

НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ НОРИЦЬ ТОНКОЇ КИШКИ

О.С. Антонюк, О.І. Міміношвілі, К.В. Коцубанов

Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В.К.Гусака АМН України

Реферат

У праці узагальнено результати лікування 36 хворих з норицями тонкої кишки, які потребували невідкладного операційного втручання. Головними причинами цього були: обструкційний характер ураження кишки, а також розташування нориці у проксимальних ділянках органу. Ми опрацювали деякі оригінальні діагностичні способи і методи відновлення кишкового пасажу дистальніше ділянки патологічного процесу при різних інтраопераційних ситуаціях. Ускладнення спостерігали у 7 (16,6%) хворих, померло 2 (5,5%). Беручи до уваги складність ситуації, у якій виконуються невідкладні операції при гнійно-деструкційних ураженнях тонкої кишки, вони мають виконуватися, на думку авторів, виключно за чіткими показаннями, згідно з технічними можливостями у кожному окремому випадку.

Ключові слова: кишківник, кишкова нориця, хірургічне лікування

Abstract

EMERGENCY SURGERY FOR SMALL INTESTINAL FISTULAS

O. S. ANTONIUK, O.I. MIMINOSHVILI, K.V. KOTSUBANOV

The V.V. Husak Institute of Urgent and Recovery Surgery Sciences of Ukraine

The paper summarizes the results of treatment of 36 patients with purulent-destructive injuries of the small intestine that required emergency surgical intervention. The main reasons for this strategy were an obstructive pattern with purulent-destructive loci in the intestine and predominant localization in the proximal segments. The authors developed original diagnostic approaches and techniques for restoring the intestinal lumen in the zones distal to the pathological process in various intraoperative situations. Severe complications occurred in 7 patients (16.6%), and 2 (5.5%) died. Taking into account the complexity of emergency surgery carried out for purulent-destructive injuries of the small intestine, such operations should be performed only under extremely strict indications and be individualized for each case.

Key words: intestine, enteric fistula, surgical treatment

Вступ

Загальновідомо, що кишкові нориці (КН) можуть за короткий час істотно змінити стан гомеостазу хворого, зумовивши порушення білкового, водно-сольового й інших видів обміну речовин. Це стосується, передусім, КН прокси-

мальних відділів тонкої кишки (ТК), особливо обструкційного характеру, коли цілком порушується пасаж хімусу дистальніше нориці кишки з усіма можливими наслідками [1, 2, 4].

Як свідчать джерела літератури, на сьогодні немає реальних способів малоінвазивного типу усунути цей механізм розладу кишкового травлення.

Правильним є положення про те, що годування хворих, хоч як парадоксально це звучить, завдає більше шкоди, ніж користі, із огляду на такі чинники: мала поверхня всмоктування; надмірна секреція шлункового соку, жовчі, соку підшлункової залози; короткий контакт із їжею. Практиковане у багатьох випадках введення хімусу, що виділився через дефект кишки, у чистому вигляді або у суміші з поживними речовинами у відвідну петлю (ВП) кишки, відносно ОД, на жаль, не може допомогти у розв'язанні проблеми. Як свідчать деякі автори [5], у позакишковому середовищі хімус швидко піддається ферментаційному та мікробному гідролізу із руйнуванням ферментів.

Із вже викладеного можна зробити висновки: КН проксимального відділу ТК обструкційного характеру вимагають невідкладного хірургічного втручання.

Як свідчить практика, другим приводом для такої операції є непрохідність ВП за необструкційних процесів тієї ж локалізації, коли заходи консервативного впливу на норицю (закриття поролоном дефекту стінки кишки, застосування обтураторів) також є непридатними.

Мета цієї публікації - обґрунтувати опрацьовані оригінальні діагностичні прийоми, спрямовані на оптимізацію розв'язання цієї проблеми.

Матеріал і методи

Ми узагальнили результати лікування 36 хворих на КН ТК, які потребували невідкладних операційних втручань. Чоловіків було 27, жінок - 9. Вік хворих був у межах від 24 до 68 років.

У 32 хворих був обструкційний характер процесу в проксимальному відділі ТК, у 4 - не-

обструкційний у тому ж відділі, але з наявністю непрохідності ВП спайкового генезу.

Усім хворим виконали загально-клінічне лабораторне обстеження, біохімічне, імунологічне, рентгенологічне. Останнє - ентографія із застосуванням барієвої суспензії, яку вводять у ВП через дефект у кишці, що дає змогу встановити факт прохідності ВП або альтернативний варіант, що й зареєстрували в 4 хворих.

Ми опрацювали діагностичні та лікувальні методи, що захищено патентом України, а саме: 1. Спосіб інтраопераційного визначення місця непрохідності ВП. Потребу в ньому зумовлює те, що нерідко в тісному сплетенні кишкових петель у різних ділянках черевної порожнини надзвичайно важко визначити місце механічної перешкоди для кишкового пасажу, це часом призводить до вісцеролізу невинуватого великого обсягу з усіма можливими його ускладненнями. Суть методу: за 1 год. перед операцією у ВП через дефект у кишці вводимо трубку з поролоновою муфтою, що її герметизує, та крапельно вливаемо у кишку насичений розчин барвника (індігокармін, брильянтовий зелений). Після лапаротомії, за потреби, барвник вводимо струменево за допомогою шприца. Оцінюємо місце зупинки барвника, який добре просвічується крізь стінку кишки. Непрямою ознакою є напруження кишки проксимальніше перешкоди, особливо у разі струменевого введення.

2. Спосіб вимикання КН. Доступ здійснюємо через ділянку ураження. Після розкриття черевної порожнини головне завдання - простежити хід ВП у переплетенні кишкових петель. За потреби для верифікації її через просвіт кишки у дистальному напрямку вводимо трубку з поролоновою муфтою на кінці (для герметизації) і нагнітаємо розчин барвника. Тут доводиться брати до уваги два моменти - зміну забарвлення кишки (просвічування барвника) і напруження її під впливом нагнітання рідини.

Зрештою, головною умовою реалізації методу є безпосереднє прилягання до привідної петлі (ПП) однієї із ВП.

Крізь отвір у кишці в ПП у проксимальному напрямку вводимо, бажано на глибину 8-10 см (наскільки дає змогу довжина відтинка прилягання сполучуваних петель), скальпель або електроніж із ізольованим електродом і віль-

ним його кінцем завдовжки 2-3 см, після чого розрізаємо (пропалюємо) стінки обох кишкових петель вздовж їх осі на 2-3 см. Щоб запобігти витіканню хімусу через дефект кишки, останній тампонуємо поролоном із виведенням його вільного кінця на черевну стінку. Рану черевної стінки ушиваємо до тампону. У післяопераційному періоді тампон змінюємо за потребою.

3. Спосіб формування тонкокишкового анастомозу. Він прийнятний тільки для проксимальної локалізації ГДУ ТК. Тоді як після розкриття черевної порожнини хірург виявляє суцільний конгломерат тісно й щільно спаяних між собою кишкових петель (на зразок панцира), а розділити їх практично неможливо, застосовуємо такий метод. Вкрай обережно, буквально по міліметру, мобілізуємо зовнішні стінки двох петель (тієї, що містить дефект стінки, і прилеглої до неї паралельно) на обмеженому відтинку, що тільки дає змогу повернути ці петлі навколо їх осі назустріч одна одній. Потім розрізаємо вздовж передню стінку ураженої патологічним процесом кишки на довжину, що дорівнює дефекту в іншій петлі. Після цього формуємо міжкишковий анастомоз у два ряди швів по передній його губі (задня губа має досить щільні зовнішні зрощення, тут накладаємо один ряд). Наступний етап - зміцнюємо це сполучення. Для цього з парієтальної очеревини, прилеглої до ділянки операції, викроюємо шматок чотирикутної форми на ніжці, яким вкриваємо анастомоз, фіксуючи шматок вузловими швами до стінки кишків.

4. Спосіб профілактики неспроможності тонкокишкового анастомозу. Після резекції ТК накладемо ізоантиперистальтний анастомоз "бік у бік" завдовжки 10-12 см, а кінці зшитих між собою петель не ушиваємо, а виводимо на черевну стінку у вигляді двоствольної ентоеростоми.

5. Спосіб ліквідації шпори між ПП і ВП. Йдеться про такі ситуації, коли ентоерована й фіксована у рані передньої черевної стінки кишка має вигляд "двостволки" - із розташуванням ПП і ВП паралельно або під кутом одна до одної, а також у разі провисання задньої стінки кишки крізь дефект у ній (т.зв. шпора, яка заважала пасажу хімусу у ВП).

Для відновлення прохідності кишки застосовували таке втручання: клиноподібне вирізання ділянки шпори завширшки 1,5-2 см і

завглибшки 1-1,5 см з ушиванням утвореної рани кишки окремими капровими швами й сформуванням тунелю. Вирізання здійснювали поетапно - по міліметру, щоб не ушкодити, можливо, підпаяної до задньої стінки шпори сусідньої петлі ТК. Ми усвідомлюємо те, що прорізування швів загрожує серйозним ускладненням в умовах надійної ізоляції процесу від вільної черевної порожнини.

Після ліквідації шпори дефект у стінці кишки закривали поролоном.

Результати й обговорення

Передусім, кілька коментарів стосовно опрацьованих способів операційних втручань.

Спосіб вимикання ОД спонукає обміркувати щонайменше два аспекти: ймовірний ризик операції і тактика хірурга за відсутності умов для її виконання.

Щодо цього можна зауважити таке: найбільший ризик операції - виникнення нового дефекту в кишці поруч із попереднім, що на проблему в цілому істотно не впливає, особливо якщо взяти до уваги надійну ізоляцію осередку від вільної черевної порожнини за рахунок виразного спайкового процесу довкола нього. Якщо ж хірург стикається з неможливістю здійснити намічений план (неможливо верифікувати ті або інші петлі стосовно дефекту в кишці, невідповідна локалізація ВП стосовно ПП), вийти із такої ситуації можна двома шляхами: 1. сформувати тонкокишковий анастомоз (п. 3); 2. виконати велику резекцію кишки в умовах запального процесу в черевній порожнині. І тут виникає проблема завершення операції, оскільки в цих умовах традиційний тонкокишковий анастомоз за будь-якого способу його формування приховує у собі небезпеку неспроможності швів, бо останні накладаються на інфільтровану кишку. Щоб запобігти цьому ускладненню виконуємо двоствольну ентеростому. Її конструкція, на нашу думку, має низку переваг перед відомим У-подібним анастомозом із тимчасовою стомою: немає простору в кишці між самим сполученням і черевною стінкою, де в разі одноствольної стоми через порушення відтоку (набряк, стискання кишки в товщі черевної стінки) може затримуватися хімус, підвищуючи внутрішньокішковий тиск і збільшуючи

компресію на шви анастомозу; ушиваючи стому, інвагінацію зашитого її кінця легше здійснити у ширший двоствольний просвіт.

Усім хворим, яких ми спостерігали, виконали такі втручання: резекція ТК із анастомозом "бік у бік" - 12, із аналогічним сполученням та одноствольною єюностомою - 3 (у початковому періоді роботи), із двоствольною єюностомою - 12; вимикання КН - 5, створення міжкишкового сполучення за опрацьованим методом - 2, розрізання шпори - 2.

Отож, треба відзначити, що опрацьований метод інтраопераційного визначення місця непрохідності ВП успішно застосували у 3 хворих із 4-х із непрохідністю кишки у зв'язку зі спайковим процесом. Саме у цих 4 пацієнтів візуально оцінений ступінь інфільтрації стінки ТК був мінімальним.

Післяопераційний період у 5 хворих із вимкнуто. КН перебігав без ускладнень. Виділення хімусу припинилося відразу ж, завдяки герметичній тампонаді дефекту в стінці ТК, самостійне випорожнення відзначили на другу добу в 2 хворих, на третю-четверту - в інших. Радикальні операції (циркулярна резекція ТК) виконано через 1,5-2,5 місяця з успішним результатом.

У 2 хворих із міжкишковим анастомозом за опрацьованим методом ускладнень не виявлено.

У хворих, що перенесли резекцію ТК із формуванням тимчасових ентеростом, ситуація у післяопераційному періоді складалася так. Виділення хімусу в перші одну-дві доби крізь двоствольну норицю було приблизно на 2/3 меншим за дебіт одноствольного. У подальшому ця різниця збільшилася, і вже на 3 добу в трьох випадках із 12 (двоствольна конструкція) втрати кишкового вмісту становили приблизно 1/4 від початкового. У 6 хворих із цієї групи такий стан відзначено на 5-6 добу, у 3-х - на 8-9 добу. Самостійне випорожнення відзначено на 3 добу у 2-х із цих хворих, на 5 добу - у 7-х, на 7 добу - у 3-х.

Тимчасові стоми у всіх хворих закривали поролоном із початком самостійного спорожнення кишечника, але не раніше 8-9 доби після операції. Остаточне ж закриття їх здійснили на 18-26 добу післяопераційного періоду.

Ускладнення зареєстрували у 7 (16,6%) хворих: нагноєння рани - 4, неспроможність

тонкокишкового анастомозу, перитоніт після типової резекції ТК - 1, уже згадувана неспроможність ушитої ентеростоми - 1, тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) - 1.

Померли 2 (5,5%) хворих. Причини смерті: неспроможність тонкокишкового анастомозу, перитоніт - 1, ТЕЛА - 1.

Висновок

Невідкладні хірургічні втручання у разі нориці тонкої кишки виконують, здебільшого, у складній ситуації і стосовно локального процесу і загального стану хворих, а тому їх слід здійснювати чітко за показаннями, у точній відповідності до технічних можливостей у кожному конкретному випадку.

Література

1. Белоконев В. И. Клинические варианты свищей желудочно-кишечного тракта и их лечение / В. И. Белоконев, Е. П. Измайлов // Хирургия. - 2000. - № 12. - С. 8-11.
2. Горфынкель И. В. Наружные кишечные свищи после гинекологических операций и их лечение / И. В. Горфынкель, Д. Г. Рехен, Ю. В. Чирков // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. - 2000. - Т. 159, № 3. - С. 85-87.
3. Миминошвиш О. И. Об энтеральном и парентеральном питании больных с наружными тонкокишечными свищами / О. И. Миминошвиш, Г. Д. Попандопуло, О.С. Антонюк // Вестн. неотл. и восстановит. медицины. - 2000. - Т. 1, № 1. - С. 55-57.
4. Нестеров И. В. Лечение кишечных стом травматического происхождения / И. В. Нестеров, В. Е. Пак, Н. В. Тун-гусова // Хирургия. - 1998. - № 2. - С. 26-27.
5. Попов В. А. Мембранное пищеварение при хирургической патологии. - Л.: Медицина, Ленингр. отд., 1982. - 192 с.