



Определение показаний к наложению анастомозов и выведению кишечных стом у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью

В.И. Белоконов, А.И. Федорин

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Проведён ретроспективный анализ 92 больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом, которые были распределены по классификациям В.Н.Чернова, Б.М.Белика (2002) и В.А.Корячкина, В.И.Страшнова (2002). У 72 (78,3%) больных, включённых в исследование, были показания к резекции тонкой кишки и гемиколэктомии на разных уровнях. У 36 (39,1%) пациентов, оперированных в экстренном порядке, были наложены тонко-тонкокишечные и тонко-толстокишечные анастомозы. У 52 (56,5%) больных после резекции тонкой кишки и у 20 (21,6%) – после гемиколэктомии были сформированы стомы. На основании проведённого анализа лечения больных, было установлено, что в реактивно-токсической стадии возможно наложение анастомозов, в том числе и у пациентов с высоким пересечением тонкой кишки (выведение стом у них опасно из-за потерь белка и электролитов с кишечным химусом). В стадии энтеральной недостаточности возможно выведение стом и формирование кишечных соустьев на фоне обязательной декомпрессии ЖКТ. В стадии бактериально-токсического шока и полиорганной недостаточности необходимо выведение кишечных стом, так как формирование первичных анастомозов противопоказано.

Ключевые слова: перитонит, острая кишечная непроходимость, тонкокишечная стома, анастомоз, энтеральная недостаточность

Актуальность. Частота осложнений после острых хирургических заболеваний органов брюшной полости – перитонита и острой кишечной непроходимости – не уменьшается. Так, при заболеваниях желудка эти осложнения развиваются у 15-31% больных, после вмешательств на тонкой и толстой кишке – у 11-11,5% [1]. На фоне перитонита и острой кишечной непроходимости, формирование тонкокишечных стом (еюно- и илеостом) является одним из путей радикального устранения причины данных осложнений, так как они позволяют ликвидировать непроходимость и парез кишечника. Однако, потери кишечного химуса существенно влияют на состояние гомеостаза в организме больного, что требует раннего закрытия кишечных стом в условиях ещё недостаточно стихшего воспалительного процесса в брюшной полости [2].

Для решения вопроса о показаниях к формированию анастомозов и выведению кишечных стом на фоне перитонита и острой кишечной непроходимости важное значение имеет изучение вопроса о влиянии энтеральной недостаточности на результаты лечения больных.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью путём определения показаний к наложению анастомозов и выведению кишечных стом в зависимости от стадии энтеральной недостаточности, а также техники их выполнения.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 92 больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом за период с 2009 по 2010 годы. Мужчин было 28, женщин – 64. Возраст больных колебался от 18 до 95 лет.

Причинами развития перитонита и острой кишечной непроходимости были: травма живота – у 2 (2,2%) больных, спаечная болезнь – у 22 (23,9%), заворот кишечника – у 18 (19,6%), инвагинация – у 1 (1,1%), опухоли ободочной кишки – у 31 (33,7%), осложнения аппендэктомии – у 1 (1,1%), несостоятельность межкишечного анастомоза – у 1 (1,1%), ущемлённая грыжа – у 4 (4,3%), тромбоз мезентериальных сосудов – у 8 (8,7%), панкреонекроз – у 4 (4,3%). У 27 (29,3%) больных доминирующим осложнением был



перитонит, у 41 (44,6%) – острая кишечная непроходимость, у 24 (26,1%) – перитонит и острая кишечная непроходимость.

По классификации В.Н.Чернова и Б.М.Белика (2002) из 51 больного у 7 (13,7%) перитонит был в реактивно-токсической стадии, у 23 (45%) – в стадии энтеральной недостаточности, у 7 (13,7%) – бактериально-токсического шока, у 14 (27,5%) – полиорганной недостаточности [3].

У 12 (18,5%) пациентов с острой кишечной непроходимостью была реактивно-токсическая стадия эндогенной интоксикации, у 28 (43,1%) – стадия компенсированной токсемии, у 12 (18,5%) – декомпенсированной токсемии и у 13 (20%) – мультиорганной дисфункции [4].

При лечении больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом накладывали стомы, которые формировали внутри- и внебрюшинным способами [5]. При первом способе изолировали элементы брюшной стенки путём подшивания кожи к брюшине, при втором – кишку выводили через канал передней брюшной стенки без выполнения этого этапа. При лечении больных формирование еюно- и илеостом проводили по способу разработанному В.И.Белоконевым и А.Г.Житловым (Патент РФ на изобретение №2320278 от 26.06.2006г. «Способ формирования илеостомы») [6]. Место выведения илеостомы выбирали с учётом толщины брюшной стенки и расположения дистального участка кишечной трубки, с которым в дальнейшем можно было бы сформировать межкишечное соустье, что позволяло устранить стому малоинвазивным способом через дополнительный локальный доступ.

Результаты и их обсуждение. У 72 (78,3%) больных, включённых в исследование, были показания к резекции тонкой кишки и гемиколэктомии на разных уровнях, у 20 (21,7%) – кишечные свищи выводили без пересечения кишки. У 52 (56,5%) больных после резекции тонкой кишки и у 20 (21,6%) после гемиколэктомии были сформированы стомы: у 34 (47,2%) – одноствольные илеостомы; у 13 (18%) – двухствольные илеостомы без пересечения кишки; у 3 (4,2%) – двухствольные отдельные илеостомы; у 22 (30,6%) – наложен первичный анастомоз с разгрузкой через илеостому по способу Майдля.

У 5 (9,6%) пациентов, при расположении верхней границы резекции тонкой кишки на расстоянии от 3 до 10 см от связки Трейца, стомы не накладывали. Из общего числа больных, которым были сформированы стомы, при верхней границе резекции кишки

на расстоянии 10-100 см, у 13 (25%) пациентов были выведены одноствольные еюностомы, у 11 (21%) – сформированы тонко-тонкокишечные анастомозы с разгрузкой через еюностому по Майдлю. Аналогично поступили при операциях у 11 (21%) пациентов, у которых граница резекции или патологического очага располагалась на середине расстояния между связкой Трейца и илеоцекальным углом. У 12 (23,1%) больных при резекции подвздошной кишки на расстоянии до 70 см от илеоцекального угла были выведены одноствольные илеостомы.

Важнейшей составляющей операции у пациентов с острой кишечной непроходимостью и перитонитом является интубация желудочно-кишечного тракта. В реактивно-токсической стадии острой кишечной непроходимости и реактивной стадии перитонита интубацию желудочно-кишечного тракта не проводили. Она была выполнена у 15 (29,5%) больных с распространённым перитонитом и острой кишечной непроходимостью в стадии энтеральной недостаточности и у 7 (13,7%) – в стадии бактериально-токсического шока и полиорганной недостаточности. У 22 (30,6%) пациентов операция была завершена формированием лапаростомы.

Учёт потерь кишечного химуса у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью (ОКН) является сложной задачей. В анализируемой группе при высоких тонкокишечных стомах он чаще всего составлял от 500 до 1000 мл в сутки, что вынуждало к раннему их закрытию.

У 8 (8,7%) больных одноствольные стомы были сформированы по способу В.И.Белоконевы и А.Г.Житлова, а у 84 (91,3%) – стомы выведены традиционным внутрибрюшинным способом.

При внебрюшинном способе несостоятельности илеостом не было, при внутрибрюшинном способе они были выявлены у 2 больных.

У 36 (39,1%) больных, оперированных в экстренном порядке, были наложены тонко-тонкокишечные и тонко-толстокишечные анастомозы. У 9 (9,8% от всех пациентов и 25% – от больных с наложенными анастомозами) была реактивно-токсическая стадия перитонита, у 10 (10,9% и 27,8%) – стадия энтеральной недостаточности, у 3 (3,3% и 8,3%) – бактериально-токсического шока, у 6 (6,5% и 16,7%) – стадия полиорганной недостаточности, у 8 (8,7% и 22,2%) – признаков острой кишечной непроходимости не было. Формирование анастомозов у 2 (2,2% и 5,6%) больных выполнено по поводу травмы тонкой кишки, у 1 (1,1% и 2,8%) – доброкачественной



опухоли тонкой кишки, осложнённой хронической кишечной непроходимостью, у 1 (1,1% и 2,8%) – по поводу илеостомы после правосторонней гемиколэктомии, выполненной по поводу рака слепой кишки, с выраженными потерями кишечного химуса, приведшей к белковой недостаточности, у 1 (1,1% и 2,8%) – кровотечения из язвы дивертикула тощей кишки, у 3 (3,3% и 8,3%) – несостоятельности ранее наложенных тонкокишечных стом, осложнённых образованием абсцессов брюшной полости.

У 9 больных в реактивно-токсической стадии перитонита осложнений и летальных исходов не было. Из 10 пациентов с перитонитом в стадии энтеральной недостаточности у 1 возник абсцесс брюшной полости, у 2 – эвентерации. Риск развития осложнений составил 30%. Летальных исходов в данной группе не было. Из 3 больных в стадии бактериально-токсического шока один больной погиб в результате прогрессирования сегментарного тромбоза тонкой кишки и несостоятельности первично наложенного анастомоза, 1 – от сепсиса и образования множественных абсцессов брюшной полости. Риск развития осложнений и летальность в данной группе были одинаковыми и составили 66,7%. В стадии полиорганной недостаточности все 6 пациентов погибли в ранние сроки до развития осложнений (летальность составила 100%).

С учётом полученных данных, в реактивно-токсической стадии возможно наложение анастомозов, в том числе у больных с высоким пересечением тонкой кишки. Выведение стом у таких пациентов опасно из-за потерь белка и электролитов с кишечным химусом, которые не могут быть компенсированы даже при интенсивной инфузионной терапии. В стадии энтеральной недостаточности возможно выведение стом и формирование кишечных соустьев на фоне обязательной декомпрессии желудочно-кишечного тракта. В стадии бактериально-токсического шока и полиорганной недостаточности необходимо выведение кишечных стом, так как формирование первичных анастомозов противопоказано.

ВЫВОДЫ:

1. У больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью показания к наложению первичного анастомоза и выведению кишечных стом определяются стадиями энтеральной недостаточности.
2. Выведение кишечных стом у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью необходимо проводить с учётом расположения дистального отдела кишки, что позволяет провести устранение стомы малоинвазивным способом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал М.З. О методике межкишечных анастомозов «конец в конец» / М.З.Сигал, М.Р.Рамазанов // Вестник хирургии. – 1987. – №9 – С. 32–34
2. Белоконев В.И. Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта / В.И.Белоконев, Е.П.Измайлов. – Самара: ГП «Перспектива». – 2005. – 240 с.
3. Чернов В.Н. Выбор хирургической тактики и методов дезинтоксикации при острой непроходимости кишечника / В.Н.Чернов, Б.М.Белик // Хирургия. – 1999. – №5. – С. 45-48
4. Корячкин В.А. Интенсивная терапия угрожающих состояний / В.А.Корячкин, В.И.Страшнов. – СПб. – 2002. – 288 с.
5. Фёдоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология: руководство для врачей / В.Д.Фёдоров, Г.И.Воробьёв, Л.Ривкин. – М.: ГНЦ проктологии. – 1994. – 432 с.
6. Житлов А.Г. Обоснование и усовершенствование способов илеостомии, и восстановительных операций при её устранении: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Г.Житлов. – Самара. – 2008. – 41 с.



Summary

Indications for anastomosis and intestinal stoma formation in patients with peritonitis and acute intestinal obstruction

V.I. Belokonev, A.I. Fedorin

SBE Institution «Samara State Medical University» MHSE of Russia

A retrospective analysis of 92 patients with acute intestinal obstruction and peritonitis, which were distributed on classifications V.N.Chernova, B.M.Belika (2002) and V.A.Koryachkina, V.I.Strashnova (2002) were performed. Resection of small intestine and hemicolectomy at different levels were indicated for 72 (78.3%) patients included in study. For 36 (39.1%) patients, who underwent emergency surgery the small-to-small intestinal and small-to-large intestinal anastomoses. In 52 (56.5%) patients after resection of small intestine, and after hemicolectomy - in 20 (21.6%) - were formed stoma.

Based on the analysis of treatment, it was found in reactive toxic stage forming anastomosis is possible, including patients with high cutting of small intestine (stoma formation is dangerous because loss of protein and electrolytes by intestinal chyme). In enteral insufficiency stage stoma forming is possible and the formation of intestinal anastomoses after decompression of the gastrointestinal tract. In stage of bacterial-toxic shock and multiple organ failure need to forming of intestinal stoma, because the formation of primary anastomosis is contraindicated.

Key words: peritonitis, acute intestinal obstruction, small bowel stoma, anastomosis, enteral insufficiency

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

В.И. Белоконев – заведующий кафедрой
хирургических болезней №2 ГБОУ ВПО СамГМУ;
Россия, г.Самара, ул. Алексея Толстого, д. 76, кв. 13
E-mail: nbelokoneva@yandex.ru