

УДК 616.34-007.272-02 : 617.55-089-06

Профессор И. А. ПЕТУХОВ

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра госпитальной хирургии Витебского медицинского института

Острая кишечная непроходимость продолжает оставаться одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии. До сих пор лечение ее недостаточно эффективно. Ни одно острое хирургическое заболевание органов брюшной полости не дает такую высокую летальность, как острая кишечная непроходимость. Например, по данным В. В. Завьялова (1973), послеоперационная летальность при острой кишечной непроходимости по РСФСР в 1971 году была равна 13,68%, общая летальность, по данным А. М. Аминева (1973), составляла 18,5%, а по данным Г. И. Лукомского (1973) — 26,7%.

В числе причин высокой летальности называют позднюю госпитализацию, диагностические, тактические, технические, лечебные ошибки и т. д. М. И. Лыткин с соавт. (1973) непосредственной причиной смерти больных при острой кишечной непроходимости считают интоксикацию, которая, по их мнению, является следствием белкового голодания и нарушения белкового метаболизма. С этим нельзя не согласиться. Однако, на наш взгляд, малоэффективность лечения и высокая летальность при этом заболевании объясняются еще и следующими факторами:

а) острая кишечная непроходимость не является отдельным, самостоятельным заболеванием, нозологической единицей, как например, острый аппендицит, прободная язва, острый холецистит и др., а собирательным понятием, ведущим клиническим синдромом при котором является нарушение пассажа кишечного содержимого. Причинами этого могут быть самые разнообразные патологические процессы как функционального, так и механического характера;

б) при острой кишечной непроходимости нет и не может быть единой, четко установленной лечебной тактики, как при других острых хирургических заболеваниях, так как целый ряд синдромов, сопровождающихся обструкцией кишечника, излечивается консервативными методами и только немногим более половины больных с острой кишечной непроходимостью подвергаются операции (И. А. Петухов с соавт., 1971; И. И. Кутузов с соавт., 1973);

в) до настоящего времени полностью не изучен патогенез острой кишечной непроходимости, как и те глубокие изменения гомеостаза, которые наступают при ней. Мы почти ничего не знаем о сложных биохимических процессах, лежащих в основе интоксикации при этом заболевании, а следовательно, и не можем их адекватно и рационально корригировать.

П. Н. Напалков на IV Всероссийском съезде хирургов (1973) отметил, что за последние 20 лет успешное продвижение хирургического лечения больных с разными вариантами острой кишечной непроходимости приостановилось.

Еще сложнее лечение больных, у которых острая кишечная непроходимость развилась в послеоперационном периоде, так как при этом возникают большие диагностические затруднения, в результате чего сохраняется высокая летальность. По данным М. И. Лыткина и А. М. Карякина (1973), в этой группе больных она составляет 46,5%, а у лиц старше 60 лет — 70%.

Послеоперационный период, по мнению В. И. Стручкова, — это период с момента окончания операции до восстановления трудоспособности больного. В нем различают три фазы: первую — раннюю (длительность до недели), вторую — до выписки больного (продолжительность 2—3 недели и третью — отдаленную (до восстановления трудоспособности). Послеоперационный период может протекать без осложнений («гладко»), когда реактивные изменения со стороны отдельных органов и систем организма не переходят грани умеренной реакции на оперативное вмешательство. Но в этом периоде могут также наблюдаться и различные отклонения со стороны внутренних органов, которые следует рассматривать как послеоперационные осложнения. Последние могут приобретать характер новых болезненных форм, требующих не только наблюдения врача, но и лечения, в том числе хирургического. Одним из таких осложнений является послеоперационная непроходимость кишечника, которая может развиваться в любой из трех фаз послеоперационного периода.

Если кишечная непроходимость возникла в первые 6—7 дней с момента окончания оперативного вмешательства, ее считают развившейся в ранней фазе послеоперационного периода. Виды острой кишечной непроходимости, развившиеся в раннем послеоперационном периоде, могут быть самыми разнообразными. Иногда это функциональная кишечная непроходимость — рефлекторный спазм или, наоборот, атония кишечника, состояние, которое обычно обозначают как парез кишечника. В таких случаях показано консервативное лечение. Следует заметить, что острая кишечная непроходимость рефлекторного характера может развиваться не только после тяжелых, травматических операций на органах брюшной полости, но так-

же после операций на органах забрюшинного пространства (почки, мочеточник, брюшная аорта и ее бифуркация). Иногда выраженный парез кишечника развивается и после операций на органах грудной полости.

В ранней фазе послеоперационного периода могут развиваться также различные виды механической кишечной непроходимости (завороты, ущемления и др.). Она наблюдается у 0,3% всех оперированных на органах брюшной полости (Е. А. Вагнер, 1973).

Однако чаще всего в ранней фазе послеоперационного периода наблюдается паралитическая кишечная непроходимость, которая, по данным Б. Д. Савчука с соавт. (1973), встречается в 6% всех лапаротомий. Она возникает, как правило, вследствие развивающегося перитонита. При этом наиболее часто допускаются диагностические ошибки, а следовательно и ошибки лечебно-тактического плана. Вначале возникшее состояние расценивают как парез кишечника и проводят комплекс консервативных мероприятий, направленных на борьбу с ним, упуская драгоценное время для хирургического вмешательства. Убедившись в неэффективности такого лечения, ставят предположительный диагноз — ранняя спаечная непроходимость кишечника — и производят релапаротомию. Обнаружив в брюшной полости рыхлые налеты на петлях кишечника, хирурги нередко считают это подтверждением своего ошибочного диагноза и вместо перитонита считают правильным диагноз — ранняя спаечная непроходимость кишечника. Если больной умирает, то этот диагноз становится заключительным и ранняя спаечная непроходимость рассматривается как причина смерти больного, в то время как причиной смерти явился перитонит. Непроходимость была паралитической, а не спаечной, потому что в первые 5—7 дней после операции не могут образоваться сращения, которые могли бы создать механическое препятствие для продвижения содержимого по кишечнику.

Дифференциальная диагностика послеоперационного пареза кишечника, ранней спаечной кишечной непроходимости и перитонита, развивающегося на фоне применения антибиотиков и протекающего вяло, атипично, со «смазанной» клинической картиной, представляет большие трудности. Как мы отмечали ранее (1972), одним из кардинальных симптомов таких перитонитов является стойкий парез кишечника, не сопровождающийся напряжением брюшной стенки. Симптом Щеткина — Блюмберга может быть слабо положительным, сомнительным или даже отрицательным. Иногда определяется вялая перистальтика, могут отходить газы, особенно после стимуляции кишечника. Однако следует помнить, что все лечебные мероприятия консервативного характера, направленные на декомпрессию кишечника, в таких случаях дают лишь частичный и временный эффект. Это нередко ошибочно расценивается как улучшение в состоянии больных, из-за чего упускаются оптимальные сроки для активных вмешательств, и показания к релапаротомии определяются слишком поздно.

Многолетний опыт убеждает нас в том, что главными критериями для постановки правильного диагноза и выработки показаний к своевременному оперативному вмешательству являются клинические симптомы острой кишечной недостаточности, которые каждый хирург должен хорошо знать и уметь их выявить, для

чего требуется внимательное обследование больного, включающее тщательный целенаправленный расспрос, внимательный осмотр, пальпацию и многократную аускультацию живота. Порой для этого необходимо провести у постели больного 15—30 минут, а иногда и больше. Осмотр должен быть многократным, но общий срок наблюдения не должен превышать двух часов. Под наблюдением мы понимаем не пассивное созерцание, а изучение динамики заболевания, наблюдение за эффективностью проведения лечебно-диагностических мероприятий, которые одновременно должны служить и предоперационной подготовкой. Во время осмотра больного хирург должен лично убедиться в эффективности проводимых лечебных мероприятий, не полагаясь на мнение обслуживающего персонала. Дежурный хирург нередко некритически относится к информации среднего персонала, младшего дежурного врача или врача-интерна о состоянии больного.

При внимательном и тщательном наблюдении за состоянием больного можно почти всегда достаточно точно определить показания к оперативному вмешательству при острой кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде. В сомнительных случаях необходимо прибегать к ранней лапаротомии. Только такая тактика может привести к снижению летальности.

После любого оперативного вмешательства в брюшной полости отмечается защитная реакция брюшины, обладающей большой пластической способностью. Если же во время операции произошло инфицирование брюшины, то на ее поверхности выпадает фибрин и образуются рыхлые спайки, отграничивающие воспалительный процесс и препятствующие развитию разлитого перитонита. По окончании воспалительного процесса в брюшной полости образовавшиеся спайки полностью рассасываются.

Экспериментально-клинические наблюдения в первые 1—3 дня показывают, что воспалительный процесс в брюшине ограничивается дистрофией мезотелия, некробиозом и слипчиванием его клеток, выпадением фибрина. В дальнейшем происходят некробиотические процессы и на поверхности брюшины накапливается гнойный экссудат. Некрозу подвергается не только мезотелий, но и поверхностные соединительные слои брюшины. В них наблюдается резкий отек, расширение кровеносных сосудов, кровонезлияния вокруг них и выраженная лейкоцитарная инфильтрация.

В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной Л., 32 лет, поступил в клинику госпитальной хирургии Витебского мединститута 22 февраля 1980 г. по поводу губовидного тонкокишечного свища, кахексии. 6 марта 1980 г. под эндотрахеальным наркозом произведена операция — внутрибрюшинное закрытие свища тонкой кишки. Первые 2 дня течение послеоперационного периода обычное. На 3-й день состояние больного ухудшилось, появились боли в животе, неадекватное поведение. На 4-е сутки боли в животе усилились. Диагноз: послеоперационный парез кишечника. Проведены консервативные лечебные мероприятия — состояние несколько улучшилось, но продолжало оставаться тяжелым. На 5-е и 6-е сутки — состояние тяжелое, нарастали явления вздутия живота, заподозрена ранняя спаечная непроходимость и сужение анастомоза. На 7-е сутки

под эндотрахеальным наркозом произведены релапаротомия, разделение рыхлых фибриновых спаек, наложена энтеростома. Диагноз: ранняя спаечная непроходимость кишечника. На аутопсии обнаружена несостоятельность швов анастомоза, разлитой перитонит.

Приведенное наблюдение можно рассматривать как случай послеоперационного перитонита, ошибочно принятого за раннюю спаечную кишечную непроходимость.

В соединительнотканых слоях брюшины пролиферация молодых клеточных элементов — фибробластов, разрастание капилляров, появление эластических и коллагеновых волокон, уменьшение отека, формирование грануляционной ткани наблюдаются только спустя 7—8 дней от начала перитонита. Следовательно, плотные спайки как причина механической острой кишечной непроходимости могут образоваться не раньше 10—14-го дня после операции.

То, что принято называть ранней спаечной непроходимостью кишечника, развившейся в первую неделю после операции, — не что иное как динамическая кишечная непроходимость, наступившая вследствие перитонита. Поэтому в таких случаях как можно раньше показаны: широкая релапаротомия под эндотрахеальным наркозом; ликвидация источника перитонита; борьба с остаточной инфекцией брюшной полости; мероприятия по декомпрессии кишечника; интенсивная комплексная терапия в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

Амнинев А. М., Малышев Ю. И., Шебуев М. Г. и др. — В кн.: Материалы IV Всероссийского съезда хирургов. Пермь, 1973,

с. 95. ÷ Вагнер Е. А., Вечеровский И. Ф., Лишке А. А. и др. — Там же, с. 125. ÷ Завьялов В. В. — Там же, с. 100. ÷ Кутузов И. И., Чапыгов А. В. — Там же, с. 181. ÷ Лукомский Г. И., Байкова З. З., Могилевский И. Л. и др. — Там же, с. 106. ÷ Лыткин М. И., Карякин А. М. — Там же, с. 94. ÷ Напалков П. Н., Мирошников Б. И. — Там же, с. 85. ÷ Петухов И. А., Тареев Н. Г. — В кн.: Сборник научных трудов Витебского медицинского института. Витебск, 1971, вып. 14, с. 204. ÷ Петухов И. А. Диагностика, лечение и профилактика послеоперационных перитонитов: Метод. рекомендации. — Мн., 1972. ÷ Савчук Б. Д., Кабушкин В. А. — В кн.: Лечение паралитической кишечной непроходимости: Матер. к IV Всерос. съезду хирургов. Пермь, 1973, с. 160.

Поступила 10.12.80.

ILEUS IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

I. A. Petukhov

Early commissural ileus which develops during the first week after the operation on the organs of the abdominal cavity, according to the author, is a consequence of peritonitis because dense commissures in the abdominal cavity cannot appear earlier than 10—14 days after the operation. In such cases the following measures are indicated: relaparotomy, liquidation of the source of peritonitis and residual infection of the abdominal cavity, decompression of the intestine.