



В. А. Сипливый, А. Г. Гузь,
Г. Д. Петренко, А. Г. Петюнин,
Е. Л. Мороз, И. А. Гузь

*Харьковский национальный
медицинский университет*

© Коллектив авторов

ПРИЧИНА РЕЛАПАРОТОМИИ – РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ КИШЕЧНИКА

Резюме. В работе представлены редкие осложнения трансназальной интубации тонкого кишечника при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, остром панкреатите.

Ключевые слова: *трансназальная интубация кишечника, осложнения, релапаротомия.*

Введение

На современном этапе развития абдоминальной хирургии, метод интубации кишечника для его декомпрессии широко внедрён в повседневную практику хирургов в случаях отягощённого течения заболевания и, в первую очередь при разлитом перитоните и острой кишечной непроходимости, когда заранее можно предугадать развитие или прогрессирование тяжелого послеоперационного пареза и трудную борьбу с ним [2, 3].

Интубация желудочно-кишечного тракта с целью декомпрессии может быть выполнена когда есть определённый риск в отношении возможной несостоятельности анастомоза. Она не подменяет собой существующие разнообразные мероприятия по борьбе с нарушением моторики, а лишь патогенетически дополняет этот арсенал средств. При соблюдении основных правил проведения декомпрессии и техники интубации послеоперационный период протекает без симптомов пареза кишечника. Многолетний опыт применения методов интубации кишечника доказал его рациональность в лечении больных, несмотря на редко встречаемые осложнения при этом [4].

Материалы и методы исследований

Наблюдение одного из осложнений предлагаем Вашему вниманию.

Больной Б., 59 лет доставлен машиной скорой помощи спустя 3 часа после появления кинжальной боли, иррадирующей в поясницу после приёма алкоголя (хр. алкоголизм), в тяжелом состоянии на каталке с диагнозом острый панкреатит, перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, кахексия, алкогольная интоксикация. Проведено обследование согласно стандарту. Обнаружен: лейкоцитоз $8,5 \times 10^9/\text{л}$, умеренный сдвиг формулы влево, диастаза мочи 1024 ед., на обзорной рентгенограмме брюшной полости, в т. ч. с пробой Хенельта, свободного газа не выявлено, чаши Клойбера отсутствуют.

Диагноз при госпитализации – острый панкреатит, консервативная терапия в течение

23 часов с положительной динамикой. На следующие утро после вставания с постели внезапно отмечено коматозное состояние с падением артериального давления, усилением болей в эпигастрии. После осмотра, дополнительного обследования больной с диагнозом деструктивный панкреатит, перфоративная язва двенадцатиперстной кишки в крайне тяжелом состоянии после предоперационной подготовки оперирована.

Послеоперационный диагноз: перфоративная язва передней стенки двенадцатиперстной кишки, пенетрирующая зеркальная язва задней стенки двенадцатиперстной кишки, острый индуративный панкреатит, разлитой фибринозный перитонит. Выполнена лапаротомия, иссечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с пластикой по Джадду, экстеритеризация язвы задней стенки, трансназальная интубация тонкого кишечника. Дренирование брюшной полости по Петрову.

Результаты исследований и их обсуждение

Послеоперационный период протекал тяжело несмотря на адекватно проводимую комплексную терапию, осложнился невозможностью удалить трансназальный зонд при ежедневных неоднократных попытках после начала функционирования желудочно-кишечного тракта (отхождения газов, кала). Основным фактором, определяющим длительность интубации, явилось восстановление моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки, которое подтверждалось рентгенологическим контролем пассажа жидкого контрастного препарата в толстую кишку. Больному выполнялась УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости с целью определения причины невозможности удаления трансназального зонда – Z-образного положения конечной части зонда в просвете кишки.

На 8 сутки после первой операции при отсутствии выраженных симптомов раздражения брюшины решено выполнить релапаротомию с целью удаления трансназального зонда из желудочно-кишечного тракта. Во время



операции обнаружен выраженный спаечный процесс, незначительный серозный выпот, фибрин на стенках тонкого кишечника. При разъединении петель кишечника отмечается истечение кишечного содержимого из множественных различного диаметра и формы открываемых дефектов стенки с зоной некроза вокруг них практически на всём протяжении тонкого кишечника (начиная на расстоянии 40 см от связки Трейца до 30 см илеоцекального угла). Тонкий кишечник интубирован трансназальным зондом, в области илеоцекального угла делает 2 изгиба под острым углом, что и явилось причиной фиксации зонда.

Учитывая состояние стенки тонкого кишечника решено выполнить резекцию в пределах здоровых тканей (~ 70 см) с восстановлением проходимости путем наложения анастомоза бок в бок, трансназально проведён новый зонд к месту анастомоза, дренирование брюшной полости по Петрову.

Послеоперационный диагноз: множественные прикрытые перфорации тонкого кишечника, местный перитонит.

В последующем больной находился в стационаре до его выписки из стационара - 29.03.10 (проведено 22 койка – дня). Послеоперационная рана зажила. Отмечался частый, большей частью жидкий стул.

Результат гистологического исследования удалённой части тонкой кишки – стенки отёчные, инфильтрированные лимфо-лейко-

цитарными элементами с наличием острых язв. Их возникновение можно объяснить утратой целостности эпителия слизистой оболочки кишки на фоне замены внутрипросветной резистентной микрофлоры на популяции, близкие к фекальной микрофлоре, что характерно при остром панкреатите [1].

Представленный клинический случай интересен редким осложнением широко применяемым в практике методом трансназальной интубации тонкого кишечника. С другой стороны, он свидетельствует о действительно хорошей декомпрессии кишечной трубки, позволившей на фоне свежего спаечного процесса исключить выход кишечного содержимого за его пределы при возникновении множественных прикрытых перфораций острых язв стенки тонкого кишечника.

Выводы

1. Метод интубации тонкого кишечника для его декомпрессии следует считать патогенетически обоснованным, рациональным среди имеющегося арсенала средств абдоминальной хирургии.

2. Интубация тонкой кишки с лаважем, активной аспирацией кишечного содержимого, адекватной антибактериальной терапией позволяет стабилизировать барьерную функцию кишечника путем воздействия на основные механизмы бактериальной транслокации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ведение больных при программированной релапаротомии / Харченко Д. А., Дебинский Н. В., Лысенко Б. Ф. [и др.]. // Клінічна хірургія. – 2011. – № 8. – С. 36-38
2. Ерюхин И. А. Механизмы формирования эндотоксикоза при перитоните / И. А. Ерюхин, М. Ф. Хапевич // Проф. Лыткин М. И. и его школа: сб. науч. тр. – СПб., 1994. – С. 94-106
3. Роль кишечного тракта в патогенезе мультиорганной дисфункции у больных с острой абдоминальной

- хирургической паталогией: тез. конф. «Актуальные вопросы неотложной хирургической гастроэнтерологии» / И. Н. Климович, Г. И. Жидовинов, С. С. Маскин [и др.] // Вестн. хирург. Гастроэнтерологии. – 2010. – № 3. – С. 101-102
4. Светухин А. М. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы. 50 лекций по хирургии под ред. В. С. Савельева / А. М. Светухин, Ю. А. Амирасланов. – М. : Медицина, 2003. – С. 335-344



ПРИЧИНА РЕЛАПАРОТОМІЇ –
РІДКЕ УСКЛАДНЕННЯ
ТРАНСНАЗАЛЬНОЇ
ІНТУБАЦІЇ КИШЕЧНИКА

*В. О. Сипливий,
А. Г. Гузь, Г. Д. Петренко,
О. Г. Петюнін, Є. Л. Мороз,
І. А. Гузь*

Резюме. В роботі представлені рідкі спостереження ускладнень трансназальної інтубації тонкого кишечника при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки, гострому панкреатиті.

Ключові слова: *трансназальна інтубація кишечника, ускладнення, релапаротомія.*

THE CAURSE OF
RELAPAROTOMY – RARE
COMPLICATION OF
TRANSNASAL INTUBATION
OF INTESTINE

*V. A. Syplyviy, A. G. Guz,
G. D. Petrenko, A. G. Petiynin,
E. L. Moroz, I. A. Guz*

Summary. There are rare complications of transnasal intubation of small intestine after operations about perforative ulcer of duodenum, acute pancreatitis in this researche

Key words. *Transnasal intubation of small intestine, complications, relaparotomy.*