацієнти, від 13 до 24 годин — 18 (26,8 %), від 1 до 2 діб — 9 (13,4 %), більше 2 діб — 16 (23,9 %).

У перші 12 годин після шпиталізації прооперовано 46 (68,6 %) пацієнтів, від 13 до 24 — 11 (16,4 %), пізніше 24 годин — 10 (15 %). Головною причиною затримки хірургічного лікування була тимчасова відмова пацієнта від операції при obturatorній формі перебігу ГЗКН.

Показанням до хірургічного лікування при obturatorній формі ГЗКН вважали відсутність ефекту від консервативного лікування протягом 4–6 годин: збереження болю, затримка барієвого контрасту в шлунку та початкових відділах тонкої кишки, прогресування шуму плескоту в проекції тонкої кишки. При підозрі на странгуляційну форму ГЗКН та наявності перитоніальних ознак операцію пропонували негайно.

Результати досліджень та їх обговорення

У залежності від розповсюдженості злукового процесу виявлено поодинокі злуки у 21 (31,3 %) пацієнта, розповсюджений злуковий процес — у 34 (50,7 %), щільний злуковий конгломерат — у 12 (18 %). Перешкода, що призвела до ГЗКН, була розташована в проксимальній третині тонкої кишки у 1 (1,5 %) пацієнтів, в середній — у 19 (28,3 %), в дистальній — у 31 (46,2 %), чисельні перешкоди на різних рівнях — у 15 (22,3 %). У 22 (32,8 %) пацієнтів петлі тонкої кишки щільно фіксовані до післяопераційного рубця, саме ці злуки у 14 (64 %) призвели до ГЗКН.

Показанням до інтубації тонкої кишки при ГЗКН вважали суб- та декомпенсовану дилатацію тонкої кишки, що проявлялося наявністю ексудату в черевній порожнині — у 46 (68,6 %), збільшенням діаметру тонкої кишки більше



за 4 см — у 50 (74,6 %), інфільтрацією стінки тонкої кишки та зливними крововиливами — у 38 (56,7 %), чисельними десерозаціями під час ентеролізу — у 22 (32,8 %), накладання між-кишкового анастомозу (після резекції ділянки тонкої кишки — у 5(7,4 %) чи неможливості ентеролізу конгломерату — у одного.

Таблиця

Хірургічні втручання при ГЗКН

Назва операції	Кількість
Ентероліз	57
Ентероліз, холецистектомія, зовнішнє дренажування холедоха	1
Ентероліз, резекція тонкої кишки, ілеотрансверзоанастомоз	1
Ентероліз, резекція тонкої кишки, ентероентероанастомоз	4
Ентероліз, обхідний ентероентероанастомоз	1
Ентероліз, інтестіномезентерікоплікація	2
Ентероліз, видалення кіст яєчників	1
Всього	67

В усіх пацієнтів одним з етапів хірургічного втручання була інтубація тонкої кишки, з яких трансназальна виконана у 62, трансцекальна ретроградна — у 4, ретроградна інтубація тонкої через ілеостому з трансцекальною інтубацією товстої кишки — у 1.

Наведені операції тривали: до 2 годин — у 24 (35,8 %), до 3 — у 22 (32,8 %), до 4 — у 10 (15 %), до 5 — у 6 (9 %), до 6 — у 2 (3 %), більше за 6 — у 3 (4,5 %).

З першої доби в інтубаційний зонд вводили фізіологічний розчин натрію хлориду, а з 2–3 доби розпочинали ентеральне харчування сумішами «Берламін-модуляр», «Малиш», «Нан». Електролітний баланс корегували гіпертонічними розчинами, розлади мікроциркуляції — реосорбілактом, пентоксифіліном, гепарином. Пролонговану перидуральну блокаду провели у 18 (27 %) пацієнтів. Критеріями видалення інтубаційного зонду вважали відсутність стоку з зонду протягом 2–3 діб, активну стійку перистальтику, відходження газів, відсутність здуття живота. Зонд видалено на 4 добу у 4 (6 %) пацієнтів, на 5 — у 10 (15 %), на 6 — у 15 (22,4 %), на 7 — у 16 (23,9 %), на 8 — у 10 (15 %), на 9 — у 6 (8,9 %), на 10 — у 4 (6 %), на 11–12 — у 2 (3 %). У наведеній групі помер 1 пацієнт (летальність 1,5 %) від кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу.

Проведено ретроспективний аналіз 14 історій хвороб пацієнтів, яким виконані релапаротомії з приводу РПЗКН. Перша операція була проведена в ургентному порядку у 11 (78 %) пацієнтів, а саме: апендектомія (1), зашивання перфоративної виразки (2), мезосигмоплікація (2), ентероліз (2), ентероліз з трансназальною інтубацією тонкої кишки (3), спленектомія (1); планово — у 3: сигморектальне анастомозування (1), лівобічна геміколектомія (1), цис-

товезикулопростатектомія з деривацією сечі крізь сегмент тонкої та товстої кишки (1). Тривалість першої операції склала: до 2 годин — у 7 (50 %), до 3 годин — у 3 (21,4 %), до 4 годин — у 2 (14,3 %), більше за 6 годин — у 1.

Найбільш високоінформативними ознаками РПЗКН виявилися переймоподібний біль, здуття живота, збільшення стоку зі шлунку, блювання. Релапаротомію проведено в усіх пацієнтів з метою усунення перешкоди та декompresії тонкої кишки на 4 добу — у 1, на 5 — у 1, на 6 — у 4 (28,6 %), на 8 — у 2, на 10 — у 1, на 11 — у 2, на 12, 14 та 15 добу — по 1. Причиною РПЗКН були поодинокі злуки за типом шварт у 3 (21,4 %), множинні злуки в усіх ділянках — у 7 (50 %), щільний злуковий конгломерат — у 4 (28,6 %). Тонка кишка була фіксована до післяопераційного рубця у 5(35,7 %) пацієнтів. В усіх хворих діаметр тонкої кишки був більший за 4 см.

Під час релапаротомій, крім ентеролізу, проведено: трансназальну інтубацію тонкої кишки — у 9 (64,3 %), трансцекальну інтубацію тонкої кишки — у 3 (21,7 %), резекцію тонкої кишки з її трансцекальною інтубацією — у 2 (14 %).

У 3 пацієнтів з ГЗКН під час першої операції проведено ентероліз та трансназальну інтубацію тонкої кишки, згідно показань інтубаційний зонд видалено на 5, 6 та 10 добу, а релапаротомію виконано відповідно на 6, 10 та 14 добу.

Наші спостереження підтверджують [4], що за наявності злук у верхньому поверсі черевної порожнини, ризик виникнення РПЗКН менше, ніж у нижньому. Вірогідність РПЗКН також зростає при вимушеній інтраопераційній травматизації, тривалості операції більше 5 годин.

Надаємо перевагу ретроградній інтубації тонкої кишки через цекостому за наявності патології стравоходу (виразковий езофагіт, варикозне розширення вен стравоходу, стриктури), шлунку (стеноз вихідного відділу), злукового конгломерату верхнього поверху черевної порожнини, поєднання старечого віку із супутньою патологією системи дихання, відсутності дилатації голодної кишки.

На нашу думку, всупереч деяким авторам [6], за конгломератних форма ГЗКН із виключенням з травлення більшої частини тонкої кишки накладання обхідних анастомозів є вимушений захід. Хірург повинен дотримуватись подібної тактики за абсолютної неможливості ентеролізу. Задовільні безпосередні результати маскують невідворотний розвиток «синдрому короткої кишки». Єдиний шлях покращення наслідків лікування таких форм — у зменшенні їх частоти ретельною санацією очеревини при

деструктивних хірургічних захворюваннях, попередженні травматизації очеревини та активному веденню післяопераційного періоду. Інтубація (з каркасною метою) тонкої кишки та інтестіномезентерікоплікація дозволяють, на нашу думку, отримати кращі віддалені результати.

Деякі автори [5] вважають, що інтубація тонкої кишки не попереджує розвиток РЗПКН. У нашому дослідженні у 3 (4,4 %) пацієнтів з ГЗКН під час першої операції проведено ентероліз та трансназальну інтубацію тонкої кишки, згідно показань інтубаційний зонд видалено на 5, 6 та 10 добу, а релапаротомію з приводу

РЗПКН виконано відповідно на 6, 10 та 14 добу. Тобто, видалення зонду звело нанівець його каркасний вплив для нормального інтестинального пасажу.

Висновки

Інтубація тонкої кишки у пацієнтів із гострою злуковою кишковою непрохідністю знижує вірогідність розвитку ранньої злукової післяопераційної кишкової непрохідності до 4,4 %.

У хірургічному лікуванні ранньої злукової післяопераційної кишкової непрохідності інтубація тонкої кишки має бути обов'язковою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойко В. В. Анализ лечения острой спаечной кишечной непроходимости / В. В. Бойко, И. В. Криворотько, Е. М. Климова и др. // Харківська хірургічна школа. — 2013. — № 5. — С. 5–7.
2. Бойко В. В. Оптимізація програми лікування хворих на високу гостру непрохідність тонкої кишки / В. В. Бойко, В. О. Шапринський, В. К. Логачов, Є. В. Шапринський // Харківська хірургічна школа. — 2010. — № 2. — С. 61–63.
3. Жебровский В. В. Релапаротомия при ранней спаечной кишечной непроходимости после операций на органах брюшной полости / В. В. Жебровский, Е. Б. Чемоданов, М. А. Аль-Ола Мухомед // Клінічна хірургія. — 2003. — № 4–5. — С. 20.
4. Жуловчинов М. У. Интубация желудочно-кишечного тракта: ретроспективная оценка показаний и результатов / М. У. Жуловчинов, Ю. Л. Шальков // Вестник КазНМУ. — 2013. — № 1. — С. 201–204.
5. Лечебно-диагностические аспекты острой спаечной тонкокишечной непроходимости / И. С. Малков, В. Л. Эминов, И. И. Хамзин, В. Н. Гараев // Казанский медицинский журнал. — 2009. — № 2. — С. 193–197.
6. Лубянский В. Г. Эффективность лечения конгломерантных форм спаечной кишечной непроходимости с применением еюнотранsverзоанастомоза / В. Г. Лубянский, И. Б. Комлева // Хирургия. — 2009. — № 3. — С. 29–32.
7. Оптимизация комплексного лечения спаечной болезни брюшной полости / Р. В. Бондарев, А. А. Орехов, А. Л. Чибисов, С. С. Селиванов // Харківська хірургічна школа. — 2013. — № 1. — С. 112–114.
8. Радзіховський А. П. Аспекти клінічного перебігу та лікування ранньої злукової післяопераційної непрохідності кишкового тракту / А. П. Радзіховський, О. І. Мироненко, В. П. Курілішин // Вісник Української стоматологічної академії. — 2009. — Т. 9, № 4, Ч. 2. — С. 81–82.

МЕСТО ИНТУБАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*И. А. Даниленко,
М. Г. Кононенко, Л. Г. Кащенко,
В. М. Дейнека,
Д. В. Олисеенко,
О. М. Антоненко*

PLACE SMALL INTESTINE INTUBATION IN PATIENTS WITH ACUTE CONGLUTINATION INTESTINAL OBSTRUCTION

*I. A. Danilenko,
M. G. Kononenko, L. G. Kashchenko,
V. M. Dejneka, D. V. Oliseenko,
O. M. Antonenko*

Резюме. Стаття посвящена інтубації кишки при гострій спаечній тонкокишечній непрохідності. Проаналізовані результати лікування 67 пацієнтів. Інтубація тонкої кишки у пацієнтів с гострою спаечною тонкокишечною непрохідністю знижує веројатність розвитку ранньої спаечної послеопераційної непрохідності до 4,4%. Представлені виводи о целесообразности інтубації тонкої кишки.

Ключевые слова: острая спаечная тонкокишечная непроходимость, интубация кишки.

Summary. The article is devoted to intestinal intubation of acute adhesive bowel obstruction. The result of treatment of 67 patients were analysed. Intestinal intubation of acute adhesive bowel obstruction lead to decrease of possibility to development of early adhesive postoperative bowel obstruction to 4,4 %. Conclusion about appropriate use of intestinal intubation were made.

Key words: acute adhesive bowel obstruction, intestinal intubation.