

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАРЕЗОМ КИШЕЧНИКА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

**В.П. Кравец, В.В. Кравец**

*Сумский государственный университет,  
ул. Римского-Корсакова, 2, г. Сумы, 40007, Украина*

*Комплексное лечение 48 больных с динамической кишечной непроходимостью методами интенсивной инфузионной и антибактериальной терапии с одновременным применением пресинаптических симпатомиметиков, адреноблокаторов, нейромедиаторов, электростимуляции, полноценной декомпрессии пищеварительного тракта позволяет улучшить результаты оперативного лечения заболеваний органов брюшной полости.*

### **ВВЕДЕНИЕ**

В последнее время отечественными и зарубежными авторами уделяется внимание изучению пареза кишечника в раннем послеоперационном периоде, который трудно поддается коррекции существующими методами стимуляции кишечника [1-3].

В связи с расширением объема оперативных вмешательств на органах пищеварительного тракта и широким внедрением операций на основных стволах блуждающего нерва, нередко приводящих к возникновению расстройств моторики кишечника в раннем послеоперационном периоде, проблема профилактики и лечения данной патологии является актуальной и зависит от наличия объективных, своевременных и современных методов диагностики, обоснованного патогенетического лечения, предусматривающего контроль динамики восстановления и коррекции выявленных нарушений [4-7].

Парез кишечника проявляется сочетанным нарушением двигательной, секреторной, переваривающей и всасывающей функции тонкой кишки, что в свою очередь, создаёт предпосылки для необратимых расстройств параметров гомеостаза.

### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Обобщить и восполнить некоторые проблемы диагностики и лечения больных с парезом кишечника в послеоперационном периоде, имеющих практическое значение.

### **МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ**

Под нашим наблюдением находилось на лечении 48 больных с динамической кишечной непроходимостью. Мужчин – 37, женщин – 11. Возраст пациентов от 18 до 73 лет.

Оперативные вмешательства по поводу острой абдоминальной хирургической патологии явились причиной функциональной кишечной непроходимости у 43 лиц, а у 5 больных - посттравматические забрюшинные гематомы.

Этиологическим фактором непроходимости кишечника явились прогрессирование перитонита после оперативных вмешательств по поводу острого деструктивного аппендицита у 6 больных, кишечной непроходимости - 9, перфоративной язвы – 7, деструктивного холецистита – 5, панкреонекроза – 4, ранений желудка, тонкого и толстого кишечника – 19, сальпингоофорита – 3.

Клиническая картина характеризовалась вздутием живота, скоплением жидкости и газа в кишечнике, метаболическими расстройствами, эндотоксикозом, нарушением гомео- и гемостаза. Паралитическая кишечная непроходимость в послеоперационном периоде у больных с острой абдоминальной патологией начинала прогрессировать на 1-2-е сутки. А у пострадавших с посттравматическими забрюшинными гематомами – на 3-4-е сутки. Для этих пациентов была характерна постоянная боль, которая сопровождается прогрессирующим вздутием живота. При спастической кишечной непроходимости боль преимущественно резкая, живот не вздут, иногда бывает втянутым.

Комплекс дифференциально-диагностических мероприятий включал в себя данные жалоб, объективных и лабораторных методов исследования, которые на фоне проводимой инфузионной и антибактериальной терапии, а также дополнительного обезболивания были малоинформативными.

Использование рентгенологического и ультразвукового методов даёт более объективную информацию. Рентгенологическими признаками были переполнение кишечника газами с малым количеством жидкости, медленная перистальтика кишечника, усиливающаяся после стимуляции. Чаши Клойбера определялись нечетко или отсутствовали вообще. Отмечалось также высокое стояние и ограничение подвижности куполов диафрагмы. УЗИ позволяет дифференцировать механическую и динамическую кишечную непроходимость в раннем послеоперационном периоде, а также определить причину пареза кишечника: является ли он следствием гнойно-воспалительных процессов в брюшной полости или связан с перенесенной операционной травмой.

Практический опыт лечения послеоперационных парезов кишечника свидетельствует о том, что борьба с ними обычно начинается лишь тогда, когда они уже развиваются. В то же время мало уделяется внимания их профилактике. Известно, что в послеоперационном периоде парезы кишечника чаще возникают у больных, страдающих хроническими расстройствами эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Поэтому важным является их выявление в предоперационном периоде методами объективного обследования.

В прогнозировании развития парезов кишечника должны учитываться объём и длительность оперативного лечения, степень нарушения кислотно-щелочного состояния, водно-солевого и белкового обменов.

Терапия пареза кишечника должна быть этиопатогенетической, комплексной и направленной не только на улучшение функции кишечника, а прежде всего на борьбу с нарушениями гемодинамики, микроциркуляции, гиповолемией, инфекцией, интоксикацией, расстройствами кислотно-щелочного состояния, белкового обменов.

Мероприятия по профилактике пареза кишечника проводили на всех этапах хирургического лечения больных. В предоперационном периоде осуществляли коррекцию нарушений водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного состояния. Особое внимание уделяли профилактике гиповолемии, которая является одной из важнейших причин развития пареза. Борьбу с гиповолемией осуществляли путём инфузии 3% раствора калия хлорида, который вводится в виде поляризирующей смеси под контролем содержания калия в плазме.

Всем больным обязательно вводили назогастральный зонд. По показаниям назначали спазмолитики, церукал, очистительные клизмы. Раннюю стимуляцию кишечника в послеоперационном периоде проводить нецелесообразно в первые часы и сутки после операции, так как в это время сохраняется значительный отёк стенок кишечника, не устранены нарушения микроциркуляции и гемодинамики. Основное внимание уделяли мероприятиям по устранению гиповолемии, нарушений микроциркуляции и реологии крови активной инфузионной терапией,

преимущественно коллоидными и кристаллоидными плазмозаменителями из расчёта 30-50 мл/кг.

Спустя одни сутки после операции назначали мероприятия по стимуляции перистальтики. Это не относится к больным с перитонитом и пациентам пожилого возраста, у которых явления пареза более выражены и восстановление перистальтики задерживается.

Основное внимание в это время уделяли снятию спастических явлений, обусловленных повышением тонуса симпатической нервной системы. Для этих целей использовали симпатомиметики: аминазин по 0,2 мл 2,5% раствор или дроперидол 1-2 мл внутривенно или внутримышечно 3-4 раза в сутки. В первые 2-3 суток послеоперационного периода, особенно больным с перитонитом, вводили обзидан ( $\beta$ -адреноблокатор периферического действия). Он блокирует отрицательное влияние катехоламинов на кишечную стенку, предотвращает стрессорные язвенные поражения слизистой желудочно-кишечного тракта, стрессорную ферментомию, способствует более раннему восстановлению моторной функции кишечника. При задержке перистальтики (спустя 2-3 суток) больным назначали прозерин 0,05% - 0,5 мл с атропином для предупреждения неблагоприятного эффекта прозерина на сердечно-сосудистую систему. По показаниям вводили питуитрин по 1 мл 2-3 раза в сутки в сочетании с гипертоническими и сифонными клизмами.

Параллельно с активацией моторики проводили пероральное или чреззондовое введение энтеросорбентов, для гастроинтестинальной сорбции высокотоксичных продуктов кишечного содержимого по 30 граммов 2-3 раза в сутки.

Для повышения моторной активности гладкой мускулатуры желудка и кишечника назначали 1 мл 1% раствора серотонина. Высокоэффективным методом борьбы с парезом является эпидуральная анестезия, которую провели 12 лицам. В комплексе мероприятий по борьбе с послеоперационными парезами всем больным применяли электростимуляцию пищеварительного тракта.

В случае отсутствия эффекта от проводимого консервативного лечения выполняли оперативное вмешательство, которое включало: эндотрахеальный наркоз с хорошей релаксацией мышц, срединную лапаротомию, которая обеспечивает широкий доступ к органам брюшной полости и позволяет провести щадящую ревизию кишечника с новокаинизацией брыжейки кишечника и адекватной санацией брюшной полости растворами антисептиков и антибиотиков. Всего прооперировали 8 (16,6%) больных.

Особое значение в разрешении паралитической кишечной непроходимости имеет декомпрессионная интубация желудочно-кишечного тракта, предназначенная для удаления застойного кишечного содержимого с последующим подведением в просвет кишечника антибиотиков и сорбентов.

В послеоперационном периоде умерло 2 больных: один – от прогрессирующего перитонита, второй – от острой пневмонии, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Общая летальность пациентов с парезом кишечника в раннем послеоперационном периоде составила 4,2%.

## ВЫВОДЫ

Своевременно принятые меры профилактики и адекватное патогенетическое лечение расстройств моторики желудочно-кишечного тракта, начиная с лёгких форм пареза до развития истинного пареза, облегчают течение послеоперационного периода.

Комплексное лечение больных с парезом кишечника в раннем послеоперационном периоде методами интенсивной инфузионной и антибактериальной терапии с одновременным применением пресинаптических симпатомиметиков, адреноблокаторов, нейромедиаторов, электростимуляции, полноценной декомпрессии пищеварительного тракта позволяет улучшить результаты оперативного лечения заболеваний органов брюшной полости.

## SUMMARY

*In the article the problems of diagnostica and treatment of patients with paresis intestinal in early postoperative period were analyzed.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шалимов С.А., Чернак Б.Д., Медведев В.Г. и др. Методы лечения послеоперационных парезов и параличей кишечника: Метод. рекомендации. – Киев, 1985.-16с.
2. Шальков Ю.Л., Кобкандин С.Н. Послеоперационный илеус. – Алма-Ата, 1993.- 194с.
3. Shafik F. Study of the electrical and mechanical activity of the rectum // Human study coloproctology. – 1993. - №15. - P. 215-217.
4. Лупальцов В.И., Селезнёв М.А., Мирошниченко С.С. Энтеральное питание в комплексном лечении больных с острой непроходимостью кишечника, осложнённой перитонитом // Харківська хірургічна школа. – Харків. – 2005. - №1. – С.56-58.
5. Сербу И.Ф., Рылов А.И., Кравец Н.С. Комплексное лечение больных с паралитической кишечной непроходимостью // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України. – Харків. – 2000. - С. 160-161.
6. Фомин П.Д., Заплавский А.В., Никишаев В.И. и др. Вопросы диагностики и хирургической тактики при острой непроходимости кишечника // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України. – Харків. – 2000.- С. 164-165.
7. Заворный Л.Г., Пойда А.И., Тарасов А.А., и др. Показания к релапаротомии при острой послеоперационной непроходимости кишечника // Клиническая хирургия.-1992.- №4.- С. 4-6.

**В.П. Кравец**, канд. мед. наук, доцент кафедр хирургии и семейной медицины Медицинского института СумГУ, г. Сумы;  
**В.В. Кравец**, аспирант кафедры анатомии человека Медицинского института СумГУ, г. Сумы

*Поступила в редакцию 11 июня 2007 г.*