

МІСЦЕ ІНТУБАЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ НА РАННЮ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНУ ЗЛУКОВУ КИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ

Дейнека В. М.

Науковий керівник – Кононенко М. Г.

Сумський державний університет, кафедра хірургії з курсами дитячої хірургії та онкології

Рання післяопераційна злукова кишкова непрохідність (РПЗКН) є тяжким ускладненням в абдомінальній хірургії. Летальність пацієнтів, оперованих з приводу РПЗКН, досягає 23–30 % і не має тенденції до зниження. Одним з інтраопераційних етапів є інтубація тонкої кишки для її декомпресії та збереження просвіту на всьому протязі. Проте питання щодо показань, способу та тривалості інтубації залишаються остаточно не вирішеними.

Мета: проаналізувати результати хірургічного лікування пацієнтів із РПЗКН, яким проводили інтубацію тонкої кишки.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз 14 історій хвороб пацієнтів з РПЗКН, пролікованих в КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5», яким була застосована інтубація тонкої кишки. Перше хірургічне втручання було виконано в ургентному порядку у 11 (78 %) пацієнтів, а саме: апендектомія (1), зашивання перфоративної виразки (2), мезосигмоплікція (2), ентероліз (2), ентероліз із трансназальною інтубацією тонкої кишки (3), спленектомія (1). Планові втручання виконано у 3 (22 %) пацієнтів з приводу: сигморектальне анастомозування (1), лівобічна геміколектомія (1), цистовезикулопростатектомія з деривацією сечі крізь сегмент тонкої і товстої кишки (1). Тривалість першої операції склала: до 2 годин – у 7 (50 %), до 3 годин – у 3 (21,4 %), до 4 годин – у 2 (14,3 %), більше 6 годин – у 1.

Найбільш високоінформативними ознаками РПЗКН виявилися переймоподібний біль, здуття живота, збільшення стоку зі шлунку, блювання. Релапаротомію проведено в усіх пацієнтів з метою усунення перешкоди та декомпресії тонкої кишки на 4 добу – у 1, на 5 – у 1, на 6 – у 4 (28,6 %), на 8 – у 2, на 10 – у 1, на 11 – у 2, на 12, 14 та 15 добу – по 1. Причиною РПЗКН були поодинокі злуки за типом шварт у 3 (21,4 %), множинні злуки в усіх ділянках – у 7 (50 %), щільний злуковий конгломерат – у 4 (28,6 %). Тонка кишка була фіксована до післяопераційного рубця у 5 (35,7 %) пацієнтів. В усіх хворих діаметр тонкої кишки був більший за 4 см.

Під час релапаротомії, крім ентеролізу, проведено: трансназальну інтубацію тонкої кишки – у 9 (64,3 %), трансцекальну інтубацію тонкої кишки – у 3 (21,7%), резекцію тонкої кишки з її трансцекальною інтубацією – у 2 (14 %).

У 3 (4,4 %) пацієнтів з РПЗКН під час першої операції проведено ентероліз та трансназальну інтубацію тонкої кишки, згідно показань інтубаційний зонд видалено на 5, 6 та 10 добу, а релапаротомію з приводу РПЗКН виконано на 6, 10 та 14 добу відповідно.

Висновки: вірогідність РПЗКН зростає при вимушеній інтраопераційній травматизації, тривалості операції більше 5 годин та за локалізації злук у нижньому поверсі черевної порожнини. З метою забезпечення каркасної функції тривалість інтубації повинна бути більша, ніж необхідно для декомпресії тонкої кишки, тому більш доцільною є ретроградна інтубація.