

УДК 616.34-007.272-036.11-07-08

**Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ^{1,2}, Д.Ж. ҚУАТБЕКОВ¹, А.Б. ҚОНЫСБАЕВ¹, Т.Т. БОЗШАҒҰЛ¹,
Н.Ж. МОМЫНОВ¹, И.К. ҚҰРБАНОВ¹, Ш.Ш. АВАЗОВ¹, Б.М. ОСПАНОВ¹**¹С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.,²№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ., Қазақстан Республикасы**ЖІТІ ІШЕК ӨТІМСІЗДІГІ – АНЫҚТАУЫ МЕН ЕМІ**

Қыжыров Ж.Н.

Тақырыптың өзектілігі. Жіті хирургиядағы жіті ішек өтімсіздігі (ЖІӨ) өзекті және шешімі қиын мәселелердің бірі болып қала береді.

Зерттеудің мақсаты. ЖІӨ бар науқастарды анықтау мен емінің хирургиялық және анестезиологиялық шараларына клиникалық талдау жүргізу.

Материал және әдістері. Жұмыста 2011-2013 жж. аралығында Алматы қаласының №7 ҚКА ем алған ЖІӨ бар 217 науқастарға көрсетілген емнің талдауы ұсынылған. Солардың ішінде 98 (45,2%) науқасқа шұғыл түрде операция жасалынды. Сонымен қатар ауруханада жүргізілген анықтау шаралары мен хирургиялық емінің негізгі бағыттары, операция алды және операциядан кейінгі қарқынды емдеудің жаңаша әдістері – анестезиологиялық іс-шаралардың жетілдірілген нұсқалары атап көрсетілген. Емнің тиімділігі мен науқастардың сауығуына хирург-дәрігердің кәсіптік біліктілігі ғана емес, анестезиолог-дәрігерлермен бірлесе отырып жасаған қадамдары ықпалын тікелей тигізеді.

Нәтижелері және талқылауы. Хирургиялық көмек көрсетілген 136 науқастың 28 (20,5%) науқасында энтерознтероанастомоз салынумен, қалған 108 (79,5%) науқаста – жабысқақтарды тілумен шектелген. Сәйкесінше 36 (20,1%) науқастарда Шальков бойынша жіңішке ішектің интубациясы жүргізілді.

Қорытынды. Тоқ ішектік және жіңішке ішектік өтімсіздік кезіндегі өлім көрсеткіштері бірдей емес. Сәйкесінше, екі түрлі ішек өтімсіздігінде хирургиялық емнің нәтижелерін анықтайтын негізгі факторлар атап көрсетілді.

Негізгі сөздер: Тоқ ішектік және жіңішке ішектік өтімсіздік, операция, анестезия, ішекаралық анастомоз, ішек резекциясы.

Для ссылки: Қыжыров Ж.Н., Қуатбеков Д.Ж., Қонысбаев А.Б., Бозшағұл Т.Т., Момынов Н.Ж., Құрбанов И.К., Авазов Ш.Ш., Оспанов Б.М. Жіті ішек өтімсіздігі – анықтауы мен емі // Журн. Медицина. – 2015. – №5 (155). – С. 32-34

Казіргі таңда ЖІӨ бар науқастардың санының артуы байқалады. Қарт адамдар мен егде жастағы адамдардың арасында ЖІӨ салыстырмалы салмағы анағұрлым көп, сонымен қатар науқастардың кеш қаралуы, барлық кезеңдердегі диагностикалық қателіктер мен аурудың кеш сатыларында емнің тиімсіздігінің жиілігі артуда. Аса маңызды ерекшелік – ЖІӨ себептерінің құрылымының өзгеруі [1, 2, 4, 7, 8]. Түйінделу, ішек бұралуы, инвагинациялардың аса сирек кездесуі дәрігерлердің бұл ауру формаларына жеткілікті көңіл бөлуінің төмендеуі мен оларды танып білу машықтарының жоғалуына алып келді [3, 5, 6]. Сонымен қоса, обтурациялық және жабысқақтық өтімсіздіктің жиіленуі, жіңішке ішектің операциядан кейінгі тұрақты салдануы, ерте диагностиканың сенімді тәсілдері мен бірегей емдік тактиканың болмауы жиі кештетілген операциялар мен өтімсіздіктің консервативті емнің көмегімен шешілетін жағдайларда бекергі операциялық араласуларға апаруда [2, 7, 8]. Әдеби деректер бойынша ЖІӨ бар науқастар арасында өлім көрсеткіші 20% және одан да жоғары [2, 3, 4, 5, 8].

Сондықтан зерттеуіміздің мақсаты – ЖІӨ бар науқастарды

анықтау мен емінің хирургиялық және анестезиологиялық шараларына клиникалық талдау жүргізу.

Материал және әдістері

Біздің жұмыста 2011-2013 жж. аралығында Алматы қаласының №7 ҚКА ем алған ЖІӨ бар науқастарға көрсетілген емнің талдауы ұсынылған.

Аталған уақыт ішінде клиникаға ЖІӨ диагнозымен 217 науқас түсті. Солардың ішінде 98 (45,2%) науқасқа шұғыл түрде операция жасалынды. Барлық науқастарға операция алдында инфузиялық дайындық жүргізілді. Дайындық әдетте 1,5-2 сағаттан аспады және гомеостаз көрсеткіштерінің жақсаруының арқасында операцияны қолайлы жағдайларда жасауына мүмкіндік берді. Операция алды инфузияның көлемі 1,5-2,5 л құрады, оның ішіне міндетті түрде кристаллоидтар, антибиотиктер, антигипоксанттар, микроциркуляция мен қанның реологиялық қасиеттерін жақсартатын ерітінділер кірді.

Толық диагностика өткізу мен консервативті емделу үшін қабылдау бөлімінен хирургиялық бөлімге 119 (54,8%) науқас жіберілді, оның ішінен 68 (31,3%) науқасқа жақын аралықта операция жасауға тура келді, 22 (10,1%) науқастың ішек өтімсіздігі дәрі-дәрмекпен емдеумен шешілді, 16

Байланыс үшін: Қыжыров Жанбай Нәлтайханұлы, м.ғ.д., хирургия және резидентура кафедрасының профессоры С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. Тел: +7701 780 20 98, e-mail: zhanbai.k@mail.ru

Contact: Zhanbai Naltaixanovich Kyzyrov, MD, professor of department of surgery and residency of KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty. Phone +7701 780 20 98, e-mail: zhanbai.k@mail.ru

(7,4%) науқастан стационарда ЖІӨ диагнозы теріске шығарылды.

Нәтижелері және талқылауы

Консервативті емнің құрамына су-электролиттік және энергетикалық тепе-теңдікті қалпына келтіруге бағытталған медикаментті нейровегетативтік қорғаныс, перидуральды анестезия, паранефральды блокада кірді. Ол барлық жағдайдың жартысынан астамында оң әсерін көрсетті. Ескергеніміз жөн, жабысқақтық ішек өтімсіздігі аурудың аралас түрі болып табылады және де ол странгуляциялық компоненттің басым болуымен жүруі мүмкін. Осыған орай, дәрі-дәрмекпен емді жүргізгенде ішектің жиырылу белсенділігін арттыратын дәрілерді тағайындаудан бас тартқан жөн. Осы жағдайда жіңішке ішекте барийдің пассажен рентгенологиялық бақылау аса бағалы диагностикалық әдіс болып есептеледі. Аталған диагностикалық әдіс 44 (20,3%) науқаста қолданылған.

ЖІӨ кезінде хирургиялық шараның мақсаты тек өтімсіздікті тудырған кедергіні жою мен ішектің пассажен қалпына келтіру ғана емес, сонымен қатар өтімсіздіктің себебі болған негізгі ауруды жою мен ЖІӨ рецидивін алдын алу болып табылады. Бұл тапсырмаларды орындау барынша қарапайым және қол жетімді әдістермен жүзеге асуы тиіс. Ішек өтімділігін қалпына келтіру үшін жай ғана бір немесе бірнеше жабысқақты тіліп, ішек декомпрессиясын жасаудың өзі жеткілікті. ЖІӨ жабысқақтық конгломерат, түйінделу, шажырқайдың айналып кетуі, ісікпен зақымдалған кезде жағдай ауырлай түседі. Осындай жағдайларда операцияға тәжірибелі хирург қосылуы тиіс.

Жалпыға мәлім, ішек қабырғасында бұзылған қан айналымының шекараларын анықтаудың сенімді тәсілдерінің болмауы резекция жасауда көзге көрінетін некроздан проксимальды 40 см және дистальды 20 см шегіну керек деген ұсынысты тудырды. Бұл ұсыныстың тиімділігі жіңішке ішектің ортаңғы үштен бір бөлігінің зақымында байқалады, ал субтотальды некроз кезінде, Трейтц байламының жанында немесе илеоцекальды бұрыштың жанында некроз орын алған жағдайларда жиі айқын техникалық қиындықтармен орындалады және де кейін оң жақ тоқ ішектен химустың пассажен айыратын функциональды оңтайлы емес жіңішке-тоқ ішектік анастомоздардың салынуымен қауіптірек болып табылады. Жіті жабысқақтық ішек өтімсіздігі себебінен операция жасалынған 136 науқастың 28 (20,5%) науқасына энтероэнтероанастомоз салынуымен ішектің резекциясы жасалынса, қалған 108 (79,5%) науқаста – жабысқақтарды тілумен шектелген.

Жіңішке және тоқ ішектердің ісіктік зақымдалуында ісікті радикальды алып тастауға тырысқанымыз дұрыс. Алайда, науқастың аса ауыр жағдайында жанама анастомоз немесе колостоманы шығару тиімдірек. Радикальды операциялар жіті обтурациялық ішек өтімсіздігі анықталған 43 науқастың 28 (65,1%) науқасына жасалынды, колостомалар 15 (34,9%) науқасқа орнатылды.

Қазіргі уақытта ішекаралық анастомоздарды салуда бірегей тәсіл жоқ. Алайда, біздің ойымызша, шұғыл жағдайларда жіңішке ішектің резекциясында “бүйірме – бүйір” анастомозын салу тиімді болады. Тоқ ішектің өтімсіздігі кезінде ішектердің тұрақты салдануы мен

перитонит жағдайында алғашқы анастомоз салудан бас тартқан жөн.

ЖІӨ емінде жіңішке ішектерге түтікше қою көрсеткіштерін анықтау мен оның тәсілдерін таңдау сұрақтарының маңыздылығы кем емес. Ішекке түтікше қою әдістерінің ішінде кең тарағаны – Шальков зондымен назогастроинтестиналды түтікше қою. Бұл тәсіл техникалық орындалуы қарапайым болуымен қатар, барынша тиімді және қауіпсіз болып табылады [3]. Осыған орай, Шальков бойынша жіңішке ішекке түтікше қою 36 науқаста жүргізілді, ол ЖІӨ бойынша операция жасалған барлық науқастардың сәйкесінше 20,1% құрады.

Бастапқыда операциядан кейінгі ішектің салдануы да белсенді дәрі-дәрмекпен емдеуді талап етеді. Сонымен қатар, салдануды тудырған себепті жойып, тиімді ауырсыздандырып және ағзаның су-электролиттік және энергетикалық шығындарын толтырған соң, түрлі нейровегетативті блокадаларды қолдана отырып ішектің жиырылу белсенділігін арттырған абзал. Егер 2 тәулік ішінде жүргізілген дәрі-дәрмекпен емдеу тиімділігі болмаған жағдайларда, оған қоса ішкі улану белгілерінің жылдам ұлғаюы және перитонит белгілері анықталса, операциядан кейінгі динамикалық өтімсіздіктің негізгі себебі үдемелі немесе баяу ағымдағы перитонит болуы мүмкін екенін ескере отырып, шұғыл оперативті емге көшу керек. Жиі жіңішке ішектің салдануының мерзіміне ішастаралды абцесстер, іш қуысының бөгде заттары, операциялық жараның іріндеуі әсер етеді. Мұнымен қоса, операциядан кейінгі панкреатит, төменгі бөліктік пневмония мен жіті миокард инфаркты да салданудың себептеріне жатады.

Операциядан кейінгі емді операция алды дайындықта және операция үстіндегі бірегей ем шаралардың жалғасы деп түсінген жөн. Аталған жағдайда негізгі күрес эндогендік интоксикация мен токсемияға қарсы, су-электролиттік бұзылыстардың коррекциясына, тіндік гипоксия мен ішектің қозғалыстық белсенділігін қалпына келтіруге бағытталуға тиіс.

Жіңішке ішекке түтікше қою мен декомпрессиясы көп жағдайда ішек жиырылуының толық қалпына келуіне алып келеді. Оған қарамастан, ішектің тұрақты салдануы мен жайылған перитонитте ішектің жиырылуын қалпына келтіруге қосымша әдіс-тәсілдерді қолдануға тура келеді. 3-5 тәулік аралығындағы перидуральды анестезияны қолдану аса тиімді әдіс ретінде қолданылады. Ол 24 науқасқа (13,4%) жасалған.

Операциядан кейінгі өлім көрсеткіші жіңішке ішек өтімсіздігінде – 15 науқаста (10,6%), тоқ ішек өтімсіздігінде – 12 науқасты (27,9%) құрады.

Қорытынды

Осылайша, жоғарыда аталған анықтау шаралары, тәсілдері мен емдеу жоспарларын қолданудың арқасында жіті жіңішке ішек өтімсіздігі бар науқастар арасында өлім көрсеткіші 10,6% деңгейінде тұрақталуына мүмкіндік берді [5]. Алайда, тоқ ішек өтімсіздігі кезіндегі өлім көрсеткіші 27,9% деңгейінен түспеуде, ол бірінші кезекте түпкілікті емге көнбейтін ісіктердің асқынған түрлерімен түсетін науқастарға байланысты. Осыдан байқағанымыз, ЖІӨ бар науқастардың емі тек ішектегі кедергіні жойып қана қоймай, жан-жақты назар аударуды, көптеген қаражат пен

кажымас еңбекті талап етеді. Осы аталған керекті талаптар орындалмай бұндай аурулардың нәтижелерін жақсарту мүмкін емес.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1 Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. – 1-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 832. ISBN 978-5-9704-1023-3

2 Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. – М.: Медицина, 1989. – 286 с.

3 Абрамов А.Ю., Ларичев А.Б., Волков А.В. и др. Место интубационной декомпрессии в хирургическом лечении спаечной тонкокишечной непроходимости // Тез. докл. IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С. 137

4 Результаты лечения острой кишечной непроходимости // Тез. докл. IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С. 211

5 Шулуток А.М., Моисеев А.Ю., Зубцов В.Ю. Субтотальная колэктомия в хирургическом лечении острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Скорая медицинская помощь. – 2004. – № – С. 138-139

6 Senlin P. Small Intestine obstruction. Physiopathology, etiology, diagnosis, treatment / P. Senlin // Rev. Prat. – 2005. – N17. – P. 1927-1932

7 Catalano O. The faeces sign. A CT finding in small bowel obstruction / O. Catalano // Radiology. – 2007. – №5. – P. 417-426

8 Wilson M.S. Natural history of adhesional small bowel obstruction: counting the cost / M.S. Wilson // Br. J. Surg. – 2008. – N9. – P. 85-94

РЕЗЮМЕ

Ж.Н. КЫЖЫРОВ^{1,2}, Д.Ж. КУАТБЕКОВ¹, А.Б. КУНУСБАЕВ¹, Т.Т. БОЗШАГУЛОВ¹, Н.Ж. МОМЫНОВ¹, И.К. КУРБАНОВ¹, Ш.Ш. АВАЗОВ¹, Б.М. ОСПАНОВ¹

¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

²Городская клиническая больница №7, г. Алматы, Республика Казахстан

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Острая кишечная непроходимость (ОКН) продолжает оставаться одной из самых актуальных и трудноразрешимых проблем неотложной хирургии.

Цель исследования. Проведение клинического анализа хирургического и анестезиологического пособия в диагностике и лечении у больных острой кишечной непроходимостью (ОКН).

Материал и методы. В настоящей работе представлены основные направления и принципы диагностики и лечения в стационаре больных с ОКН, а также подчеркнута важность

предоперационной и послеоперационной интенсивной терапии, усовершенствования анестезиологических пособий. Эффективность лечения напрямую зависела не только от профессиональных навыков врача-хирурга, но и от согласованных действий с врачами-анестезиологами.

Результаты и обсуждение. Из 136 больных, оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОКН), 28 (20,5%) была произведена резекция кишки с наложением энтероэнтероанастомоза, у остальных 108 (79,5%) – рассечение спаек. Выполнена интубация тонкой кишки по Шалькову у 36 больных, что составляет 20,1% от всех больных, оперированных по поводу ОКН.

Выводы. Смертность при толстокишечной и тонкокишечной непроходимостях неодинакова. Соответственно, нами отмечены основные факторы, влияющие на исход хирургического лечения при двух разных видах непроходимости.

Ключевые слова: толстокишечная и тонкокишечная непроходимость, операция, анестезия, межкишечный анастомоз, резекция кишки.

SUMMARY

Zh.N. KYZHYROV^{1,2}, D.Zh. KUATBEKOV¹, A.B. KUNUSBAEV¹, T.T. BOZSHAGULOV¹, N.Zh. MOMYNOV¹, I.K. KURBANOV¹, Sh.Sh. AVAZOV¹, B.M. OSPANOV¹

¹Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c., Republic of Kazakhstan

²City hospital No. 7, Almaty, Republic of Kazakhstan

ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION: DIAGNOSTICS AND TREATMENT

The Acute Intestinal Obstruction (AIO) continues to remain one of the most actual and stubborn problems of an urgent surgery.

Research objective. Carrying out the clinical analysis surgical and anesthesiology a grant in diagnostics and treatment at patients with the acute intestinal obstruction (AIO).

Material and methods. In the real work the main directions and the principles of diagnostics and treatment in a hospital at patients with OKN are presented, and importance of a preoperative and postoperative intensive care, improvement anesthesiology grants is also emphasized. Efficiency of treatment directly depended not only on professional skills of the doctor-surgeon, but also on coordinated actions with anesthesiologists.

Results and discussion. From 136 patients operated concerning the acute adherent intestinal obstruction (AAIO) – at 28 (20,5%) the bowel resection with applying of an enteroenteroanastomoz, at the others 108 (79,5%) – an adhesiotomy was made. The intubation of a small bowel across Shalkov at 36 patients that makes 20,1% of all patients operated concerning OKN is executed.

Conclusions. The mortality at colic and enteric obstructions isn't identical. Respectively, we noted the major factors influencing an outcome of surgical treatment at two different types of an obstruction.

Key words: colic and enteric obstruction, operation, anesthesia, interintestinal anastomosis, bowel resection.

Статья поступила в редакцию 14.05.2015 г.