

Мадьяров В.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

V.M. Madyarov

EFFICIENCY OF MEDICAL TACTICS AT ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

УДК: 616:614-053.8

Был проведен ретроспективный анализ диагностики и хирургического лечения 2650 больных острой кишечной непроходимостью за 30 лет. Изучена лечебная тактика при различных формах заболевания.

Отмечены особенности клинической картины, обсуждается лечебная тактика, основой которой является своевременное оперативное пособие, интубация кишечника, объем хирургического вмешательства для устранения причины непроходимости при отказе от излишнего радикализма при тяжелой клинической ситуации.

The retrospective analysis of diagnostics and surgical treatment of 2650 patients with acute intestinal obstruction for the period of 30 years has been performed. Medical tactics is studied at various forms of disease.

The specific features of clinical picture have been noticed, the tactics of therapy is being discussed which basis is the timely operative grant, intestines intubation, volume of surgical intervention for elimination of the reason of impassability at refusal of excessive radicalism at a heavy clinical situation.

Введение. Острая непроходимость кишечника (ОКН) наиболее сложна для диагностики, характеризуется тяжелым клиническим течением и высокой летальностью среди различных заболеваний ургентной абдоминальной хирургии [1,4,6]. При решении вопроса о лечебной тактике, необходимо учитывать уровень непроходимости, вид нарушения проходимости (форм кишечной непроходимости), длительность заболевания, выраженность клинической картины, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний [1, 3, 4]. Не меньшей проблемой является и уровень резекции кишечника при его некрозе [3,4,5,7,8], а также интраоперационная интубация кишечника и послеоперационное ведение [1,2,3,6].

Все еще высокая летальность в этой группе больных - 13-26% [3,6] требует дальнейших поисков более совершенных методов диагностики и оптимизации хирургической тактики.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 2650 больных острой кишечной непроходимостью, в возрасте от 12 до 96 лет. Из них 67,8% моложе 60 лет. Мужчины составили 44%, женщины - 56%.

У 1855 (70,0%) больных диагностирована спаечная непроходимость, у 165 (6,2%) – странгуляционная, у 275 (10,4%) - обтурационная, из них у 49,4% - обтурация кишечника вызвана злокачественными опухолями, у 16 (0,6%) – инвагинация, у 339 (12,8%) - динамическая кишечная непроходимость. Следует отметить возрастание

доли толстокишечной непроходимости на почве злокачественных опухолей (с 1,8% до 10-14% - за весь период наблюдения).

Результаты и их обсуждение. В поздние сроки от начала заболевания поступило 933 (35,2%) больных. В 72% случаев причиной позднего поступления явилось несвоевременное обращение за медицинской помощью, причем 26,7% этих больных занимались самолечением. В 28,0% случаев больные обращались в различные лечебные учреждения, причем, 9,0% из них доставлялись в дежурные хирургические стационары и были отпущены домой сразу из приемного покоя или после 1-2 дневного стационарного наблюдения.

При поступлении в клинику всем больным проводилась консервативная терапия, которая заключалась в производстве двусторонней паранефральной новокаиновой блокады, инъекций антиспастических средств (недопустимо применение наркотиков), введение назогастрального зонда, дезинтоксикационной инфузионной терапии через 30-40 минут после проведения сифонной или очистительной клизм.

Ввиду неэффективности консервативного лечения срочно оперированы 25,6% больных. При спаечной непроходимости оперированы 26,0% больных, при обтурационной - 54,2%, из них у 49,4% причиной обтурации явились злокачественные опухоли. Со странгуляционной непроходимостью оперированы 93,0% больных (7,0% поступили в терминальном, инкурабельном состоянии), с инвагинацией – оперированы все больные.

В первые часы после поступления оперированы 54,0% больных, в течение первых суток – 30,0%, позже суток – 16,0%. Поздно оперированы в основном больные с обтурацией раковой этиологии и спаечной кишечной непроходимостью.

Несвоевременное хирургическое вмешательство имело место у 30,0% оперированных, среди умерших - у 45,0%.

Причиной поздней операции у 31,8% больных явилось крайне тяжелое состояние, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, потребовавших длительной консервативной терапии, включая реанимационные мероприятия. У 28,2 % пациентов отмечен временный эффект от консервативной терапии, с рецидивом непроходимости, нередко на 3-5 день стационарного лечения. Это

чаще встречалось при непроходимости спаечной этиологии.

Клиническая картина острой кишечной непроходимости в большинстве случаев довольно типична. Характерны периодические или схваткообразные боли в животе, задержка стула и газов, вздутие живота - равномерное или асимметричное, тошнота, рвота. Положительные симптомы Шланге (при толчкообразном раздражении брюшной стенки выявляется гиперперистальтика приводящей кишечной петли), Валя (округлое чашеобразное выпячивание, при перкуссии, над которым выявляется высокий тимпанит), Обуховской больницы (слабость анального жома и расширение ампулы прямой кишки), Цёге-Мантейфеля (при производстве клизмы, одномоментно входит не более 500 мл жидкости, после чего вода изливается наружу - характерно для заворота сигмы, низких ее обтураций), поздними симптомами являются - «шум плеска» при пальпации и при аускультации - «шум падающей капли». Выраженность симптомов зависит от формы, тяжести, уровня непроходимости кишечника и длительности заболевания.

Характерная рентгенологическая картина (наличие чаш Клойбера) отмечена у 58,0% больных, у 17,7% был выраженный в различной степени метеоризм, у 24,3% - рентгенологическая симптоматика отсутствовала.

В различной степени выраженная характерная клиническая картина отмечена у 82,2% больных, у 13,0% она была стертой, у 4,8% - атипичной.

Следует отметить, что при странгуляционной непроходимости отсутствие такого кардиального симптома, как вздутие живота, как правило, отмечается при тяжелых бурно протекающих формах, когда на первый план выступают явления висцерального шока. При спаечной непроходимости подобная клиническая картина встречалась в случаях внутреннего неполного сдавления, перегиба или пристеночного ущемления кишки. У этих больных выявляется локальная болезненность, нередко в области тестоватого, нечетко пальпируемого конгломерата. Отхождение газов и стула могут быть нарушены. Нередко отмечается ощущение «бурления» и боли при этом в месте поражения. Характер болей чаще схваткообразный, но может быть и постоянным. В ряде случаев, особенно при высокой непроходимости кишечника, наряду с болью, единственным симптомом непроходимости может быть рвота, многократно повторяющаяся, нередко неукротимая. Задержка в этих случаях с операцией, завершается некрозом кишечной стенки и перитонитом.

В подобных случаях может помочь экстренная контрастная рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, включая исследования в латеропозициях, применение контрастных меток, особенно при оставлении больного под динамическим наблюдением в стационаре.

Вопрос о диагнозе и лечебной тактике в подобных ситуациях может быть решен по совокупности клинических, рентгенологических и лабораторных данных. Нужна особая наблюдательность и осторожность. При этом следует помнить, что сроки предоперационного наблюдения должны быть короткими и в сомнительных случаях - не более 2 часов.

Непроходимость можно считать только тогда разрешившейся в результате консервативного лечения, если у больного был обильный стул, отошли газы, прекратились полностью боли, тошнота и рвота, опал живот, исчезли все локальные симптомы. Если сохраняется хотя бы один, даже менее выраженный симптом, чаще боль, которая может стать, особенно при спаечной непроходимости, менее интенсивной, чем прежде и принять, в ряде случаев, постоянный характер, то это не дает хирургу право успокаиваться, считать непроходимость разрешившейся. Откладывать операцию, успокаивая себя отсутствием нарастания клинических симптомов или кратковременным уменьшением их проявления, значит выполнить запоздалую операцию. Еще более грубой ошибкой будет ожидание симптомов интоксикации или перитонита, желание выполнить операцию при ясно выраженной клинической картине. Такая операция всегда запоздалая и малоэффективная. Только раннее оперативное вмешательство, до развития тяжелых местных и общих патологических изменений, гарантирует успех и снижение летальности.

Помимо своевременности хирургического вмешательства большую роль играет вид, объем и радикальность хирургического вмешательства.

При тяжелом состоянии больного не следует стремиться к чрезмерному радикализму, следует устранить причину непроходимости, рассечь ущемляющий тяж, устранить перегиб кишки при острой спаечной непроходимости, а не стремиться разделить все сращения; произвести разворот при завороте кишок, а не дополнять ее обязательной мезосигмо- и сигмопликаций, если причина заворота мегадолихосигма; наложить обходной анастомоз, или разгрузочную стому, особенно при операциях на толстой кишке, при наличии блокирующего спаечного или опухолевого процессов, а не резекцию кишок с восстановлением проходимости кишечного тракта и прочее. Все эти более радикальные вмешательства следует отложить до выздоровления больного, чтобы в дальнейшем по показаниям произвести их в плановом порядке.

При тонкокишечной непроходимости и разлитом перитоните большое значение имеют различные методы субтотальной и тотальной интубации кишечника с целью интраоперационной и послеоперационной декомпрессии кишечника. Мы применяли различные методы интубации - от открытой интубации и аспирации содержимого отсоса до ретроградной интубации

тонкой кишки. С 1980 годов пользуемся назогастроинтестинальной интубацией по Ю.Л. Шалькову и соавт. [9]. При сложности проведения зонда в области дуоденоинтестинального перегиба прибегаем к мобилизации кишечника по Кохеру, в ряде случаев рассекаем Трейцеву связку. В послеоперационном периоде важно предупреждать окклюзию зонда, своевременное промывание антисептиками для подавления бактериальной флоры, ускорения восстановления перистальтики и своевременного удаления зонда [3]. С этой целью разработан способ использования раствора озона, как мощного антисептика и фактора, устраняющего гипоксию кишечной стенки, улучшающего заживление межкишечных анастомозов, что подтверждено экспериментальными исследованиями и клиническими наблюдениями.

Для решения вопроса об уровне резекции кишечника при его некрозе разработана методика выявления границ нежизнеспособности кишки путем введения в брыжейку зоны некроза 1% водного раствора метиленовой синьки. Экспериментально-клинические исследования показали, что резекцию следует производить на расстоянии 3 см от края распространения препарата (патент РФ 2279852, от 20.07.2006), с последующим наложением анастомоза однорядным швом.

Общая летальность - 5,8%. При спаечной непроходимости снижена с 13,8% до 3,9%, при странгуляционной - с 26,0% до 23,5%, при обтурационной - с 38,0% до 23,0%, при раковой этиологии - с 50,0% до 39,0%, при неопухольевой - 18,6%.

Снижению летальности при толстокишечной обтурационной непроходимости раковой этиологии способствовал отказ в urgentных ситуациях от радикальных операций с первичным восстановлением проходимости кишечника в пользу колостом (в показанных случаях выполнение двухствольного или предпочтительно одноствольного ануса с резекцией по Гартману) и, в тоже время, повышение экстренной хирургической активности, направленной на разгрузку кишечника, благодаря более широкому применению экстренной контрастной ирригоскопии, улучшившей раннюю диагностику этой причины обтурации.

Мы отказались от первичных анастомозов после резекции омертвевшего сегмента толстой кишки при непроходимости любой другой этиологии в пользу операции типа Гартмана, в том числе, при заворотах сигмовидной кишки.

Таким образом, среди причин летальности при острой кишечной непроходимости основными являются позднее поступление больных и несвоевременная операция, нередко связанная с переоценкой эффективности консервативной терапии.

В сомнительных случаях при недостаточном эффекте консервативных мероприятий, сроки наблюдения не должны превышать 2-3 часов.

Больные с кишечной непроходимостью не должны отпусаться из стационара, даже после

положительного эффекта от консервативной терапии. Они должны госпитализироваться с дачей рег ос 1-2 ложек бариевой взвеси для динамического, в том числе рентгеноконтрастного наблюдения, для своевременного решения о дальнейшей лечебной тактике.

Снижению летальности при толстокишечной обтурационной непроходимости раковой этиологии способствует отказ от радикальных операций с первичным восстановлением проходимости кишечника в urgentных ситуациях и, в тоже время, повышение экстренной хирургической активности, направленной на разгрузку кишечника, благодаря более широкому применению экстренной контрастной ирригоскопии, улучшившей раннюю диагностику этой причины обтурации.

Следует отказаться и от первичных анастомозов после резекции омертвевшего сегмента толстой кишки при непроходимости любой другой этиологии в пользу операции типа Гартмана.

При тонкокишечной непроходимости следует шире использовать субтотальную и тотальную интубации кишечника с целью интраоперационной и послеоперационной его декомпрессии, с целью эффективного снижения энтеральной интоксикации и восстановления моторной функции кишечника, введения озона для уменьшения гипоксии тканей, подавления бактериальной флоры, восстановления перистальтики, улучшения заживления межкишечных анастомозов, профилактики их несостоятельности. Этому способствует и метод объективизации определения границ резекции нежизнеспособной кишки.

Литература:

1. Алиев М.А., Шальков Ю.Л. Хирургия острой кишечной непроходимости. - Алматы: «Білім», 1996. - 256 с.
2. Гузев А.И., Шахабуддинов М.Ш. Интубация тонкой кишки при неотложной хирургии живота // Актуальные проблемы современной медицины. - Великий Новгород, 2005. - Т. 7. - С. 115-117.
3. Курьгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.С. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. - СПб.: Питер. 2001. - 469 с.
4. Кочнев А.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. Казань: Изд. Казанского университета, 1984. - 288 с.
5. Новиков В.Д. Патогенетические аспекты несостоятельности швов анастомоза терминального отдела подвздошной кишки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Великий Новгород, 2003. - 24 с.
6. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. - М.: Медицина, 1989. - 287 с.
7. Стручков В.И. Актуальные вопросы острой кишечной непроходимости // Вестник хирургии. - 1956, № 8. - С. 53-60.
8. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - Киев: Здоров'я, 1987. - 342 с.
9. Шальков Ю.Л., Нечитайло П.Е., Гришина Т.А. Метод декомпрессии кишечника в лечении функциональной кишечной непроходимости // Вестник хирургии. - 1977, № 2. - С. 34-38.

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