

ВИТЕБСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОТДЕЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общей хирургии

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ
КИЛЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.

Информационное письмо)

ВИТЕБСК - 1980

ВВЕДЕНИЕ

Острая кишечная непроходимость уже дарно заслужила печальную славу тяжелого по течению, трудного для диагностики и неблагоприятного по исходам заболевания.

К общему количеству хирургических стационарных больных непроходимость кишечника, по данным Д.П.Чухриенко, составляет 1,2%. Примерно в два раза чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Самый высокий процент послеоперационной летальности приходится на возраст до 5 лет (43,1%) и старше 65 лет (43,3%).

По данным МЗ БССР летальность от кишечной непроходимости в 1978г. составила 9,9% и в 1979г. 9,6%. В нашей Витебской области она равнялась в 1978г. 12,3% и в 1979г. - 14,5%.

Как мы видим, летальность при кишечной непроходимости сохраняется на высоком уровне. Это свидетельствует о тяжести заболевания и неиспользованных возможностях на пути улучшения имеющихся показателей.

ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Прежде всего необходима своевременная госпитализация больного в хирургический стационар при любом подозрении на острую кишечную непроходимость. Проводимая среди населения и среднего медицинского персонала разъяснительная работа должна в конечном итоге быть сведена к одному - каждый больной с болями в животе должен в возможно корот-

кий срок быть осмотрен врачом и при малейшем сомнении, относительно острой патологии органов брюшной полости, госпитализирован в хирургическое отделение. Наблюдение за этим контингентом больных на дому или в условиях терапевтического стационара следует считать ошибкой.

Несомненно, значительную опасность таит в себе нечеткая, расплывчатая характеристика подозреваемой патологии, когда врач выставляет диагноз — "частичная кишечная непроходимость". Как правило подобное заключение действует демобилизирующе, диагностические и лечебные мероприятия проводятся не активно и сводятся к недостаточно ответственному осмотру больного, в результате чего упускаются сроки для подготовки и выполнения необходимого оперативного вмешательства. Поэтому диагноз "частичная кишечная непроходимость" должен быть исключен из обихода.

В диагностике заболевания следует максимально использовать анамнестические и клинические данные.

Классическими жалобами больных являются : боль в животе, рвота, задержка стула и газов. Причем рвота встречается в 76%, а задержка стула и газов в 85% случаев. Только в 15% у больных при инвагинации и обтурационной непроходимости в начале заболевания частично бывает стул и отходят газы. При полной непроходимости кишечника определяется пустая прямая кишка ("симптом Обуховской больницы"). При странгуляционной непроходимости бывает положительный симптом Тевенара — рвзая болезненность при надавливании на 2 поперечных пальца ниже пупка по средней линии.

Постепенно увеличивается вздутие живота. Вдувается правая или левая половины, получается впечатление "косого" живота. Ущемленная петля раздувается и при перкуссии определяется вы-

сокий тимпанит (симптом Валя).

Поскольку в раздутой кишке содержится не только газ, но и жидкость, то при легком поколачивании брюшной стенки возникает шум плеска (симптом И.П. Щадярова). При этом может быть отмечен также и шум падающей капли (симптом С.И. Спасокукоцкого).

В раннем периоде кишечной непроходимости наблюдается самостоятельная или после легкого массирования брюшной стенки видимая перистальтика кишечника (симптом Шланге).

Большую, порой неоценимую помощь в вопросах своевременной диагностики острой кишечной непроходимости могут оказать рентгенологические методы исследования, достаточно хорошо разработанные на сегодняшний день, но к сожалению редко применяемые.

Речь идет о безконтрастном осмотре /обзорная рентгеноскопия грудной и брюшной полостей в положении больного стоя или лежа на трохоскопе, рентгенография в горизонтальном и боковых положениях/ при которых могут быть выявлены типичные признаки кишечной непроходимости.

Рентгеновская картина непроходимости в выраженных случаях чрезвычайно проста и диагноз не представляет затруднения. На фоне равномерного затемнения брюшной полости видны отдельные участки просветления сегментовидной, полукруглой, полушаровидной или колбасовидной формы, обусловленные скоплением газа. При вертикальном положении больного нижний контур образован верхним уровнем жидкости, скопившейся в просвете кишечника. При легкой пальпации на экране наблюдается колебание такого контура уровня жидкости; при наклоне больного в сторону контур жидкости сохраняет горизонтальное положение. Скопление газа и жидкост-

ти с горизонтальным уровнем по форме напоминает опрокинутую чашечку. Эти чашечки и уровни Клоббера в большинстве случаев типичны для кишечной непроходимости.

Весьма наглядна рентгеновская картина заворота сигмовидной кишки, когда вся сигмовидная кишка резко вздута гаподобие автомобильной шины и простирается далеко вверх до поддиафрагмальной области, занимая всю левую часть брюшной полости.

Если в результате безконтрастной рентгеноскопии или графии вопрос непроходимости не решен, следует перейти к исследованию с применением контрастных веществ.

При подозрении на острую непроходимость тонкой кишки (в том числе и при спаечной болезни), особенно в ранние сроки заболевания весьма полезно дать выпить больному небольшое количество бариевой взвеси и проследить продвижение ее по кишечнику; в норме через 3-4 часа контрольная взвесь должна находиться в толстом кишечнике.

Доказана высокая диагностическая ценность и полная безопасность для больного ирригоскопии или ирригографии.

Необходимо отметить, что рентгенологическое исследование больного с подозрением на острую кишечную непроходимость должна проводиться совместно рентгенологом и хирургом.

Еще в 1964 году П.Я.Маслов писал, что сроки для уточнения диагноза со всеми исследованиями, а также для мероприятий, производимых перед операцией для улучшения общего состояния больного, как правило, не должен превышать 1-2 часов. Промедление в операции при острой непроходимости поистине "смерти подобно".

Следующими моментами, играющими весьма важную роль в вопросах снижения летальности при установленном диагнозе острой

кишечной непроходимости, являются : предоперационная подготовка, выбор метода обезболивания, объем вмешательства и пути декомпрессии кишечника, послеоперационное ведение больного.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ.

Прежде всего, следует подчеркнуть, что уже в период обследования больного в целях установления диагноза, параллельно должна проводиться и предоперационная подготовка.

Касаясь патогенеза заболевания вполне можно согласиться с Е.Н.Кузьменко (1956), что первая фаза заболевания при острой кишечной непроходимости протекает как нервнорефлекторная реакция организма на чрезвычайный раздражитель - странгуляцию кишечника и его брыжейки. Нарушения обменных процессов и явления интоксикации слабо выражены. При дальнейшем существовании непроходимости нарушения обменных процессов усугубляются. Организм теряет большое количество жидкости в виде рвотных масс и пропотевания в просвет кишки. Наблюдается дегидратация организма. В крови уменьшается содержание хлоридов и увеличивается безбелковый азот, порывается резервная щелочность крови.

В результате нарушения обмена веществ в организме скапливается большое количество продуктов межклеточного обмена, незавершенного метаболизма, которые оказывают токсическое действие на центральную нервную систему и жизненно важные органы вызывая в них развитие дистрофических изменений.

Заболевание переходит во вторую фазу - нейродистрофическую. Если непроходимость не устраняется, то действие аутоток-

сических продуктов реализуется, происходит полная дезорганизация обмена веществ, возникшие дистрофические явления в особенно важных органах нарушают их функцию, что и приводит к гибели организма.

Этому часто способствует развитие перитонита на почве воздействия некроза кишки с всасыванием токсических продуктов из брюшной полости.

Третью фазу Л.Н.Музыченко называет фазой дезорганизации обменных процессов. Здесь важно подчеркнуть роль интоксикации. По Смит, при непроходимости верхнего отрезка тонкого кишечника смерть в 95% случаев вызывается расстройством водно-солевого обмена, а в 5% токсемией. При непроходимости нижнего отрезка тонкого кишечника это отношение равняется 80% для токсемии и 20% для нарушения водно-солевого обмена.

На сегодняшний день ясно, что ни один больной с острой кишечной непроходимостью не должен быть оперирован без кратковременной (1,5-3 часа), но интенсивной подготовки, включающей в себя проведение противошоковых мероприятий, борьбу с дегидратацией и восполнение потерянных электролитов (введение 5% и 20% растворов глюкозы с инсулином, панангином и витаминами, введение растворов хлористого калия и хлористого натрия, раствора Рингера-Локка, плазмы, альбумина), дезинтоксикационную терапию / гемодез, реополиглюкин/, введение сердечных гликозидов и кортикостероидов по показаниям. Вопрос о необходимом количестве звличмой жидкости может быть решен с использованием простой пробы Мак-Клэра-Олдриджа и по часовому диурезу.

Опять-таки, следует особо подчеркнуть важность предоперационной подготовки у больных пожилого и старческого возраста.

Безъ летальность у лиц старше 40 лет каждое десятилетие увеличивается в 3 раза. Среди непосредственных причин летальности сердечно-легочная недостаточность свыше 30%, перитонит около 25%, печеночно-почечная недостаточность свыше 10%, тромбоэмболии свыше 10% и др. Поэтому состояние сердечно-сосудистой деятельности, легких, печени и почек, свертывающей системы крови должны привлекать наше неослабное внимание.

Вопросы обезбоживания решаются однозначно - методом выбора является интубационный наркоз и дополнительная новокаиновая блокада корня брюшечки .

ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХО- ДИМОСТИ.

При механической непроходимости операция является единственным спасительным мероприятием, даже в условиях проведения реанимационных мероприятий.

Авторы предлагают разные операционные доступы. Но мы согласны с Л.С.Журавским (1977), что лучшим доступом является срединная лапаротомия.

Мы согласны также и в отношении основных рекомендуемых им тактических приемов.

По вскрытии брюшины необходимо аспиратором удалить экссудат, предварительно взяв небольшую его порцию на посев.

Первая задача хирурга найти границу между растянутыми, переполненными содержимым, и спазмированными петлями кишечника, а также осмотреть брюшечку кишки (заворот). После установления причины непроходимости и места препятствия производят

новокаиновую блокаду корня брюшной, на отводящий отдел кишечника накладывает мягкий жом, чтобы токсичное кишечное содержимое после устранения препятствия не поступало в неизменные отделы кишки (угроза калиевой интоксикации). Только после этого следует приступить к устранению непроходимости.

При завороте тонкой кишки производят расправление заворота обычно против хода часовой стрелки. После устранения заворота надо согреть кишку салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором, и убедиться в ее жизнеспособности. Если кишка признана жизнеспособной, то операцию можно закончить опорожнением кишечника от содержимого путем энтеротомии. Только при операции на самых ранних сроках возникновения непроходимости можно воздержаться от опорожнения кишки.

Если кишка признана мертвой или жизнеспособность ее вызывает сомнения, необходимо сделать резекцию.

Перед резекцией нет надобности опорожнять кишку путем предварительной энтеротомии. Можно перевести содержимое из приводящего отрезка в резервируемый отдел или пересечь между зажимами кишку и дистальный отдел омертвевшей ее части вывести за пределы операционного поля и опорожнить кишечник от содержимого.

Заворот сигмовидной кишки также раскручивается, но опорожнение кишки производят не путем энтеротомии, а через широкую резиновую трубку, введенную в прямую кишку еще до начала операции. Дальнейшие мероприятия зависят от степени патологических изменений в кишке, от общего состояния больного.

При гангрене сигмовидной кишки производят перничную резекцию по абсолютным показаниям; после резекции омертвевшего

отдела кишки надо остановиться на формировании противоестественного заднего прохода. В дальнейшем уже путем релапаротомии наложить внутрибрюшную анастомоз. Такая методика нами предложена еще в 1955 году.

Если нет абсолютных показаний к резекции кишки или хирург не обладает достаточным опытом, при жизнеспособной кишке можно ограничиться расправлением заворота, а при наличии рубцов в брыжейке - произвести мезосигмопликацию по Гаген-Торну (с фиксацией кишки к боковой стенке таза или без этого).

Во всех случаях после операции на толстой кишке надо сделать растяжение сфинктера заднего прохода.

При узлообразовании хирург может оказаться в очень затруднительном положении, особенно во время развязывания узла. Как правило, узел образуется между сигмовидной и петлей тонкой кишки, реже - петлями тонкого кишечника.

Для успешного развязывания узла необходимо освободить сигмовидную кишку от газов. Это можно сделать путем пункции кишки троакаром, либо путем продвижения резиновой трубки, введенной еще до операции в прямую кишку, выше ущемляющего кольца. Для облегчения продвижения трубки хирург вводит палец левой руки в ущемляющее кольцо и приподнимает его, а правой проталкивает трубку в сигму. После опорожнения сигмовидной кишки, продолжая приподнимать левой рукой ущемляющее кольцо, осторожным потягиванием правой рукой хирург выводит ущемленную сигмовидную кишку, и узел развязывается. Если таким путем узел развязать не удастся, можно присегнуть к пересечению ущемляющей кишечной петли, расправить узел, а концы кишечной петли сшить, если она окажется жизнеспособной. При омертвлении кишки показана ее резекция, причем нередко

приходится резецировать как тонкую кишку, так и сигмовидную. В конце операции следует растянуть сфинктер заднего прохода.

При инвагинации необходимо провести дезинвагинацию, осторожно выводя инвагинат из охватывающей его кишки, а не вытягивать внедряющуюся кишку. Если кишка окажется мертвой или жизнеспособность ее вызывает сомнения, необходимо ее резецировать.

При закупорке просвета кишки каловым камнем, большим клубком аскарид или другим инородным телом (кость, монета и др.) показана энтеротомия, удаление инородного тела с последующим опорожнением кишки от содержимого и зашивание раны кишки.

В значительном проценте случаев во время операции возникает вопрос об удалении токсического содержимого из кишечника в послеоперационном периоде.

В разное время было предложено несколько методов (проведение зонда в толстую кишку через прямую, оставление назогастрального зонда, интубация кишки через гастростому, интубация кишки через энтеростому, интубация кишки через пекостому). По литературным данным и анализируя материалы нашей клиники наиболее оправданным является интубация через пекостому. Метод технически несложен, дает возможность не только опорожнить кишку на операционном столе, но и проводить лечебные промывания кишки в послеоперационном периоде, способствует восстановлению перистальтической деятельности кишечника в более ранние сроки, препятствует образованию перегибов кишки в виде двустолье и развитию спаечной непроходимости в послеоперационном периоде. После удаления трубки / на 5-6 сутки / свищ самостоятельно закрывается через 3-4 дня.

МЕТОДИКА ИНТУБАЦИИ КИШКИ ЧЕРЕЗ ЦЕКОСТОМУ.

На переднюю стенку слепой кишки накладывает два кисетных серозно-мышечных шва (диаметр внутреннего 1,0 см, наружного 1,5-2,0 см). Свободную брюшную полость и рану отграничивают салфетками. В центре внутреннего кисетного шва просвет кишки вскрывают и вводят резиновую трубку с наружным диаметром 0,7-0,8 см. Трубку проводят через баугиньеву заслонку в подвздошную кишку. По мере продвижения трубки по кишке на расстоянии 15-20 см друг от друга в трубке делают отверстия. Тонкую кишку нашивают на трубку так, что конец последней проводится до связки Трейца (общая длина трубки 1,5 - 2 м.). Кисетные швы завязывают, погружая внутренний шов в наружный. В правой подвздошной области делают прокол брюшной стенки в проекции выведения трубки из кишки. Стенку кишки по периметру трубки подшивают к париетальной брюшине. На коже трубку фиксируют швом.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ .

Правильное ведение раннего послеоперационного периода является одной из важных составных частей комплексного патогенетического лечения острой кишечной непроходимости.

Так как непроходимость кишечника вызывает в организме резкое нарушение водно-солевого, белкового и др. видов обмена, то в первые дни после операции показана интенсивная борьба с

указанными нарушениями. Необходимо производить внутривенное введение физиологического раствора, 5% раствора глюкозы, плазмы, крови, белковых кровезаменителей в общей количестве до 3 литров в сутки. У пожилых людей и при сопутствующих заболеваниях сердца и легких дозы вводимой жидкости должны быть уменьшены за счет введения более концентрированных растворов.

Для профилактики и борьбы с перитонитом показано применение антибиотиков (морфоцилин, гентамицин, биомицин, олететрин и др.).

Для борьбы с парезом кишечника, который в той или иной степени всегда наблюдается у больных, оперированных по поводу непроходимости, необходимо наладить периодическое удаление содержимого желудка, что способствует восстановлению перистальтики кишечника. С этой же целью назначают внутривенно 10% раствор поваренной соли по 50-60 мл, паранервные блокады или 1/4% раствор новокаина по 100-150 мл внутривенно капельно, диатермию области солнечного сплетения, сифонные клизмы (если не было вмешательства со вскрытием просвета толстой кишки), согревающие компрессы на живот, физостигмин, питуитрин.

После операции на толстом кишечнике через сутки надо давать больному по одной столовой ложке касторового или вазелинового масла внутрь ежедневно до появления стула.

Обязательно введение анальгетиков (2% омнопон по 1 мл 3-4 раза в сутки), кардиотонических средств, а также антигистаминных препаратов (пипольфен, димедрол, диазолин и т.п.)

У больных пожилого возраста и у лиц со склонностью к тромбоэмболическим состояниям необходимо назначать антикоагу-

ланы под контролем показателей свертываемости крови и коагулограммы. Начиная со вторых суток применяют гепарин по 500 ЕД 4 раза в сутки, а с 5-6 суток - пеллетан или финилин в обычных дозах, осуществляют бинтование нижних конечностей эластичными бинтами, массаж, лечебную гимнастику.

Кроме обычной повязки-наклейки на рану, полезно бинтование живота широкими бинтами или использование в качестве орального бандажа простыни (сложенной втрое и обернутой вокруг туловища). Эта мера является предупредительной по отношению эвентрации.

Таким образом, возможными реальными путями снижения летальности при острой кишечной непроходимости являются:

1. Госпитализация всех больных с малейшими подозрениями на кишечную непроходимость в хирургических стационарах и полный отказ от наблюдения в условиях поликлиники или терапевтического отделения.

2. Полный отказ от неопределенного диагноза "частичная кишечная непроходимость"; диагноз непроходимости должен быть отвергнут либо подтвержден в течение 2-3 часов с момента обращения.

3. Более широкое рентгенологическое обследование больных при подозрении на острую кишечную непроходимость с использованием при необходимости контрастных методов исследования.

4. Обязательная кратковременная инициальная подготовка.

5. Применение падающего обезболивающего средства под масочным наркозом.

6. Применение интраоперационной и послеоперационной декомпрессии кишечника.

7. Продолжение интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

Зак. 102 тир 75.
АЖС - 03820 от 25.07.80г

ОМОН ВТМВ