

Мадьяров В.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

V.M. Madyarov

EFFICIENCY OF MEDICAL ACTIONS AT ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

УДК (616.34-007.272-02:616.381-007)

Для определения жизнеспособности кишечника и границ резекции при его некрозе необходимо внутривнутрибрюшное введение 1% водного раствора метиленовой синьки, который позволил избежать осложнений, связанных с неправильной оценкой жизнеспособности кишечника.

При острой кишечной непроходимости с эндотоксикозом 2 и 3 степени необходимо проводить назоинтестинальное дренирование, внутрикишечный лаваж озонированными растворами, раннее энтеральное зондовое питание и по показаниям раннюю электростимуляцию кишечника. Всё это позволило улучшить результаты лечения, в том числе, снизить число послеоперационных осложнений на 33,9% и послеоперационную летальность на 17,3%.

For definition of viability of intestines and resection borders at it necrosis it is necessary intramesenteric introduction of a water solution of 1% metilen's blues which has allowed to avoid the complications connected with a wrong estimation of intestines viability.

At acute intestinal obstruction with endotocsis of 2 and 3 degrees it is necessary to spend nasointestinal drainage, intrainestinal lavage of the ozonized solutions, early enteralic food and under indications early intestines electrostimulation. All it allow to improve the results of treatment, including, reduce number of postoperative complications on 33,9 % and a postoperative lethality on 17,3 %.

Актуальность. До настоящего времени проблема хирургического лечения, диагностической тактики при острой кишечной непроходимости (ОКН) остается актуальной.

Несмотря на достигнутые успехи в хирургической науке, послеоперационная летальность и осложнения при ОКН не имеют тенденции к снижению. Они установлены в 3-21% по данным авторов [1,2], а при непроходимости опухолевого генеза до 66% [3]. Наиболее значимой причиной таких неудовлетворительных результатов являются поздняя госпитализация и развитие трудно коррегируемого эндотоксикоза.

По современным представлениям патогенез эндотоксикоза при острой непроходимости кишечника взаимосвязан с нарушением защитно-барьерной функции тонкой кишки, массивной транслокацией энтеральной симбионтной микрофлоры в порталное русло, развитием функциональной несостоятельности печени, системной бактериемией и токсинемией. Кишечник становится основным источником эндогенной интоксикации [4,5,6,7,8,9].

В связи с этим, учитывая ведущую роль "интестинального компонента" эндотоксикоза при острой непроходимости кишечника, патогенетически обоснованным является применение декомпрессионной назоинтестинальной интубации с внутрикишечным лаважем озонированными растворами, электростимуляции кишечника в раннем послеоперационном периоде и раннее энтеральное зондовое питание [10,11,12,13,14].

Материалы и методы исследования. Анализ наших клинических наблюдений включает 250 больных с острой непроходимостью кишечника, поступивших в хирургические стационары за 5 лет. По принципам лечения все больные были разделены на 2 группы. В 1 группе (132 больных) диагностика, лечение проводилось по общепринятой схеме, что выражалось в том, что у данного контингента не были использованы объективные методы оценки жизнеспособности кишечника, не применялись методы энтеральной детоксикации и электростимуляции кишечника. Интраоперационная оценка жизнеспособности кишечника у данной группы осуществлялась традиционными визуально-пальпаторными методами.

Во 2 группе (118 больных) лечение проводилось с использованием разработанной в клинике комплексной программы энтеральной детоксикации, включающей декомпрессионную назоинтестинальную интубацию, внутри-кишечный лаваж озонированными растворами, раннюю электрости-муляцию кишечника, раннее энтеральное питание питательными смесями. В этой группе больных оценка жизнеспособности кишечника осуществлялась путём применения 1% водного раствора метиленового синего. Кроме вышперечисленных методов, больные этой группы получали общепринятое лечение.

Обсуждение результатов. Анализ клинических и лабораторных критериев эндогенной интоксикации показал, что у больных обеих групп при поступлении имелись выраженные признаки эндотоксикоза, которые в большей степени сохранялись в первые 3-е суток после операции, что было связано с тяжестью оперативного пособия.

В 1-е сутки после оперативного вмешательства было отмечено, что у больных 2 группы церебральные нарушения были менее выражены и восстановление функциональной активности кишечника отмечалось у 37 (31,4%) больных, тогда как у больных 1 группы в эти же сроки перистальтика не прослушивалась.

Оценивая динамику основных показателей эндотоксикоза на 2-3 сутки, следует отметить, что у больных 2 группы эндогенная интоксикация была менее выраженная, чем у больных 1 группы.

Во 2 группе на 2-е послеоперационные сутки восстановилась перистальтика у 69 (58,5%) пациентов, на 3-и сутки отмечено восстановление перистальтики и отхождение газов у 114 (96,6%) больных, тогда как в 1 группе - 27 (20,5%) на 2 послеоперационные сутки и 81 (61,4%) на 5 сутки после операции. Церебральные нарушения у больных 2 группы на 2-3 сутки купировались у 103 (87,3%), в первой группе сохранились у 70 (53,0%).

Оценивая динамику лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в исследуемых группах выявлено, что во 2 группе на 2-3 сутки после операции отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение этого показателя по сравнению с 1 группой в 1,54 раза, снижение миоглобулина (МГ) сыворотки крови в 1,3 раза (табл.1).

Проведя сравнительную оценку динамики эндотоксикоза на 5-е сутки после операции, нами отмечено, что величина частоты сердечных сокращений (ЧСС) во 2 группе уменьшилась в 1,17 раза по сравнению с 1 группой. Уровень

систолического артериального давления (САД) приближался к норме в обеих группах, частота дыхания (ЧД) была ниже во второй группе в 1,2 раза.

На 5-е послеоперационные сутки у больных 2 группы нормализовались церебральные нарушения. В 1 группе церебральные нарушения в эти же сроки сохранились у 62 (47,0%) пациентов.

В анализируемых группах на 5-е сутки после операции отмечалась нормализация величины почасового диуреза, но уровень мочевины сыворотки крови во 2 группе был ниже в 1,6 раза по сравнению с 1 группой. Креатинин сыворотки крови в 1,39 раза ниже у больных 2 группы по сравнению с 1 группой.

Уровень ЛИИ и МГ сыворотки крови на 5-е сутки после операции были выше у пациентов 1 группы, чем у больных 2 группы (ЛИИ в 2 раза, МГ в 1,6 раза).

Анализ динамики основных клинических и лабораторных показателей показал, что комплексное использование методов энтеральной детоксикации, электростимуляции кишечника у больных 2 группы позволило добиться более раннего купирования признаков эндогенной интоксикации и восстановления функциональной активности кишечника.

Таблица 1

Сравнительный анализ динамики ЛИИ, МГ у больных 1 и 2 групп (M+m)

Показатели	Статистические показатели	Контроль (норма)		До операции	После операции		
					1 сут.	2-3 сут.	5 сут.
ЛИИ, расч. ед	M ± m V N	1,50±0,5 48,3% 20	1 группа	4,74±0,37 58,5% 132	8,98±0,48; 32,6% 132	7,67±0,44; 40,9% 132	5,81±0,39 48,5% 132
			2 группа	4,84±0,17* 35,5% 118	6,78±0,38; 36,6% 118	4,97±0,44; 41,7% 118	2,81±0,19 53,5% 118
Миоглобин сыворотки крови, нг/мл	M±m V N	34,20±1,92 24,7% 20	1 группа	529,75± 11,31 12,3% 132	717,17±12,76; 11,2% 132	661,34±12,76; 11,2% 132	279,81±12,85 25,6% 132
			2 группа	539,75± 12,31* 12,5% 118	617,17±9,76 8,2% 118	521,34±13,76 15,2% 118	179,81±11,85 35,6% 118

Примечание: * - достоверность различий между группами ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ результатов хирургического лечения с учётом объёма выполненного оперативного пособия показал, что в 1 группе из 132 больных у 33 (25,0%) выполнено устранение причины непроходимости с интубацией кишечника, 15 (11,4%) больным выполнено устранение причины непроходимости с энтеротомией и одномоментной

ретроградной интубацией и 84 (63,6%) - резекция тонкой кишки.

В 1 группе из 132 больных умерло 34, что составило 25,8%. Послеоперационные осложнения у больных 1 группы развились у 71 (53,8%), из которых у 18 (13,6%) связаны с неправильной интраоперационной оценкой жизнеспособности кишечника. У 4 (3,0%) - некроз петли тонкой кишки, у 11 (8,3%) несостоятельность швов межкишечного

анастомоза, у 2 (1,5%) - несостоятельность швов после энтеротомии.

Во 2 группе из 118 пациентов - 39 (33,0%) выполнено устранение причины непроходимости с интубацией кишечника, 79 (67,0%) резекция тонкой кишки, которая сочеталась с декомпрессионной назоинтестинальной интубацией и внутрикишечным орошением озонированными растворами. Причем 36 (30,6%) после определения показаний проводилась электростимуляция кишечника. Осложнений, связанных с неправильной оценкой нежизнеспособности кишечника не отмечалось. Умерло 10 пациентов (послеоперационная летальность составила - 8,5%).

Из приведённых выше данных видно, что использование у пациентов 2 группы для определения жизнеспособности кишечника и границ резекции при его некрозе 1% водного раствора метиленового синего, применение методов энтеральной детоксикации, ранней электростимуляции кишечника позволило снизить послеоперационную летальность на 17,3%.

Больным 1 группы в послеоперационном периоде проводилась традиционная дезинтоксикационная терапия.

Больным 2 группы детоксикационная терапия проводилась с учётом степени тяжести эндогенной интоксикации. Основой детоксикационной терапии являлось применение комплексной программы энтеральной детоксикации, включающей в себя интраоперационную назоинтестинальную интубацию кишечника, внутрикишечный лаваж озонированными растворами, раннюю электростимуляцию и раннее энтеральное питание. Назоинтестинальная интубация выполнена 79 (67,0%); 36 (30,6%) производилась ранняя электростимуляция кишечника, разработанным нами зондом.

Продолжительность проведения внутрикишечного лаважа и электростимуляции кишечника зависела от сроков восстановления функциональной активности кишечника и стабилизации показателей эндотоксикоза. В среднем продолжительность электростимуляции кишечника составляла 1 -3 суток, внутрикишечного лаважа - 3-4суток.

С целью профилактики постишемических осложнений проводился внутрикишечный лаваж озонированными растворами, который вводился в количестве 50-100 мл 2 раза в сутки.

Раннее энтеральное зондовое питание проводили путём введения в назоинтестинальный зонд глюкозо-электролитных растворов в первые дни после операции. И после восстановления перистальтики кишечника вводили полисубстрактные смеси. Такие, как "Нутризон", "Нутрилан", "Нутрипро".

Анализируя данные о послеоперационных осложнениях в двух исследуемых группах, мы отметили, что использование комплексной программы энтеральной детоксикации во 2 группе позволило значительно снизить количество послеоперационных осложнений.

Благодаря комплексному методу энтеральной детоксикации, нам удалось снизить количество послеоперационных осложнений с 53,8% у больных 1 группы до 20,3% во второй группе, то есть, на 33,9%.

У 4 (11,8%) больных 1 группы непосредственной причиной летального исхода явился перитонит, причиной которого были несостоятельность швов межкишечного анастомоза и оставление в брюшной полости нежизнеспособной кишки.

У 6 (17,6%) больных 1 группы причиной летального исхода явилась тромбоэмболия лёгочной артерии, у 12 (35,3%) - острая почечная недостаточность, у 5 (14,7%) - острая печеночная недостаточность, отёк лёгких у 4 (11,7%) и пневмония у 3 (8,9%). Во 2 группе причинами летальных исходов были: пневмония, острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность, тромбоэмболия лёгочной артерии, отёк лёгких - по 2 (20,0%) случая.

Летальности от перитонита во 2 группе не было. Таким образом, при сравнительном анализе исходов лечения в двух группах, нами отмечено достоверное улучшение результатов хирургического лечения у больных 2 группы, что отражено в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительный анализ результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью 1 и 2 групп

Критерии	Количество больных	
	1 группа, абс., %	2 группа, абс., %
Выздоровление	98 (74,2%)	108 (91,5%)
Летальный исход	34 (25,8%)	10 (8,5%)
Осложнения	71 (53,8%)	24 (20,3%)

Из представленной таблицы видно, что применение метода объективного определения жизнеспособности кишечника и границ резекции при его некрозе, применение методов энтеральной детоксикации и ранней электростимуляции кишечника, привело к снижению послеоперационных осложнений на 33,9% и послеоперационной летальности - на 17,3 %.

Выводы:

1. При разработке лечебной тактики у больных с ОКН следует принимать во внимание наличие у данного контингента больных степени выраженности эндотоксикоза, для определения которой использовать наиболее информативные клинико-лабораторные показатели, такие как ЧСС, ЧДД, нарушение функций ЦНС, цвет кожных покровов, перистальтику кишечника, суточный диурез, ЛИИ, МГ, мочевины и креатинин сыворотки крови.

2. Для определения жизнеспособности кишечника и границ резекции при его некрозе использовать такой простой и достоверный метод, как внутрибрюшечное введение 1% водного раствора метиленового синего, который позволил избежать осложнений, связанных с неправильной оценкой жизнеспособности кишечника (несостоятельность межкишечного анастомоза, некроз погружённой в

брюшную полость кишки, послеоперационный перитонит).

3. При острой кишечной непроходимости с эндотоксикозом 2 и 3 степени необходимо проводить назоинтестинальное дренирование, внутрикишечный лаваж озонированными растворами, раннее энтеральное зондовое питание и по показаниям раннюю электростимуляцию кишечника. Всё это позволило улучшить результаты лечения, в том числе, снизить число послеоперационных осложнений на 33,9% и послеоперационную летальность на 17,3%.

Литература:

1. Алиев М.А., Шальков Ю.Л. Хирургия острой кишечной непроходимости. -Алматы: "Білім", 1996. - 256 с.
2. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. - Москва: Медицина, 1989. - 288 с.
3. Гагушин В.А., Загайнов Е.А. Неотложная хирургия пожилых. - Йошкар- Ола, 1999. - С. 204-225.
4. Дьяченко П.К., Желваков Н.М. Эндотоксины в хирургии // Вестник хир.- 1987. - Т. 139, №7. - С. 129-135.
5. Чаленко В.В., Кутушев Ф.Х. Эндогенная интоксикация в хирургии // Вестник хир. - 1990. - Т. 144, №4. - С. 3-8.
6. Чернов В.И., Велик Б.М. Выбор хирургической тактики и методов детоксикации при острой кишечной непроходимости. // Тез. докл. I международного конгресса ассоциации хирургов им. ИМ. Пирогова.- Ташкент, 1996. - С. 106-107.
7. Чернов В.В., Велик Б.Н. Выбор хирургической тактики и методов дезинтоксикации при острой непроходимости кишечника. // Хирургия. - 1999, № 5. - С. 45-48.
8. Deitsch E.A. Gut Failure. Itsrale in the Multiply Organ Failure W Syndrome Multiplay organ failure. Pathophysiology and basic concaptcs of therapy. - New York, 1990. - P. 13-26.
9. Гринев М.В., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Энтеральная недостаточность при острой кишечной непроходимости и ее коррекция. // Хирургические заболевания брюшной полости: Тез докл. Пленума комиссии АМН СССР и Всесоюзной конф. по неотложной хирургии. - Ростов-на-Дону, 1991. - С. 40-42.
10. Нечаев Э.А., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости. - СПб, 1993. - С. 238.
11. Чернов В.П., Химичев В.Г., Велик Б.М. Острая непроходимость кишечника, основные проблемы и пути их решения //Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Тез. Всероссийской конф. хирургов. - Пятигорск, 1997. - С. 74-75.
12. Велик Б.М. Диагностика и интенсивная терапия нарушений азотовыделительной функции почек у больных острой непроходимостью кишечника с синдромом эндогенной интоксикации // Наука и практика на рубеже веков: сб. науч. тр. - Ростов-на-Дону, 2000. - С. 98-100.
13. Megelinte D.D., Kelvin P.M., Micon L.T. et al. Nasointestinal tube for decompression or enteroclysis //Abdominal Imaging. - 1994. - Vol. 19, №2. - P. 108-112.
14. Morgenstern L. Whatever happened to the long tube // Am. Journal of Surgery. - 1995. - Vol. 10, №3. - P. 237.

Рецензент: д.м.н., профессор Акынбеков К.У.