



К. А. Вандер

Харьковский Национальный
медицинский университет

© К. А. Вандер

ДВУХЭТАПНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Резюме. Основное заболевание, повлекшее показания к резекции тонкой кишки: различные виды ущемлённых грыж, острая спаечная кишечная непроходимость, разлитой гнойный перитонит. Основными показаниями к выполнению двухэтапной резекции тонкой кишки были: воспалительная инфильтрация, утолщение стенки тонкой кишки практически на всём её протяжении и значительное увеличение диаметра тонкой кишки, сопровождавшееся истончением стенки и потерей ею тонуса. Двухэтапная резекция тонкой кишки в показанных случаях остаётся надёжным методом в «критических» ситуациях в неотложной хирургии органов брюшной полости.

Ключевые слова: *ургентная хирургия, двухэтапная резекция, показания, тонкая кишка.*

Ведение

Одной из основных причин неблагоприятных исходов в раннем послеоперационном периоде после резекции тонкой кишки является несостоятельность энтеро-энтероанастомоза. Это тяжёлое осложнение в 30-40 % случаев ведёт к развитию послеоперационного перитонита, а в 40-60 % случаев является причиной летального исхода [2, 10].

Даже соблюдение национальных протоколов Украины, рекомендующих в неотложной хирургии выполнение таких анастомозов методом бок-в-бок, не всегда позволяет избежать этих осложнений [2].

Рекомендуемые З. М. Сигалом (1971) и другими авторами инструментальные методы определения жизнеспособности приводящей и отводящей петли тонкой кишки на выбранном уровне резекции не всегда достаточно точны, из-за чего не получили широкого распространения [5, 7].

Для укрепления линии анастомоза и повышения её биологической герметичности применяют демукозацию анастомозируемых участков, покрытие клеевыми композициями и полимерами, перитонизацию. Однако эффективность этих методов остаётся спорной.

Интубационная декомпрессия тонкой кишки¹ и сегмента анастомоза (анастомотической камеры) также не во всех случаях позволяют избежать несостоятельности швов анастомоза [5, 6].

При выполнении резекции толстой кишки приемлемым и достаточно часто используемым вариантом является резекция кишки без анастомоза — с формированием одно- или дву-

ствольной стомы; в ряде случаев анастомоз всё же накладывают, но выводят его забрюшинно (экстраперитонизация).

В последние годы разработана методика формирования отсроченных межкишечных соустьев через двуствольную стому [1,3,4,8], однако этот способ ещё не нашёл широкого распространения.

Вместе с тем, двухэтапная резекция тонкой кишки (первый этап — резекция с двуствольной стомой и второй — закрытие стомы), выполняемая в средней или дистальной трети тонкой кишки — наиболее частой локализации резецируемого сегмента при ущемлённых грыжах и острой кишечной непроходимости, технически достаточно хорошо разработанный и надёжный метод, позволяющий, как правило, быстро завершить операцию.

Не менее важно и то, что стомы этой локализации удовлетворительно переносятся большинством больных, а метаболические изменения, обусловленные стомой, могут быть практически полностью скорректированы с помощью специальной диеты или комбинации её с парентеральным питанием (последнее в качестве дополнительного).

Более сложной задачей является определение показаний к двухэтапной резекции тонкой кишки и сроков для восстановительной операции.

Цель работы

Разработка показаний к двухэтапной резекции тонкой кишки при неотложных операциях.

Материалы и методы исследования

Аналізу подвергнуто 11 клинических наблюдений. Возраст больных — от 31 до 73 лет; мужчин — 4, женщин — 7.

¹ — Протяжённость инфильтративных изменений была существенно больше традиционных 30-40 и 10-20 см «отступов» от видимой границы некроза, причём не только в проксимальном, но и дистальном направлении.



Основным заболеванием, повлекшим необходимость операции и резекции тонкой кишки, были различные виды ущемлённых грыж – у 5 больных, острая спаечная кишечная непроходимость – у 4 больных, разлитой гнойный перитонит – у 2 больных.

Все больные с ущемлёнными грыжами поступили в стационар после 8 часов с момента ущемления, а больные спаечной кишечной непроходимостью – после 12 часов от начала заболевания. У больных с разлитым гнойным перитонитом релапаротомия выполнялась на 3-5 сутки после первой операции, которая была произведена по поводу спаечной кишечной непроходимости с некрозом петли тонкой кишки, потребовавшей резекции тонкой кишки с энтеро-энтеро анастомозом бок-в-бок.

Сопутствующая патология (ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, инсульт в анамнезе, гипертоническая болезнь) была диагностирована у большинства (8) больных.

У всех больных с ущемлённой грыжей имелась флегмона грыжевого мешка (в одном случае неклостридиальная анаэробная).

Диффузный или разлитой серозно-фибринозный перитонит, как осложнение основного заболевания, был диагностирован у всех 4 больных с кишечной непроходимостью, но гнойный перитонит имел место только у 2 больных, оперированных повторно в связи с несостоятельностью анастомоза.

Результаты исследований и их обсуждение

Основными показаниями к выполнению двухэтапной резекции тонкой кишки были:

воспалительная инфильтрация, утолщение стенки тонкой кишки практически на всём её протяжении при умеренном увеличении её диаметра;

значительное увеличение диаметра тонкой кишки, сопровождавшееся истончением стенки и потерей ею тонуса (восстановление диаметра после декомпрессии минимальное), что также сопровождалось и выраженным несоответствием диаметров приводящей и отводящей петель.

Дополнительными показаниями были:

– высокий риск развития тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде;

– эндотоксический или гиповолемический шок до операции.

В качестве примера приводим следующий клинический случай.

Больной Я., 31 год (и. б. №4429/1701) поступил через 3 суток после начала заболевания. При поступлении на основании физикальных и рентгенологического методов исследования диагностирована острая спаечная кишечная

непроходимость, алиментарное истощение II-III степени (больной социально не адаптирован), гиповолемический шок I-II степени.

Больной оперирован после выполнения полноценной предоперационной подготовки. Во время операции – некроз петли подвздошной кишки на расстоянии 100-120 см от илеоцекального угла. Выполнена резекция тонкой кишки с анастомозом бок-в-бок, трансназальная интубация тонкой кишки и дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал тяжело – с вялотекущим послеоперационным перитонитом (ретроспективно), который на 5 сутки осложнился несостоятельностью анастомоза.

Во время релапаротомии – несостоятельность энтеро-энтеро анастомоза, разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Выполнена резекция анастомоза с формированием двухствольной концевой энтеростомы, трансназальная интубация кишечника (после проверки проходимости оставлен зонд, установленный во время первой операции), санация и дренирование брюшной полости из 4 точек.

Несмотря на тяжесть состояния, единственным осложнением было нагноение послеоперационной раны I-й ст.; больной на 22 сутки после операции был выписан для амбулаторного наблюдения.

Учитывая наличие выраженного истощения и хорошую адаптацию к стоме с помощью подобранной диеты, восстановительный этап выполнен через 3 месяца – без осложнений.

Летальных исходов в анализируемой группе больных не было.

Нагноение послеоперационной раны I ст. имело место у 6 больных; у 2 – эвентрация I-II ст.; левосторонняя нижнедолевая пневмония – у 1 больного.

Выводы

1. Основными показаниями для двухэтапной резекции тонкой кишки в неотложной хирургии являются изменения её стенки – либо выраженное её истончение с потерей тонуса, либо выраженное инфильтративно-воспалительное утолщение.

2. Дополнительными показаниями для двухэтапной резекции тонкой кишки в неотложной хирургии являются высокий риск развития тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде и эндотоксический или гиповолемический шок до операции.

3. Двухэтапная резекция тонкой кишки в показанных случаях остаётся надёжным методом в «критических» ситуациях в неотложной хирургии органов брюшной полости.



ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев Е.Г. Хирургия послеоперационного перитонита / Е.Г. Григорьев, А.С. Коган. – Иркутск : Наука, 2000. – 314 с.
2. Гнойный перитонит: Патофизиология и лечение / А. Я. Цыганенко, В. В. Бойко, И. А. Криворучко [и др.] ; под ред. А. Я. Цыганенко. – Х. : Контраст, 2002. – 287 с.
3. Зайцев Е.Ю. Межкишечные отсроченные компрессионные анастомозы, сформированные устройствами из никелида титана при неотложной резекции кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Тюмень, 2008. – 34 с.
4. Опыт применения отсроченных кишечных анастомозов при перитоните / В.В. Бойко, Ю.В. Иванова, И.А. Криворучко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2012. – № 1(52). – С. 10-13.
5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / под ред. акад. РАМН В.В. Кованова. – 4-е изд., дополнен. – М.: Медицина, 2001. – С. 351-355.
6. Особенности формирования энтеро-энтероанастомоза в условиях перитонита / В.Ф. Зубрицкий, И.С. Осипов, Е.В. Шадривова [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 12. – С. 25-29.
7. Сигал М. З. Трансиллюминация при операциях на полых органах / М. З. Сигал – М.: Медицина, 1974. – 184 с.
8. Савельев В.С. Хирургическое лечение перитонита / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, И.А. Ерюхин // Инфекции в хирургии. – 2007. – № 2. – С. 7-10.
9. Wittmann D.H. Operative and nonoperative therapy of intraabdominal infections / D.H. Wittmann // Infection. – 1998. – Vol. 64, № 5. – P. 335-341.

ДВОХЕТАПНІ РЕЗЕКЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ В НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ

К. А. Вандер

Резюме. Основними захворюваннями, що стали показанням до резекції тонкої кишки; різні види защемлених кіл, гостра спайкова кишкова непрохідність, гнійний перитоніт. Показаннями до виконання двохетапної резекції тонкої кишки були: запальна інфільтрація, стовщення стінки тонкої кишки та значне збільшення діаметру тонкої кишки, яке супроводжувалось потоншенням і втратою тонуса її стінки. Двохетапна резекція тонкої кишки у випадках, що мають показання залишається надійним методом в «критичних» ситуаціях в невідкладній хірургії органів черевної порожнини.

Ключові слова: *ургентна хірургія, двохетапна резекція, показання, тонка кишка.*

DOUBLE-STEP ENTERECTOMIES IN AN URGENT SURGERY

К. А. Vander

Summary. The basic disease which has entailed the indications to an enterectomy were various kinds of the restrained hernias, acute adherent intestinal obstruction, a diffuse purulent peritonitis. The basic indications to performance double-step enterectomies were inflammatory infiltration with a thickening of a wall of a small bowel and substantial growth of diameter of a small bowel with a thinning and loss of a tonus of its wall. The double-step enterectomy at correct definition of indications to operation remains a reliable method in «critical» situations in an urgent surgery of organs of an abdominal cavity.

Key words: *an urgent surgery, double-step resection, indications, a small bowel.*