



В. И. Белоконов,
А. И. Федорин, А. Г. Житлов

Государственное бюджетное
учреждение высшего
профессионального образования
«Самарский государственный
медицинский университет»
министерства здравоохранения
Российской Федерации

© Коллектив авторов

ПОКАЗАНИЯ К ЭТАПНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ И ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Резюме. Проведен ретроспективный анализ 276 больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом, которые были распределены по классификациям В. Н. Чернова, Б. М. Белика (1999) и В. А. Корячкина, В. И. Страшнова (2002). У 216 (78,3 %) больных, включенных в исследование, были показания к резекции тонкой кишки и гемиколэктомии на разных уровнях. У 108 (39,1 %) больных, оперированных в экстренном порядке, были наложены тонко-тонкокишечные и тонко-толстокишечные анастомозы. У 155 (56,1 %) больных после резекции тонкой кишки и у 61 (22,1 %) после гемиколэктомии были сформированы стомы. На основании проведенного анализа лечения больных, было установлено, что в реактивно-токсическую стадию возможно наложение анастомозов, в том числе и у пациентов с высоким пересечением тонкой кишки (выведение стом у них опасно из-за потерь белка и электролитов с кишечным химусом). В стадию энтеральной недостаточности возможно выведение стом и формирование кишечных соустьев на фоне обязательной декомпрессии ЖКТ. В этих случаях возможно одноэтапное лечение. Стадии бактериально-токсического шока и полиорганной недостаточности требуют этапного лечения из-за выведения кишечной стомы, а формирование первичных анастомозов противопоказано. Внебрюшной способ наложения тонкокишечных стом снижает риск развития флегмоны брюшной стенки и перитонита.

Ключевые слова: перитонит, острая кишечная непроходимость, тонкокишечная стома, анастомоз, энтеральная недостаточность, этапное лечение.

Ведение

Результаты лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненных перитонитом и острой кишечной непроходимостью (ОКН), летальность при которых варьирует от 11 до 31 % [5], до настоящего времени остаются неудовлетворительными. Анализ показывает, что успехи лечения таких больных во многом определяются «этапностью» при выполнении оперативного пособия. Принцип «этапности» заключается в том, что при резекции кишки анастомоз не накладывается, а вначале формируется стома, которую закрывают после стихания у больного явлений перитонита и ОКН; тогда как при одноэтапном лечении накладывается первичный анастомоз [1, 4]. В связи с этим важное значение приобретает определение последовательности выполнения этапов, а также способов их выполнения. Излишнее расширение показаний к наложению первичного анастомоза может привести к его несостоятельности и развитию послеоперационного перитонита, а необоснованное выведение стомы – к потере электролитов, белка и жидкости, усугубляющих состояние больного. Для устранения такого осложнения у большинства пациентов требуется выполнение сложной реконструктивной операции, которой можно было бы избежать. Показания к этапному лечению больных с перитонитом и ОКН могут быть обоснованы стадией синдрома энтеральной недостаточности [5].

перационного перитонита, а необоснованное выведение стомы – к потере электролитов, белка и жидкости, усугубляющих состояние больного. Для устранения такого осложнения у большинства пациентов требуется выполнение сложной реконструктивной операции, которой можно было бы избежать. Показания к этапному лечению больных с перитонитом и ОКН могут быть обоснованы стадией синдрома энтеральной недостаточности [5].

Цель работы

Выработать показания к этапному лечению и выбору способа оперативного пособия у больных с перитонитом и ОКН в зависимости от стадии энтеральной недостаточности.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 276 больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью за период с 2009 по 2012 годы, у которых в процессе лечения были сформированы кишечные стомы. Мужчин было 84, жен-



щин – 192. Возраст больных варьировал от 18 до 95 лет: от 18 до 29 лет было 3 (1,1 %), от 30 до 34 лет – 18 (6,5 %), от 45 до 59 лет – 51 (18,5 %), от 60 до 74 лет – 75 (27,5 %), от 75 до 89 лет – 126 (45,6 %), старше 90 лет – 3 (1,1 %).

По классификации В. Н. Чернова и Б. М. Белика (1999) из общего числа пациентов с перитонитом у 21 (13,7 %) была реактивно-токсическая стадия перитонита, у 69 (45 %) – стадия энтеральной недостаточности (ЭН), у 21 (13,7 %) – бактериально-токсического шока, у 42 (27,5 %) – полиорганной недостаточности. У 36 (18,5 %) больных с ОКН была реактивно-токсическая стадия эндогенной интоксикации (ЭИ), у 84 (43,1 %) – стадия компенсированной токсемии, у 36 (18,5 %) – декомпенсированной токсемии и у 39 (20 %) – мультиорганной дисфункции (Корячкин В. А., Страшнов В. И., 2002).

При формировании стом использовано два подхода. При первом подходе кишечные стомы формировали традиционно внутрибрюшным способом, при котором узловыми швами брюшину подшивали к коже, фиксируя ими же выведенную кишку [3]. Суть второго подхода заключалась в том, что место выведения свища планировали с учетом необходимости его последующего закрытия, располагая так, чтобы он был в проекции дистального отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), с которым будет сформирован анастомоз. При формировании канала в брюшной стенке брюшину к коже не подшивали, а мобилизованную кишку обязательно выводили на кожу вместе с брыжейкой. Фиксацию кишки на коже осуществляли не с помощью швов между кожей и стенкой кишки, а с помощью полихлорвиниловой трубки диаметром 5 мм, проведенной перпендикулярно брыжейке, которую подшивали к коже швами по два с каждой стороны. Такой вариант формирования кишечной стомы исключал повреждение перерастянутой стенки кишки при подшивании ее к коже, а щелевидное пространство между кишкой и раневым каналом, в котором сама кишка выполняла функцию дренажа, способствовало выведению гнойного экссудата из брюшной полости до полного стихания явлений перитонита [2].

Результаты исследований и их обсуждение

У 216 (78,3 %) больных, включенных в исследование, были показания к удалению участка тонкой кишки на разных уровнях и гемиколэктомии. У 155 (56,1 %) пациентов формирование стом было выполнено после резекции тонкой кишки, у 61 (22,1 %) – после гемиколэктомии. У 60 (21,7 %) больных стомы были выведены без пересечения кишки.

Из общего количества больных 108 (39,1 %) наложены первичные анастомозы, из них

66 (23,9 %) с разгрузочными стомами по Майдлю. Выведено 168 (60,9 %) стом без формирования межкишечных соустьев. Из них 114 (41,3 %) наложены одноствольные илеостомы, 43 (15,6 %) двуствольные илеостомы, 11 (4,0 %) двуствольные отдельные илеостомы.

Интубация ЖКТ произвели 63 (22,8 %) больным с острой тонкокишечной непроходимостью и распространенным перитонитом в стадию ЭН и 21 (7,6 %) больным в стадию бактериально-токсического шока. Больным с реактивно-токсической стадией ЭН интубацию ЖКТ не проводили. У 69 (25,0 %) больных операция была завершена временным закрытием брюшной полости – лапаростомией.

Анализ результатов лечения показал, что среди пациентов с реактивно-токсической стадией и компенсированной стадией энтеральной недостаточности, в том числе с наложенными первичными анастомозами, послеоперационных осложнений и летальных исходов не было. Пациентам в стадию декомпенсированной ЭН наложено 30 (10,9 %) первичных анастомозов, из них в 2 (6,6 %) случаях возникла несостоятельность. Кроме того, у 4 (1,4 %) пациентов данной группы возникли абсцессы брюшной полости, у 7 (2,5 %) послеоперационный период осложнился эвентерацией. Количество летальных исходов в данной группе – 2 (0,7 %). В стадии бактериально-токсического шока и полиорганной недостаточности первичные анастомозы были наложены 27 (9,8 %) больным. Несостоятельность анастомозов возникла у 12 (44,4 %), кровотечение из стресс-язвы у 3 (1,1 %), прогрессирующая полиорганная недостаточность у 30 (10,9 %). Из общего количества больных с бактериально-токсическим шоком и полиорганной недостаточностью умерло 56 (20,3 %). Таким образом, риск развития несостоятельности наложенного анастомоза в группе больных с декомпенсированной ЭН составил 6,6 %, а в группе больных с бактериально-токсическим шоком и полиорганной недостаточностью – 44,4 %. Летальность составила 2,9 и 88,9 % соответственно.

Кишечные стомы наложены по внутрибрюшному варианту 171 (61,9 %) пациенту, 105 (38,1 %) – по внебрюшному. При первом варианте несостоятельность свища наблюдалась у 56 (32,7 %) больных, при втором варианте осложнений не было. На этапе закрытия стомы при первом способе всем больным потребовалась лапаротомия для поиска участка кишки, необходимого для формирования межкишечного соустья. При втором подходе, когда концевую илеостому выводили в проекции слепой, восходящей ободочной, поперечной ободочной и сигмовидной кишки, закрытие стом проводили малоинвазивным способом из дополнительных доступов. Такой подход



снизил частоту ускладнень и уменьшил сроки пребывания больных на лечении.

Выводы

1. При перитоните и ОКН у больных с реактивно-токсической и компенсированной стадией энтеральной недостаточности возможно одноэтапное лечение с наложением первичного анастомоза. Больным с декомпенсированной стадией энтеральной недостаточности, бактериально-токсического шока и полиорганной недостаточности показано этапное лечение, так как наложение первичного анасто-

моза сопряжено с высоким риском развития его несостоятельности и других гнойных осложнений.

2. У больных с перитонитом и ОКН формирование стом следует проводить с учетом возможности их закрытия на восстановительном этапе малоинвазивным способом.

3. Формирование кишечной стомы внебрюшным способом без подшивания кишки к коже обеспечивает дополнительное дренирование брюшной полости, снижает риск развития флегмоны брюшной стенки и перитонита вследствие ее несостоятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белоконев В. И.* Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта / В. И. Белоконев, Е. П. Измайлов – Самара: ГП «Перспектива», 2005. – 240 с.

2. *Белоконев В. И.* Илеостомия : [учебное пособие] / В. И. Белоконев, А. Г. Житлов. – Самара : ГБОУ ВПО СамГМУ : ООО «Офорт», 2012. – 50 с.

3. Клиническая оперативная колопроктология : [руководство для врачей] / под ред. Федорова В. Д., Во-

робьева Г. И., Ривкина. Л. – М. : ГНЦ проктологии, 1994. – 432 с.

4. *Сигал М. З.* О методике межкишечных анастомозов «конец в конец» / М. З. Сигал, М. Р. Рамазанов // Вестник хирургии. – 1987. – № 9 – С. 32–34.

5. *Чернов В. Н.* Выбор хирургической тактики и методов дезинтоксикации при острой непроходимости кишечника / В. Н. Чернов, Б. М. Белик // Хирургия. – 1999. – № 5. – С. 45-48.



ПОКАЗАННЯ ДО ЕТАПНОЇ
ОПЕРАТИВНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З ПЕРИТОНІТОМ ТА
ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ
НЕПРОХІДНІСТЮ В
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАДІЇ
СИНДРОМУ
ЕНТЕРАЛЬНОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ

*V. I. Belokonev, A. I. Fedorin,
A. G. Jitlov*

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз 276 хворих з гострою кишковою непрохідністю та перитонітом, які були розподілені по класифікаціям В. Н. Чернова, Б. М. Беліка (1999) і В. А. Корячкіна, В. І. Страшнова (2002). У 216 (78,3 %) хворих, які включені у дослідження, були показання до резекції тонкої кишки і геміколектомії на різних рівнях. У 108 (39,1 %) хворих, яких оперовано в екстреному порядку, були накладені тонко-тонкокишечні і тонко-товстокишкові анастомози. У 155 (56,1 %) хворих після резекції тонкої кишки та у 61 (22,1 %) після геміколектомії були сформовані стоми. На підставі проведеного аналізу лікування хворих, було встановлено, що в реактивно-токсичну стадію можливе накладення анастомозів, в тому числі і у пацієнтів з високим перетином тонкої кишки (виведення стом у них небезпечно через втрати білка та електролітів з кишковим хімусом). У стадію ентеральної недостатності можливо виведення стом і формування кишкових соустьї на тлі обов'язкової декомпресії шлунково-кишкового тракту. У цих випадках можливе одноетапне лікування. Стадії бактеріально-токсичного шоку і поліорганної недостатності вимагають етапного лікування через виведення кишкової стоми, а формування первинних анастомозів протипоказано. Позабрюшний спосіб накладення тонкокишечних стом знижує ризик розвитку флегмони черевної стінки й перитоніту.

Ключові слова: *перитоніт, гостра кишкова непрохідність, тонкокишкова стома, анастомоз, ентеральна недостатність, етапне лікування.*

INDICATIONS FOR STAGED
SURGICAL TREATMENT
IN PATIENTS WITH
PERITONITIS AND ACUTE
INTESTINAL OBSTRUCTION
DEPENDING ON THE STAGE
OF ENTERAL FAILURE
SYNDROME

*V. I. Belokonev, A. I. Fedorin,
A. G. Jitlov*

Summary. A retrospective analysis of 276 patients with acute intestinal obstruction and peritonitis was carried out. All patients were assigned to the classifications of V. N. Chernov, B. M. Belik (1999) and V. A. Korjachkin, V. I. Strashnov (2002). 216 (78,3 %) patients, enrolled in the study, had indications for small bowel resection and hemicolectomy at different levels. In 108 (39,1 %) patients operated on an emergency basis, were applied enteric and ento-colonic anastomoses. In 155 (56,1 %) patients after small bowel resection and in 61 (22,1 %) patients after hemicolectomy enteric stoma were formed. Based on the analysis of cases, it was revealed that in reactive-toxic stage of acute intestinal obstruction it is possible to impose anastomoses, this statement is also valid in case of patients with high intersection of small intestine (in this group of patients it is dangerous to impose a stoma because of the huge loss of protein and electrolytes with intestinal chyme). At the stage of enteral failure it is possible to form a stoma, as well as an intestinal anastomosis, but only in combination with compulsory decompression of the gastrointestinal tract. In these cases single-stage treatment is possible. Bacterial-toxic shock and multiple organ failure stages require multi-staged treatment, because of the intestinal stoma imposition, since the formation of primary anastomosis is contraindicated. Extraperitoneal method of intestinal stoma formation reduces the risk of abdominal wall phlegmon and peritonitis.

Keywords: *peritonitis, acute intestinal obstruction, intestinal stoma (fistula), anastomosis, enteral failure, staged treatment.*