

УДК 616.341–002.3–036.17–084



С.М. Антонюк, В.Б. Ахрамєєв, П.Ф. Головня,
М.В. Свиридов, І.Б. Андрієнко, С.О. Антонюк

До питання про профілактику післяопераційних гнійно-деструктивних уражень тонкої кишки

Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк Донецької залізниці,
Донецький медичний університет імені Максима Горького

Ключові слова: тонка кишка, гнійно-деструктивні ураження, профілактика.

Відомо, що однією з найчастіших причин розвитку гнійно-деструктивних уражень тонкої кишки (ГДУ ТК) є неспроможність швів після ушивання ран кишки або неспроможність тонкокишкових анастомозів [1–3]. Таким чином, підвищення надійності зазначених швів є засобом профілактики ГДУ ТК. Насамперед йдеться про дотримання загальновідомих правил накладання кишкових швів, а також строгий облік умов операції: відсутність виражених запальних змін стінки органа, достатнє кровопостачання тощо. Однак, на жаль, такі умови не завжди можна створити, оскільки часто має місце поранення тонкої кишки (ТК) з різними строками транслокації кишкової флори до операції, резекція ТК може проводитися за наявності перитоніту або після купірування свіжого інфільтративно-адгезивного процесу в черевній порожнині.

Метою роботи є оцінка відомих і розроблених у клініці способів профілактики ГДУ ТК.

Ми проаналізували результати хірургічного лікування 23 хворих з пораненнями ТК (колото-різані рани мали місце в 19 пацієнтів, забиті – в 4), а також 36 хворих зі спайковою кишковою непрохідністю (СКН), з наявністю некрозу кишкових петель. Чоловіків було 48, жінок – 11. Ушивання рани кишки виконано в 18 хворих, резекцію кишки – в 41.

У всіх хворих був перитоніт (розлитий й обмежений) різний за давності, а також інфільтративні зміни у стінках ТК різного ступеня вираженості.

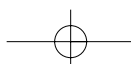
Для профілактики розходження швів ми використовували відомі, а також розроблені нами методики й прийоми. Так, після ушивання ран кишки зовнішній ряд швів обов'язково вкривали пасмом великого сальника не шляхом підв'язування її нитками шва, а укріпленням всієї лінії шва, з фіксацією сальника окремими швами осторонь від основних. Ми високо оцінюємо пластичні властивості сальника й вважаємо його досить ефективним захисним матеріалом.

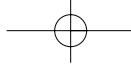
Аналогічний прийом ми застосовували в 6 хворих при формуванні тонкокишкового анастомозу «бік-у-бік», за наявності помірної інфільтрації стінок анастомозованих відрізків кишки.

У 5 хворих, у яких інфільтрація кишки була більш вираженою, ми застосували розроблену нами методику тонкокишкового анастомозу «кінець-у-кінець». Суть її полягає в наступному. Після резекції кишки на одному з її вільних кінців відшарувували серозно-м'язовий шар і відвертали догори у вигляді муфти довжиною 1,5 см; на вільному кінці протилежного відрізка знімали серозно-м'язовий шар завдовжки 1 см; кінці слизово-підслизових шарів зшивали між собою «кінець-у-кінець». Лінію цього шва вкривали раніше відвернутою муфтою, зшивали кінці серозно-м'язових покривів. Перевагами цього методу є те, що роз'єднуються дві лінії швів, завдяки чому відсутній грубий валик; більша довжина стикування ранових поверхонь сприяє кращому загоєнню співустя.

У хворих зі значно вираженою інфільтрацією стінки кишки резекцію ТК закінчували формуванням анастомозу «бік-у-бік». Для профілактики його неспроможності та максимального зменшення навантаження на шви в період загоєння співустя його привідну петлю виводили на передню черевну стінку у вигляді тимчасової ентеростоми (У-подібний анастомоз). Таку операцію виконано в 3 хворих.

Згодом ми розробили нову методику, суть якої полягала в наступному. Після етапу резекції ТК формували ізо-антиперистальтичний анастомоз «бік-у-бік» довжиною 10–12 см, а кінці анастомозованих петель не ушивали, а виводили на черевну стінку у вигляді двоствольної ентеростоми. Основною відмінністю нашої конструкції від У-подібного анастомозу з одноствольною стоною є відсутність у ній ділянки кишки між анастомозом і черевною стінкою, де навіть при незначному здавлюванні кишки у вікні черевної стінки може накопичуватися хімум, який створює компресію на шви співустя. Утворений анастомоз відрізня-





ється кращою здатністю до випорожнення. Крім того, при ушиванні стоми занурити (інвагінувати) ушитий кінець кишки легше у двоствольний просвіт, ніж в одноствольний. Таку операцію проведено 27 пацієнтам.

Вважаємо важливим навести дані щодо особливостей перебігу післяопераційного періоду в тих хворих, в яких застосовували розвантажувальні ентеростоми.

Так, при одноствольних стомах виділення хімусу в 1 хворого з'явилися в незначній кількості на 3-ю добу після операції, у 2 – на 4-у добу.

У пацієнтів із двоствольними стомами перші виділення кишкового вмісту відзначені в 7 випадках на 2-у добу, в 14 – на 3-ю, в 6 – на 4-у.

Об'єм виділень хімусу з одноствольних стом різко зростав протягом наступних 2–3 діб у всіх хворих і незначно (приблизно на 1/3 об'єму) зменшувався аж до закриття їх поролоном.

При двоствольних конструкціях значного зростання об'єму виділень не відзначено в 22 хворих, у 5 – воно було помірним. Протягом наступних 2–3 діб у 17 хворих об'єм кишкових втрат значно зменшився (приблизно на 3/4 попередньо-

го об'єму). У 10 хворих це відбулося на 1–2 доби пізніше.

Отже, двоствольні ентеростоми починали функціонувати раніше, ніж одноствольні, кількість виділень з них хімусу в цілому була меншою, а явне зниження функції наставало раніше, ніж при одноствольних.

З появою самостійного випорожнення, але не раніше ніж на 8–9-у добу післяопераційного періоду, всі стоми були обтуровані поролоном за розробленими нами методиками.

Одноствольні стоми були ушиті на 28-у добу в 2 хворих, на 30-у – в 1. Двоствольні стоми остаточно закриті на 24-у добу в 11 хворих, на 29-у – у 13, на 31-у – у 3. Строк закриття залежав від швидкості стухання запальних змін у стінках виведених кишків.

У післяопераційний період зареєстроване одне ускладнення – неспроможність ушитої двоствольної стоми.

Усе наведене вище є свідченням високої ефективності розроблених нами заходів щодо профілактики гнійно-деструктивних уражень тонкої кишки.

Література

1. Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга. – М.: Медицина, 2001. – 205 с.
2. Бойко В.В., Криворучко И.А., Голобородько Н.К. Хирургический подход к лечению внутрибрюшных послеоперационных гнойных осложнений // Кліні. хірургія. – 2003. – № 4–5. – С.10–11.
3. Власов А.П. О патогенезе несостоятельности кишечных анастомозов // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2004. – Т. 54, № 7. – С. 105–106.

С.М. Антонюк, В.Б. Ахrameев, П.Ф. Головня, Н.В. Свиридов, И.Б. Андриенко, С.О. Антонюк

К вопросу о профилактике послеоперационных гнойно-деструктивных поражений тонкой кишки

Проведен анализ известных методик и разработанных авторами относительно профилактики гнойно-деструктивных поражений тонкой кишки при операциях ушивания ран кишки и ее резекциях по поводу некротических процессов. Доказана высокая эффективность разработанных способов.

S.M. Antoniuk, V.B. Akhramieiev, P.F. Golovnia, M.V. Svyrydov, I.B. Andriienko, S.O. Antoniuk

The issue of prophylactics of postoperative purulent-destructive defeats of small bowel

The analysis has been held of the main methods and the author's invents regarding the prophylactics of the purulent-destructive defeats of small bowel at the surgery of the intestinal wound closure and its resection due to necrotic processes. The high efficacy of the worked out methods have been proved.

