

РОЛЬ НАЗОЭНТЕРАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

М. ЭШБЕКОВ, М. ЮЛДАШЕВ, Х. АХМЕДОВ, И. ЧУЛИБОЕВ, Х. УЗОКОВ, Н. ЖУМАНОВ

Nasal enterial intubation role in prophylaxis of post-operative abdominal complication in urgent surgery

M. ESHBEKOV, M. YULDASHEV, H. AKHMEDOV, H. UZOKOV, N. CHULIBOEV, N. JUMANOV

Джизакский филиал РНЦЭМП

В статье проанализированы результаты хирургического лечения 240 больных с травмой живота и перитонитами различного генеза. Выяснено, что в генезе формирования абдоминальных осложнений после операций у больных с экстренной патологией органов брюшной полости важное значение имеет послеоперационная паралитическая кишечная непроходимость, в связи с чем у этих пациентов имеется настоятельная необходимость в интраоперационном проведении декомпрессии кишечника путем назоэнтеральной интубации, которая способствует значительно уменьшению частоты абдоминальных осложнений после операции, существенному снижению числа релапаротомий и летальности, а следовательно, улучшению результатов лечения.

This article analyzes results of surgical treatment of 240 patients with abdominal injury and peritonitis of different origins. It was found out, that the most important reason of abdominal complications formation after operation at patients with emergency pathology of abdominal cavity organs is post-operative paralytic intestinal impassability. Due to above-mentioned reason, it is necessary for such patients to conduct interoperative decompression of intestine employing the method of nasocenteric intubation, which causes considerable decrease of frequency of abdominal complications after operation. Moreover, it results in essential decrease of relaparotomy and lethality, and, consequently, in improvement of treatment result.

Рост числа и расширение объема экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости в последние десятилетия привели к значительному увеличению частоты послеоперационных осложнений, которые встречаются у 8-12%, а при наиболее продолжительных и обширных urgentных операциях – у 15-29,5% оперированных. Лечение этих осложнений – подчас исключительно трудная задача, которая сопряжена со значительными экономическими потерями. Но самое главное, при возникновении осложнений резко снижается качество лечения, а нередко возникает опасность для жизни больного [1, 2, 9, 11, 12].

Послеоперационным осложнением следует считать новое патологическое состояние, не характерное для нормального течения послеоперационного периода и не являющееся следствием прогрессирования основного заболевания [3, 4, 6, 9, 11, 13, 15].

Среди послеоперационных осложнений можно выделить две основные группы. В первую из них относят осложнения, являющиеся логическим завершением тех общих или местных нарушений в организме больного, которые вызвали основное заболевание. Сюда же включают многочисленные осложнения, обусловленные плохим качеством технического выполнения операции, хирургических манипуляций и применением других недостаточно четко обоснованных методов лечения. Вторая группа – послеоперационные осложнения, обусловленные глубокими нарушениями функций жизненно важных систем (дыхательной, сердечно-сосудистой, печени и почек) больного вследствие сопутствующих болезней [3, 5, 10, 12, 14].

Среди причин осложнений, относящихся к первой группе, немаловажное значение имеет паралитическая

непроходимость кишечника, клинически обозначаемая как послеоперационный парез. По данным литературы [7, 8, 11], послеоперационный парез, который встречается почти у 12,3% больных с острой абдоминальной патологией, служит довольно частым показанием к проведению релапаротомии. Значение послеоперационного пареза особенно велико у больных с распространенным перитонитом в связи с наличием синдрома острой относительной или абсолютной кишечной недостаточности, усугубляющей имеющийся эндотоксикоз [2, 5, 6, 8, 10, 14].

Целью нашего исследования явилось определение роли и значения назогастроэнтеральной декомпрессии в профилактике послеоперационных внутрибрюшных осложнений у больных с острой абдоминальной патологией.

Материал и методы

В 2001-2007 гг. в хирургическом отделении Джизакского филиала РНЦЭМП на лечении находились 420 больных с острой абдоминальной патологией, из них 230 мужчин и 90 женщин в возрасте от 15 до 74 лет, средний возраст 43,7 года. У 92 пациентов имели место деструктивные формы острого аппендицита, у 72 – острый калькулезный холецистит, у 35 – острый панкреатит, у 58 – гастродуоденальные язвенные перфорации, у 66 – различные формы острой кишечной непроходимости, у 97 – травмы органов брюшной полости.

Всем больным клинический диагноз устанавливался на основании анамнестических и объективных данных. Для диагностики использовались общеклинические, рентгенологические, эхоскопические и эндоскопические методы.

Все больные были подвергнуты различным оперативным

вмешательствам срединным лапаротомным разрезом под эндотрахеальным наркозом. У 228 из них до- и интраоперационно было диагностировано наличие перитонита различной распространенности: местный перитонит наблюдался у 114 (50,0%), диффузный – у 82 (35,9%), разлитой – у 32 (14,1%). Декомпрессия кишечника осуществлялась по показаниям путем назоэнтальной интубации силиконовым зондом соответствующей длины с боковыми отверстиями. Все больные в послеоперационном периоде получали стандартную интенсивную консервативную терапию.

В ходе операции у 114 больных были выявлены показания к проведению назоэнтальной декомпрессии кишечника, которая проведена у 66 из них (основная группа). У 48 больных (контрольная группа) назоэнтальная интубация не выполнялась из-за отсутствия необходимых условий или соответствующих навыков, а также выраженного спаечного процесса в брюшной полости.

Результаты и обсуждение

Результаты исследований показали (табл. 1), что практически у всех больных контрольной группы в послеоперационном периоде наблюдалась картина паралитической кишечной непроходимости, которая выражалась клиническими (вздутие живота, тошнота и рвота, отсутствие перистальтики кишечника), рентгенологическими и эхоскопическими признаками пареза кишечника. Причем коррекция последних представляла очень трудную задачу. У этих больных регистрировались резкие изменения со стороны лабораторных показателей в виде лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорения СОЭ.

У больных основной группы в послеоперационном периоде признаки паралитической кишечной непроходимости (77,2%) либо не наблюдались, либо они были мало выраженными (22,8%) и сравнительно легко поддавались коррекции консервативной терапией. Лабораторные показатели у них обычно находились на верхней границе условной нормы, либо отмечалось их

умеренное повышение. Несомненно, имеющиеся различия были связаны с проведенной интраоперационной интубацией кишечника и последующей его декомпрессией в послеоперационном периоде.

Сопоставимые данные наблюдались и при сравнении структуры послеоперационных осложнений, количества релапаротомий и летальных исходов (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, результаты лечения больных контрольной группы оказались значительно хуже. Послеоперационные осложнения возникли у 68,8% пациентов. Несостоятельность швов анастомоза наблюдалась у 2, продолжавшийся перитонит – у 3; как следствие у 22 пациентов отмечалось нагноение послеоперационной раны с эвентрацией внутренних органов (9,4%). Немаловажно, что у 2 обследованных явления паралитической непроходимости кишечника трансформировались в механическую ее форму. В связи с наличием столь большого количества послеоперационных осложнений недопустимо высокими оказались показатели релапаротомии (16,7%) и послеоперационной летальности (8,3%).

У больных основной группы грозных послеоперационных осложнений почти не наблюдалось (8,3%). Поэтому в этой группе не было случаев релапаротомии, а показатели послеоперационной летальности были минимальными (1,5%).

Заключение

Таким образом, в генезе формирования абдоминальных осложнений после операций у больных с экстренной патологией органов брюшной полости важное значение имеет послеоперационная паралитическая кишечная непроходимость. У этих пациентов имеется настоятельная необходимость в интраоперационном проведении декомпрессии кишечника путем назоэнтальной интубации, что способствует значительному уменьшению частоты абдоминальных осложнений после операции, существенному снижению числа релапаротомий и летальности и, следовательно, улучшению результатов лечения.

Таблица 1. Частота признаков послеоперационной паралитической кишечной непроходимости у обследованных больных, абс. (%)

Признак	Группа	
	контрольная	основная
Клинические:		
вздутие живота	42 (87,6)	12 (18,1)
диспепсия (тошнота, рвота)	46 (95,8)	10 (15,1)
неотхождение газов и стула	44 (91,6)	15 (22,7)
отсутствие перистальтики	46 (95,8)	11 (16,7)
Рентгенологические:		
наличие тонкокишечных	22 (45,8)	8 (12,1)
толстокишечных чаш Клойбера	14 (29,2)	6 (9,1)
Эхоскопические:		
расширение петель кишечника	32 (68,6)	7 (10,6)
наличие свободной жидкости в брюшной полости	12 (25,0)	–
Лабораторные:		
лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево	42 (87,6)	18 (27,2)
ускорение СОЭ	45 (93,7)	12 (18,1)

Таблица 2. Результаты лечения обследованных больных, абс. (%)

Показатель	Группа	
	контрольная	основная
Послеоперационные осложнения:	32(68,8)	12 (18,2)
несостоятельность швов анастомоза	2 (8,2)	-
продолжающийся перитонит	3 (9,4)	1 (8,3)
нагноение послеоперационной раны	22 (88,7)	11 (91,7)
эвентрация внутренних органов	3 (9,4)	-
механическая непроходимость	2 (8,2)	-
Релапаротомии	8 (16,7)	-
Летальность	4 (8,3)	1 (1,5)

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов В.М., Ахметели Т.И., Ломидзе Н.Б. Комплексное лечение острого разлитого перитонита. Хирургия 1997; 8: 4-7.

2. Гаин Ю.М., Леонович С.И., Алексеев С.А. Энтеральная недостаточность при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. Молодечно 2001; 265.

3. Гостищев В.К. Пути и возможности профилактики инфекционных осложнений в хирургии. Рациональные подходы и профилактика инфекционных осложнений в хирургии: Метод. рекомендации. М 1997; 2-11.

4. Гостищев В.К., Сажин П.В., Авдовенко А.Л. Перитонит. М Медицина 1992; 222.

5. Гринёв М.В., Громов М.И., Комраков В.Е. Хирургический сепсис. СПб М Внешторгиздат 2001; 315.

6. Завада Н.В., Гаин Ю.М., Алексеев С.А. Хирургический сепсис. Минск 2002; 214.

7. Калиш Ю.И., Очилов О.Д. Способы интубации кишечника. Хирургия Узбекистана 2001; 1: 28-29.

8. Каримов Ш.И. и др. Синдром функциональной недостаточности при острой кишечной непроходимости и пути ее профилактики. Мед журн Узбекистана 2006; 5: 6.

9. Какмов Т.Х. Прогнозирование и профилактика бронхолегочных осложнений после операций на органах верхнего этажа брюшной полости. Дис. ...д-ра мед наук. Ташкент 1997.

10. Макарова Н.П., Конищева И.Н. Синдром эндогенной интоксикации при сепсисе. Анест и реаниматол 1995; 6: 4-9.

11. Милонов О.Б. и др. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М 1991.

12. Слепых Н.И. Причины осложнений и летальности при острых заболеваниях органов брюшной полости. Вестн. хир 2000; 2: 13-15.

13. Fathman G.N., Schoffel U. Principles and limitations of management of intraabdominal infections. World J Surg 1990; 14 (2): 210-217.

14. Taylor E.W. Surgical Infection: Current Concerns. Europ J Surg 1997; 578: 5-9.

15. Wittmann D.H. Intra-abdominal infections: Pathophysiology and treatment. New York, Basel, Hong Kong 1991; 84.

Ургент хирургиядан операциядан сўнгги абдоминал асоратларнинг профилактикасида назоэнтерал интубациянинг аҳамияти

М.Э. Эшбеков, М. Юлдашев, Х. Ахмедов, И. Чулибоев, Х. Узоков, Н. Жуманов

РШТБИМ Жиззах филиали

Маюлада ургент хирургия шароитида «іорин бгшлиги аъзолари шикастланиши, умда мар хил этиологияли перитонит» диагнози билан 240 нафар беморнинг оператив даволаш натижалари таълил іилинган. Операциядан сўнгги асоратларнинг ривожланиш генезида ичаклар парези катта аҳамиятга эга эканлиги таъкидланди. Муаллифлар шундай хулосага келишган: назоэнтерал интубациялаш операциядан сўнгги даврда абдоминал асоратларни камайтириб, релапаротомия сони ва глим кўрсаткичларини пасайтириш билан бирга бу беморларни даволаш натижаларини яхшилади.