

СПАСИТЕЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ СТОЙКОМ ПАРЕЗЕ ТОНКОЙ КИШКИ У РАНЕНЫХ В ЖИВОТ — ПОДВЕСНАЯ ЭНТЕРОСТОМИЯ ПО С.С. ЮДИНУ (К 80-ЛЕТИЮ ОПИСАНИЯ АВТОРОМ МЕТОДА)

Ханевич М.Д.*

ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический
медицинский университет»,
Санкт-Петербург

DOI: 10.25881/20728255_2024_19_2_179

Резюме. Сергей Сергеевич Юдин в разгар Великой Отечественной войны в 1943 г. в работе «Как снизить послеоперационную смертность у раненых в живот на войне?» подробно описал предложенную им для устранения стойкого пареза тонкой кишки методику формирования подвешенной энтеростомии. Эта операция была выполнена более чем у 12% раненых в живот и получила широкую поддержку у военно-полевых хирургов. До середины 60-х гг. она оставалась основным способом в арсенале хирургов для разрешения стойкого пареза тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости.

Ключевые слова: энтеростомия, ранение живота, стойкий парез тонкой кишки.

LIFE-SAVING SURGERY FOR PERSISTENT PARESIS OF THE SMALL INTESTINE IN THE WOUNDED IN THE ABDOMEN — SUSPENDED ENTEROSTOMY ACCORDING TO S.S. YUDIN (TO THE 80th ANNIVERSARY OF THE DESCRIPTION OF THE METHOD)

Khanevich M.D.*

St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg

Abstract. Sergey Sergeyevich Yudin, at the height of the Great Patriotic War in 1943, in his work "How to reduce postoperative mortality among those wounded in the stomach in the war?", described in detail the method of forming a suspended enterostomy proposed by him to eliminate persistent paresis of the small intestine. This operation was performed in more than 12% of the wounded in the abdomen and received wide support from military field surgeons. Until the mid-60s, it remained the main method in the arsenal of surgeons for resolving persistent paresis of the small intestine in peritonitis and intestinal obstruction.

Keywords: enterostomy, abdominal injury, persistent paresis of the small intestine.

Идея наложения отверстия, которое бы сообщало просвет кишки с внешней средой с целью её декомпрессии, появилась в конце XVIII — начале XIX в. Однако, такого рода вмешательства неизменно заканчивались летальным исходом. Благоприятного исхода после формирования энтеростомы у больного с кишечной непроходимостью впервые добился чешский хирург, автор двустольного *anus praeternaturalis* K. Maydl в 1883 г. С этого момента энтеростома, как один из эффективных методов хирургического лечения кишечной непроходимости, стала применяться в медицинских учреждениях Европы и Америки. В 1902 г. на съезде германских хирургов L. Heidenhain доложил о применении энтеростомии у 6-ти больных с паралитической непроходимостью, четверо из которых выздоровели. По мере накопления клинического материала хирурги стали сдержанно относиться к подобным операциям. Это было связано с тяжёлыми гнойно-септическими осложнениями и высокой летальностью. Так, И.И. Греков в 1912 г. рекомендовал заменить энтеростомию опорожнением перерастянутых петель кишки путём её пункции с ушиванием отверстия после эвакуации содержимого. Повторный интерес к



Рис. 1. Юдин Сергей Сергеевич (1891–1954), старший инспектор-консультант при главном хирурге Красной армии.

энтеростомии возобновился в 30–40-х гг. прошлого столетия. Значительный вклад в разработку и пропаганду этого метода внёс С.С. Юдин (Рис. 1). Подробное описание наложение подвешенной энтеростомы он изложил в работе «Как снизить

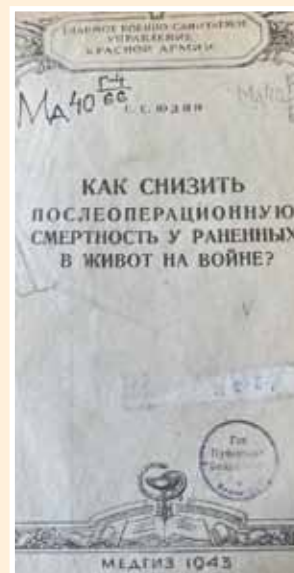


Рис. 2. Титульный лист книги С.С. Юдина «Как снизить послеоперационную смертность у раненых в живот на войне?».

послеоперационную смертность у раненых в живот на войне?», вышедшей в 1943 году [1] (Рис. 2).

Получившая название «Подвешенная энтеростомия по С.С. Юдину» операция вошла в арсенал военно-полевых хирургов

* e-mail: mdkhanevich@yandex.ru

Ханевич М.Д.

СПАСИТЕЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ СТОЙКОМ ПАРЕЗЕ ТОНКОЙ КИШКИ У РАНЕНЫХ

В ЖИВОТ — ПОДВЕСНАЯ ЭНТЕРОСТОМИЯ ПО С.С. ЮДИНУ (К 80-ЛЕТИЮ ОПИСАНИЯ АВТОРОМ МЕТОДА)

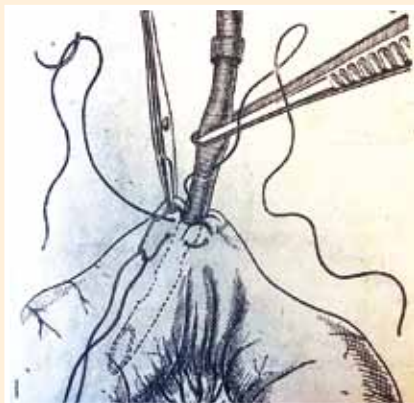


Рис. 3. Подвесная энтеростомия по С.С. Юдину. Введение зонда в просвет и фиксация его к стенке кишки.



Рис. 4. Подвесная энтеростомия по С.С. Юдину. Выведение зонда на переднюю брюшную стенку.



Рис. 5. Подвесная энтеростомия по С.С. Юдину. Фиксация зонда к передней брюшной стенке.

гов. По данным А.А. Бочарова и С.И. Банайтиса метод подвесной энтеростомии по С.С. Юдину был применён более, чем у 12% раненных, оперированных по поводу огнестрельных ранений живота.

Сокращённо техника её выполнения состояла в следующем. На противобрыжеечный край, выведенной в лапаротомную рану паретически изменённой петли тонкой кишки, накладывается кисетный шов. Операционное поле тщательно ограничивается тампонами. В центре кисетного шва продельвается отверстие, в которое вставляется дренажная трубка (зонд) диаметром 0,8–1 см и длиной 10–12 см с кососрезанным концом и двумя боковыми отверстиями. На неё предварительно накладывается резиновая манжета (Рис. 3).

С помощью кисетного шва эта манжета фиксируется к стенке кишки или погружается в её просвет с дополнительной фиксацией кишечного зонда путём прошивания одной нитью его стенки и стенки кишки. Через небольшой разрез кожи по наружному краю прямой мышцы живота брюшная стенка прокалывается троакаром. Через его просвет наружный конец дренажной трубки выводится из брюшной полости (Рис. 4).

Далее кишка за зонд подтягивается к передней брюшной стенке. Оказавшись снаружи, резиновая манжетка сдвигается к месту прокола кожи и фиксируется через него к апоневрозу (Рис. 5).

По мнению С.С. Юдина — это важнейший и самый ответственный этап всей операции. Для надёжности работы кишечного дренажа и профилактики отхождения кишки от передней брюшной стенке манжета дополнительно фиксировалась к коже капроновой нитью. Как правило, спасительная энтеростомия

по С.С. Юдину выполняла свою роль в первые 5–6 суток послеоперационного периода. Удалять зонд из просвета кишки рекомендовалось на 8–10 сутки. При тяжёлом парезе автор считал необходимым накладывать две подвесные энтеростомы: одну — в одном метре от связки Трейца, вторую — на один метр выше илеоцекального угла.

Несмотря на то, что подвесная энтеростомия по С.С. Юдину сыграла огромную роль в лечении раненных с огнестрельными ранениями живота, она не была лишена недостатков. Так, несмотря на простоту выполнения манипуляций, манжета не всегда могла создать надёжное соприкосновение висцерального и париетального листков брюшины. Наиболее частым осложнением было раннее отхождение тонкой кишки от передней брюшной стенки. Ряд авторов отмечали, что введение короткой энтеростомической трубки не давало возможность осуществить полноценную декомпрессию всей тонкой кишки. Кроме того, формировавшиеся после удаления энтеростомы высокие тонкокишечные свищи приводили к истощению больных. Тем не менее и в послевоенные годы эта операция находилась в арсенале неотложных хирургов и с успехом применялась при лечении тяжелых форм перитонита и кишечной непроходимости.

В 1965 г. начальник кафедры хирургии усовершенствования врачей №2 Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, во время войны главный хирург Черноморского флота,



Рис. 6. Начальник кафедры хирургии усовершенствования врачей №2 Военно-Медицинской академии им. С.М. Кирова, генерал-майор м/с, профессор Иван Демьянович Житнюк (1903–1976).

генерал-майор м/с, профессор И.Д. Житнюк (Рис. 6) в 12-м номере журнала «Вестник хирургии им. И.И. Грекова» опубликовал усовершенствованный им способ подвесной энтеростомии по С.С. Юдину [2]. В последующем этот метод декомпрессии тонкой кишки получил название «Подвесная ретроградная энтеростомия по И.Д.Житнюку» и, на протяжении 20 лет, в нашей стране являлся основным способом декомпрессии тонкой кишки при лечении перитонита и кишечной непроходимости.

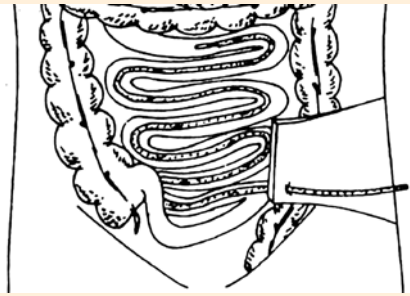


Рис. 7. Подвесная энтеростомия по И.Д. Житнюку. Схема расположения зонда в просвете тонкой кишки.

Суть энтеростомии по И.Д. Житнюку состояла в том, что дренирование тонкой кишки носит характер ретроградной интубации с использованием длинных кишечных зондов с множеством боковых отверстий (Рис. 7).

Начало дренирования тонкой кишки производилось в 10–60 см от илеоцекального угла. Нарезание отверстий в зонде осуществлялось через каждые 10 см. По мере продвижения зонда электроотсосом эвакуировалось тонкокишечное содержимое и газы. Выведение кишечного зонда на переднюю брюшную стенку осуществлялось в правой или левой подвздошной области. При фиксации кишки к передней брюшной стенке резиновая манжетка не использовалась. Вокруг зонда накладывались два инвагинационных кишечных шва. Кроме того,

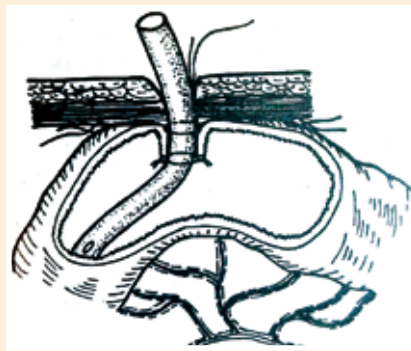


Рис. 8. Подвесная энтеростомия по И.Д. Житнюку. Фиксация кишки с энтеростомической трубкой к передней брюшной стенке.

отдельными швами стенка кишки фиксировалась к передней брюшной стенке (Рис. 8).

Усовершенствованный И.Д. Житнюком метод энтеростомии по С.С. Юдину оказался более эффективным и безопасным. Возникающие после удаления зонда кишечные свищи имели менее агрессивный характер. Они в течение 3–7 суток самостоятельно закрывались. Постепенно, в конце 80 — начале 90-х гг. открытые способы декомпрессии тонкой кишки при лечении перитонита и кишечной непроходимости были заменены закрытыми назагастроинтестинальными интубациями с использованием зондов типа Миллер-Эббота [3; 4].

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов (The author declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Юдин С.С. Как снизить послеоперационную смертность у раненых в живот на войне? — М., 1943. — 22с. [Yudin SS. How to reduce postoperative mortality among those wounded in the stomach in the war? М., 1943. 22 p. (In Russ.)]
2. Житнюк И.Д. Лечение динамической непроходимости при перитоните // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — Т.95. — №12. — С.8–11. [Zhitnyuk ID. Treatment of dynamic obstruction in peritonitis. — Bulletin of Surgery named after I.I. Grekov. 95(12): 8–11. (In Russ.)]
3. Нечаев Э.А., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости. — СПб. — 1993. — 238 с. [Nechaev EA, Kurygin AA, Khanevich MD. Drainage of the small intestine in peritonitis and intestinal obstruction. St. Petersburg. 1993. 238 p. (In Russ.)]
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под. ред. акад. РАН В.С. Савельева. — 2-е изд. — М.: Медицинское информационное агентство, 2014. — 544 с. [Guidelines for emergency surgery of abdominal organs. Acad. RAS V.S. Savelyev, editor. — 2nd ed. — Moscow: Medical Information Agency, 2014. 544 p. (In Russ.)]