

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Д.М. Красильников, А.В. Пикуза

*Кафедра хирургических болезней №1 (зав.— проф. Д.М. Красильников)
Казанского государственного медицинского университета*

Среди проблем неотложной абдоминальной хирургии одно из центральных мест занимают вопросы диагностики и хирургической тактики у больных с острой кишечной непроходимостью [7, 10]. Результаты лечения таких пациентов до настоящего времени остаются неутешительными. Наибольшие сложности возникают при диагностике и лечении больных с острой толстокишечной непроходимостью (ОТКН), которая в большинстве наблюдений, как правило, бывает опухолевой этиологии [1, 3]. Это объясняется неуклонным ростом заболеваемости раком толстой кишки, поздней обращаемостью больных за медицинской помощью, отсутствием единых взглядов в вопросах хирургической тактики, высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности [2, 4, 6].

Целью нашего исследования являлось определение оптимальных методов диагностики, лечения и прогнозирования течения послеоперационного периода у больных с ОТКН.

Нами проанализированы результаты лечения 152 больных с ОТКН, находившихся в клинике хирургических болезней №1 КГМУ на базе хирургических отделений РКБ МЗ РТ с 1993 по 2000 г. Женщин было 89 (59%), мужчин — 63 (41%). Возраст больных колебался от 15 до 88 лет (в среднем 62,4 ± 1,4 года).

Согласно данным, представленным в табл. 1, лишь 19 (12,5%) пациентов поступили в первые 6 часов от начала заболевания. Значительная часть больных была госпитализирована в более поздние

сроки: до 24 часов — 23 (15,2%) и свыше суток — 110 (72,3%) человек, что не могло не отразиться на их состоянии.

Во время госпитализации большинство пациентов жаловались на задержку отхождения стула и газов, тошноту, рвоту, слабость, боли в животе, которые носили схваткообразный характер. При объективном осмотре выявлялись вздутие живота, наличие видимой перистальтики, тимпанит, болезненность при пальпации, а у 22 (14,5%) пациентов — положительный симптом Щеткина—Блюмберга, что свидетельствовало о наличии перитонита. У лиц пожилого и старческого возраста клинические проявления заболевания были, как правило, стерты. В связи с нетипичностью клинической картины заболевания диагностика непроходимости толстой кишки на догоспитальном этапе была значительно затруднена. В крайне тяжелом состоянии с явлениями декомпенсации функции жизненно важных органов были доставлены в стационар 6 (4,1%) больных, в тяжелом — 36 (23,6%), среднетяжелом — 110 (72,3%). Тяжесть состояния была усугублена наличием сопутствующих заболеваний преимущественно сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Комплексная программа диагностики у больных с ОТКН включала в себя помимо клинического обследования, параклинические и специальные методы. Из параклинических методов оценивали общий анализ крови, мочи, биохимические анализы. С целью определения токсичности плазмы рассчитывали лейкоцитарный индекс интоксикации по формуле Я.Я. Кальфа-Калифа (1941), который составлял в среднем 6,4 ± 0,09. Специальные обследования пациентов с ОТКН начинали с обзорной рентгенографии органов брюшной полости, на которой регистрировались раздутые петли кишечника, содержащие газ и жидкость (чаши Клойбера). У 20 больных

Таблица 1

Сроки поступления больных с ОТКН в стационар

Сроки госпитализации, час	Число больных	%
До 6	19	12,5
До 24	23	15,2
От 24 до 48	37	24,3
Свыше 48	73	48,0
Всего	152	100,0

была выполнена экстренная ирригография, которая позволила установить уровень непроходимости. Всем больным проводилось также ультразвуковое обследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства: были визуализированы расширенные петли кишечника с наличием уровней жидкости.

В 27 (17,8%) случаях для выяснения причины и уровня кишечной непроходимости выполнялась экстренная колоноскопия. У 11 пациентов была осуществлена реканализация толстой кишки в области обтурации опухолью, у 2 — эндоскопическая деторзия сигмы с декомпрессией. Эти манипуляции позволили временно разрешить кишечную непроходимость и в дальнейшем выполнить радикальное одномоментное хирургическое вмешательство в более благоприятных условиях. У 15 (9,8%) больных была проведена экстренная лапароскопия с целью уточнения диагноза. Комплекс обследований дал возможность установить, что в 124 (81,5%) случаях ОТКН была обусловлена опухолевым процессом, причем у 115 (75,5%) — раком толстой кишки, у 9 (5,9%) — компрессией опухолями, расположенными экстраоргано (табл. 2).

Лечебные мероприятия начинали с интенсивной консервативной терапии, направленной на разрешение ОТКН, дезинтоксикацию организма, коррекцию нарушения электролитного баланса, нормализацию деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При отсутствии признаков перитонита назначали очистительные клизмы. С помощью консервативных мер ОТКН была разрешена у 39 (25,7%) больных.

Экстренное оперативное вмешательство проведено у 113 (74,3%) пациентов, из них у 100 (88,5%) — по поводу опухолевого поражения (табл. 3). У большинства пациентов опухоль локализовалась в левой половине толстой кишки. При гистологическом исследовании в 91,3% случаев выявлялась аденокарцинома.

Объем оперативного вмешательства у больных с непроходимостью опухолевой этиологии определяли по стадии процесса, тяжести состояния пациента и наличию перитонита. Мы отдаем предпочтение двухэтапным операциям, так как наложение межкишечных соустьев

Таблица 2

Причины ОТКН		
Причинные факторы	Число больных	%
Опухоль толстой кишки	115	75,6
Экстраорганные опухоли	9	5,9
Заворот сигмы	8	5,3
Заворот слепой кишки	1	0,6
Ущемленные грыжи	6	3,9
Прочие (копростаз, стриктуры и др.)	13	8,7
Всего	152	100,0

Таблица 3

Виды оперативных вмешательств при ОТКН		
Виды оперативных вмешательств	Количество операций	%
Илеостома	15	13,3
Трансверзостома	6	5,3
Наложение илеотрансверзоанастомоза	8	7,1
Сигмостомия	9	6,3
Правосторонняя гемиколэктомия, илеостомия	4	5,3
Правосторонняя гемиколэктомия, илеотрансверзостомия	3	2,7
Левосторонняя гемиколэктомия, колостомия	11	9,7
Операция Гартмана	39	34,5
Субтотальная колэктомия, илеосигмостомия	5	4,4
Деторзия сигмовидной и слепой кишок	7	6,2
Грыжесечение	4	3,5
Иссечение спаек толстого кишечника	2	1,8
Всего	113	100,0

часто приводит к их несостоятельности, что также подтверждается и данными литературы [1, 8, 12]. Послеоперационная летальность наблюдалась в 25 (22,1%) случаях, что объясняется поздней госпитализацией больных, их тяжелым состоянием при поступлении в стационар, наличием сопутствующих заболеваний, преклонным возрастом, опухолевой интоксикацией.

Исходя из анализа результатов хирургических вмешательств, мы разработали схему выбора оперативного пособия при ОТКН опухолевого генеза, позволяющую хирургу выбрать оптимальный вариант лечения в каждом конкретном случае (табл. 4).

Следует отметить, что наложение обходного анастомоза мы рекомендуем лишь в случае умеренной дилатации

Таблица 4

Схема выбора оперативного вмешательства при ОТКН опухолевого генеза

Локализация опухоли	Операбельность	Наличие разлитого перитонита	Вид операции
Правая половина толстой кишки	операбельная	нет	гемиколэктомия + илеостомия
		есть	илеостомия
	неоперабельная	нет	обходной анастомоз или илеостомия
		есть	илеостомия
Поперечная ободочная кишка	операбельная	нет	резекция ободочной кишки + колостомия
		есть	илеоколостомия
	неоперабельная	нет	обходной илеодесцендоанастомоз или илеоколостомия
		есть	илеоколостомия
Левая половина толстой кишки	операбельная	нет	гемиколэктомия + колостомия
		есть	трансверзостомия
	неоперабельная	нет	трансверзостомия
		есть	трансверзостомия
Сигмовидная кишка	операбельная	нет	резекция сигмы, операция Гартмана
		есть	колостомия
	неоперабельная	нет	колостомия
		есть	колостомия
Экстраорганные расположение опухоли	операбельная	нет	удаление опухоли, трансанальная интубация или колостомия
		есть	колостомия
	неоперабельная	нет	колостомия
		есть	колостомия

приводящего отдела кишки, когда риск развития несостоятельности швов минимален. При компрессии толстой кишки экстраоргано расположенной опухолью при условии ее операбельности и жизнеспособности кишки операцию после удаления опухоли завершаем трансанальной интубацией с целью декомпрессии. В случаях некроза кишки или сомнения в ее жизнеспособности после устранения причины непроходимости формируем кишечную стому.

Послеоперационные осложнения были диагностированы у 58 (51,3%) пациентов (табл. 5). Причиной летального исхода являлись перитонит, интоксикация, сердечно-сосудистая недостаточность, печеночная и почечная недоста-

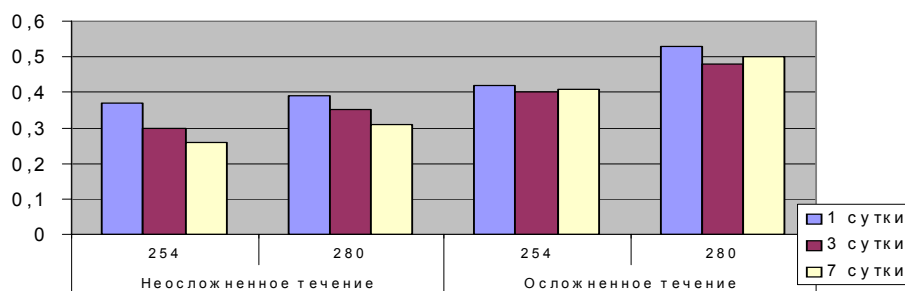
Таблица 5

Характеристика осложнений у больных с ОТКН в послеоперационном периоде

Вид осложнений	Число больных	%
Нагноение послеоперационной раны	18	15,9
Желудочно-кишечное кровотечение	1	0,9
Острая задержка мочи	1	0,9
Эвентрация	2	1,8
Несостоятельность анастомоза	4	3,5
Сердечно-сосудистые расстройства	41	36,3
Инфаркт миокарда	2	1,8
Тромбоэмболические осложнения	2	1,8
Бронхолегочные осложнения	37	32,7
Отек легких	3	2,7
Некроз кишки	1	0,9
Перитонит	17	15,0
Печеночно-почечная недостаточность	6	5,3

точность. Среди факторов, определявших осложнения и летальные исходы, нами выделены дефекты обследования и наблюдения на догоспитальном этапе, поздняя госпитализация в хирургический стационар, преклонный возраст больных, а также отягощенный преморбидный фон.

Трудности диагностики послеоперационных осложнений определялись нивелированием клинической симптоматики на фоне инфузионной, анагетической, антибактериальной терапии и малой информативностью обычных гематологических исследований. С целью определения уровня эндогенной интоксикации в качестве интегрального критерия важное значение имеют показатели концентрации токсических метаболитов, именуемых также молекулами средней массы (МСМ) [9, 11]. Для оценки динамики течения послеоперационного периода, выраженности эндотоксикоза у 49 больных нами была исследована концентрация МСМ по Н.И. Габриэлян и соавт. [5] при двух длинах волн — 254 и 280 нм, отражающих соответственно элиминационную функцию гломерулярного аппарата и детоксицирующую функцию гепатоцитов. Подобный методологический подход у больных с ОТКН ранее практически не использовался. Постановку реакции проводили в динамике на 1, 3 и 7-е сутки послеопераци-



Динамика МСМ в послеоперационном периоде при ОТКН.

онного периода. Концентрацию МСМ выражали в единицах экстинции. Кроме того, мы рассчитывали коэффициент распределения (КР), представляющий собой соотношение концентраций МСМ при длинах волн 280 нм к 254 нм, что позволяло нам дифференцированно судить о сбалансированности процессов обезвреживания и выведения токсических веществ из организма. Из общего числа обследованных у 15 пациентов было осложненное течение послеоперационного периода (см. рис.).

На фоне осложненного течения ОТКН уровень МСМ независимо от длины волны превышал показатели больных с неосложненным течением, что еще раз подчеркивает высокую степень выраженности эндотоксикоза у таких пациентов. Вместе с тем обращал на себя внимание более высокий уровень токсических метаболитов, тестируемых при длине волны 280 нм, в большей степени при осложненном течении.

Наряду с оценкой концентрации МСМ, нами был рассчитан КР (табл. 6). Из приведенных данных видно, что при ОТКН в течение послеоперационного периода имеют место дисметаболический дисбаланс и диссоциация функционирования детоксикационно-элиминирующих систем. По нашим данным, в первые трое суток происходит компенсаторный сдвиг в сторону функциональной перегрузки печени по выведению токсических метаболитов. В последующем периоде детоксикационный дефицит печени дополняется снижением элиминирующей активности почек. В силу этого развиваются признаки печеночно-почечной недостаточности, зарегистрированные у большинства умерших больных.

Итак, в структуре причин ОТКН в 81,5% случаев был выявлен опухолевый процесс. Решающее значение в лечении больных с ОТКН имеют сроки от начала заболевания до проведения оперативного вмешательства. Из числа проопе-

Таблица 6

Коэффициент распределения в динамике послеоперационного периода у больных с ОТКН

Течение послеоперационного периода	1-е сутки	3-и сутки	7-е сутки
Неосложненное	1,04 0,01*	1,13 0,03**	1,20 0,02**
Осложненное	1,26 0,01**	1,23 0,02**	1,21 0,02**
Контроль	0,85 0,02		

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$ к контролю.

рированных нами больных умерли 25 (22,1%) пациентов. Это еще раз подчеркивает важность диагностических технологий, особенно в группе пациентов пожилого и старческого возраста, у которых ОТКН, как правило, протекает атипично. Как показали результаты наших исследований, одним из прогностических критериев тяжести ОТКН, вероятности осложненного течения может служить уровень МСМ. Если он ниже 0,39 ед.э., течение ОТКН можно считать благоприятным, выше 0,42 ед.э. — неблагоприятным в силу выраженного эндотоксикоза.

ВЫВОДЫ

1. Основной причиной развития острой толстокишечной непроходимости является опухоль левой половины толстой кишки, причем ввиду стертости клинической симптоматики 86,5% больных поступают на сроках свыше 24 часов от начала заболевания.

2. Экстренная колоноскопия дает возможность не только достоверно установить причину непроходимости, но и в ряде наблюдений обеспечить временное ее разрешение.

3. Динамическое исследование молекул средней массы при двух длинах волн (254 нм и 280 нм) с последующим расчетом коэффициента распределения позволяет объективно судить о выраженности эндотоксикоза и своевременно

провести адекватную интенсивную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А., Ашрафов А.А. // Вестн. хир.—1997.— №1.—С.46—49
2. Аскерханов Г.Р., Гусейнов А.К., Зактиров У.З. Тезисы IX Всероссийского съезда хирургов.— Волгоград.— 2000.—С.140—142.
3. Борискин Б.С., Смаков Г.М. и др. // Хирургия.—1999.—№5.—С.37—40.
4. Булыгин В.И., Эктон В.Н., Наливкин А.И., Романов А.М. // Хирургия.—1997.—№5.—С.14—17.
5. Габриэлян, Дмитриева А.А., Кулагов Г.В. // Клин. мед.—1981.—№10.—С.38—42.
6. Макарова Н.П., Троицкий Б.С., Быков Е.Р. // Хирургия.—2000.—№8.—С.45—48.
7. Редько А.А., Мамченко А.В. // Вестн.хир.—1996.—№6.—С. 94—95.
8. Султанов Г.А., Алиев С.А. // Хирургия.—1998.—№2.—С.17—20.
9. Чернов В.Н., Белик Б.М., Полек А.И., Васильева Л.И. // Вестн. хир.—1998.—№4.—С.46—49.
10. Lund I., Candrup P., Balslev I. // J. Coll Surg Edinb.—1997.—Vol. 36.—P.182—184.

11. Marshall J.S. et al. // Ann.Surg. — 1993.—Vol.218.—P.111—119.

12. Noce R., Galuppi G., Steiweg M et al. // Minerva chir.—1992.—Vol.47.—P. 1585—1587.

Поступила 09.04.02.

SURGICAL TACTICS IN ACUTE LARGE INTESTINAL OBSTRUCTION

D.M. Krasilnikov, A.V. Pikuza

S u m m a r y

To determine the optimum methods of diagnosis, treatment and prediction of the postoperative course, the analysis of the treatment of 152 patients with large intestinal obstruction is performed on the base of surgical departments of the Republic Clinical Hospital. It is established that in 124 (81,5%) cases, the acute large intestinal obstruction was caused by tumor process. In 115 (75,5%) cases the large intestine cancer was revealed, in 9 (5,9%) cases the obstruction was caused by pressure of tumors located outside the intestine. By colonoscopy it is possible not only to determine the obstructive cause but in some cases to carry out the radical surgical intervention in one operation.

УДК 616.34 — 007.253

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ОБТУРАЦИИ ВЫСОКИХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Г.П. Прохоров, Н.Ф. Федоров, А.Н. Волков

Кафедра факультетской хирургии (зав. — доц. Н.Ф. Федоров), медицинского института ЧГУ им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары

Неудовлетворительные результаты лечения больных с высокими несформированными кишечными свищами объясняются тем, что оперативные вмешательства проводятся вынужденно на фоне перитонита и выраженных нарушений гомеостаза. С учетом этого обстоятельства мы придерживаемся с 1984 г. рациональной тактики двухэтапного лечения. На первом этапе мы выводим больных из тяжелого состояния методом длительной обтурации свища и восстановления энтерального питания, на втором — проводим оперативное лечение в оптимальные сроки в условиях разрешения перитонита и нормализации гомеостаза. Обтурация свища обеспечивается сочетанием обтуратора оригинальной конструкции (пат. предложение № 2189 от 14.01.1989 г.) и медицинского полиуретанового клея КЛ-3 и его модификаций (пат. предложение № 973 от 05.05.98 г.).

На рис.1 представлено изображение протеза-обтуратора собственной конструкции. Резиновая трубка (1) имеет на

концах манжеты (5), которые надувают воздухом через воздуховоды (6). Между манжетами расположены пластинки (2, 3), разделенные между собой втулкой (4), высота которой соответствует толщине кишечной стенки, а диаметр — просвету кишечного свища. Пластина насажена на полый резиновый стержень (7), внутри которого проходят тонкие воздуховоды к манжетам, причем нижняя

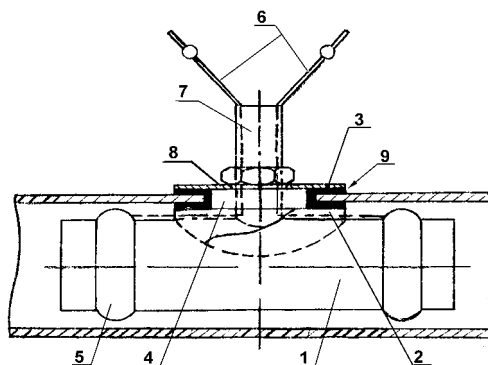


Рис. 1. Обтуратор в модификации автора (объяснения даны в тексте).