



А. В. Лазарев, Р. Н. Король

*Дергачевская центральная
районная больница, Харьковская
область*

© Лазарев А. В., Король Р. Н.

**ИНТУБАЦИЯ КИШЕЧНИКА.
ПОКАЗАНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЯ**

Резюме. В работе изучены 226 случаев дренирования желудочно-кишечного тракта при перитоните, непроходимости и травме кишечника. Проводилась интубация кишечника трансназальным способом и через аппендикоцекостому. Уточнены показания к различным видам интубации кишечника, приведены ее осложнения.

Ключевые слова: трансназальная и трансцекальная интубация кишечника, показания к интубации, осложнения.

Введение

В комплексном лечении ряда острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства важное место занимает декомпрессия желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Взгляды исследователей на интубацию кишечника далеко неоднозначны и противоречивы. Если в конце прошлого столетия дренирование ЖКТ рассматривалось как обязательная составляющая оперативного пособия при перитоните, непроходимости кишечника, травмах органов брюшной полости [1, 3, 4, 5], то в последние годы наметилась определенная тенденция к сужению показаний к данному методу [9, 10].

Столь же неоднозначны данные об осложнениях дренирования ЖКТ: описываются единичные случаи [5], тогда как другие авторы отмечают эту патологию в послеоперационном периоде у 38 % пациентов [8].

Основными показаниями к интубации кишечника являются распространенные формы перитонита, острая непроходимость кишечника различного генеза [5, 7].

Цель исследования

Уточнение показаний к различным методам дренирования кишечника при заболеваниях и травмах органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Изучение послеоперационных осложнений кишечника.

Материалы и методы исследования

Ретроспективному анализу подвергнуты 226 больных, оперированных по поводу различных заболеваний и травм органов брюшной полости и забрюшинного пространства с использованием методов декомпрессии ЖКТ в нескольких лечебных учреждениях.

Среди пациентов преобладали мужчины — 136 (60,2 %), женщин было 90 (39,8 %). Возраст больных варьировал от 22 до 77 лет, в среднем — (50,7±1,9) лет.

Сопутствующие заболевания имелись у 142 больных: ишемическая болезнь сердца — у

80 (56,3 %), ожирение II–III степени — у 30 (21,1 %), хронические заболевания легких — у 12 (8,5 %), заболевания печени и почек — у 9 (6,3 %), сахарный диабет — у 11 (7,8 %). У 97 больных были выявлены патологические изменения двух и более органов или систем.

В таблице 1 представлены данные по этиологии перитонита. При этом в большинстве случаев наблюдений причинами перитонита были различные формы непроходимости кишечника, острый аппендицит, перфоративная гастродуоденальная язва (152 пациента — 67,3 %). Длительность перитонита у больных варьировала от 5 часов до 4 суток, в среднем она составляла (45±12,7) часов.

Таблица 1

Причины перитонита

Заболевания	Количество больных
Перфоративная гастродуоденальная язва	42
Деструктивный аппендицит	48
Деструктивный холецистит	27
Странгуляционная непроходимость кишечника (ущемленная паховая и бедренная грыжа, спаечная болезнь)	62
Заворот тонкой кишки	7
Перфорация дивертикула Меккеля	4
Ранения кишечника	27
Мезентериальный тромбоз	9
Всего	226

Результаты исследования и их обсуждение

В своей клинической практике мы использовали следующие показания в декомпрессии ЖКТ:

- функциональная непроходимость кишечника в стадии суб- и декомпенсированных моторно-эвакуаторных нарушений и гомеостаза (II–III степени);
- распространенные формы перитонита в токсической стадии (фаза компенсации и декомпенсации гомеостаза);
- профилактика спаечного процесса при лапаро- и релапаротомии по поводу спаечной болезни брюшины;
- профилактика несостоятельности анастомоза после резекции тонкой кишки в усло-



виях перитонита, при высокой кровопотере травматического генеза.

В последние годы появились сообщения о наложении кишечных анастомозов в условиях перитонита без дренирования кишечника [6]. Тем не менее, в своей работе мы предпочитаем превентивную интубацию кишечника для защиты кишечного анастомоза.

Из табл. 2 видно, что в основном использовали трансназальный способ дренирования кишечника. Его применение оказалось возможным у 75,7 % пациентов.

Таблица 2

Нозологические формы и виды дренирования кишечника

Нозологические формы	Количество больных		Вид интубации			
	абс.	%	трансназальная	абс.	через цекостому	абс.
Перитонит, функциональная непроходимость кишечника	87,0	38,5	68,0	78,2	19,0	21,8
Непроходимость кишечника (спаечная, опухолевая, странгуляционная)	104,0	46,0	77,0	74,0	27,0	26,0
Травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства	35,0	15,5	26,0	74,3	9,0	25,7
Всего	226,0	100,0	171,0	75,7	55,0	24,3

У больных старших возрастных групп с сопутствующей соматической патологией предпочитали ретроградную интубацию кишечника через аппендикос- и цекостому.

Осложнения применения различных видов дренирования кишечника представлены в таблице 3. Основная часть осложнений имела место при трансназальном способе интубации — у каждого пятого больного. Общее число осложнений после дренирования кишечника составило 15,9 % (у 36 пациентов из 226 случаев наблюдения).

Таблица 3

Распределение больных по виду интубации и осложнениям

Вид интубации	Количество больных	Осложнения							Всего (абс., %)
		1	2	3	4	5	6	7	
Трансназальный	170	10	7	5	2	5	2	-	31 18,2 %
Через аппендикос-цекостому	56	-	-	1	-	-	-	4	5 8,9 %
Итого	226	10	7	6	2	5	2	4	36 15,9 %

Примечание: 1 — пневмонии, ларинготрахеиты, 2 — желудочное кровотечение, 3 — перегиб зонда, 4 — узлообразование зонда, 5 — непроходимость кишечника, 6 — перфорация кишки, 7 — несостоятельность цекостомы.

Пневмонии, ларинготрахеиты наблюдались у 5,9 % пациентов, которым интубация ЖКТ проводилась трансназально. По-видимому, причинами этих осложнений была аспира-

ция даже минимальных порций желудочно-кишечного содержимого, нарушение мукоцилиарного клиренса, особенно у пациентов старших возрастных групп с хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Отмеченные легочные осложнения после пребывания зонда в ротоглотке и пищеводе потребовали его извлечения с последующим проведением лечения пневмонии и стимуляцией перистальтики кишечника.

Профилактика пневмонии и других осложнений состоит в тщательном систематическом уходе за зондом (аспирация, промывание).

Заслуживает внимание применение интубационного клинического зонда переменного сечения конструкции К. А. Губского [2] в целях снижения уровня легочных осложнений.

Несмотря на относительную легкость проведения интубационного зонда по желудку и кишечнику, данная процедура является довольно травматичной.

В ряде случаев при запущенных ОКН, перитоните наблюдается повреждение слизистой желудка и тонкой кишки на фоне выраженных нарушений кровообращения и метаболизма, что проявляется желудочным кровотечением.

По нашим данным желудочное кровотечение имело место при трансназальном способе интубации у 7 пациентов (4,1 %). После окончания процедуры интубации наступила остановка кровотечения, в некоторых случаях в желудок вводился «ледяной» раствор аминокaproновой кислоты.

Перегиб интубационного зонда наблюдался в 4 случаях трансназального способа интубации ЖКТ.

Клиническая манифестация осложнения проявлялась локальным вздутием живота (чаще в нижней половине), иногда — появлением «шума плеска». Перегиб кишечного зонда, как правило, происходил на месте перфоративных отверстий вследствие излишне тонкой стенки поливинилхлоридной трубки (оптимальная толщина стенки зонда — не менее 2,5 мм). Во всех случаях удалось восстановить адекватную проходимость зонда путем частого его компрессионного промывания, стимуляции моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Узлообразование кишечного зонда относится к редким осложнениям (1,2 %) и наблюдалось согласно нашим исследованиям исключительно при трансназальном виде дренирования кишечника. Вероятным predisposing фактором узлообразования может быть не замеченное параллельное перегибание зонда на 180° в конечном его отделе. В процессе восстановления перистальтической активности кишечника и происходит образование узла. При возникновении данного осложнения попытка извлечения зонда сопро-



вождается болезненными ощущениями в животе, зонд пружинит.

В обоих случаях производилась релапаротомия с устранением узлообразования зонда в одном наблюдении, применением энтеротомии с резекцией узла — во втором.

Непроходимость кишечника на зонде возникает только в условиях интубации ЖКТ. В наших наблюдениях она возникла в 5 случаях трансназального введения дренажной трубки (1,9 %).

Оптимальная длина интубационного зонда должна составлять 2,7–2,9 м с проведением его конца в поперечную ободочную кишку.

Данный уровень введения зонда предупреждает его смещение в терминальный отдел тонкой кишки при различных манипуляциях в брюшной полости (лаваж, укладывание кишечных петель и т. д.) при восстановлении моторно-эвакуаторной функции после операции.

Не дренированный конечный сегмент подвздошной кишки может деформироваться по типу ангуляции с фиксацией напластованиями фибрина (особенно в области перчаточнотрубочного дренажа после деструктивного аппендицита).

При этом наружный дебит кишечного содержимого по трансназальному зонду увеличивается до 2,3–2,6 л/сутки и более. Живот, однако, остается не вздутым, сохраняются перистальтические шумы.

Использование метода чреззондового контрастирования существенно облегчает диагностику осложнения.

По нашему материалу 4 больным потребовалась релапаротомия, в одном случае проведены успешные консервативные мероприятия.

Перфорация тонкой кишки наблюдалась у 2 пациентов и явилась следствием острых язв. Появление симптомов перитонита, кишечного содержимого по дренажам послужило показанием к повторной операции.

Несостоятельность цекостомы имела место у 4 больных (7,1 %) при перитоните различного генеза, нарушениях техники ее выполнения (недостаточная мобилизация слепой кишки, фиксация ее к передней брюшной стенке с натяжением). Клинические проявления осложнения обусловлены появлением кишечного содержимого по дренажам, явлениями перитонита. Проводилась оперативная коррекция осложнения.

Выводы

1. Дренирование кишечника при перитоните, непроходимости кишечника является важной лечебно-профилактической составляющей в комплексной программе лечения.

2. Интубация ЖКТ является травматичной манипуляцией, приводит в 15,9 % случаев к развитию различных осложнений, особенно при трансназальном виде дренирования.

3. Пунктуальное выполнение методики интубации ЖКТ, адекватное ведение послеоперационного периода по уходу за зондом обеспечивает снижение уровня осложнений в послеоперационном периоде, позволяет избежать возникновения некоторых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березницкий Я. С. Стандарты организации и профессионально ориентированные протоколы оказания медицинской помощи больным с неотложной хирургической патологией органов живота : Справочник врача / Я. С. Березницкий, П. Д. Фомин. — К. : ОО «Доктор-Медиа», 2011. — 389 с.
2. Губский К. А. Коррекция гомеостаза и реабилитация больных перитонитом с интубацией кишечника: автореф. дис. на соиск. уч. степени канд. мед. наук / К. А. Губский. — Харьков, 1983. — 18 с.
3. Дедерер Ю. М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника/ Ю. М. Дедерер. — М. : Медицина, 1971. — 271 с.
4. Ерюхин И. А. Кишечная непроходимость. Руководство для врачей/ И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Халевич. — СПб : Питер, 1999. — 448 с.
5. Острая кишечная непроходимость (патогенез, диагностика, лечение) / В. Т. Зайцев, Ю. Л. Шальков, В. В. Бойко [и др.]. — Харьков, 1993. — 192 с.

6. Особенности формирования энтеро-энтероанастомоза в условиях перитонита / В. Ф. Зубрицкий, И. С. Осипов, Е. В. Шадривова [и др.] // Хирургия. — 2009. — № 12. — С. 25-28.
7. Томашук И. П. Ранняя спаечная непроходимость кишечника/ И. П. Томашук, И. Д. Беломор, Е. П. Отурин. — К. : Здоров'я, 1991. — 136 с.
8. Fleshner P. R. A prospective, randomized trial of short versus long tubes in adhesive small-bowel obstruction/ P. R. Fleshner, M. G. Siegman, G. L. Slater// Am. J. Surg. — 1995. — Vol. 170, № 4. — P. 366-370.
9. Gowen G. F. Long tube decompression is successful in 90 % of patients with adhesive small bowel obstruction / G. F. Gowen // Am. J. Surg. — 2003. — Vol. 185, № 6. — P. 512-515.
10. Renell C. L. Intubation with telescoping of small bowel / C. L. Renell// Radiology. — 1970. — Vol. 97. — P. 89-90.



ДРЕНУВАННЯ КИШКІВНИКА. ПОКАЗИ, УСКЛАДНЕННЯ

О. В. Лазарєв, Р. М. Король

Резюме. В роботі вивчено 226 випадків дренування шлунково-кишкового тракту при перитоніті, непрохідності та травмі кишківника. Проводилась інтубація кишківника трансназальним способом та через апендикоцекостому. Уточнені покази до різноманітних способів інтубації кишківника, наведені її ускладнення.

Ключові слова: *трансназальна і трансцекальна інтубація кишківника, покази до інтубації, ускладнення.*

DRAINAGE OF THE INTESTINE. INDICATIONS, COMPLICATIONS

A. V. Lazarev, R. N. Korol

Summary. In the work, 226 cases of drainage of the digestive tract in patients with peritonitis, ileus and intestinal injury were studied. Transnasal intubation of the intestine was performed, both transnasal and via appendicocostomy. Indications related to various forms of intubation of the intestine were clarified and related complications listed.

Key words: *transnasal and transsectional intubation of the intestine, intubation indications, related complications.*