

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Д.Т. Сыргаев, А. К. Кутманбеков, Б.С. Ниязов, А. Т. Тойгонбаев,
Т.И. Кудайбергенов, Абдыш уулу Э.

*Национальный хирургический центр МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Резюме. Представлен анализ лечения больных с острой кишечной непроходимостью различной этиологии, находившихся на лечении в клинике НХЦ МЗ Кыргызской Республики. Использование предложенных авторами положений диагностики, тактики и лечения больных позволило стабилизировать летальность среди больных с острой тонкокишечной непроходимостью на уровне 8,1%.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, спаечная непроходимость, диагностика, хирургическое лечение, назоинтестинальная интубация.

MEDICAL TACTICS IN ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

D.T. Syrgaev, A. K. Kutmanbekov, B.S. Niyazov, A.T. Toigonbaev,
T.I. Kudaibergenov, Abdysh uulu E.

*National Surgical Center MH KR,
Bishkek, Kyrgyz Republic*

Summary. An analysis of the treatment of patients with acute intestinal obstruction of various etiologies who were treated at the NHC clinic of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic is presented. The use of the diagnostic, tactical and treatment provisions proposed by the authors allowed the mortality rate to be stabilized among patients with acute small bowel obstruction at the level of 8.1%.

Key words: acute intestinal obstruction, adhesive obstruction, diagnosis, surgical treatment, nasointestinal intubation.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) продолжает оставаться одной из самых актуальных и трудноразрешимых проблем неотложной хирургии, рассматривается в работах

многочисленных авторов - Д.П. Чухриенко (1960), А.Е. Норенберг-Чарквилиани (1969), Ю.Н. Дедерера (1971), Н.Н. Александрова, М.И. Лыткина и соавт. (1980), Г.А. Ефимова, Ю.М. Ушакова (1984),

В.П. Петрова, И.А. Ерюхина (1989) [1, 2]. Сохраняется рост числа больных с ОКН. Больные с ОКН составляют от 2 до 4,3% от общего числа пациентов в хирургических стационарах, а в структуре неотложных хирургических заболеваний удельный вес их достигает до 27,1% [2, 3].

Значительно увеличился удельный вес ОКН среди лиц пожилого и старческого возраста, а вместе с этим участились поздняя обращаемость [3], ошибки диагностики на всех этапах и неэффективность лечения в поздних стадиях заболевания [4].

Не менее важной особенностью является изменение структуры причин ОКН. Значительно реже стали встречаться узлообразования, инвагинации [3, 4], что привело к снижению настороженности врачей к этим формам заболевания и утрате навыков их распознавания. В то же время возросшая частота обтурационной и спаечной непроходимости [2, 5, 6], стойких послеоперационных парезов тонкой кишки, отсутствие надежных способов ранней диагностики [7] и единой лечебной тактики нередко приводят к выполнению запоздалых операций, либо напрасных вмешательств, когда непроходимость можно устранить консервативным путем [4].

Несмотря на временные достижения хирургии и интенсивной терапии, результаты лечения ОКН нельзя признать удовлетворительными. Как известно, среди всех острых

хирургических заболеваний органов брюшной полости, ОКН сопровождается самой высокой летальностью [7], достигающей, по последним сообщениям 17-21% при неопухолевой этиологии [4, 6] и 14-60% при опухолевой, преимущественно толстокишечной [3].

Проблема эффективного лечения ОКН и перитонита еще далека от окончательного разрешения. Улучшение результатов лечения данного заболевания является одной из важнейших задач хирургии.

В настоящей работе представлен анализ лечения больных ОКН, находившихся на лечении в клинике НХЦ МЗ Кыргызской Республики с 1995 по 1999гг.

В связи с тем, что фактор времени при лечении больных ОКН играет часто решающую роль, основные диагностические исследования целесообразно проводить в приемно-диагностическом отделении, откуда одни больные направляются сразу в операционную, другие - в отделение реанимации и интенсивной терапии для предоперационной подготовки, а некоторые - для более детальной диагностики или консервативного лечения в специализированные отделения стационара. У 171 больных (12,5%) из 1368 поступивших с диагнозом ОКН, это заболевание было безошибочно отвергнуто при первичном осмотре в приемном отделении. Причины ОКН даны в таблице 1.

Таблица 1

Основные причины ОКН среди оперированных больных

Причины непроходимости	Кол-во больных	%
I. Тонкокишечная непроходимость	336	76,2
1. Спаечно-обтурационная	127	28,8
3. Обтурационно-тонкокишечная	30	6,8
А. Опухолевого генеза	12	
Б. Неопухолевого генеза	18	
4. Ущемленные грыжи, осложненные ОКН	35	7,9
5. Заворот тонкой кишки	12	2,8
6. Инвагинация тонкой кишки	4	0,9
7. Ранняя послеоперационная спаечная тонкокишечная	36	8,1
II. Толстокишечная непроходимость	105	23,8
8. Обтурационная толстокишечная непроходимость	85	19,2
А. Опухолевого генеза	84	
Б. Неопухолевого генеза	1	
9. Заворот ситовидной кишки	12	2,8
10. Спаечно-толстокишечная непроходимость	3	0,7
11. Динамическая толстокишечная непроходимость	5	1,1
ВСЕГО	441	100

Таблица 2

Операции при тонкокишечной непроходимости

Вид операции	Кол-во	%
1. Рассечение спаек	184	54,7
2. Наложение обходного межкишечного анастомоза	8	2,4
3. Резекция тонкого кишечника	62	18,5
4. Резекция спаечного конгломерата	9	2,7
5. Наложение илеоасцендоанастомоза	48	14,3
6. Интубация тонкого кишечника	19	5,6
7. Энтеротомия	6	1,8
ВСЕГО	336	> 100

Из 398 больных (29,1%), которым в приемном отделении был установлен диагноз ОКН, 263 (19,1%) были сразу направлены в операционную, где им выполнены неотложные оперативные вмешательства. Предоперационная подготовка в реанимационном отделении проводилась 135 (9,9%) больным с тяжелыми водноэлектролитными нарушениями и гиповолемией. при осложнении кишечной непроходимости

перитонитом или эндотоксиновым шоком. Она обычно занимала не более 1,5-2 часа и позволяла произвести операцию в более выгодных условиях, на фоне улучшенных показателей гомеостаза. Объем предоперационных инфузий составил 1,5-2 литра с обязательным включением кристаллоидов, антибиотиков, а также препаратов, улучшающих реологические свойства крови и микроциркуляцию.

Ответственным моментом в лечении ОКН является определение показаний к операции. В случае странгуляционной формы ОКН, этот вопрос решается однозначно в пользу экстренного хирургического лечения. Лечение спаечной тонкокишечной и обтурационной толстокишечной непроходимости при отсутствии признаков мезентериального кровотечения, перитонита и интоксикации тяжелой степени начали с интенсивной консервативной терапии. Особенно это касается пациентов, ранее оперированных по поводу спаечной непроходимости.

Консервативная терапия, направленная на восстановление водно-электролитного и энергетического баланса организма и, включающая медикаментозную нейровегетативную защиту, перидуральную анестезию и сакроспинальную блокаду, более чем в половине случаев дает положительный эффект. Необходимо учитывать, что спаечнокишечная непроходимость представляет собой смешанный вариант заболевания и может протекать с преобладанием странгуляционного компонента. В связи с этим при консервативном лечении необходимо избегать применения препаратов, сильно возбуждающих моторную активность кишечника. Диагностически ценным при этом является рентгенологический контроль пассажа бария по тонкой кишке, который производится через каждые 4 часа. В специализированных учреждениях целесообразно выполнять зондовую энтерографию по В.П. Петрову (1989).

Методика: исследование производят с использованием достаточно ригидного

зонда, который после опорожнения желудка проводят за пилорический жом в 12-перстную кишку. Через зонд по возможности полностью удаляют содержимое из проксимальных отделов тощей кишки, а затем под давлением 200-250 мм в.д. ст., в нее вводят 500 мл 20-процентной бариевой взвеси, приготовленной на изотоническом растворе натрия хлорида. В течение 20-90 мин. проводят динамическое рентгенологическое наблюдение. Если в процессе исследования в тонком кишечнике вновь накапливается жидкость и газ, то содержимое удаляют через зонд, после чего контрастную взвесь вводят повторно.

Нарастание симптомов эндогенной интоксикации и появление признаков перитонита являются показанием для оперативного лечения. Консервативное лечение следует признать эффективным лишь в случаях исчезновения болей в животе, прекращения рвоты, уменьшения вздутия живота, отхождения газов, исчезновения или резкого уменьшения «шума плеска», значительного уменьшения количества горизонтальных уровней на рентгенограммах, а также явного продвижения бариевой массы по тонкой кишке и появления ее в толстой кишке через 8-12 час. от начала исследования.

При толстокишечной непроходимости, если отсутствуют признаки перитонита и явления пареза тонкой кишки, необходимо попытаться разрешить ее посредством очистительных клизм. При расположении опухолевого препятствия в прямой кишке целесообразно под контролем ректоскопа провести зонд выше препятствия и отмыть толстую кишку от каловых масс. При отсутствии

эффекта в течение 2-3 часов следует склоняться к операции.

Изначально стойкой консервативной терапии требует и послеоперационный парез кишечника. При этом важно устранить причину, поддерживающую парез, обезболить и восполнить водно-электролитные и энергетические затраты организма, произвести декомпрессию верхних отделов ЖКТ и лишь после этого проводить стимуляцию двигательной активности кишечника, сочетая ее с применением различных видов нейровегетативных блокад. Эффективными в таких случаях является назо-интестинальная интубация с последующей активной декомпрессией начальных отделов тонкой кишки. Если консервативная терапия, проводимая в течение двух суток оказывается неэффективной, а также в случаях более быстрого нарастания симптомов эндогенной интоксикации и появления симптомов перитонита, показана срочная операция.

Целью хирургического пособия при ОКН является не только устранение препятствия, обусловившего непроходимость и восстановление пассажа по кишечной трубке, но и ликвидаций основного заболевания, ставшего причиной непроходимости, а также профилактика рецидива ОКН.

Выполнение этих задач должно быть осуществлено наиболее простыми и доступными способами. Важно отметить, что почти в половине случаев неблагоприятные исходы оперативного лечения ОКН связаны с тактическими ошибками во время операции. Наибольшее число из них относится к неправильной оценке жизнеспособности стенки кишки. Отсутствие надежных

способов определения границ нарушенного кровообращения в стенке кишки породило рекомендацию производить резекцию ее, отступя 40 см проксимальнее и 20 см дистальнее от видимого некроза. Такая рекомендация может быть приемлема при поражениях тонкой кишки в средней ее трети, а при субтотальном некрозе, при локализации некроза вблизи связки Трейтца или около илеоцекального угла выполнение ее бывает часто сопряжено со значительными техническими трудностями или с наложением функционально невыгодных тонко-толстокишечных анастомозов, выключаящих из пассажа химуса правую половину ободочной кишки. В связи с чем, в клинике неотложной хирургии НХЦ МЗ КР с 1989 г. выполняется операция: илеоасцендостомия с управляемой илеостомой.

Новизна данной операции состоит в следующем

1. Создание анастомоза, препятствующего обратному забрасыванию содержимого из толстой кишки тонкую.

2. Декомпрессия толстого кишечника и анастомоза с использованием Баугиниевой заслонки для предотвращения несостоятельности швов тонко-толстокишечного анастомоза.

3. Сохранение правой половины ободочной кишки и илеоцекального угла -регулятора моторной функции ЖКТ.

4. Клапанный илеоасцендо-анастомоз предупреждает развитие дисбактериоза тонкого и толстого кишечника.

5. Управляемая столбиковая илеостома закрывается в основном самостоятельно без повторных оперативных вмешательств.

Не менее важным вопросом в лечении ОКН является определение показаний и выбор способа дренирования кишечника. Чаще всего выполняется длительное дренирование. Оно показано при:

1. ОКН осложненной или в сочетании с перитонитом.
2. Ранней спаечной или паралитической послеоперационной непроходимости.
3. Резком перерастяжении стенки кишки и наличии в ней морфофункциональных и гемодинамических нарушений.
4. Резекции кишки или ушивание дефекта в ее стенке в условиях пареза или переполнении содержимым.
5. Повторных оперативных вмешательствах по поводу спаечной непроходимости.

Однократная декомпрессия показана при переполнении проксимальных отделов тонкой кишки содержимым при отсутствии перитонита, появления перистальтики в ответ на механическое воздействие и восстановление перистальтики вскоре после декомпрессии кишки, отсутствие спаечного процесса брюшной полости.

Среди способов дренирования кишки наибольшее распространение получило назоинтестинальное дренирование. Этот способ не только прост в техническом выполнении, но и является наиболее эффективным и безопасным. Однако, у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также в случаях, когда невозможно выполнить назоинтестинальное дренирование по техническим причинам и при преимущественном поражении

дистальных отделов тонкой кишки, следует выполнить цекоэнтеростомию.

К важным задачам лечения ОКН следует отнести определение объема и выбор рационального завершения оперативного пособия. Технические сложности оперирования возникают при обнаружении конгломерата петель тонкой кишки при спаечной непроходимости. В этих случаях целесообразно прибегать к наложению обходных тонкокишечных анастомозов или тонко-толстокишечных анастомозов, а если позволяют условия производить резекцию конгломерата.

При опухолевом поражении тонкой и толстой кишок следует стремиться к радикальному удалению опухолей. Однако, при крайне тяжелом состоянии больного выгоднее наложить обходной анастомоз или разгрузочную колостому. При резекции тонкой кишки предпочтение следует отдавать физиологически более выгодному анастомозу по типу «конец в конец», но при чрезмерном перерастяжении приводящей кишки безопаснее формировать анастомоз «бок в бок» (табл. 2, 3).

При толстокишечной непроходимости не следует накладывать первичный анастомоз в условиях перитонита и стойкого пареза. Ведение послеоперационного периода необходимо рассматривать как продолжение единой программы лечебного мероприятия, начатых в ходе предоперационной подготовки к операции. При этом основное внимание уделяем на борьбу с эндогенной интоксикацией и токсемией, коррекцию водноэлектролитных нарушений, устранению тканевой гипоксии и восстановлению двигательной активности кишечника. С

этой целью в нашей клинике широко применяются комбинированные методы экстра-корпоральной детоксикации с 1992 г. Учитывая тот факт, что главным

источником эндогенной интоксикации при ОКН является кишечник, важное место отводится кишечному диализу и энтеросорбции.

Таблица 3

Операции при толстокишечной непроходимости

Вид операции	Кол-во	%
1. Резекция пораженного сегмента с колостомой	12	11,4
2. Правосторонняя гемиколэктомия	14	13,4
3. Левосторонняя гемиколэктомия	10	9,5
4. Операция Гартмана	43	41
5. Операция Гаген-Торна	6	5,7
6. Пристеночная цекостомия	6	5,7
7. Пристеночная сигмостомия	8	7,6
8. Расправление заворота	6	5,7
ВСЕГО	105	100

При запущенных случаях, кишечный диализ и энтеросорбцию следует начинать уже вскоре после дренирования тонкой кишки и эвакуации ее содержимого. Наиболее простым и эффективным является фракционный метод промывания тонкой кишки до 5-7 раз в сутки с использованием 400 мл физраствора или воды. В качестве

энтеросорбентов можно использовать 5%-ный раствор энтеродеза, гемодез, реополиглюкин. Продолжительность кишечного диализа должна быть не более 3 суток после операции, а трубка должна находиться в кишечнике не менее 4 суток (табл. 4).

Таблица 4

Интубация кишечника при ОКН

Вид интубации	Кол-во больных	%
1. Однократная	38	15,7
2. Длительная, в том числе:	204	84,3
А. Назоинтестинальная	104	43
Б. По И.Д. Житнюку	26	10,8
В. По Майдлю	8	3,3
Г. Через цекостому	6	2,5
Д. Через илеостому	48	19,7
Е. Трансанально	12	5
ВСЕГО	242	100

Использование вышеизложенных положений диагностики, тактики и лечения больных позволило стабилизировать летальность среди больных с острой тонкокишечной непроходимостью на уровне 8,1%. Однако, продолжает оставаться высокой летальность при толстокишечной непроходимости, что связано в первую очередь с поступлением больных с запущенными формами опухолевого процесса, которые не поддаются радикальному лечению.

Таким образом, реальным путем улучшения результатов лечения больных с ОКН, по-нашему мнению является проведение более действенной санитарно-просветительной работы среди всех контингентов населения, повышение уровня специальных знаний медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений по ранней диагностике ОКН и в первую очередь - у больных пожилого и старческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринберг А.А., Богданов А.Е., Александрова Е.Г., Гилюянов С.В., Михальский В.В., Закиров Д.Б. Хирургическая тактика при опухолевой кишечной непроходимости // I конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. - Тезисы докладов и сообщений – Ташкент, 1996 - С. 79.
2. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость, М., 1989.
3. Алиев С.А., Аишафов А.А. Хирургическая тактика при обтурационной опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных с повышенным операционным риском // Хирургия. - 1997- №1 - С. 46-50.
4. Ибадильдин А.С., Образцов М.С., Кадырбаев Р.В. др. Лечебная тактика при острой кишечной непроходимости. // Первый Конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. Тезисы докладов и сообщений. - Ташкент, 1996. - С. 82-83.
5. Наврузов С.Н., Мехманов Ш.Р. Хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости // I конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова - Тезисы докладов и сообщений - Ташкент - 1996-С. 91.
6. Брискин, Б.С. Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость / Б.С. Брискин, И.А. Поляков // 9 Всерос. съезд хирургов. — Волгоград, 2000.-С. 148-149.
7. Богданов А.Е., Ступиц В.А., Закиров Д.Б., Михальский В.В. Функциональное состояние кишечника и хирургическая тактика у больных с ОКН // I конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. - Тезисы докладов и сообщений. –Ташкент, 1996 - С. 75.