

СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ НАЛОЖЕНИЯ ЭНТЕРОСТОМЫ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Мадьяров В.М.

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

Резюме. В данной работе описывается эффективный способ наложения энтеростомы, лишенный недостатков прототипа и позволяющий получить улучшенные результаты лечения.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF WAYS OF ENTEROSTOM'S IMPOSING AT ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Madyarov V.M.

Kazakhstan-Russian medical university, Almaty

Resume. We offer more effective way of enterostom's imposing, deprived of lacks of a prototype and allowing to receive the improved results of treatment.

Основная причина тяжелого состояния и летальных исходов больных с острой кишечной непроходимостью, главным образом, обусловлена развитием послеоперационных осложнений. И в первую очередь, возникновением несостоятельности межкишечного анастомоза, перитонита и тяжелой эндогенной интоксикаций. Поэтому клинически и патогенетически обоснованным подходом к лечению этой группы больных является дренирование тонкой кишки с проведением энтеральной терапии с ранним восстановлением моторики кишечника [1-7].

Значительное число послеоперационных осложнений и летальных исходов связано с ошибками в оценке жизнеспособности кишки, что свидетельствует о несовершенстве методов интраоперационной диагностики ишемических нарушений в кишечной стенке, что приводит к неправильному выбору хирургической тактики.

С целью предупреждения несостоятельности швов анастомоза рекомендуют выполнять резекции некротизированной кишки у больных с ОКН в пределах 25.0 - 40.0 в сторону приводящего отдела по отношению к визуальному определению уровня некроза [8-10]. Сложным остается вопрос выбора хирургической тактики к сомнительным по жизнеспособности участкам кишечника в связи с высоким риском оставления в брюшной полости нежизнеспособной кишечной петли. Интраоперационная диагности-

ка жизнеспособности кишки - один из важных разделов хирургии. В литературе опубликованы различные способы оценки жизнеспособности кишки, начиная с визуально-пальпаторной оценки. Однако, эти критерии не позволяют правильно оценить жизнеспособность кишки в 40 - 53% случаев [11-12].

Известен способ наложения энтеростомы по Майдлю, заключающийся в пересечении тонкого кишечника на расстоянии 30 см от Трейцовой связки, пришивании орального (приводящего) конца в стенку отводящего, отступя на 20 см от пересеченного участка, с выведением последнего наружу в правом верхнем квадранте передней брюшной стенки.

Недостатки прототипа: во-первых, пришивание орального (приводящего) в бок аборального (отводящего) конца кишечника, не всегда обеспечивает адекватную декомпрессию анастомоза; во-вторых, ранняя функциональная нагрузка на анастомоз (сразу же после операции), нередко, приводит к его несостоятельности со всеми вытекающими последствиями; в-третьих, созданная, таким образом, энтеростома не позволяет промыть приводящий конец кишечника (при необходимости), следовательно, не обеспечивает адекватную профилактику несостоятельности анастомоза; в-четвертых, нередко, наступает стеноз наружного отверстия энтеростомы из-за быстрой регенерации кожных краев раны,

чем кишечной.

Нашей задачей было разработать более эффективный, лишенный вышеперечисленных недостатков, способ энтеростомии.

Предлагаемый способ осуществляется следующим образом: после лапаротомии, установления причины непроходимости, оценки жизнеспособности кишечника по предложенной нами методике (предпатент РК № 15908, от 2005г.), его резекции, оральный (приводящий) конец кишечника выводят на переднюю брюшную стенку и фиксируют с оставлением культи в 5 см от поверхности кожи, отступая на 20 см от брюшной стенки, в бок орального конца кишечника пришивают конец аборального отрезка по типу "конец в бок". В выведенную культю кишечника вводят интубационную силиконовую трубку (внутренним диаметром не менее 0,5 см) заведением проксимального ее конца на 10-15 см за анастомоз, и фиксацией дистального к краю культи при помощи кисетного шва из не рассасывающего шовного материала.

Послеоперационный период протекал относительно гладко. Энтеростома начала функционировать в первые же часы после операции. Со вторых суток проводилось промывание интубационной трубки с целью промывания приводящей части тонкого кишечника физиологическим раствором. На 3 сутки начато энтеральное питание питательной смесью энпит по 30-40 мл через каждые 1,5-2 часа. Параллельно проводилась массивная антибактериальная, инфузионно-детоксикационная, симптоматическая терапия. Кишечный интубатор удален на 4 сутки. Некротизированный край культи иссечен при помощи электрокоагуляционного ножа на 2 см выше поверхности кожи. Через 5 дней образовался нежный губовидный свищ в результате заворачивания края культи наружу. Закрытие энтеростомы осуществлено на 14 сутки после операции.

По способу прототипа оперировано 16 пациентов в возрасте от 21 до 57 лет с различными видами острой кишечной непроходимости, поступивших в сроки от 8 до 48 часов от начала заболевания. Операции проводились в течение первых часов после экстренной предоперационной подготовки. Средняя продолжительность операции составила 2 часа 25 мин. Стабилизация общего состояния наступала в первые сутки. Нестабильность состояния было обусловле-

но клиническими признаками ранней спаечной кишечной непроходимости, устраненной ранней стимуляцией кишечника и рентгеноконтрастным исследованием пассажа желудочно-кишечного тракта. Средняя продолжительность пребывания больных стационаре составила от 12 до 15 суток. В одном случае была произведена релапаротомия, устранение спаек, интубация кишечника назоинтестинальным зондом Шалькова в течение 5 суток.

По предлагаемому способу оперировано 8 больных в возрасте от 21 до 65 лет с острой кишечной непроходимостью различной этиологии, поступивших в сроки от 12 до 48 часов от начала заболевания. Оперативные вмешательства выполнялись в экстренном порядке после проведенной предоперационной подготовки. Средняя продолжительность операции составила 1 час 55 мин. Стабилизация общего состояния наступала к 3-6 суткам. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 7 -10 суток.

Литература

1. Шорох Г.П., Шиманский Е.И., Тарун К.Н. Профилактика и лечение моторных нарушений кишечника в послеоперационном периоде: Материалы пленума правления Всесоюзного научного общества гастроэнтерологов. - Рига, 1986. - С.284 - 286.
2. Мумладзе Р.Б., Васильев И.Т., Лебединский И.Н. Профилактика послеоперационных осложнений у больных с острой кишечной непроходимостью.: Материалы Девятого Всероссийского Съезда хирургов. - Волгоград, 2000. - С.197.
3. Анисимов А.Ю., Мустафин Р.Р., Зимагулов Р.Т. и соавт. Интестинальная терапия синдрома кишечной недостаточности при спаечной непроходимости // Девятый Всероссийский съезд хирургов: Материалы съезда. - Волгоград, 2000. - С. 140.
4. Дуденко Ф.И., Пляшкевич А.В., Зуев А.С. и др. Современные способы детоксикации у хирургических больных. // Хирургия. - 1991, № 7. - С. 50-54.
5. Гольбрах В.А., Герусов М.Ю. и др. Комплексное лечение больных с острой кишечной непроходимостью. // Девятый Всероссийский съезд хирургов: Материалы съезда. - Волгоград, 2000. - С. 157.

6. Buzby C.P., Mullen J.C. Nutritional assessment / Clinical nutrition? Enteral and tube Feeding Ed/ Rombeau J.L. - Caldwell Philadelphia: WBS a unders Company. - 1984. - P. 127-148.
7. Roscher R., Frank R., Baumann A. et al. Chirurgische Dehandlung - sergebnisse beinr mechanischen Dunndarmileus // Chirurg, 1991. - Vol. 62. № 8. - P. 614-619.
8. Савельев В.С., Савчук Б.Д. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости // под ред. В.С. Савельева. - М.: Медицина, 1986. - С. 181-200.
9. Ерюхин И.А., Зубарев П.Н., Рухляда Н.В. Декомпрессия тонкой кишки при острой непроходимости кишечника // Вест. хир. - 1988. - Т. 141, № 1. - С. 15-20.
10. Чернов В.П., Белик Б.Н., Борлаков В.Р., Русаков С.К. Лечебная тактика у больных с острой непроходимостью кишечника при ущемленных вентральных грыжах // Девятый Всероссийский съезд хирургов: Материалы съезда. - Волгоград, 2000. - С. 233-234.
11. Ольшанецкий А.А., Шор Н.А., Кириченко Б.Б. и др. Пути снижения летальности при ущемленной грыже // Клин. хир. - 1989. - С. 93-112.
12. Горей Т.Ф. Сосудистые заболевания кишечника. Пер. с англ. - М.: Медицина, 1989. - С. 93-112.