



В. В. Грубник, В. В. Міщенко,
Ю. М. Кошель

Одеський національний медичний
університет

©. Колектив авторів

ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ — РОЛЬ І МІСЦЕ НАЗОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ІНТУБАЦІЇ

Резюме. Основні принципи хірургічної тактики при гострій кишкової непрохідності полягають у ретельному обстеженні хворого з рентгенографією органів грудної клітини й черевної порожнини, УЗД органів черевної порожнини (іригоскопія, ректороманоскопія, фіброколоноскопія, фіброгастродуоденоскопія, лапароцентез і лапароскопія — за суворими показаннями). Передопераційна підготовка повинна бути адекватною, інтенсивною й короткочасною з антибіотикопрофілактикою, патогенетичною інфузійною та антибактеріальною терапією. Операціями вибору є серединна лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, встановлення причини непрохідності та ліквідації, назоінтестинальна інтубація, за показаннями — формування зовнішніх нориць (трансверзостома, сигмостома, єюостома), санація та дренивання черевної порожнини (4 дренажа). Післяопераційна летальність знижена на 10,2 %, кількість післяопераційних ускладнень на 7,8 %.

Ключові слова: хірургічна тактика, гостра кишкова непрохідність, назоінтестинальна інтубація.

Вступ

Хірургічне лікування гострої кишкової непрохідності (ГКН) до теперішнього часу залишається одним з найбільш складних і до кінця не вирішених питань ургентної абдомінальної хірургії. ГКН — це симптомокомплекс, який супроводжується частковим або повним порушенням проходження кишкового вмісту по кишківнику внаслідок багатьох причин [1, 2].

До ГКН слід віднести обтураційну, strangulatory (вузлуотворення, заворот, защемлення грижі), змішану (інвагінація, спайкова непрохідність) непрохідності. При ГКН післяопераційні гнійно-септичні ускладнення досягають 42–78 % при летальності 17–47 % [4]. Від чітких і правильних дій хірурга залежить результат лікування [3].

Основним методом лікування є термінове хірургічне втручання, яке спрямоване на усунення ознак ГКН [5, 6]. Вибір оперативного втручання залишається актуальним з позицій етіопатогенеза ГКН, морфофункціональних змін у черевній порожнині та потребує чітких тактичних підходів у вирішенні даної проблеми, зокрема відносно декомпресії кишківника [2].

Існує декілька методів декомпресії кишківника: пункційний, метод «видоювання», підвісна ентеростомія, цекостомія, апендікостомія, дренивання через ентеростому за методом Житнюка [3]. До методів декомпресії шлунково-кишкового тракту відноситься інтубація кишківника, яка сприяє зменшенню

інтоксикації, стимулює моторику кишківника, попереджує виникнення неспроможності міжкишкових анастомозів та виконує каркасну функцію, створюючи умови до достатнього кровотоку, лімфатичного дренажа, провідникової брижової інервації [4, 5].

За напрямом проведення зонда та розкриття порожнистого органа розрізняють антеградні та ретроградні, «відкриті» та «закриті» методи інтубації кишківника. Зонд можна вводити через ніс, гастростому, ілеостому, апендікостому, пряму кишку. Найбільше розповсюдження має назоінтестинальна інтубація кишківника поліхлорвініловим зондом [1].

Мета дослідження

На основі вивчення результатів лікування хворих з гострою кишковою непрохідністю розробки тактичних підходів до лікування з позицій ролі та місця назоінтестинальної інтубації згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги при даній патології.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати лікування 95 хворих на гостру кишкову непрохідність. Чоловіків було 67 (70,5 %), жінок — 28 (29,5 %) у віці від 18 до 92 років. У 48 (50,5 %) хворих діагностована обтураційна товстокишкова непрохідність пухлинного генезу, у 32 (33,7 %) — спайкова непрохідність, у 10 (10,5 %) — защемлення грижі, у 8 (8,4 %) — вузлуотворення, у 6 (6,3 %) — заворот, у 2 (2,1 %) — тонкокишкова інвагінація.

Ознаки розлитого гнійного перитоніту діагностовано у 32 (33,7 %) випадках. Перфорація пухлинного утвору внаслідок розпаду пухлини або перфорація товстої кишки від перерозтягнення супроводжувались розвитком розлитого калового перитоніту виявлені у 12 (12,6 %) випадках, що свідчить про пізню госпіталізацію таких хворих.

Загальна діагностична програма включала клінічний аналіз крові та сечі, визначення групи крові по системі АВО і резус-фактора, натрія, калія, кальція сироватки крові, глюкози крові у сироватці крові, показники згортальної системи крові. Оглядова рентгенографія черевної порожнини (до дренивання шлунка і клізми), електрокардіографія, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія відносяться до першочергових методів обстеження.

Госпіталізація таких хворих проводилась у хірургічне відділення або у відділення інтенсивної терапії для короточасної підготовки до операції протягом 1–2 годин.

Важкість стану пацієнта оцінювали за шкалою APACHE I-II та прогностичною шкалою J. Ranson.

Передопераційна лікувальна програма полягала в інтубації й декомпресії шлунка, постановці газовідвідної трубки, у підготовці операційного поля. На доопераційному етапі проводилась корекція дегідратації тяжкого ступеня шляхом внутрішньовенного крапельного введення розчинів глюкози 5 % 1000 мл, Рінгера-Локка — 1000 мл, Рінгера лактат — 400 мл, натрія хлорид 0,9 % 500 мл під контролем ОЦК і ЦВД. Обов'язковим є введення амінокислотних сумішей, антигіпоксидантів, спазмолітиків і препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію та реологічні властивості крові.

Під оптимальною за об'ємом операцією з приводу ГКН мається на увазі така, яка забезпечує надійне усунення ознак гострої кишкової непрохідності, адекватну санацію та дренивання черевної порожнини. При цьому бажаним є відновлення природнього пасажу кишкового вмісту.

При ГКН оперативне втручання виконували з широкої серединної лапаротомії, проводилась ретельна ревізія органів черевної порожнини, встановлення причини непрохідності та її ліквідація, санація та дренивання черевної порожнини (4 дренажа).

При наявності розлитого гнійного або калового перитоніту методом вибору є формування зовнішніх кишкових нориць (трансверзостома, сигмостома, єюостома).

Назоінтестинальна інтубація виконувалась при можливості її технічного виконання та урахування стану хворого.

Методика декомпресії кишківника при назоінтестинальній інтубації полягала у на-

ступному. Перед операцією евакуювали вміст шлунка через зонд, виконували серединну лапаротомію, встановлювали причину ГКН, проводили санацію та промивання черевної порожнини розчинами антисептиків. У корінь брижі кишківника вводили 0,25 % розчин новокаїна. Зонд для інтубації кишківника змащували вазеліновим маслом і через носовий хід вводили до шлунка, укладаючи його по великій кривизні, та через пілоричний відділ проводили до дванадцятипалої кишки. Шляхом піднімання поперечної ободової кишки та підтягування початкового відділу порожньої кишки випрямляли згин кишки у ділянці зв'язки Трейца. Проводили інтубацію кишківника у дистальному напрямі до сліпої кишки з аспірацією кишкового вмісту. Після закінчення інтубації тонкий кишківник вкладали у черевну порожнину подібно до операції Нобля. У післяопераційному періоді 4–6 разів на добу проводили промивання кишкового зонда фізіологічним розчином хлористого натрію. Для ентеральної детоксикації через зонд у кишку вводили на 30 хвилин розчин ентеродеза, неогемодеза (400,0 мл), що потім видаляється самочинно або легкою аспірацією шприцем. На 2–3 добу після операції з моменту відновлення перистальтики проводимо ентеральне зондове харчування Берламін-Модуляром, бульйоном, кефіром, киселем. Час знаходження зонда в кишківнику визначається відновленням перистальтики, появою самостійного випорожнення та відсутністю застійних мас у шлунку (3–5 діб), після отримання калу зонд видаляли. Перед евакуацією зонду хворому даємо випити 30 мл вазелінового масла та через зонд вводимо додатково ще 30 мл вазелінового масла та 50,0 мл фізіологічного розчину, після чого зонд повільно видаляємо.

У після операційному періоді для корекції метаболічних порушень (енергетичні, водно-електролітні, кислотно-відновні) та профілактики кардіореспіраторних ускладнень, для покращення безпосередніх результатів лікування застосовуємо у комплексній терапії Гекодез — препарат гідроксіетилкрохмалу з плазмозамінною, протишоковою дією, який збільшує об'єм циркулюючої крові, корегує гіповолемію, підвищує артеріальний тиск, сприяє адекватній гемодилуції та гіперосмолярний комбінований препарат Сорбілакт і комплексний інфузійний препарат Реосорбілакт, які володіють протишовковими, реологічними, дезінтоксикаційними властивостями, стимулюють перистальтику кишечника, нейтралізують метаболічний ацидоз. Протягом перших 3-х діб після оперативного втручання для парентерального харчування застосовуємо комбіновані препарати розчинів амінокислот та жирових емульсій.



З метою поліпшення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування хворих ГКН нами проводилася профілактика та лікування гнійно-септичних ускладнень.

При визначенні важкості стану пацієнта за шкалою APACHE I-II менше 13 балів застосовували фторхінолони (Лефлосин (Левовфлоксацин) 500 мг 2 рази, Моксифлоксацин 400 мг 1 раз, Пефлоксацин 0,4 г 2 рази на добу), або цефалоспори́ни (цефтриаксон (Альцизон) по 2 г, Цефоперазол + Сульбактам (Файтобакт) по 2,0 г), комбінуючи їх з введенням орнідозола (Орнігіл) по 100,0 мл 3 рази на добу. При стані пацієнта за шкалою APACHE I-II більше 13 балів призначали карбопенемі (Меропенем 500 мг або Іміпенем + циластатин 500 мг/500 мг 4 рази на добу; Цефепім (Цефікад) 1,0 г — β -лакта́мний цефалоспориновий антибіотик IV покоління + Орнігіл 0,5 % 100,0 мл 2 рази на добу). Препарати вводили в/в крапельно протягом 7 діб.

Для санації черевної порожнини та зони операційної рани під час операції ми застосовували Декасан — 0,02 % розчин декаметоксина — антисептичний препарат.

Результати дослідження та їх обговорення

Застосування загальної діагностичної та лікувальної програми у хворих з гострою кишковою непрохідністю дозволило отримати наступні результати.

З 95 хворих у ранньому післяопераційному періоді померло 10 (10,5 %). Основна причина смерті — триваючий перитоніт і поліорганна недостатність.

Застосовані основні принципи хірургічної тактики при гострій кишковій непрохідності дозволили знизити післяопераційну летальність на 10,2 % і значно (з 14,6 до 6,8 %) зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

Висновки

1. Гостра кишкова непрохідність вимагає екстреного оперативного лікування.

2. Назоінтестинальна інтубація є методом вибору декомпресії шлунково-кишкового тракту.

2. Запропоновані основні принципи хірургічної тактики при гострій кишковій непрохідності можуть бути рекомендовані для практичного застосування в ургентній хірургії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Интубация кишечника в ургентной и плановой хирургии / В. В. Бойко, В. К. Логачев, А. А. Вильцанюк. — Харьков, 2007. — 52 с.

2. Важенин А. В. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А. В. Важенин, Д. А. Маханьков, С. Ю. Сидельников // Хирургия. — 2007. — № 4. — С. 49–53.

3. Жидков С. А. Декомпрессия кишечника при острой кишечной непроходимости и перитоните у лиц старше 60 лет / С.А. Жидков // Медицинский журнал. Белорусский государственный медицинский университет. — 2005. — № 4. — С. 54–55.

4. Стандарты организации и профессионально ориентированные протоколы оказания медицинской помощи больным с неотложной хирургической патологией органов живота / под редак. Березницкого Я. С., Фомина П. Д. — К.: Здоровье Украины, 2011. — 392 с.

5. Хірургічні хвороби / під редак. Грубника В.В. — Одеса, Одеський мед. університет, 2003. — С. 245–248.

6. Эффективная интубация кишечника при острой кишечной непроходимости / Н. А. Мендель, Е. В. Волостников, Ю. В. Плотников [и др.] // Вестник хир. им И. И. Грекова. — 2013. — №4. — С. 100–104.



ТАКТИЧЕСКИЕ
ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ
ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ —
РОЛЬ И МЕСТО
НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ
ИНТУБАЦИИ

*В. В. Истонник,
В. В. Мищенко,
Ю. М. Кошель*

Резюме. Основные принципы хирургической тактики при острой кишечной непроходимости состоят в тщательном обследовании больного с рентгенографией органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости (ирригоскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, фиброгастроуденоскопия, лапароцентез и лапароскопия — по строгим показаниям). Предоперационная подготовка должна быть адекватной, интенсивной и кратковременной с антибиотикопрофилактикой, патогенетической инфузионной и антибактериальной терапией. Операциями выбора являются срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, установление причины непроходимости и её ликвидация, назоинтестинальная интубация, по показаниям — формирование наружных свищей (трансверзостома, сигмостома, еюностома), санация и дренирование брюшной полости (4 дренажа). Послеоперационная летальность снижена на 10,2 %, количество послеоперационных осложнений на 7,8 %.

Ключевые слова: хирургическая тактика, острая кишечная непроходимость, назоинтестинальная интубация.

TACTICAL APPROACHES
TO THE TREATMENT
OF ACUTE INTESTINAL
OBSTRUCTION - THE ROLE
AND PLACE
OF NASOINTESTINAL
INTUBATION

*V. V. Grubnik,
V. V. Mishchenko,
Yu. M. Koshel*

Summary. Basic principles of surgical tactics in acute intestinal obstruction is a thorough examination of the patient: abdominal and chest X-ray, ultrasound of the abdomen (irrigoscopy, sigmoidoscopy, fibrocolonoscopy, fibrogastroduodenoscopy, paracentesis and laparoscopy — on strict conditions). Preoperative preparation should be adequate, intensive and short-term with antibiotic prophylaxis, pathogenetic infusion and antibiotic therapy. Operation of choice is a midline laparotomy, inspection of the abdominal cavity, determining the cause of obstruction and its elimination, nasointestinal intubation, by indications - formation of external fistulas (transverse colostomy, sigmoidostoma, jejunostomy), sanation and drainage of the abdominal cavity (4 drainages). Postoperative mortality has been reduced by 10.2%, the number of postoperative complications by 7.8%.

Key words: surgical tactics, acute intestinal obstruction, nasointestinal intubation.