

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

*А.В. Кравец; В.П. Кравец, к.мед.н., глав. врач
Котопская центральная районная больница*

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы острой спаечной непроходимости кишечника (ОСНК) обусловлена отсутствием единой тактики лечения больных, а также сложностью своевременной диагностики [1-3]. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости с ОСНК, что по всей видимости связано с увеличением числа операций на органах брюшной полости, в том числе и повторных [3-7].

Целью нашей работы является то, что в принципиальную схему лечения больных, помимо устранения причин заболевания, коррекции нарушений гомеостаза, рациональной антибактериальной терапии, включаем медикаментозную коррекцию нарушений двигательной активности желудка и кишечника, декомпрессию и энтеральную детоксикацию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты хирургического лечения 121 больного с ОСНК за период с 1991 по 2002 годы. Возраст больных в среднем 60 лет (80 мужчин и 41 женщина). В сроки до 24 ч от начала заболевания госпитализированы 96 (79,3%) пациентов, позже 24 часов - 25 (20,7%). Установлено, что причиной возникновения заболевания было образование спаек после выполнения различных операций у 98 (81%) лиц, и лишь у 23 (19%) спаечный процесс развился вследствие различных воспалительных процессов органов брюшной полости и таза.

В диагностике ОСНК учитывали анамнестические данные (ранее проведенные операции, воспалительные заболевания органов брюшной полости, травмы живота). Наличие схваткообразной нарастающей боли в животе, тошнота, рвота, задержки стула и газов, асимметрия живота, шум плеска, застой содержимого в желудке позволили уже во время госпитализации установить диагноз у 63 (52%) больных, у 44 (36,5) эти признаки были нечетко выражены, у 14 (11,5%) – отсутствовали.

Рентгенологическое исследование проведено всем больным. Однократная обзорная рентгенография брюшной полости может быть достаточной для установления локализации препятствия и уровня непроходимости. У 87 (71,9%) пациентов обнаружены характерные признаки непроходимости - чаши Клойбера и тонкокишечные «арки». Из 25 больных с нечетко выраженными клиническими признаками заболевания у 14 (56%) выявлены достоверные признаки острой непроходимости кишечника, у 3 (12%) – чаши Клойбера и «арки» отсутствовали, у 8 (32%) – отмечены единичные небольшие чаши Клойбера либо «арки». Выраженность клинических признаков не всегда соответствует данным рентгенологического исследования. Так, у 12 (9,9%) лиц с характерными симптомами заболевания при обзорной рентгенографии выявили единичные чаши Клойбера, либо незначительную пневматизацию тонкой кишки.

При нечетко выраженных начальных симптомах осуществляли динамическое рентгенологическое исследование пассажа контрастного вещества по пищеварительному каналу. Контрольную рентгенографию брюшной полости проводили через 2 часа после введения контрастной массы, затем – соответственно до выраженности клинических симптомов. Динамическое наблюдение за продвижением контрастного вещества необходимо сочетать с тщательным клиническим наблюдением и при прогрессировании клинических признаков непроходимости или симптомов интоксикации выполнять оперативное вмешательство, не дожидаясь результатов рентгенологического исследования.

В диагностике, по показаниям, применяли колонофиброскопию, ирригографию, ультразвуковое исследование.

В предоперационном периоде лицам с ОСНК проводили декомпрессию желудка с помощью зонда и инфузионную терапию, которая не превышает физиологической потребности организма. Установлено, что продолжительность и объем подготовки зависели от тяжести состояния во время госпитализации. Пациентам вводили глюкозосолевые растворы, низко – и среднемолекулярные декстраны, белковые препараты. Назначали симптоматическую терапию, включающую сердечные препараты, лидокаин, эуфиллин и др. Для стабилизации гемодинамики применяли кортикостероиды (преднизолон, гидрокортизон, дофамин и др).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оперативное лечение проводилось под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. Использовали срединный разрез. После устранения ОСНК выполняли интубацию тонкой кишки. Кишечный зонд должен минимально травмировать стенку кишечника, обеспечивать возможность быстрой интубации, постоянного функционирования зонда, проведения энтерального питания, детоксикации. К корню брыжейки тонкой кишки вводили микроирригатор, проксимальный конец которого фиксировали с помощью кетгутовой нити. Через него до появления активной перистальтики кишечника вводили 0,25% раствор новокаина, растворы антибиотиков, гормонов начиная с 1-х суток операции. В качестве дренажей использовали полихлорвиниловые трубки, которые оставляли на срок от 2 до 5 дней.

Ведение послеоперационного периода было направлено на борьбу с атонией желудка и кишечника, коррекцию показателей гомеостаза, проведение симптоматической терапии, детоксикации. В первые сутки послеоперационного периода 38 лицам внутривенно капельно вводили 1 мл 1% раствора серотонина адипината 2-3 раза в сутки в 200 мл изотонического раствора NaCl в течение 4-6 дней (до восстановления моторики кишечника).

Больным назначалась антибактериальная терапия, учитывая вид возбудителя и чувствительность к антибиотикам. Обычно применяли антибиотики широкого спектра действия, поскольку микробными возбудителями перитонита в большинстве случаев являлась колибациллярная флора, нередко в ассоциации. Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациенты получали предварительно подобранную дозу низкомолекулярного гепарина–фраксипарин 1 раз в день в течение 7-8 суток.

Для уменьшения эндогенной интоксикации больным применяли форсированный диурез, гемосорбцию – 12 (14,5%), ультрафиолетовое облучение крови – 43 (52%), внутривенную лазеротерапию – 34 (41,1%).

После операции умерли 4 (4,8%) больных пожилого и преклонного возраста, у которых ОСНК длилась более 24 часов. Причиной смерти явились тромбоэмболия легочной артерии - 1(1,2%), острая сердечно-сосудистая недостаточность –1 (1,2%), двусторонняя пневмония – 1 (1,2%), геморрагический инсульт - 1 (1,2%).

ВЫВОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

Таким образом, для улучшения результатов лечения пациентов с ОСНК необходимо своевременное выявление заболевания и госпитализация в хирургический стационар, внимательная оценка «стертых» клинических признаков, широкое применение рентгенологических методов исследования. После операции своевременное осуществление коррекции водно-электролитного и белкового обменов, ранней стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта раствором серотонина адипината.

Важное значение исхода заболевания имеют санитарно-просветительная работа, разъяснение необходимости раннего обращения за медицинской помощью.

SUMMARY

The results of treatment of 121 patients with acute impassability of bowels are given. The cause of the disease was adhesions after operation. Ninety eight patients have been operated (81%) and only twenty three patients (19%) had adhesions as a result of different inflammatory processes in abdominal cavity and pelvis.

Radiological research plays a very important role in diagnostics.

After removal of acute cohesion of bowels impassability, intubations of small intestines and drainage of abdominal cavity was performed. On the first day after operation thirty eight patients were given 1 ml 1% solution of serotonin adipinas two – three times a day during 4-6 days. For reducing of intoxication, diuresis, ultra-violet radiation of blood, intravenous laser therapy were performed. After operation four (4,8%) elderly patients died. They were ill during twenty-four hours.

Proper time exposure of pathology and hospitalization, the use of radiological examination, operation, correction of metabolism and water-electrolyte metabolism, early stimulation of stomach's activity with the help of using the solution of serotonin adipinas give a good result of treatment.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Писаревский П.П., Лазарев В.В. Пути улучшения результатов лечения больных с острой непроходимостью кишечника // Клиническая хирургия. – 1995. - №4. – С. 23-24.
2. Антонюк С.М., Головня П.Ф., Свиридов Н.В. и др. Диагностика острой непроходимости кишечника // Клиническая хирургия. – 1998. - №4. – С. 17-18.
3. Лупальцов В.И., Сенников И.А., Ягнюк А.И., Жарко С.В. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острой непроходимостью кишечника//Клиническая хирургия. – 2000. - №4. – С. 26-28.
4. Зайцев В.Т., Криворучко И.А., Брусницына М.П., и др. Тактика и техника коррекции энтеральной недостаточности при перитоните и острой непроходимости кишечника. //Клиническая хирургия. – 1999. - №11. –С. 36-38.
5. Калинин Ю.И., Мадартов К.М. Способ хирургического лечения спаечной и профилактики острой спаечной непроходимости кишечника // Клиническая хирургия.–1996.-№6.–С.16-18.
6. Куцик Ю.Б. Фактори ризику при гострій непрохідності кишечника//Клінічна хірургія.– 2000. - №4. – С. 26-28.
7. Сытник А.Л., Кононенко Н.Г., Неустроев В.Н., Никонов А.Л. Релапаротомия// Клиническая хирургия. – 1998. - №4. – С. 18-20.