

МЕТОД ИНТУБАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ТОНКОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Прохоров Г.П.¹, Беляев А.Н.², Мизуров Н.А.¹, Краснов Г.Н.¹

¹ ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»

² ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева»

THE METHOD OF INTUBATION INTESTINAL IN PATIENTS WITH ANASTOMOSIS FAILURE

Prokhorov G. P.¹, Belyaev A. N.², Mizurov N. A.¹, Krasnov G. N.¹

¹ Chuvach State University

² Ogarev Mordovia State University

**Беляев
Александр Назарович**
Belyaev Aleksandr N.
belyaevan@mail.ru

Прохоров Г.П. — к.м.н., доцент кафедры общей хирургии с курсом онкологии

Беляев А.Н. — заведующий кафедрой общей хирургии имени Н.И. Атясова

Мизуров Н.А. — к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии № 2

Краснов Г.Н. — к.м.н., доцент кафедры общей хирургии с курсом онкологии

Prokhorov G. P. — Ph.D., Associate Professor, Department of General Surgery with the course of oncology

Belyaev A. N. — MD, Professor, Head of the Department of General Surgery

Mizurov N. A. — PhD, assistant professor of surgery hospital № 2

Krasnov G. N. — PhD, Associate Professor, Department of General Surgery with the course of oncology

Резюме

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с несостоятельностью тонкокишечных анастомозов.

Материалы и методы. Метод лечения несостоятельности тонкокишечных анастомозов заключается в выведении петли кишки с несостоятельным анастомозом на переднюю брюшную стенку, комбинированной назоинтестинальной и ретроградной интубации тонкой кишки через илеостому. Она использована у 5 больных основной группы. У 11 больных группы сравнения использованы методы без ретроградной интубации тонкой кишки.

Результаты. После использования метода назогастральной и ретроградной интубации тонкой кишки все 5 оперированных больных выздоровели.

Заключение. Основными преимуществами назогастральной и ретроградной интубации кишечника являются ранняя ликвидация пареза кишечника и последующее самостоятельное заживление кишечного свища.

Ключевые слова: несостоятельность кишечного анастомоза, назогастральная, ретроградная интубация кишечника, энтеральное питание

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 147 (11): 82–85

Summary

Purpose of the study. Improving of results of treatment of the intestinal anastomosis failure.

Material and methods. The method of treatment failure intestinal anastomosis is to move the jejunal loops with anastomotic leak on the anterior abdominal wall with the combination of nasointestinal and retrograde intubation of the jejunum through the ileostomy. It was used in 5 patients of the main group. In 11 patients with the comparison group it was used without retrograde intubation of the jejunum.

Results. In the group with using of the nasogastric intubation and retrograde intestinal all 5 operated patients recovered.

Conclusion. The main advantages of combined intestinal intubation are the earlier recovery of intestinal paresis and following self-healing of intestinal fistula.

Key words: intestinal anastomosis failure, nasogastric, retrograde intestinal intubation, enteral nutrition

Experimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2017; 147 (11): 82–85

Введение

По данным разных авторов частота несостоятельности кишечных анастомозов колеблется от 2, 3 до 32% [1, 2, 3, 4]. Летальность при этом составляет от 20 до 60% [5].

Важное значение в развитии несостоятельности наложенных кишечных анастомозов придается состоянию моторно-эвакуаторной функции кишечника, нарушение которого приводит к повышению внутрикишечного и внутрибрюшного давления, что отрицательно влияет на состояние интрамуральной гемодинамики шовной полосы анастомоза и ее заживление [1, 4, 6, 7, 8].

Основными симптомами несостоятельности кишечных анастомозов являются сохраняющийся послеоперационный парез кишечника, интоксикация и выделение кишечного содержимого из дренажных трубок.

Общепринятыми методиками лечения несостоятельности тонкокишечных анастомозов являются: выведение петли кишечника с несостоятельным анастомозом на переднюю брюшную стенку; резекция участка кишки с несостоятельным анастомозом и выведение приводящего отдела в виде концевой энтеростомы; резекция участка кишки с несостоятельным анастомозом и формированием питательной еюностомы по Майдлю [2, 5, 9, 10].

Однако высокая летальность в послеоперационном периоде по поводу несостоятельности кишечных анастомозов указывает на целесообразность изыскания новых эффективных методов лечения, способствующих снижению послеоперационных осложнений и летальности.

Цель работы – улучшение результатов лечения больных с несостоятельностью тонкокишечных анастомозов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 16 больных, оперированных повторно по поводу несостоятельности тонкокишечного анастомоза.

Пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу (5 больных, 31,2%) составили пациенты, получавшие лечение по предложенной нами методике лечения недостаточности кишечного анастомоза (НКА). Все больные были мужского пола, возраст больных составил: 60–65 лет – 3 больных, 71–75 лет – 2 больных. У всех этих больных развилась несостоятельность анастомозов после произведенных в условиях районных больниц операций резекций тонкой кишки с наложением межкишечного анастомоза. Манифестацией развившегося осложнения были интоксикация, парез кишечника с явлениями перитонита, выделение кишечного содержимого из дренажных трубок.

В группу сравнения (n=11, 68,8%) вошли пациенты с применением общепринятых методов лечения несостоятельности межкишечного анастомоза. Мужчин было – 5, женщин – 6. Возраст больных составил: 60–65 лет – 4 больных, 66–70 лет – 2 больных, 71–75 лет – 3 больных, 76–80 лет – 1 больной. Из них 7 больных оперированы по поводу ущемленных паховых грыж с некрозом кишки; 2 больных – по поводу острой спаечной кишечной непроходимости; 2 больных – по поводу тупой травмы живота. Следует заметить, что в большинстве случаев (10 наблюдений), резекция тонкой кишки проведена с наложением анастомозов «бок в бок». Консервативная терапия была одинаковой в обеих группах.

Предлагаемая нами методика лечения несостоятельности тонкокишечных анастомозов

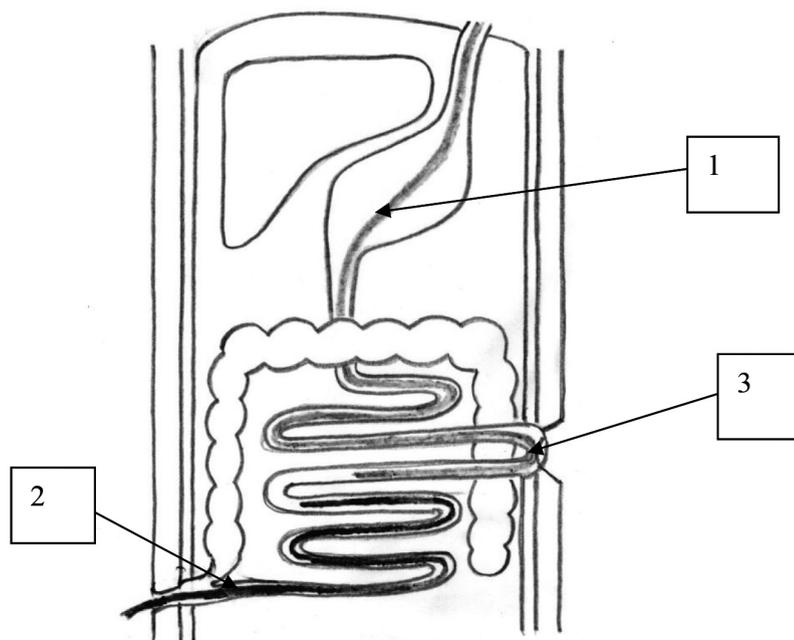


Рисунок 1.

Схема назогастральной и ретроградной интубации кишечника через илеостому.

Примечание:

1 – назоинтестинальная интубация тощей кишки; 2 – ретроградная интубация подвздошной кишки; 3 – выведение несостоятельного анастомоза на переднюю брюшную стенку

заклучалась в следующем. Под интубационным наркозом больным производилась релапаротомия, вскрытие гнойников, восстановление проходимости по кишечнику путем ликвидации спаек и сращений, выведение петли тонкой кишки с несостоятельным анастомозом на переднюю брюшную стенку. Затем проводилась одновременная двусторонняя тотальная интубация тонкого кишечника: а) назоинтестинальная интубация тонкой кишки путем проведения зонда за связку Трейца и далее через выведенный на переднюю брюшную стенку несостоятельный анастомоз тонкой кишки в дистальном направлении на 0,5 или 1 метр; б) ретроградная интубация кишечника через илеостому. Интубационная трубка проводилась ретроградно до уровня назоинтестинального зонда (рис.1), затем

осуществлялась санация и дренирование брюшной полости.

В течение 4–5 дней послеоперационного периода эвакуация застойного содержимого кишечника происходила, в основном, через интубационную трубку, проведенную через илеостому. После ликвидации пареза кишечника интубационная трубка, проведенная через илеостому, удалялась. Одновременно осуществлялась внутрикишечная терапия и раннее энтеральное питание смесями аминокислот (нутрикомп, нутризон) через назоинтестинальный зонд. Внутрикишечная терапия заключалась в энтеральном введении глюкозо – электролитного раствора со скоростью до 40 капель в минуту, в объеме до 120–150 мл/ч., антигипоксантов (янтарная кислота – 1 г) и антиоксидантов (витамин С – 1 г, витамин Е – 800 мг).

Результаты исследования

У всех больных в основной группе лечение с применением предлагаемой методики закончилось выздоровлением. Образовавшиеся тонкокишечные свищи закрылись самостоятельно через 1 месяц после повторной операции по поводу несостоятельности анастомоза.

В группе сравнения у 1 больного повторная операция сводилась к выведению несостоятельного межкишечного анастомоза на переднюю брюшную

стенку (больной умер); у 7 больных проведена резекция несостоятельного анастомоза (умерло 5 больных, выздоровело 2 больных); 2 больным сделана резекция несостоятельного анастомоза, в последующем у них возникла повторно несостоятельность анастомоза, которая ушита при очередной (третьей) операции (1 больной выздоровел, 1 – умер); у 1 больного проведено ушивание несостоятельного анастомоза (больной умер). Летальность составила 72,7%.

Обсуждение полученных результатов

Летальность у больных с несостоятельностью тонкокишечных анастомозов остается высокой, что наглядно демонстрируют результаты лечения больных группы сравнения с применением общепринятых методик: выведение петли кишечника с несостоятельным анастомозом на переднюю брюшную стенку; резекция участка кишки с несостоятельным анастомозом; резекция участка кишки с несостоятельным анастомозом и формированием питательной еюностомы по Майдлю. Недостатком первой методики является то, что в послеоперационном периоде происходит большая потеря тонкокишечного содержимого, быстро приводящая к истощению больных. Существенным недостатком второй и третьей методик является повторная резекция кишки с несостоятельным анастомозом, что на фоне перитонита, чревата развитием повторной несостоятельности наложенного анастомоза.

Важное значение в благоприятном исходе лечения имеет раннее энтеральное питание. В ранний послеоперационный период естественное поступление питательных субстратов невозможно, а применение полного парентерального питания не всегда удовлетворяет энергетические и пластические потребности организма [11]. Этим диктуется

необходимость проведения энтеральной поддержки у данных пациентов, что признано наиболее физиологичным путем введения нутриентов в организм больного и имеет ряд преимуществ перед парентеральным питанием [12, 13]. В связи с этим энтеральное питание становится методом выбора в поддержании белково – энергетического статуса после операций [14]. По литературным данным из методов интубации кишечника назоинтестинальное зондирование – наиболее часто используемая методика [15].

Учитывая изложенное, важны разработки способствующие уменьшению послеоперационного эндотоксикоза, путем уменьшения транслочационной эндотоксемии, что можно добиться, в том числе путем удаления токсического содержимого паретического кишечника посредством встречной анте – и ретроградной интубации тонкой кишки и последующего раннего энтерального питания. Предложенная нами двусторонняя интубация кишечника позволяет быстро ликвидировать парез кишечника, кишечный эндотоксикоз. Раннее энтеральное питание смесями аминокислот позволяет быстро восстановить белковый баланс организма [12], способствуя самостоятельному закрытию кишечного свища.

Заключение

Общепринятые методики лечения несостоятельности кишечных анастомозов сопровождаются высокой летальностью, достигая 73%. Предлагаемый способ лечения несостоятельности кишечных анастомозов

путем анте – и ретроградной интубации тонкой кишки позволяет быстро нормализовать водно-электролитный и белковый балансы организма, способствует самостоятельному заживлению тонкокишечных свищей.

Литература

1. Агаев Э. К. Несостоятельность швов кишечных анастомозов у больных после экстренной и неотложной резекции кишечника. Хирургия, 2012, № 1, С. 34–37.
2. Антоненко И. В., Матвеев А. И., Суханова Н. В. и др. Еюностомия по Майдлю в лечении несостоятельности швов анастомоза верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Хирургия, 2003, № 9, С. 24–27.
3. Кригер А. Г., Звягин А. А., Королев С. В. и др. Хирургическое лечение несформированные тонкокишечных свищей. Хирургия. 2011, № 7, С. 4–13.
4. Кригер А. Г., Кубышкин В. А., Берелавичус С. В., Горин Д. С., Калдаров А. Р. и др. Хирургическое лечение больных с тонкокишечными свищами. Хирургия. 2015, № 12, С. 86–95.
5. Прохоров Г. П., Федоров Н. Ф. Способ лечения несостоятельности кишечных анастомозов. Казанский медицинский журнал. 2010, № 4, С. 549–559.
6. Петров В. П. Несостоятельность швов анастомоза после чрезбрюшной резекции прямой кишки. Вестник хирургии. 2001, № 6, С. 59–64.
7. 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.
8. Brenner M., Glayton J.L., Tillou et al. Risk factors for recurrence after repair of enterocutaneous fistula. Arch. Surg. 2009, V.144, 6, P. 500–505.
9. Ross H. Operative Surgery for enterocutaneous Fistula. Clin. colon Rectal Surg. 2010, 23, P. 190–194.
10. Tong CY, Lim LL, Brody RA. High output enterocutaneous fistula: a literature review and case study. Asia Pac Clin Nutr. 2012, V. 21, № 3, P. 464–469.
11. Baradi H., Walsh R. M., Henderson J. M. et al. Postoperative jejunal feeding and outcome of pancreaticoduodenectomy. J. Gastrointest. Surg. 2004, V. 8, N4, P. 428–433.
12. Willcutts K. The art of fistuloclysis: nutritional management of enterocutaneous fistulas. Pract. Gastroenterol. 2010, № 87, P. 47–56.
13. Marco B., Gianotti L., Gentilini O. et al. Early postoperative enteral nutrition improves gut oxygenation and reduces costs compared with total parenteral nutrition. Crit. Care Med. 2001, № 29, P. 242–248
14. Nicola W. Nutrition support to patients undergoing gastrointestinal surgery. Nutr. J. 2003, № 2, – P. 1–5.
15. Baradi H., Walsh R. M., Henderson J. M. et al. Postoperative jejunal feeding and outcome of pancreaticoduodenectomy. J. Gastrointest. Surg. 2004, Vol. 8, N4, P. 428–433.