

Ю. Л. Шальков, М. У. Жуловчинов

**ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ —
НАУЧНЫЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ**

Москва
Издательство Нобель Пресс
2014

УДК 616.34–007.272
ББК 54.57
III 18

Рецензент:

П. Д. Фомин — академик, главный хирург Украины.

- Шальков Ю.Л., Жуловчинов М.У.
Ш18 Острая кишечная непроходимость - научные и практические аспекты /
Шальков Ю.Л., Жуловчинов М.У. – М.: Lennex Corp, — Подготовка макета:
Издательство Нобель Пресс, 2014. – 182 с.

ISBN 978-5-519-01766-4

Одна из причин посредственных исходов при острой кишечной непроходимости заключается в недостаточной изученности патогенеза заболевания, что негативно сказывается на результатах лечения. Одним из таких патогенетических звеньев является прогрессирующее снижение объёмной мезентериальной циркуляции, сопровождающейся нарушением метаболизма, эндогенной интоксикацией и утратой функциональной резистенции висцеральных органов. В монографии рассматриваются механизмы ишемического синдрома, роли активизации симпатического звена вегетативной нервной системы и гиперкатехоламии. Возникшие нарушения требуют восстановления кровотока путём целенаправленного устранения симптоадреналового фона, как одного из основных патогенетических звеньев осложнённых форм кишечной непроходимости и перитонита.

Определённый интерес представляет новый подход к трактовке факторов заболевания, включая причины летальных исходов, в количественных величинах, что обуславливает их объективную оценку и последовательность лечебных мероприятий. Многофакторный анализ позволили установить, что в основе негативных исходов лежат интоксикация и исходная тяжесть состояния больных, устраниТЬ которые чисто хирургическими мероприятиями не представляется возможным. Больные же с интоксикационным синдромом после оперативной коррекции являются контингентом реанимационной службы. Результаты экспериментальных и клинических наблюдений подчеркивают целесообразность и эффективность превентивной коррекции микроциркуляторных нарушений.

Монография рассчитана на исследователей проблемы ОКН и перитонита, хирургов и реаниматологов.

УДК 616.34–007.272
ББК 54.57

ISBN 978-5-519-01766-4

© Ю. Л. Шальков, М. У. Жуловчинов, 2014.
© Издательство Нобель Пресс, 2014

ВВЕДЕНИЕ

Очередная монография по острой кишечной непроходимости. Есть ли в ней необходимость? Ибо за последние десятилетия изданы несколько монографий по проблемам кишечной непроходимости и перитонита (В.П. Петров, 1989; М.В. Гринёв, 1992; И.А. Ерюхин, 1999; В.К. Гостищев, 1992; Ю.Б. Мартов, 1998; и др.). Не потеряли своего значения монографии недавних прошлых лет (А.Е. Норенберг-Чарквиани, 1969; О.С. Кочнев, 1984; Ю.М. Дедерер, 1971; М.З. Сигал, 1976; Д.П. Федорович, 1954; Р. Tondelli, 1983; и др.). Практический интерес представляют издания по «частным» видам кишечной непроходимости: спаечной (Р.А. Женчевский), опухолевой толстокишечной (Н.К. Александров, 1980; Г.В. Бондарь, 1984; В.Д. Федоров, 1984; и др.), странгуляционной (С.П. Белкания, 1983; В.П. Петров, 1977; и др.).

И тем не менее, приводимые многими авторами несомненно лучшие собственные результаты не нашли отражения, в целом, на их улучшение во всей проблеме. Многие десятилетия достоверных сдвигов в лечении больных острой кишечной непроходимостью (ОКН) не достигнуто, ибо, судя по летальности, она составляет 12–25 % и более.

При рассмотрении многих научных исследований ссылок авторов на накопленный опыт, как на весомый аргумент, всплывают ряд сомнений и даже парадоксов. К примеру, Ю.А. Давыдов и соавт. (1991), П.Е. Нечитайло (1978) и мн. др. улучшение исходов при ОКН и перитоните связывают с декомпрессией (интубацией) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В то время как другая группа исследователей при аналогичной патологии приводит также вполне приемлемые цифры послеоперационной летальности, однако, не включая в лечебные мероприятия ту же интубацию кишечника, как обязательные условия в лечении.

Аналогию можно продолжить, ссылаясь на однозначные результаты у больных опухолевой толстокишечной непроходимостью: в случаях выполнения операции Гартмана, наложения колостомы или первичного анастомоза (Г.В. Бондарь, и соавт., 2000; А.С. Ермолов и соавт., 2004; В.З. Тотиков и соавт., 2001; и др.). Как объяснить наиболее высокую летальность при странгуляционной ОКН, практически аналогичную той, которая имела место 30–50 лет тому назад?

Один из парадоксов проблемы заключается в отсутствии реального улучшения исходов на фоне массы проводимых исследований, как-будто бы обилия клинического материала и приобретаемого опыта. Последний зиждется в анализе допускаемых ошибок (А.Т. Ашеров, 2008) и их исправлении. К сожалению, многие исследования достигнутого положительного опыта недостаточно анализируют негативные причины неудовлетворительных результатов. В основе же улучшения исходов, как известно, лежит предупреждение и насколько это возможно устранение, этих причин в процессе лечения.

Как правило, негативные причины являются многофакторными, однако их трактовка оказывается разносторонней и субъективной, скорее, качественной и поэтому исключает объективизм. Проводя исследование, автор подспудно, даже, скорее, незаметно для себя отдаёт предпочтение внутренней своей идее, возможно, в ущерб другим факторам. Это и объясняет возникшие разногласия. Во многих случаях не факты и не аргументы, а их необъективный, предвзятый анализ и суждения являются итогом сомнительных выводов.

Согласно взглядам ряда исследователей, одной из причин неудовлетворительных исходов острой кишечной непроходимости являются диагностико-тактические упущения, как и непосредственные дефекты выполняемого оперативного пособия. Без сомнения, негативная роль «человеческого фактора» существует, однако оправдано ли считать эти упущения, соответствующие именно высокой летальности? Известно, что послеоперационная летальность в случаях ургентной

патологии при той же ОКН значительно выше, нежели у больных с плановой санацией. Поэтому сомнительно, чтобы именно в этих случаях хирурги допускали чаще тактико-технические ошибки. Кроме того, как объяснить причины высокой послеоперационной летальности у больных, где не были допущены те или иные дефекты и лечебные мероприятия оказались логичными и полноценными?

Медицинская наука, как и сама хирургия, развиваются постоянно. Тем не менее, если техническая сторона хирургических вмешательств были разработана более века назад, включая наложение кишечных швов и формирование анастомозов и такие сложнейшие вмешательства, как гастрэктомии, резекции желудка, операции на прямой кишке и пр., то многие вопросы прикладного и патофизиологического значения остаются недостаточно глубоко изученными, открытыми и даже спорными. Ещё в 1926 году проф. С.П. Федоров писал, что «хирургия не может быть самостоятельной наукой, даже в технической части своей она всецело опирается на анатомию». Возможно, С.П. Федоров в чем-то прав, но действительно без принципиальных знаний, прежде всего патофизиологии, трудно рассчитывать, что даже совершенными хирургическими приёмами удастся решать проблемы хирургической патологии.

Много ли прошло лет с тех пор (Ленинград, 1938 год, Труды конференции по Острой кишечной непроходимости, стр. 410), как академик С.С. Юдин совершенно серьёзно интересовался причинами и механизмом потери натрия у больных ОКН даже в случаях введения больших (50–100 г) поваренной соли в качестве восполнения?! До настоящего времени остаются слабыми, даже спорными представления на генез нарушений моторной функции ЖКТ, причины и механизмы микроциркуляторных нарушений, природу интоксикации и пр.

Таким образом, образно говоря, можно, по-видимому, «оправдать» летальные исходы, обусловленные не недостат-

ком или дефицитом проводимых лечебных мероприятий, а, с научной точки зрения, пока еще не исследованными, скорее, патогенетическом и биохимическом уровнях, данными, подлежащими соответствующей коррекции. Скоро полвека как вышла монография Ю.М. Дедерера «Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника» (1971), в которой излагаются вопросы сути и динамики нарушений гомеостаза. Одна из причин высокой послеоперационной летальности заключается в недостаточном изучении патогенеза заболевания, знание которого позволило бы более целесообразно и обоснованно строить лечебную тактику. Это пожелание не потеряло смысла и значения в настоящее время. Теория интоксикации, к примеру, при ОКН и перитоните как-будто бы возражений не вызывает (Г.А. Ивашкевич и соавт., Н.К. Пермяков, Б.Д. Савчук, А.Г. Кригер и др.). Однако до сих пор нет убедительного ответа на суть интоксикации; превалирование экзогенной (инфекционной) или эндогенной (метаболической) её природы. Устранение микробного фона новейшими антисептиками и антибиотиками возможно лишь в ранние сроки заболевания. Природа метаболической интоксикации, скорее всего, обусловлена циркуляторными нарушениями и накоплением недоокисленных продуктов обмена. Однако, помимо заместительной терапии и улучшения реологии крови, целенаправленной коррекции регионарной висцеральной циркуляции, как и общего кровотока, лечебные мероприятия, как правило, не предусматривают, хотя известно (А. Лабори, 1970; В. Сперанца, 1972), что в основе патогенеза всех стрессовых реакций лежат нарушения микроциркуляции практически во всех регионах.

Острая кишечная непроходимость не является нозологической единицей заболевания (Ю.М. Дедерер, 1971), а группой различных патологических состояний, объединённых одним признаком — нарушением проходимости кишечника. Именно в этом видится основная причина многочисленных

противоречий, обусловленная различиями, как правило, лишь на начальных этапах развития заболевания. Однако достаточно быстро многие из них, особенно острые хирургические процессы, по мере распространения, принимают стандартные проявления, в том числе нарушения гомеостаза, расстройства водно-электролитного баланса, гиповолемии, интоксикации, усугубления метаболизма.

Наглядно противоречивость проявляется в оценке причин летальных исходов у больных ОКН: перитонит, интоксикация, дегидратация, осложнения послеоперационного периода, возрастной фактор и пр. Четким знанием этих причин необходимо руководствоваться, что объективизирует пути их устранения. Многие исследователи летальные исходы связывают с дефектами выполнения оперативного вмешательства, в том числе формирования кишечных швов, своевременности восстановления моторной функции кишечника и др. Однако, как уже подчеркивалось, этими полумерами принципиально решить проблему исходов не удаётся.

Достаточно большой объём публикаций по вопросам ОКН позволял во многих случаях проводить мета-анализ в виде систематического обзора соответствующей информации. В то же время, учитывая современные требования изложения лишь фактического и доказательного материала, вызвали необходимость широкого использования статистических методов анализа.

Монография предназначается прежде всего изучающим патогенез кишечной непроходимости, истинные причины неудовлетворительных исходов заболевания. Возможно, что и практический хирург найдёт дополнительную информацию по вопросам формирования лечебной тактики, объёму оперативного вмешательства. В любом случае предлагаемый материал монографии позволит иначе оценить состояние проблемы кишечной непроходимости, возможно пересмотреть сложившиеся взгляды на некоторые патогенетические звенья заболевания.

Возвращаясь к актуальности проблемы ОКН в целом, отметим, что она заключается в стабильно высокой летальности и выяснении реальных причин этому, в чем и есть основная задача монографии.

ГЛАВА 1.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ —

КАК ПРОБЛЕМА НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ

ХИРУРГИИ

Даже общий взгляд на становление проблемы ОКН позволяет выделить основные этапы её развития: оперативно-технические приёмы резекции кишки или наложения стомы, совершенствование диагностики непроходимости, включая её основные формы, формирование классификаций заболевания, расширение показаний к раннему оперативному вмешательству, доказательства необходимости предоперационной подготовки, оценка обезболивания, изучение патогенеза острой кишечной непроходимости, разработка мероприятий по дезинтоксикации. Многие вопросы исследований перечисленных этапов остаются актуальными и в настоящее время.

Предлагаемая монография совершенно не призвана быть учебным пособием. Практически в каждом руководстве по неотложной хирургии есть главы, специально посвященные проблеме кишечной непроходимости, не говоря об учебниках по хирургии. Вопрос стоит в другом: почему, несмотря на освещенность, научную и практическую, широкую доступность изданий, остается высокая летальность и в чем причина её стабильности. Одна из причин, по-видимому, в том, что достаточно четкая информация в учебных пособиях по диагностике заболевания, лечебной тактике, оперативным приёмам и пр. почему-то дают сбой, ибо далеко не всегда укладываются в описанные рамки. С одной стороны, это обусловлено определёнными упущениями в изложении рекомендуемого материала, с другой, что весьма важно, особенностями, характеризующимися как «человеческий фактор» и зависящими от исходной подготовки и эрудиции хирурга.

Центральным направлением этой монографии является изучение и анализ причин, негативно влияющих на результаты лечения больных ОКН: диагностических упущений, лечебно-тактических, оперативно-технических и прочих ошибок. Поэтому с практической точки зрения было бы важно найти место каждой из указанных причин в исходах, чтобы сделать соответствующие выводы.

1.1. Дефекты распознавания как причины неудовлетворительных исходов

Исследователи проблемы ОКН практически единодушны, считая, что исходы заболевания во многом зависят от свое-временности распознавания и сроков выполненных оперативных вмешательств. Согласно данным В.И. Стручкова (1955), задержка с операцией по тем или иным причинам примерно каждые 6 часов сопровождается увеличением послеоперационной летальности в два раза: с 6–10% в первые 6 часов заболевания до 20%, спустя сутки наблюдения за больным, и до 30–35% у больных с более поздними сроками поступления. Указанная закономерность повышения летальности сохраняется и в последующие годы (И.А. Ерюхин и соавт., 1999, В.В. Завьялов, 1973 и др.). Каждый 3–4 больной ОКН поступает спустя сутки от начала заболевания, что прежде всего связано с неблагополучием своевременного распознавания.

Ошибки распознавания ОКН в амбулаторных условиях допускаются в каждом втором случае врачами скорой помощи — каждого третьего больного, врачами приемного покоя больниц — у каждого 4–5 обратившегося и в стационаре — в единичных случаях (С.А. Масумов и соавт., 1966).

Причины такой динамики понятны: начало заболевания с неустоявшимися характерными симптомами, тем более у больных с пока ещё ненарушенным гомеостазом. Нельзя