

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Б.Ц. Бальжинимаяев, Б.Ч. Дамдинов

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ПОСЛЕ ПОВТОРНОГО УШИВАНИЯ РАН ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)

Авторы предлагают новый способ профилактики несостоятельности швов после повторного ушивания ран, при применении которого сохраняется непрерывность тонкой кишки и пассаж кишечного содержимого, отсутствует подтекание его на брюшную стенку, нет мацерации кожи, водно-электролитных и белковых нарушений.

Ключевые слова: гнойный перитонит, несостоятельность шва

PREVENTION OF SUTURE FAILURE AFTER REPEATED WOUND CLOSURE OF DUODENUM AT DISSEMINATED PURULENT PERITONITIS

A.D. Bikov, G.F. Zhigayev, B.Ts. Balzhinimayev, B.Ch. Damdinov

Buryat State University, Ulan-Ude
Buryat Branch of SC RRS ESSC SB RAMS, Ulan-Ude

The authors suggest the new method of prevention of suture failure after repeated wound closure. Applying of this method may preserve continuity of small intestine and passage of intestinal contents, there is no leaking of intestinal contents on the abdominal wall, no skin maceration, water-electrolytic and albuminous disturbances.

Key words: purulent peritonitis, suture failure

При продольных и поперечных разрывах двенадцатиперстной кишки, ножевых и огнестрельных ранениях, при массивном обсеменении ретродуоденального пространства содержимым двенадцатиперстной кишки, наличии флегмоны забрюшинного пространства и перитонита имеется большая опасность несостоятельности швов с последующим неблагоприятным прогнозом, который зависит от сроков проведения операции с момента травмы.

Предложенные методы хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки сводятся к ушиванию повреждений с последующим широким дренированием, либо к выключению поврежденного сегмента кишечной трубки из пассажа. Перечисленные методы характеризуются высокой частотой несостоятельности дуоденальных швов (17–32%), прогрессированием перитонита и высокой летальностью, достигающей 50%.

Обязательным условием завершения хирургического вмешательства является надежная декомпрессия двенадцатиперстной кишки, восстановление пассажа пищи по кишечнику, что достигается с помощью предлагаемого способа.

В способе профилактики несостоятельности швов после повторного ушивания ран двенадцатиперстной кишки в условиях распространенного гнойного перитонита и забрюшинной флегмоны, проводили двойную декомпрессию двенадцатиперстной кишки, еюностомию типа Майдля.

После санации брюшной полости и забрюшинного пространства проводили ушивание ран, выполняли еюностомию типа Майдля по предложенной нами методике, к месту ушитых ран подводили назодуоденальный зонд, через сформированную еюностому или энтеростому заводили второй зонд проксимально в просвет двенадцатиперстной кишки и укладывали рядом с назодуоденальным, создавая более надежную двойную декомпрессию двенадцатиперстной кишки.

Преимуществом стомы типа Майдля является сохранение непрерывности кишечника, а, следовательно, и пассажа кишечного содержимого по кишечнику; отсутствие значительного подтекания кишечного содержимого на брюшную стенку, а, следовательно, и отсутствие мацерации кожи, водно-электролитных, белковых нарушений вследствие потерь кишечного химуса, которое наблюдается при других видах кишечных стом.

Еюностомию типа Майдля создает надежную декомпрессию кишечника в условиях выраженного пареза, и вместе с тем, создавая постоянную декомпрессию, снимает механическую нагрузку с межкишечного анастомоза и предохраняет от несостоятельности швов этого анастомоза.

Выполняли срединную лапаротомию, ревизию брюшной полости, при которой оценивали количество и характер патологического выпота, его распространенность. Удаляли дуоденальное содержимое. После ревизии брюшной полости, забрюшинного пространства, мобилизации двенадцати-

перстной кишки, санации брюшной полости и забрюшинного пространства проводили ушивание ран стенки кишки после их несостоятельности двухрядными швами атравматичной нитью 4/0. Выполняли еюностомию или энтеростомию типа Майдля по предложенной нами методике. Итраоперационно заводили назоудоденальный зонд к месту ушитой раны двенадцатиперстной кишки. Через еюностому проксимально подводили второй зонд, который укладывали рядом с назоудоденальным. В зонд, заведенный через еюностому или энтеростому, дистально проводили кормление, исключаящее пассаж пищи по двенадцатиперстной кишке. Операцию заканчивали дренированием брюшной полости.

Клинический пример:

Больной Д. 36 лет, история болезни № 2317 поступил в клинику экстренном порядке, через 1 час после огнестрельного пулевого ранения брюшной полости.

При ревизии в брюшной полости обнаружено до 600 мл свежей крови, сгустков с примесью кишечного содержимого. На расстоянии около 10 см от связки Трейтца, обнаружены три сквозные раны тонкого кишечника. Было произведено ушивание ран кишечника двухрядными швами, санация и дренирование брюшной полости сигарообразными дренажами и силиконовыми трубками. Срединная рана ушита наглухо. Через четыре дня с клиникой разлитого перитонита взят на операцию — релапаротомию.

Диагноз: незамеченное ранение передне-нижней стенки нижнегоризонтального отдела двенадцатиперстной кишки, разлитой серозно-фибринозный перитонит, ретроудоденальная флегмона.

Операция: релапаротомия, ушивание раны двенадцатиперстной кишки, санация, дренирование брюшной полости. Декомпрессия двенадцатиперстной кишки с помощью назоудоденального зонда.

Под эндотрахеальным наркозом сняты кожные швы. Имеется частичное нагноение послеоперационной раны. В брюшной полости до 500 мл мутного серозного выпота с хлопьями фибрина, без запаха. Имеется ретроудональная гематома. Швы на тонкой кишке состоятельны. Двенадцатиперстная кишка мобилизована по Кохеру.

Опорожнилась гематома с примесью дуоденального содержимого. В ретроудоденальном пространстве выраженный налет фибрина, пропитывание клетчатки забрюшинного пространства гнойным содержимым с примесью дуоденального.

Произведена санация брюшной полости и ретроудоденального пространства тремя литрами раствора фурацилина. Брюшная полость осушена. На передне-нижней стенке нижнегоризонтального отдела двенадцатиперстной кишки обнаружена пулевая проникающая рана размером 0,4 × 0,5 см. Края раны иссечены. Произведено ее ушивание двухрядными швами в поперечном на-

правлении. Брюшная полость и место ранения дренированы сигарообразными дренажами и силиконовыми трубками с целью декомпрессии.

На вторые сутки послеоперационного периода состояние больного тяжелое, живот вздут, болезненный во всех отделах. Язык сухой, обложен. Перистальтика кишечника не выслушивается. По дренажу, подведенному к месту ушивания раны двенадцатиперстной кишки, до 800 мл отделяемого с примесью желчи. Появился отек поясничной области и брюшной стенки справа. С клиникой забрюшинной флегмоны и подозрением на затек дуоденального содержимого в брюшную полость, несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки взят на релапаротомию. Сняты швы с брюшной стенки. В брюшной полости до 300 мл мутного серозного выпота с хлопьями фибрина. Выявлена полная несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки с затеканием содержимого в забрюшинное пространство справа с образованием флегмоны с распространением до малого таза.

Произведено ушивание раны двухрядными швами атравматической нитью викрил — 4/0. Выполнена еюностомия по Майдлю с целью декомпрессии. Кормление в послеоперационном периоде через еюностому. Ретроградно заведен зонд в двенадцатиперстную кишку с целью декомпрессии, оставлен назоудоденальный зонд. Забрюшинное пространство дренировано через отдельный разрез в поясничной области справа. Выделилось до 50 мл гнойного содержимого. Брюшная полость осушена, дренирована сигарообразными дренажами и силиконовыми трубками, которые подведены также и к месту ранения двенадцатиперстной кишки. Через еюностому заведен второй зонд дистально для кормления в послеоперационном периоде.

Рана брюшной стенки ушита наглухо на трубках-амортизаторах.

Послеоперационный период протекает тяжело. По назоудоденальному зонду до 500 мл дуоденального содержимого, по зонду, введенному ретроградно через еюностому — до 900 мл. Повязки промокают гнойно-кровянистым отделяемым.

На третьи сутки начато энтеральное питание по зонду через еюностому питательными смесями.

Сигарообразные дренажи удалены из брюшной полости на 4-е сутки. Оставлены силиконовые трубки в забрюшинном пространстве и ретроудоденальном, через которые выделялось гнойное содержимое в течение 5 дней. По еюностоме обильных выделений нет (повязка слегка промокает кишечным отделяемым). На 10-е сутки удален назоудоденальный зонд, на 18-е сутки удален дуоденальный зонд и начато кормление через рот. Отмечено нагноение послеоперационной раны брюшной стенки.

Через два месяца после поступления пациент в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение.

С применением данной методики оперированы двое больных. Осложнений и летальных исходов не отмечено.

Способ одновременно решает несколько задач в условиях распространенного гнойного перитонита: сохраняется непрерывность тонкой кишки и пассаж кишечного содержимого, отсутствует под-

текание его на брюшную стенку, нет мацерации кожи, водно-электролитных, белковых нарушений вследствие потерь кишечного химуса, которое наблюдается при других видах кишечных стом, уменьшается вероятность повторной несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки в условиях распространенного гнойного перитонита.