

Декомпрессия кишечника при острой кишечной непроходимости и перитоните у лиц старше 60 лет

На современном этапе развития хирургии при лечении острой кишечной непроходимости и перитонита большое значение придается декомпенсации кишечника. Однако, многими авторами пожилой возраст больных выделяется, как основная причина отказа от проведения назо-гастральной интубации тонкой кишки. Автором показан опыт проведения 139 назо-гастральной интубации кишечника пациентам старше 60 лет с перитонитом и острой кишечной непроходимостью.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, перитонит, назо-гастральная интубация тонкой кишки, пожилой и старческий возраст.

Zhidkov S.A.

Intestine decompression in patients are higher than 60 years with acute ileus and peritonitis. On modern stage of development of surgery in treatment of ileus and peritonitis great importance to intestine decompression is attached. But a lot of authors distinguish elder age of patients as a main reason of refusal from conduction of nasogastric intubation of small intestine. Authors show the experience of conduction of nasogastric intubation of small intestine in patients are higher than 60 years with ileus and peritonitis.

Key words: ileus, peritonitis, nasogastric intubation of small intestine, elder and senile age.

Конец XX начало XXI века характеризуется повышением удельного веса пожилых людей во всех развитых странах мира. По прогнозам специалистов к 2025 году в Белоруссии будет более 2 млн. человек старше 60 лет. Естественно, что прогрессивно будет увеличиваться число больных пожилого и старческого возраста в хирургических стационарах.

Острая кишечная непроходимость и перитонит являются одним из наиболее тяжелых ургентных хирургических заболеваний, которые приводят к высокой общей и послеоперационной летальности, особенно в старших возрастных группах [4,5,7,8]. Одной из главных причин гибели пациентов является некупируемый эндотоксикоз [2,6]. При ОКН и перитоните значительная часть токсинов поступает из просвета тонкого кишечника. Декомпрессия последнего является одним из главных условий лечения ОКН и перитонита [1,3]. Если в отношении больных моложе 60 лет вопрос подавляющим большинством авторов однозначно решается в пользу назо-гастральной интубации тонкой кишки (НГИТК), то для пациентов пожилого и старческого возраста в литературе нет столь однозначных категоричных рекомендаций. Многие хирурги и анестезиологи именно пожилой возраст считают противопоказанием для проведения данного лечебного пособия из-за развития сердечной и дыхательной недостаточности. Целью нашей работы было изучение эффективности и переносимости НГИТК при ОКН и перитоните у лиц старше 60 лет.

Материал и методы

Нами проведен анализ лечения пациентов старше 60 лет с ОКН различного генеза и разлитым перитонитом в разных фазах его развития. Из них 55 больным с ОКН (31,0%) и 84 с перитонитом (80,0%) была во время операции произведена НГИТК. Показаниями к ней при ОКН были спаечная болезнь, резекция участка кишки с наложением анастомоза, а так же разлитой перитонит в любой фазе заболевания.

НГИТК не выполняли в следующих случаях:

- отсутствие специальных зондов;
- недостаточные навыки выполнения НГИТК у хирургической бригады;
- наложение энтеро- или илеостомы после резекции участка кишки;
- наличие у больного дыхательной или сердечной недостаточности III стадии, или пневмонии.

Для оценки детоксикационной эффективности НГИТК использовали величину лейкоцитарного индекса интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу (ЛИИ) и уровень молекул средней массы (МСМ).

Функцию органов дыхания у пожилых больных оценивали по средним показателям SpO₂ до и после интубации, а также сравнивали эти показатели с таковыми у больных моложе 60 лет.

Результаты и обсуждение.

Характеристика больных старше 60 лет в зависимости от операции, которым произведена НГИТК представлена в табл. 1.

Таблица 1

Характер патологии, потребовавшей НГИТК

Наименование заболевания	Общее кол-во больных	Из них с НГИТК	
		Кол-во больных	%
Спаечная кишечная непроходимость	49	37	75,5
ОКН опухолевого генеза	128	18	14,0
Перитонит	105	84	80,0
ИТОГО	282	139	49,3

Из табл. 1 видно, что чаще всего НГИТК производилось при перитоните, что имеет естественное объяснение: именно при этом заболевании наиболее высокая степень эндотоксикоза, связанная, как и с гипертензией, так и с застоем в кишечнике.

При спаечной ОКН основная цель НГИТК, кроме детоксикации, заключалась в создании каркаса для кишечника, а также декомпрессии зоны межкишечных анастомозов после резекции. При ОКН опухолевого генеза НГИТК производили во всех случаях правосторонней гемиколэктомии с наложением илео-трансверзоанастомоза, а также при операциях типа Гартмана и резко расширенных (более 5-6 см) петлях тонкой кишки.

Нами был проведен анализ функции дыхательной и сердечно-сосудистой систем у 84 больных старше 60 лет, которым была произведена НГИТК.

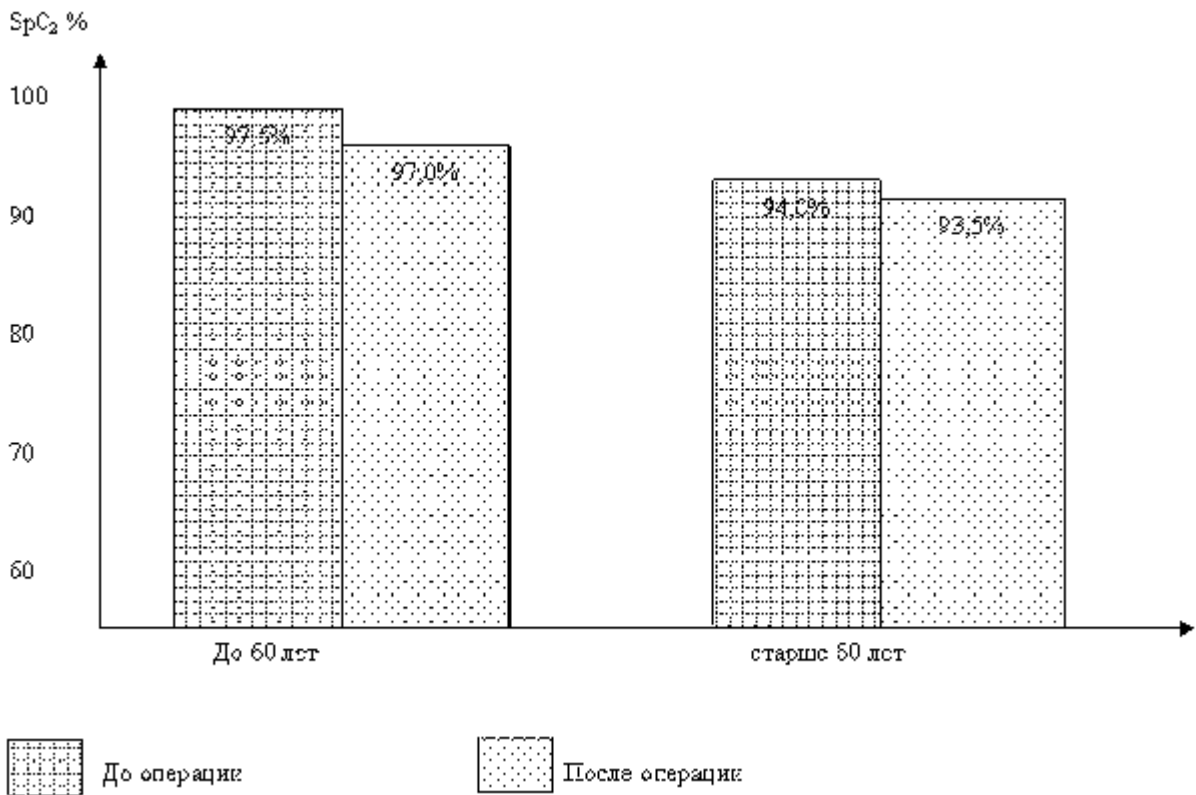


Рис. 1 Средние показатели SpO₂ до и после НГИТК в различных возрастных группах.

Из рис. 1 видно, что сатурация крови кислородом имеет незначительные возрастные колебания и не зависит от проведения НГИТК. Функция сердечно-сосудистой системы проверялась измерением центральной гемодинамики (ЦГД) и выполнением УЗИ сердца. При этом, основные показатели функции сердца и тип гемодинамики оставались практически на прежнем уровне до и после интубации.

Если при НГИТК и спонтанном дыхании появлялась и нарастала дыхательная недостаточность, то больного переводили на ИВЛ (таких больных было 4 человека), а не убирали зонд. Удаление зонда производили на 4-5 сутки после появления самостоятельного стула (в среднем на 5 сутки). Мы провели анализ показателей ЭИ, таких как МСМ и ЛИИ у больных старше 60 лет в динамике.

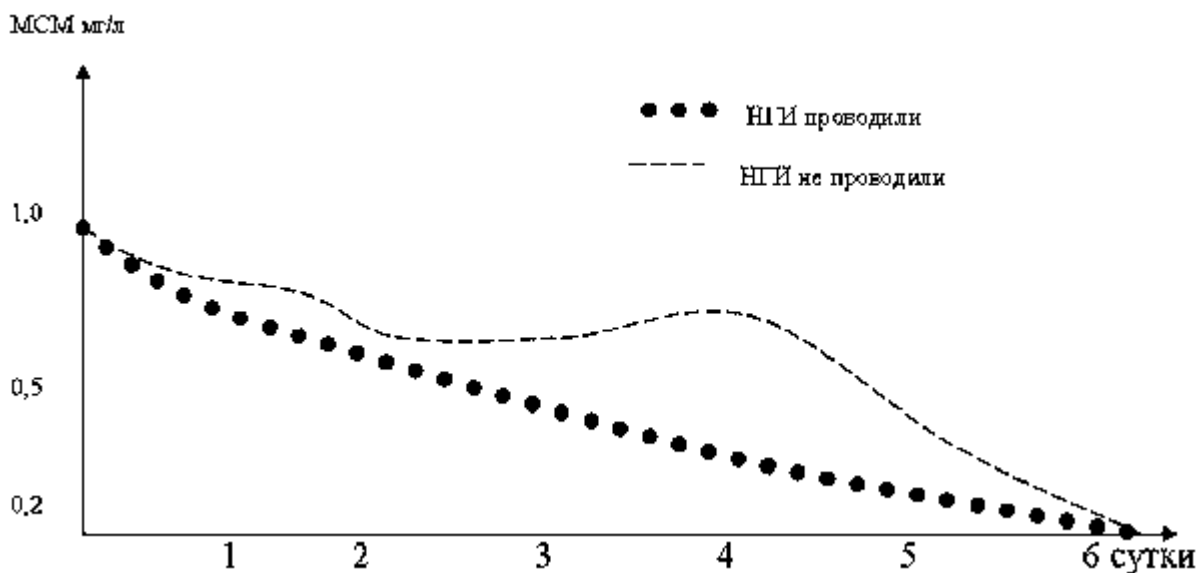


Рис. 2 Динамика изменения уровня МСМ в зависимости от производства НГИТК у больных старше 60 лет

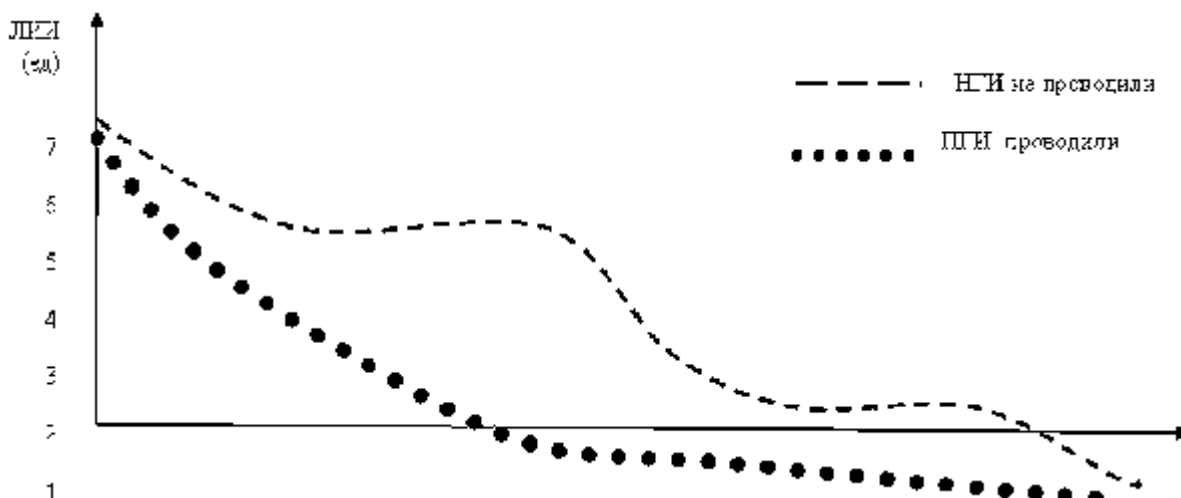


Рис. 3 Средние показатели ЛИИ в динамике в зависимости от проведения НГИТК. Как видно из рис.2 и рис.3 лабораторные показатели уровня эндотоксикоза у больных старше 60 лет быстрее нормализовались при производстве НГИТК.

Выводы:

1. Назогастральная интубация тонкой кишки является эффективным методом детоксикации при острой кишечной непроходимости и перитоните.
2. Пожилой и старческий возраст пациентов не является противопоказанием для проведения НГИТК.
3. НГИТК у больных старше 60 лет не вызывает серьезных нарушений функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Литература

1. Абдулжалилов М.К. Пути повышения эффективности назоинтестинального дренирования у больных с кишечной непроходимостью и перитонитом. Хирургия. - 2003. - №4. - С. 39-41.
2. Ашаров Р.А., Давыдов М.И. Дренирование и лаваж брюшной полости, декомпрессия и лаваж полых органов желудочно-кишечного тракта в лечении перитонита. Хирургия. - 2001. - №2. - С. 56-59.
3. Гузеев А.И. Интубация тонкой кишки в неотложной абдоминальной хирургии. Вестник хирургии. - 2002. - т.161. -№2. - С. 92-95
4. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: руководство для врачей. - СПб: Издательство "Питер". - 1999. - 448 с.
5. Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространенного перитонита. Вестник хирургии. - 2004. - №3.- т. 163 - С. 40-43.
6. Лаберко Л.А., Кузнецов Н.А., Аронов Л.С. и др. Коррекция проявлений синдрома энтеральной недостаточности при распространенном перитоните. Хирургия. - 2004. - №9. - С. 25-28.
7. Нечаев Э.А., Курьгин А.А., Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости. СПб. - 1993. - 238 с.
8. Чернов В.Н., Белик Б.М., Шпуков Х.Ш. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространенном гнойном перитоните. Хирургия. - 2004. - №3. - с. 47-50

