

М.Г.Сачек, Э.С.Питкевич, А.Н.Лызиков, И.А.Петухов,
А.К.Зеньков, Л.И.Шаркова

ИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

При лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в дополнение к оперативному методу в настоящее время выполняется комплекс интенсивной терапии, включающей мероприятия, направленные на коррекцию кардио- и гемодинамики, микроциркуляции и реологических свойств крови, борьбу с гиповолемией, метаболическим ацидозом, инфекцией и интоксикацией, в том числе, внутриаптериальное и внутривенное введение растворов и протекторных средств, а также проведение гемо- и лимфосорбции, гемо-, перитонеального и кишечного диализа [1, 2, 3, 4, 5]. Интестинальный диализ нашел широкое применение в лечении перитонита и кишечной непроходимости [1, 4], и с 1987 года кишечный диализ начал применяться в клиниках кафедры хирургических болезней № 1 при лечении острых нарушений мезентериального кровообращения.

Нами разработана и апробирована в экспериментальных исследованиях техника интестинального диализа в лечении реперфузионных повреждений после нарушений кровообращения в кишке, осуществлен выбор перфузионного раствора. Установлено, что максимальными протекторными свойствами обладает модифицированный многокомпонентный раствор ИТиО-3 [6], содержащий основные компоненты цикла Кребса и сбалансированный по ионному составу.

Применение перфузии тонкой кишки многокомпонентным раствором уменьшает структурно-функциональные изменения в организме за счет сохранения целостности слизистой оболочки тонкой кишки, уменьшения процессов деструкции во внутренних органах, сохранения объема циркулирующей крови, ликвидации ацидоза, предотвращения гемоконцентрации и частичного сохранения депо гликогена в печени. Протекторное действие интестинального диализа в профилактике реперфузионных повреждений обеспечивает увеличение средней продолжительности жизни экспериментальных животных более, чем в 5 раз и повышение выживаемости до 70% на фоне 100%

гибели их в контроле.

Результаты экспериментальных исследований использованы в разработке "Метода послеишемической защиты тонкой кишки", разрешенного МЗ БССР для практического применения (Инструкция по применению № 03/028-872 от 04.08.87). Метод использован при проведении интестинального диализа в послеоперационном периоде у хирургических больных с острыми нарушениями мезентериального кровообращения, перитонитом и кишечной непроходимостью. Положительные результаты отмечены у 46 человек, отрицательный результат - 1 ! неопределенные результаты - у 9 больных.

Приводим пример клинического применения кишечного диализа у больных с острой патологией органов брюшной полости.

Больная С., 59 лет, поступила с жалобами на схваткообразные боли по всему животу, задержку стула и газов, спустя 22 ч от начала заболевания. По клиническим и рентгенологическим данным диагностирована острая кишечная непроходимость с явлениями перитонита.

Во время операции установлено, что причиной кишечной непроходимости явилось ущемление тонкой кишки в глубоком кольце бедренного канала с некрозом кишечной стенки. Выполнена резекция 45 см кишечника с наложением анастомоза "конец в конец". С декомпрессивной целью тонкая кишка интубирована назогастроинтестинальным зондом и выполнен лаваж кишечника 2% раствором гидрокарбоната натрия и раствором трисамина в соотношении 1:1. После промывания кишечника концентрация водородных ионов в кишечном содержимом уменьшилась от pH 6,8 до pH 7,4, то есть купированы явления метаболического ацидоза.

В течение 3 сут послеоперационного периода выполнялся интестинальный диализ многокомпонентным раствором ИТМ-3 по 400 мл через каждые 12 ч. Острые явления перитонита и интоксикации ликвидированы к началу третьих суток, к этому же времени начала восстанавливаться функция кишечника. Послеоперационный период протекал без осложнений, и на 19 сут в удовлетворительном состоянии больная выписана на амбулаторное лечение.

Больная Ш., 19 лет, поступала через 4 сут после начала заболевания с жалобами на постоянные сильные боли по всему животу, задержку стула и газов. В прошлом больная оперирована

по поводу острого аппендицита, спаечной кишечной непроходимости и заворота ободочной кишки. Рентгенологически определялась резко раздутая ободочная кишка. Состояние больной тяжелое, пульс ~~слабый~~ 100 в 1 мин, язык сухой, обложен, живот вздут и ассиметричен, перистальтические шумы - единичные.

После кратковременной предоперационной подготовки с диагнозом "Острая кишечная непроходимость" больная оперирована. В брюшной полости обнаружена резко раздутая газами ободочная кишка до селезеночного угла. Причиной непроходимости явился грубый фиброзный тяж от большого сальника к задней поверхности брюшной стенки, полностью сдавивший просвет кишки. После рассечения тяжа с декомпрессионной целью выполнена ретроградная интубация толстой кишки полихлорвиниловой трубкой диаметром 12 мм с перфорационными отверстиями. В течение трех суток выполнялся кишечный диализ раствором ИТИО-3 по 650 мл через каждые 12 ч. На 2 сут восстановилась перистальтика кишечника, а на 3 сут, после удаления трубки, был самостоятельный стул. Явления интоксикации купированы на 4 сут. После заживления операционной раны в удовлетворительном состоянии больная выписана на амбулаторное лечение.

Таким образом, выполненные экспериментальные исследования и клинические наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности интестинального диализа многокомпонентным раствором в лечении острых заболеваний органов брюшной полости.

Литература:

1. А.с. 1153894 СССР, А 61 В 17/00. Способ декомпрессии кишечника / Ю.И.Седлинский (СССР).
2. Вагнер Е.А., Заугольников В.С., Дьяков Н.К. Гемосорбция в лечении критических состояний в хирургии // Хирургия. - 1984. - № 1. - С. 120-122.
3. Лукашов Н.А. Экстрокорпоральная детоксикация лимфы и ее реинфузия у хирургических больных: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 1985. - 23 с.
4. Полиглотов Н.И. Управляемый через энтеростому кишечный диализ // Вестн. хирургии им.Грекова. - 1988. - № 3. - С. 45-50.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С.Савельева. - М., 1986.