

ОПЕРАЦИЯ: ИЛЕОАСЦЕНДОСТОМИЯ С УПРАВЛЯЕМОЙ ИЛЕОСТОМОЙ

Сыргаев Д. Т., Сыдыгалиев К. С., Шатманова Ш. К.

Национальный хирургический центр МЗ КР
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Разработана и внедрена операция резекции подвздошного отдела тонкой кишки с наложением поперечной инвагинационной илеоасцендостомии с управляемой илеостомой у больных с ОХЗТК.

Ключевые слова: подвздошный отдел тонкой кишки, межкишечные анастомозы, илеоасцендостомия, управляемая илеостома, хирургический эндотоксикоз.

ОПЕРАЦИЯ: ИЛЕАСТОМА ЖЕТЕКТЕГЕН ИЛЕОАСЦЕНДОСТОМИЯ

Сыргаев Д. Т., Сыдыгалиев К. С., Шатманова Ш. К.

КР ССМ Улуттук хирургия борбору
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Ичке ичегинин кескин кармаган хирургиялык ооруларына ичке ичегинин төмөнкү бөлүгүн кесип салуу, андан кийин туурасынан инвагинациялык салынган илеоасцендостомия жана башкарылуучу илеостома операция ыкмасы ойлоп табылган жана клиникалык практикага киргизилген.

Негизги сөздөр: ичке ичегинин төмөнкү бөлүгү, ичеги аралык салынган анастомоздор, илеоасцендостомия, башкарылуучу илеостома, хирургиялык уулануу.

OPERATION: ILEASCENDOSTOMY WITH MANAGED ILEOSTOMY

Syrgaev D.T., Sydygaliev K.S., Shatmanova Sh.K.

National surgical centre of MHKR
I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Operation on resection of iliac part of small intestine with imposing transverse invagination with controlled ileostomy in patients suffering from acute surgical illness of small intestine has been develop and applied.

Key words: iliac part of small intestine, interintestinal anastomosis, ileoascendostomy, controlled ileostomy, surgical endotoxiosis.

Введение

Нередко экстренные оперативные вмешательства по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости завершаются формированием кишечной стомы, что приводит к необходимости выполнения операций по ее ликвидации и восстановлению непрерывности кишечника. Эти вмешательства сопровождаются летальностью до 7,8 % [3], развитием осложнений в 19-34 % наблюдений [4, 8, 9]. Частота послеоперационных осложнений зависит от решения ряда вопросов, касающихся выбора способов формирования энтеростомы, сроков и способов выполнения

восстановительных оперативных вмешательств, вида анастомоза. Исходя из анатомо-функциональных особенностей илеоцекального угла, наиболее физиологичным способом формирования тонкотолстокишечного соустья следует считать поперечный инвагинационный анастомоз конец в бок, предложенный Я.Д. Витебским [7]. Метод достаточно надежен и нашел широкое применение в реконструктивной хирургии кишечника. При хирургическом лечении больных с острыми хирургическими заболеваниями и травмой органов живота, сопровождающихся перитонитом и паралитической непроходимостью большинство

хирургов применяют интубацию ободочной кишки [1, 2]. Данная методика патогенетически обоснована и направлена на декомпрессию и эвакуацию токсичного содержимого из просвета кишки [2]. Дело в том, что при паралитической непроходимости, обусловленной перитонитом, наблюдаются изменения микрофлоры в сторону преобладания высоковирулентных анаэробов. За счет поступления микрофлоры и их токсинов в портальный и системный кровоток создаются условия для системной эндотоксемии с развитием инфекционно-токсического шока и полиорганной недостаточности [5, 6]. В связи с этим дренирование тонкой кишки, обеспечивая постоянный отток кишечного содержимого, уменьшает портальную и системную бактериемию. Кроме того, данное вмешательство, снимая интестинальную гипертензию, восстанавливает адекватный внутривенный кровоток, снижает проницаемость кишечной стенки для микрофлоры и их токсинов. Таким образом, интубация ободочной кишки является необходимым средством устранения паралитической непроходимости и детоксикации организма. Поэтому интерес к данной теме по-прежнему сохраняет свою значимость.

Перед нами поставлена цель, улучшить результаты хирургического лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями подвздошного отдела тонкого кишечника (ОХЗТК) путем разработки новых и усовершенствования существующих способов наложения межкишечных анастомозов.

Материалы и методы

Клинико-лабораторные исследования выполнены у 81 больного ОХЗТК, поступивших в НХЦ МЗ КР за период 1992-2005 годов. Контрольную группу составили 39 больных ОХЗТК, а в основной обследуемой клинической группе – 42 пациента (Табл.1).

В основном в обеих группах наблюдались множественные межкишечные абсцессы (10 (25,6%) и 7 (16,7%) больных), острая спаечная обтурационная кишечная непроходимость (9 (23,1%) в контрольной группе против 16 (38,1%) в основной группе). Далее острая спаечная странгуляционная кишечная непроходимость, соответственно, у 3 (7,7%) и 5 (11,9%) больных; разрывы тонкого кишечника, соответственно, у 3 (7,7%) и 4 (9,5%) человек. У 4 (9,5%) больных в основной группе причиной ХЭ оказалась несостоятельность ранее наложенных кишечных

анастомозов. Ущемленные грыжи с некрозом петель тонкой кишки явились причиной ХЭ в контрольной группе у 3 (7,7%) и у 1 больного в основной группе. Болезнь Крона и острый тромбоз мезентериальных сосудов наблюдались по 2 больным в контрольной группе. Такая редкая патология, как перфорация тонкого кишечника при брюшном тифе, констатирована по одному случаю в обеих группах (Табл. 2).

Результаты исследования

Показаниями к резекции подвздошной кишки с наложением илеоасцендоанастомоза с управляемой илеостомией являются:

- специфические заболевания тонкой кишки с деструкцией подвздошного отдела (брюшной тиф, туберкулез)
- опухоли подвздошного отдела тонкой кишки
- болезнь Крона с некрозом подвздошного отдела тонкой кишки
- Острая спаечная обтурационная и странгуляционная тонкокишечная непроходимость с некрозом подвздошного отдела тонкой кишки
- Множественные межпетлевые тонкокишечные абсцессы с выраженной инфильтрацией и десеролизацией стенок подвздошного отдела тонкой кишки
- При острых гнойных хирургических заболеваниях органов гениталий с вовлечением в патологический процесс и некрозом подвздошного отдела тонкой кишки
- Множественные проникающие, сквозные ранения и обширные разрывы подвздошного отдела тонкой кишки с явлениями перитонита.

Для этого нами разработана операция - резекция подвздошной кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомией при ОХЗТК.

Сущность предлагаемого способа поясняется графическим материалом, который изображен на Рис.1

Резекция подвздошной кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомией включает следующие существенные

Таблица 1
Распределение больных с ОХЗТК по возрасту и полу

п/п	Возраст	Пол		Клиническая группа			
				Контрольная группа		Основная группа	
		М	Ж	М	Ж	М	Ж
1.	До 20 лет	10	2	4	1	6	1
2.	21-30	9	14	4	7	5	4
3.	31-40	6	5	2	4	4	1
4.	41-50	7	9	1	4	6	5
5.	51-60	5	3	4	2	1	1
6.	61-70	2	5	1	3	1	2
7.	71 и старше	3	1	1	1	2	2
8.	Итого:	42	39	17	22	25	17

Таблица 2
Характеристика острых хирургических заболеваний тонкого кишечника

п/п	Основные заболевания тонкого кишечника	Контрольная группа		Основная группа	
		Абс.	%	Абс.	%
	Множественные межкишечные абсцессы	10	25,6	7	16,6
	Острая спаечная обтурационная тонкокишечная непроходимость	9	23,1	16	38,1
	Инвагинация тонкого кишечника	3	7,7	1	2,4
	Болезнь Крона	2	5,1	-	-
	Саркома тонкого кишечника	2	5,1	1	2,4
	Острая спаечная странгуляционная тонкокишечная непроходимость	3	7,7	5	11,9
	Множественные тонкокишечные свищи	1	2,6	2	4,8
	Тромбоз мезентериальных сосудов	2	5,1	-	-
	Обширные разрывы подвздошного отдела тонкой кишки	3	7,7	4	9,5
	Ущемленные грыжи с ущемлением и некрозом подвздошного отдела тонкой кишки	3	7,7	1	2,4
	Брюшной тиф с перфорацией стенки тонкого кишечника	1	2,6	1	2,4
	Несостоятельность ранее наложенных кишечных анастомозов тонкой кишки	-	-	4	9,5
ИТОГО:		39	100	42	100

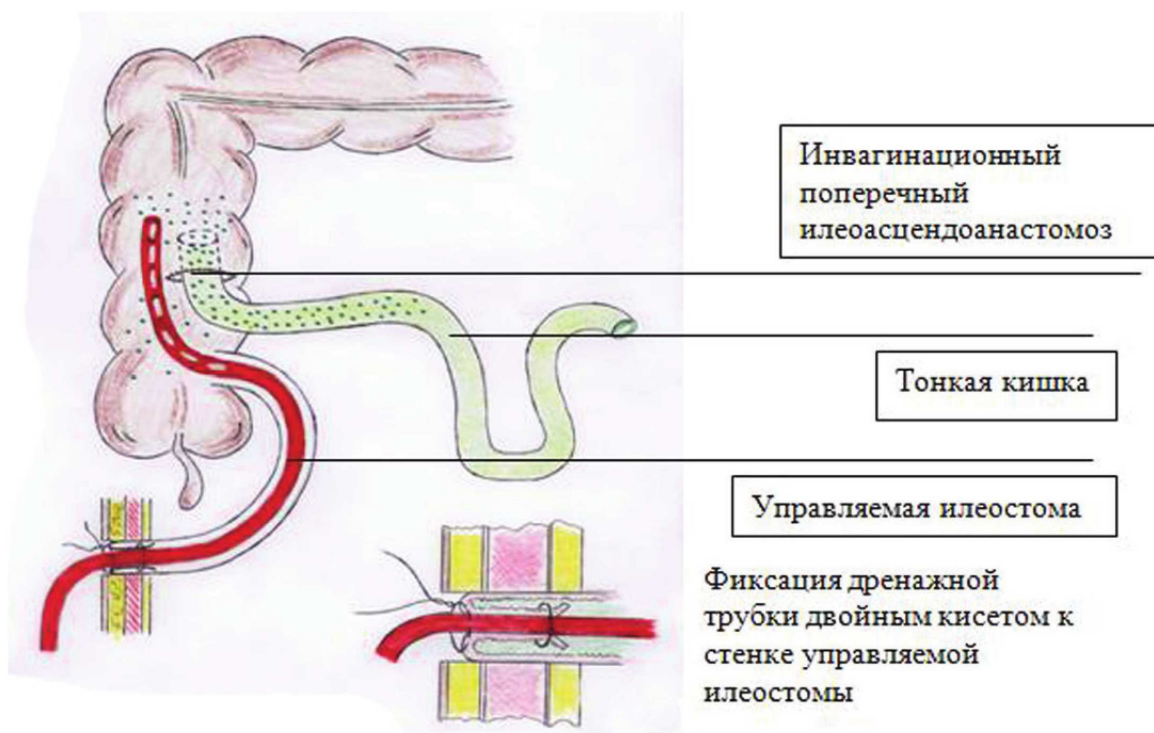


Рис.1 Илеоасцендостомия с управляемой илеостомой с двойным кисетным швом.

момента: резецируется некротически измененная часть подвздошной кишки, оставляя 8-10 см терминального отдела от илеоцекального угла. Затем накладывается поперечный инвагинационный анастомоз между приводящим отделом тонкой кишки с восходящим отделом ободочной кишки. После чего через Баугиниеву заслонку проводится силиконовая дренажная трубка диаметром 8-10 мм со множественными боковыми отверстиями. Дренажная декомпрессионная трубка должна находиться в области печеночного изгиба ободочной кишки. Во избежание повторных оперативных вмешательств (закрытие илеостомы) в концевой части управляемой илеостомы накладвается двойной кисетный погружной шов и последний фиксируется к контрапертурному разрезу в правой подвздошной области с охватом париетального листка брюшины и апоневроза наружной косой мышцы живота.

Дренажная трубка удаляется на 5-6 сутки в послеоперационном периоде. Благодаря двойному кисетному шву и восстановлению функции Баугиниевой заслонки, управляемая илеостома закрывается самостоятельно.

Данный способ операции имеет следующие особенности:

1. Поперечный инвагинационный илеоа-

сцендоанастомоз начинает функционировать с первых часов после завершения операции.

2. Исключена обратная регургитация через илеоасцендоанастомоз содержимого ободочной в тонкую кишку.

3. Дренажная трубка через Баугиниеву заслонку обеспечивает полноценную декомпрессию ободочной кишки.

4. Управляемая илеостома закрывается самостоятельно после удаления дренажной трубки на 3-5 сутки, без каких-либо оперативных вмешательств.

По данному способу прооперировано 81 больных. Из этого числа больных, только в 3 случаях управляемой илеостомы, пришлось закрыть повторным оперативным вмешательством.

В одном случае выявлена врожденная недостаточность Баугиниевой заслонки.

Во втором - нагноение раны в области илеостомы с образованием губовидного свища.

В третьем - кисетный шов не был наложен во время наложения илеостомы.

Выводы

1. У больных с острыми хирургическими заболеваниями тонкого кишечника проявляются различные степени тяжести хирургического эндотоксикоза.

2. Неполноценная оценка клиничко-про-

гностических критериев степени тяжести проявлений хирургического эндотоксикоза в контрольной группе больных привела к повторному оперативному вмешательству в 21 случаях. Из них в 14 случаях операция завершилась резекцией подвздошного отдела тонкой кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомой.

3. Адекватная оценка клинико-прогностических критериев степени тяжести проявлений хирургического эндотоксикоза в основной группе больных позволила избежать повторные оперативные вмешательства и сократить количество послеоперационных осложнений до 9, а летальность до 4 человек.

4. Оптимальным вариантом выбора тактико-технических решений при острых хирургических заболеваниях тонкого кишечника является – операция резекция тонкой кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомой.

Литература:

1. Бондарев В.И., Тараненко Л.Д. и др. Анализ летальности при остром разлитом перитоните. // *Клиническая хирургия – 1990. – №1. – С. 21-23.*

2. Ерюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита. 50 лекций по хирургии. *Media Medica 2003 – С. 320-326.*

3. Белоконев В.И., Измайлов Е.П. Хирургия – 2000 - №12 – С. 8-11.

4. Воробей А.В. Российский журнал гастроэнтерологии и гепатологии – 1998 - №3 – С.68-75.

5. Петров В.П., Кузнецов И.В., Домникова А.А. Интубация тонкой кишки при лечении больных с перитонитом и кишечной непроходимостью // *Хирургия. – 1999. - № 5. – С. 41-44.*

6. Савельев В.С., Болдин Б.В., Гельфанд Б.Р. и др. Влияние зондовой декомпрессии кишечника на портальную и системную бактериемию у больных перитонитом // *Хирургия. – 1993. - № 10. – С. 25-29.*

7. Витебский Я.Д. Очерки хирургии илеоцекального отдела кишечника. М: Медицина 1973; 111.

8. *Feinberg S.M. Am J Surg 1987; 1: 102-109.*

9. *Khoury G.A., LeOwis M.C., McLeargos L. et al. Amm Roy Coll Surg Engl 1986; 69: 1: 5-7.*