

УДК 616.381-002

Ю.Л. Шальков¹, А.Г. Ворожко²**ИНТУБАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАНИЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ**¹Харьковская медицинская академия последипломного образования²Городская клиническая больница № 5, Сумы

Ретроспективно изучена роль интубации желудочно-кишечного тракта у больных, оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости (314 больных). Сравнительная оценка факторов летальности позволила дать количественное значение и определить ранг причинам неблагоприятных исходов. Высказана версия, что имеющаяся переоценка эффективности интубации обусловлена расширением превентивных показаний. Уровень же летальности обуславливает исходная тяжесть оперированных больных.

Ключевые слова: перитонит, интубация кишечника, летальность, ранговая оценка.

Проблема перитонита является одной из центральных в абдоминальной хирургии, на что указывает практически отсутствие результатов улучшения за истекшие десятилетия. Эта ситуация имеет место на фоне разработанных многочисленных и как подчеркивается в литературе «эффективных» методов лечения, это относится и к использованию антибиотиков очередного нового поколения, способов диализа брюшной полости и лаважа, многих методов дезинтоксикации, включая экстракорпоральную детоксикацию.

Причем, оцениваемый положительно каждый отдельно метод лечения, далеко не всегда проявлялся в комплексной терапии. Не вдаваясь в детальный анализ причин этому обстоятельству, можно выделить недостаточно корректное, по сути, формирование анализируемого материала, как правило, отсутствие сравнимых групп, игнорирование принципами статистического анализа, различным подбором и трактовкой анализируемых групп и многое другое. Важен и такой фактор, как аргументация на «свой накопленный опыт».

Сказанное относится и к такому методу как интубация желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Способ широко вошел в стандарт, даже «золотой фонд» современных мероприятий лечения перитонита. Практически отсутствуют противопоказания к дренированию ЖКТ, совершенно отсутствуют сомнения в возможных негативных сторонах метода. В тени научных исследований остаются вопросы факта и причины летальных исходов у больных с интубацией ЖКТ. По-видимому, такая информация смогла бы объективизиро-

вать показания к декомпрессии кишечника, установить реальное патогенетическое значение метода, возможно, прогнозировать течение послеоперационного периода, дополнительных нюансов использования кишечного зонда.

Цель работы — дать ретроспективную оценку интубации ЖКТ, как метода в комплексном лечении больных с абдоминальной хирургической патологией, обозначить приоритетные причины летальных исходов больных с интубацией кишечника.

Материал и методы

Проанализированы 314 случаев оперативных вмешательств, выполненных по поводу различных заболеваний органов брюшной полости, при которых операция завершалась интубацией ЖКТ. Материал получен по совокупности наблюдений нескольких лечебных учреждений. Больные подразделены на две равноценные группы: с благоприятным течением (221) случай и летальными исходами (101). Помимо анализа показаний к дренированию кишечника; наличие заболеваний оценивалось по следующим критериям: пол, возраст, вид патологии, объем оперативного вмешательства, характер перитонита, исходная тяжесть состояния больных и прочее. По критерию Неймана-Пирсона определялись количественные (J) величины изучаемого признака и ранговое значение его среди факторов летальности.

Результаты и обсуждение

Хирургическая практика последних деся-

тилетий, характеризується быстрым наполнением опыта по интубации ЖКТ, причем отдельные исследователи располагают индивидуальными наблюдениями по интубации в несколько десятков и сотен случаев [4, 6, 9].

При этом достаточно быстро сформировались показания к декомпрессии кишечника, главным из которых явился перитонит, нарушение моторно-эвакуаторной функции кишечника, особенно в случаях релапаротомий. Как будто-бы очевидны показания к интубации, в связи с неблагоприятным прогнозом развития спаечной кишечной непроходимости в послеоперационном периоде. Более широко ставились показания к профилактическому введению зонда в случаях выполнения оперативных вмешательств у больных высокого риска; оказалось много сторонников интубации ЖКТ с целью предупреждения спаечной кишечной непроходимости [3]. Тем не менее, несмотря на то, что метод интубации ЖКТ является лечебно-профилактическим, некоторые вопросы требуют уточнения, в частности реальность показаний к методу, какова его эффективность, каковы причины летальных исходов. Следует ожидать, что достаточное число наблюдений (>300), а также наличие совокупного по разным хирургическим отделениям материала, позволяет хотя бы в приближенном варианте ответить на эти и другие вопросы.

Среди анализируемых групп больных (322), по фактору пола преобладали пациенты мужского пола ($54,3 \pm 2,6\%$), женщины ($45,6 \pm 2,6\%$) ($t=2,18$; $p<0,05$). Каждый второй больной ($47,7 \pm 2,8\%$) был в возрасте до 50 лет; больные в возрасте 50-59 лет составили 20% ($17,5 \pm 2,2\%$), и больные пожилой группы ($34,7 \pm 2,7\%$). Среди оперированных больные со спаечной кишечной непроходимостью – 79%, травмы брюшной полости имели место в 8,9% случаев, исходный перитонит констатирован в 25% (78 человек). Малый объем хирургического вмешательства (рассечение спаек, диагностическая лапаротомия) – 75,2%. Средний объем хирургического вмешательства (резекция кишки, холецистэктомия, операции при общем перитоните) – 18,3%. Большой объем хирургического вмешательства (гемиколэктомия, резекция желудка, релапаротомия) – 7,5%. По виду выполненной интубации: трансанальная – 78,2%, интубация

через циклостому – 16,3%, прочие (илеостома, трансанально) – 5,5%. С учетом Мангеймского индекса перитонита (МИП) преобладали больные первой степени тяжести – $70,2 \pm 2,6\%$ (218), второй степени – $18,2 \pm 2,2\%$ (55) и третьей степени – $11,6 \pm 1,8\%$ (35). Как видно, характеристики больных аналогичны данным приводимых в литературе, однако со значительным расширением превентивных показаний к интубации ЖКТ. Эта особенность обуславливает достоверное преобладание (в 2-3 раза) больных находящихся в группе первой степени тяжести. По данным [5] в $48,3 \pm 4,1\%$ случаев интубация ЖКТ имела место у больных, где выполнялись релапаротомии. Комментируя версию целесообразности расширения профилактических показаний к интубации ЖКТ, в частности у больных спаечной кишечной непроходимостью, как метода снижающего частоту раннего послеоперационного илеуса и даже расширив показания, где интубация выполнялась в случаях повышенного риска (к примеру резекция кишки на фоне перитонита), следует подчеркнуть, что эти версии не нашли пока достоверных научных подтверждений.

Сформировавшиеся мнения о высокой эффективности интубации ЖКТ, по-видимому, требует критической оценки: с одной стороны, это мнение может быть связано с указанным выше расширением превентивных показаний, то есть ростом группы более «легких» больных, с другой – с недостаточно корректным анализом летальных исходов у больных с интубацией кишечника, то есть причин неэффективных методов декомпрессии. Не вызывает сомнений тот факт, что интубация кишечника является «гарантом» положительного исхода, а также зависимости результатов от исходной тяжести больного, которому выполнялась интубация. В своих более ранних исследованиях [9], мы провели сравнительную оценку роли метода в группе больных с интубацией ЖКТ (136) и без интубации (81). При этом летальность оказалась достоверно ниже ($41,7 \pm 5,5\%$, в группе больных без декомпрессии и $26,5 \pm 3,8\%$ с декомпрессией) $t=2,12$, $p<0,02$. Однако, в формировании групп сравнения не были учтены такие факторы, как исходная тяжесть больных, объем оперативного вмешательства, характер послеоперационных осложнений и прочее. По мере изучения

проблемы реальные величины летальности в группе больных с интубацией соответствовали более высоким цифрам: $38,2 \pm 3,4\%$ [6], $31,4 \pm 2,9\%$ [2], $47,6\%$ [5], однако, по сводным данным 35 исследований, летальность на 1222 случая при интубации составила $20,0 \pm 1,1\%$. Значительный диапазон в летальности объясним многими составляющими, в том числе исходная тяжесть состояния больных, возможно характером и объемом оперативного вмешательства и послеоперационными осложнениями. Причины летальных исходов у больных с интубацией кишечника в научной литературе скорее проводится традиционно, возможно достаточно субъективно, главное же – без рангового их построения, поскольку до сих пор количественная оценка причин не принята.

Мы посчитали возможным этот пробел устранить, оценив основные причины летальности, путем их определения и сравнения в двух группах больных: в группе с благоприятным (211 больных) и группе больных с летальным исходом (101). Количественная оценка изученных причин определена по методике Неймана-Пирсона путем определения отношения вероятности определяемой причины (фактора) летальности по формуле:

$$J = \frac{P_1(X_i)}{P_2(X_i)} \times \ln$$

где J – величина признака (Xi) в баллах, ln – логарифм, P – вероятность изучаемого признака в группе выживших (P1) и в группе умерших (P2) по величине признаков (J) выполнялось ранговое построение причин летальности. В качестве факторов риска, в той или иной степени, влияющих на исход, учитывались: пол, возраст больных, характер заболевания, тяжесть и распространенность перитонита, объем оперативного вмешательства, вид интубации, исходная тяжесть состояния больных по МИП (см. табл.).

Результаты, представленные в таблице, свидетельствуют, что основными факторами летальных исходов у больных, где вмешательство включало интубацию ЖКТ, являлась исходная тяжесть состояния больных: согласно степени тяжести больных по МИП, 40% больных к моменту оперативного вмешательства имели максимальный критический набор «летальных» баллов, в то время, как у больных с благоприятным исходом подобных случаев

не было. Фактор возраста, отражающий тяжесть состояния также оказался весьма высоким по ранговому значению: среди погибших больных пациентов в возрасте 60 лет и старше было в 3,3 раза больше. На фоне исходной тяжести и возрастного фактора вид интубации по рангу занимает лишь седьмое место и скорее отражает, по-видимому, не столько способ введения зонда, сколько условия выполнения интубации: в данном случае интубация, которая формировалась через илеостому, как правило после резекции кишки на фоне тяжелого общего перитонита. Уместно добавить, что среди погибших перитонит констатирован в 66,3% случаев, а среди выживших – достоверно реже – в 48,7% случаев ($p < 0,01$). В целом при анализе совокупного материала, летальность у больных с интубацией ЖКТ оказалась на уровне достаточно высоком и соответствовала 30%, в основном за счет больных перитонитом.

З а к л ю ч е н и е

Сложившиеся за последние десятилетия мнения, что интубация ЖКТ является одним из наиболее эффективных методов лечения больных с абдоминальной хирургической патологией оказывается сомнительным, поскольку констатируемое улучшение обусловлено расширением показаний к превентивной интубации у больных с компенсированным гомеостазом и в группах молодого и среднего возраста. У больных с декомпрессией ЖКТ в токсической стадии перитонита летальность остается в пределах 27-30%, что соответствует таковой [7, 8] при лечении аналогичных больных с использованием традиционных методов. Следует признать, что лежащую в основе патогенеза перитонита энтеро- и экзогенную интоксикацию методом интубации ЖКТ радикально устранить пока не удастся, даже используя совместно другие способы детоксикации. Перспектива исследований в проблеме интубации ЖКТ видится в более тщательной выработке показаний к декомпрессии кишечника, а также стремлении устранять, согласно ранговому значению, причины, способствующие летальным исходам.

Таблиця.

Количественное выражение факторов летальности и их ранговое построение у больных с интубацией ЖКТ

Факторы	Величина	Ранг
<i>Исходная степень тяжести по МИП:</i>		
средняя	2,38	2
большая	4,21	1
<i>Наличие перитонита:</i>		
общего	2,30	3
местного	0,04	11
<i>Характер выпота:</i>		
гнойный	1,65	4
фибринозный	1,43	6
<i>Возраст больных:</i>		
60-69 лет	0,74	10
старше 70 лет	1,61	5
<i>Выполнение релапаротомии</i>		
	1,20	7
<i>Количество выпота:</i>		
до 500 мл	0,37	13
более 500 мл	0,81	9
<i>Вид интубации: илеостома</i>		
	1,13	8
<i>Объем вмешательства: большой</i>		
	0,17	12
<i>Пол больных: муж</i>		
	-0,03	13

Примечание: $M=1,43 \pm 0,85$; $\Sigma=16,53$; $n=13$

ІНТУБАЦІЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ: РЕТРОСПЕКТИВНА ОЦІНКА ПОКАЗАНЬ І РЕЗУЛЬТАТІВ

Ю.Л. Шальков, О.Г. Ворожко

Ретроспективно вивчена роль інтубації шлунково-кишкового тракту у хворих, оперованих з приводу гострих захворювань органів черевної порожнини (314 хворих). Порівняльна оцінка факторів летальності дозволила дати кількісне значення і визначити ранг причин несприятливих наслідків. Висловлено версія, що наявна переоцінка ефективності інтубації обумовлена розширенням превентивних свідчень. Рівень же летальності обумовлює вихідна тяжкість оперованих хворих.

Ключові слова: перитоніт, інтубація кишечника, летальність, рангова оцінка

INTUBATION OF GASTROINTESTINAL TRACT: RETROSPECTIVE EVALUATION OF INDICATIONS AND OUTCOMES

Yu.L. Shalkov, O.H. Vorozhko

Retrospectively studied the role of intubation of gastrointestinal tract in patients operated for acute abdominal diseases (314 persons). Comparative evaluation of mortality factors allowed to quantify the value and determine the rank of the reasons of poor outcomes. Suggested a version that is available to overestimate how effective intubation caused by expansion of preventive indications. The level of mortality causes the initial weight of the operated patients.

Key words: peritonitis, intestinal intubation, mortality, rank score

ЛИТЕРАТУРА

1. Андерсон Т. Введение в многомерный статистический анализ. / Т. Андерсон. – М.: Медицина, 1963г. – 500 с.
2. Бойко В.В. Интубация кишечника в ургентной и плановой хирургии. / В.В. Бойко, В.К. Логачов, А.А. Вильцанюк. – Харьков, 2007. – 52 с.
3. Веллер Д.Г. Усовершенствование интубации тонкой кишки. / Д.Г. Веллер, Ф.Ф. Усиков, В.К. Логачев // Хирургия. – 1985. – № 9.
4. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника. / Ю.М. Дедерер. – М.: Медицина. 1971. – 272 с.
5. Зайцев В.Т. Декомпрессия кишечника в лечении механической и функциональной кишечной непроходимости. / В.Т. Зайцев, Ю.Л. Шальков, П.Е. Нечитайло // Труды НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. – 1977. – Т. 26. – С. 111-112.
6. Нечитайло П.Е. Декомпрессия кишечника и стимуляция его моторики в комплексной терапии больных разлитым перитонитом. / П.Е. Нечитайло. – Автореферат диссертации, Харьков, 1978.
7. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. / Б.Д. Савчук – М.: Медицина, 1979. – 192 с.
8. Федоров В.Д. Лечение перитонита / В.Д. Федоров. – М.: Медицина, 1974. – 284 с.
9. Шальков Ю.Л. Функциональная кишечная непроходимость. Учебное пособие. / Ю.Л. Шальков. – Москва, ЦОЛИОВ. – 1985. – 108 с.

Стаття надійшла 03.03.2011