

Е. Н. Гриценко

ОПЕРАЦИИ «SECOND-LOOK» В ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, дети, операции «second-look», резекция кишки.

Проблема оценки жизнеспособности ущемлённых петель кишки при острой кишечной непроходимости у детей всегда была, есть и, вероятно, в обозримом будущем будет оставаться актуальной проблемой абдоминальной детской хирургии[7].

Существуют многочисленные способы определения жизнеспособности кишки, начиная от оценки внешнего вида (перистальтика, цвет, блеск серозной оболочки, пульсация сосудов) до сложных инструментальных методик (электроэнтеромиография, ультразвуковая флоуметрия, фотометрия, хромоскопия и электротермометрия кишечной стенки)[1,4,7]. Однако наличие такого множества способов свидетельствует о том, что не существует одного, отвечающего всем требованиям: простого, доступного, достоверного, безопасного. И, к сожалению, до настоящего времени в условиях большинства операционных хирург вынужден ориентироваться исключительно на визуальную оценку состояния сомнительной по жизнеспособности кишки. Но кроме видимых признаков ишемии (изменение окраски кишечника, отёк, наличие перистальтики, пульсации сосудов), возникают нарушения микроциркуляции, макроскопическое выявление которых практически не возможно. Именно они в дальнейшем определяют распространение процессов ишемии, прогнозирование которых затруднено[1,5].

Чаще всего вопрос хирургической тактики при сомнении в жизнеспособности участка кишки практическим хирургом решается по принципу: сомневаешься в жизнеспособности кишки – выполняй резекцию, объём же резекции определяется другим

принципом – лучше удалить часть здоровой кишки, чем оставить участок с сомнительной жизнеспособностью. Действительно, неверная оценка жизнеспособности кишки в послеоперационном периоде ведет к некрозу её стенки с развитием перитонита, а при наложении кишечного анастомоза в границах участка кишки с нарушенным кровообращением значительно повышается риск несостоятельности швов, что в конечном итоге и определяет послеоперационную летальность у этой группы больных[1,3,7]. Однако излишне радикальный подход также имеет свои отрицательные стороны в виде увеличения травматичности операции, операционно-анестезиологического риска, опасности формирования синдрома короткой кишки при обширных резекциях. Следует учесть, что в большинстве случаев резекции кишки у детей выполняются в очень неблагоприятных условиях: при крайне тяжёлом состоянии ребенка, на фоне декомпенсации систем, обеспечивающих гомеостаз. Таким образом, обнаружив во время операции участок кишки с сомнительной жизнеспособностью, особенно если он значителен по протяжённости, хирург оказывается в драматической ситуации выбора между выполнением травматичной операции и возможным риском грозных послеоперационных осложнений.

За период с 1990 по 2004 г. в отделении детской хирургии Полтавской детской городской клинической больницы были выполнены 23 резекции кишки у детей с острой кишечной непроходимостью. Показаниями к резекции считали некроз участка кишки или сомнение в его жизнеспособности вследствие инвагинации(10), ущемления спайками (5), ущемления дивертикулом Меккеля (4), заворота петель кишечника, в том числе при завороте „средней кишки”, изолированном завороте тонкой кишки у новорожденных (4). При анализе результатов патолого-гистологических исследований у детей, перенесших резекцию кишки, отмечено, что у 5 детей(21,7%)морфологические изменения в кишке ограничивались наличием отёка, диффузного полнокровия сосудов, кровоизлияний, участков воспалительной лейкоцитарной инфильтрации. В 10 случаях (43,4%) имелись

сегментарные, ограниченные очаги некрозов и кровоизлияний, объём которых был значительно меньше объёмов выполненных резекций. Лишь в 8 наблюдениях (34,8%) имелись обширные участки некроза, кровоизлияний, очагов воспаления, оправдывавшие объём выполненных резекций. Таким образом, и в большинстве наших наблюдений, объём резекций был завышен из опасения оставить в брюшной полости участок нежизнеспособной кишки.

Одним из возможных ключей к решению этой, казалось бы, неразрешимой проблемы явилось предложение В. Shaw (1957) при сомнении в жизнеспособности кишки при тромбозе брыжеечных сосудов проводить повторный осмотр кишечника через 12-24 часа после первой операции (second-look). За этот период кровообращение в кишке либо восстанавливается, либо формируется зона некроза с чёткой демаркационной линией, но ещё не возникают явления перитонита (В. С. Савельев, И. В. Спиридонов, 1979). Период до операции «second-look» используется для проведения интенсивной комплексной терапии, направленной на коррекцию гомеостаза, микроциркуляторных нарушений, реологических свойств крови, нарушений водно-электролитного и белкового баланса, и включающей детоксикационную, антикоагулянтную, ангиопротективную, спазмолитическую терапию[5,6].

Применение операций «second-look» позволяет:

1. Избежать неоправданной резекции кишки с сомнительной жизнеспособностью при острой кишечной непроходимости.
2. Уменьшить объём резекции, а, следовательно, улучшить отдалённые результаты.
3. При необходимости резекции выполнить операцию в более благоприятных условиях: в плановом порядке, после проведения интенсивной комплексной терапии, наиболее квалифицированной бригадой хирургов.

Упоминание о подобной тактике содержится в книге К. У. Ашкрафта, Т. М. Холдера «Детская хирургия» в главе «Мальротация», где сказано: «Если гангренозные изменения отмечаются на протяжении большей части средней кишки, то резекция не должна производиться. В такой ситуации следует ликвидировать заворот и, ограничив этим операцией, ушить брюшную полость. Через 12-24 часа производится лапаротомия с целью повторного осмотра кишечника. В некоторых случаях состояние части его улучшается настолько, что можно произвести резекцию с анастомозом или наложением кишечного свища без опасности развития синдрома короткой кишки».

Мы представляем свой скромный опыт использования операций «second-look» при острой кишечной непроходимости у детей, в надежде, что он окажется полезным для детских хирургов, занимающихся этой проблемой, и поможет более широкому внедрению этой тактики в повседневную работу.

За период с 1998 по 2004 год нами было выполнено 6 операций «second-look». Приводим наши наблюдения.

Ребёнок Х., 5 мес., переведен в детское хирургическое отделение из инфекционной больницы через 30 часов после начала заболевания в тяжёлом состоянии. Диагноз: Острая кишечная инвагинация. Произведена попытка консервативной дезинвагинации сквозным аэроинсуффляционным способом. Инвагинат значительно уменьшился в размерах, но добиться полного его расправления не удалось. После предоперационной подготовки ребёнок оперирован. Во время оперативного вмешательства выявлена двойная тонкокишечная и подвздошноободочная инвагинация. Произведена дезинвагинация, после которой в терминальном отделе подвздошной кишки на расстоянии 10 см от илеоцекального угла обнаружен участок сомнительной жизнеспособности длиной до 12 см, с множественными кровоизлияниями, сохранённой пульсацией сосудов брыжейки. Сомнительная петля погружена в брюшную полость, наложены провизорные швы на переднюю брюшную стенку, запланирована операция «second-look», перед которой

проводилась интенсивная комплексная терапия. Состояние ребёнка значительно улучшилось. Через 48 часов произведена операция «second-look», во время которой выявлен участок некроза терминального отдела подвздошной кишки длиной 10 см. Выполнена резекция некротизированного участка кишки с наложением анастомоза «конец в конец», аппендикостомия, интубация тонкой кишки через аппендикостому. Послеоперационный период протекал без осложнений, на момент выписки аппендикостома закрылась. Выписан с выздоровлением. Результат паталого-гистологического исследования: в стенке тонкой кишки некроз и кровоизлияния.

Ребёнок К., 10 лет, поступил в детское хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с диагнозом: Острая спаечная кишечная непроходимость. В прошлом ребёнок оперирован по поводу деструктивного аппендицита. Попытки разрешить непроходимость с помощью консервативных мероприятий оказались неэффективны. Произведена лапаротомия, разъединение спаек, устранение кишечной непроходимости. Во время операции в правой подвздошной области на расстоянии 20 см от купола слепой кишки была выявлена шнуровидная спайка, ущемлявшая петлю подвздошной кишки длиной 20 см. Спайка рассечена, ущемленная петля кишки синюшно-багрового цвета, брыжейка отёчна, с кровоизлияниями, пульсации сосудов не отмечено. В связи с сомнениями в жизнеспособности кишечной петли была назначена операция «second-look», сомнительная петля погружена в брюшную полость, брюшная полость ушита провизорными швами. Через 48 часов после проведения интенсивной терапии произведена операция «second-look», во время которой кишка признана жизнеспособной. Дальнейший послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан с выздоровлением.

Ребёнок Б., 1 год 4 мес., переведена в отделение интенсивной терапии из инфекционной больницы в крайне тяжелом состоянии с явлениями шока, судорожного синдрома. После предоперационной подготовки ребёнок оперирован. При оперативном

вмешательстве выявлена странгуляционная кишечная непроходимость, вызванная гангренозно измененным дивертикулом Меккеля, с некрозом подвздошной кишки. Произведена резекция дивертикула Меккеля и 60 см некротизированной подвздошной кишки, жизнеспособность ещё около 1 м тонкой кишки была сомнительна. Произведено наложение концевой энтеростомы, запланирована операция «second-look». Через 48 часов выполнена запланированная релапаротомия, во время которой констатирована жизнеспособность оставленного участка кишки. Через 2 месяца наложен тонко-толстокишечный анастомоз.

Ребёнок К., 4 дня, переведен из отделения интенсивной терапии родильного дома с диагнозом: Заворот «средней кишки»? После предоперационной подготовки ребенок оперирован, выявлен изолированный заворот тонкой кишки вокруг корня брыжейки на 720° , после устранения заворота практически вся тонкая кишка синюшно-багрового цвета, отёчна, перистальтика крайне вялая, пульсация сосудов резко снижена. Петли тонкой кишки были погружены в брюшную полость, запланирована операция «second-look». Через 48 часов выполнена запланированная релапаротомия, выявлено, что все петли тонкой кишки жизнеспособны. Дальнейший послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан с выздоровлением.

Ребёнок Л., 3 мес., оперирован по поводу заворота «средней кишки» на фоне множественных врождённых пороков развития. После устранения заворота выявлен участок тонкой кишки сомнительной жизнеспособности длиной до 60 см, в связи с чем, решено выполнить операцию «second-look». Через 48 часов при релапаротомии обнаружен участок гангренозно изменённой кишки длиной 30 см, выполнена резекция некротизированной кишки, наложена двойная энтеростома. Ребёнок умер спустя 2 мес. после операции. Причиной смерти явилась лёгочно-сердечная недостаточность на фоне бронхо-лёгочной дисплазии, множественных врождённых пороков развития.

Ребёнок Я., 8 дней, был оперирован по поводу заворота «средней кишки», во время операции выявлен тотальный некроз тонкой кишки. Операция «second-look» подтвердила предварительное заключение. В подобных случаях целесообразно воспользоваться рекомендацией К. У. Ашкрафта, Т. М. Холдера: « Если во время релапаротомии вся тонкая кишка остается по-прежнему гангренозно изменённой, то ... в такой ситуации правильнее ушить брюшную полость без резекции кишечника и полностью прекратить антибиотикотерапию. Больному лишь внутривенно вводят жидкость и обезболивающие средства, постепенно прекращая вентиляционную поддержку» [2].

Таким образом, в 2-х из представленных нами случаях использование тактики «second-look» позволило избежать неоправданной резекции кишечника при сомнении в его жизнеспособности, в 1-ом существенно уменьшить объём резекции. Выполнение операции «second-look» считаем оптимальным через 48 часов, так как, по нашим наблюдениям, до этих сроков не возникают явления перитонита.

Небольшое количество наблюдений не позволяют сделать окончательных выводов, использование тактики «second-look» в детской хирургии требует дальнейшего изучения.

Выводы:

1. При сомнении в жизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости у детей целесообразно использование тактики «second-look», заключающееся в проведении плановой релапаротомии и повторной оценке состояния кишечника через 48 часов.
2. Использование операций «second-look» позволяет избежать неоправданных резекций кишечника или существенно уменьшить их объём.

Гриценко Евгений Николаевич, ассистент курса детской хирургии УМСА. 36038

г. Полтава, ул. Халтурина д. 21 кв.6. Тел. роб. 7-89-22; дом. 57-32-06.

Литература:

1. Алексеев О.В. Оцінка життєздатності кишечника при гострій кишковій непрохідності, защемленій грижі, травмі живота, мезентеріальному тромбозі та емболії // Шпитальна хірургія. – 1999. - №1. – С. 127-131.
2. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия.- СПб., Хардфорд, 1996.- т.1-364 с.
3. Боднарь Б. Н., Горячев В. В., Шестобуз С. В. и др. Хирургическое лечение инвагинации кишечника у детей // Хірургія дитячого віку. -2004. - №3(4). – С.132-135.
4. Давиденко В. Б. Комплексная методика определения жизнеспособности кишки и перитонизация дискредитированных ее участков соседней петлѐй у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- К., – 1982. – 12 с.
5. Ольшанецкий А. А., Глазунов В. К., Румянцев Г. В. Повторный осмотр кишечника и выполнение многоэтапных операций в программе лечения сегментарного некроза и ишемического поражения тонкой кишки // Клінічна хірургія. – 2004. - №3. – С. 19-21.
6. Ольшанецкий А. А., Румянцев Г. В., Глазунов В. К. Управляемые релапаротомии и многоэтапные операции при сомнительной жизнеспособности кишки у больных с ущемлѐнной грыжей и острой непроходимостью кишечника // Харківська хірургічна школа. – 2004. - №1-2. – С.122-124.
7. Подкаменев В. В., Урусов В. А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей. - Иркутск: Издательство Иркутского университета. – 1986. – 160 с.

Резюме. Обсуждается возможность использования операций «second-look» у детей с острой кишечной непроходимостью при сомнении в жизнеспособности участка кишки. Представлен опыт лечения 6 детей.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, дети, операции «second-look», резекция кишки.

Резюме. Обговорюється можливість використання операцій «second-look» у дітей зі гострою кишковою непрохідністю при сумнівах у життєздатності ділянки кишки. Приведений досвід лікування 6 дітей.

Ключові слова: кишкова непрохідність, діти, операції «second-look», резекції кишки.

Summary. Possibility of using «second-look» operations in treatment of children with acute ileus, in case viability of intestine segment is doubted, is being analysed. The experience of treatment of six children has been presented.

Key words: ileus, children, operations «second-look», intestinal resection.