

Л. У. НАЗАРОВ, А. С. АКОПЯН, А. М. АГАВЕЛЯН, А. Г. ГЕВОРКЯН,
Б. Г. САРКИСЯН, Л. А. БАРСАМЯН

ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ К ОПЕРАЦИИ МЕТОДОМ ОБЩЕГО ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Обобщен опыт подготовки толстой кишки к операциям методом общего промывания желудочно-кишечного тракта соевым изотоническим раствором. Метод способствует коррекции водно-электролитных показателей у больных с исходными электролитными нарушениями. Общее промывание желудочно-кишечного тракта является быстрым, эффективным и удобным методом подготовки толстой кишки к операциям.

Степень подготовки толстой кишки к операциям является важным обстоятельством, имеющим часто решающее значение для выбора объема хирургического вмешательства.

В течение последних лет наибольшее распространение получили три основных метода подготовки больных к операциям на толстой кишке. Первый основан на использовании бесшлаковой диеты и механической очистке кишечника. Этот метод является трудоемким и нередко приводит к большим изменениям гомеостаза больных накануне операции [6, 9, 11, 16, 14]. Второй метод—применение больших доз антибактериальных препаратов, которое обычно приводит к выраженным изменениям нормальной кишечной флоры, не уменьшая числа послеоперационных осложнений [4, 15]. Третий метод предусматривает применение элементарных диет и очистительных клизм [1, 7, 13].

В настоящее время в ряде клиник нашей страны для подготовки толстой кишки к операциям применяется метод кишечного лаважа (общее промывание желудочно-кишечного тракта).

В отделении хирургии толстой кишки НИИ проктологии МЗ Армянской ССР с марта 1986 года применяется метод кишечного лаважа для подготовки толстой кишки к операциям по поводу рака толстой кишки перед реконструктивными и восстановительными операциями.

Метод заключается в следующем: до операции больные получают обычную диету, а в день промывания—легкий завтрак. Накануне операции, за 18—20 часов, больному через нос в желудок вводится тонкий зонд, который соединяется с системой для переливания раствора. Скорость введения жидкости составляет 2,5—3 л/час. Через 15—20 минут от начала введения раствора делают инъекцию 2 мл церукала для уменьшения рвотного рефлекса. Вся процедура промывания занимает, как правило, 2,5—3 часа.

Практически первый стул появляется через 35—45 минут от начала промывания и продолжается с небольшими перерывами во время лаважа. У большинства больных выделение промывных вод продолжается еще в течение 1—1,5 часа после промывания. После первого часа промывания выделяется жидкий кал, через 2 часа—просветленная жидкость. Лаваж заканчивается как только появляется светлая жидкость, не содержащая каловых масс. Обычно для этого требуется от 8 до 10 литров раствора.

Для промывания мы использовали солевой раствор, предложенный НИИ проктологии МЗ РСФСР [2], содержащий на 1 литр воды: хлористый натрий—7 г, хлористый калий—0,75 г и питьевая сода—3 г. Осмолярность этого раствора равна 296 мосм/л, что соответствует осмолярности плазмы крови в норме. Температура переливаемого раствора равна 36,5—37,5° С.

Данным методом подготовлено 52 больных раком толстой кишки, 7 больных перед реконструктивными и восстановительными операциями. Мужчин было 33, женщин—26. Возраст пациентов колебался от 26 до 74 лет. Средний возраст равнялся 55,9 лет.

У этих больных отмечены различные сопутствующие заболевания, среди которых наиболее частыми были: атеросклеротический коронарокардиосклероз—у 34 (57, 6%), артериальная гипертония—у 9 (15, 3%), хронический бронхит, пневмосклероз—у 11 (18, 6%) и хронический гастрит—у 11 больных (18, 6%).

Процедуру лаважа больные переносят, как правило, хорошо. Тошнота во время промывания наблюдалась у 6 больных (10, 2%), из них сопровождалась рвотой у трех пациентов (5, 1%). У 4 больных (6, 8%) с клиническими проявлениями частичной толстокишечной непроходимости отмечалось чувство тяжести в животе. Вышеописанные явления довольно быстро проходили, и во всех случаях удалось завершить запланированную подготовку.

Метод общего промывания желудочно-кишечного тракта не применялся у больных с сердечно-сосудистой и почечной недостаточностью при острой кишечной непроходимости.

После налаживания методики кишечный лаваж стали применять у больных с явлениями частичной толстокишечной непроходимости, у которых проводимые консервативные мероприятия были эффективными.

Больные с явлениями частичной толстокишечной непроходимости, обусловленной наличием стенозирующей опухоли прямой или ободочной кишки, со дня поступления в клинику получали бесшлаковую диету и слабительные—по 30 мл 15% раствора сульфата магния 4—6 раз в день. По вечерам этим больным ставилась одна очистительная клизма для опорожнения отделов кишки дистальнее опухоли. На фоне проводимых консервативных мероприятий у 11 больных (84, 6%) из 13 в течение 7—10 дней наблюдалось улучшение—стул становился регулярным, исчезало вздутие живота, стихали боли. При отсутствии эффекта от 15% раствора сульфата магния и очистительных клизм, нарастании признаков кишечной непроходимости лаваж не производился.

Благодаря такому дифференцированному подходу к больным с явлениями кишечной непроходимости нам удалось успешно применить метод общего промывания желудочно-кишечного тракта. У 6 больных (54, 5%) из 11 были созданы условия для наложения первичного внутрибрюшного анастомоза после резекции кишки.

Данные литературы указывают на необходимость предоперационной коррекции метаболических нарушений в связи с их усугублением на фоне подготовки толстой кишки к операциям [8, 12].

Для коррекции водно-электролитных нарушений больным по показаниям внутривенно переливались глюкозо-солевые растворы, назначались препараты калия.

Нами изучалось изменение в содержании электролитов крови (калия и натрия) у больных с явлениями частичной толстокишечной непроходимости. Калий плазмы у этих больных при поступлении в клинику составлял в среднем 3,0, перед промыванием—3,4, перед операцией 4,3 ммоль/л. Наши наблюдения показали, что кишечный лаваж с применением солевого изотонического раствора способствует коррекции водно-электролитных показателей у больных с явлениями толстокишечной непроходимости.

Во время промывания исследовалась микрофлора промывных вод в первой и последней порциях. Количественное исследование показало, что в процессе лаважа число микроорганизмов толстой кишки уменьшается (более чем в 1000 раз). Уменьшалось также число видов кишечной флоры (с 6—7 до 2—3). Однако не отмечено нарастания дисбиотических сдвигов в микрофлоре.

При ревизии органов брюшной полости после лапаротомии оценивалась степень очистки кишечника. При полном отсутствии содержимого подготовка считалась хорошей. Такая подготовка была у 51 больного (86, 4%). Следы кишечного содержимого в виде помарок на стенках кишки, т. е. удовлетворительная подготовка, была у 5 больных (8, 5%). Остатки каловых масс (неудовлетворительная подготовка) наблюдались у 3 больных (5, 1%) с явлениями частичной толстокишечной непроходимости. Полное отсутствие содержимого в кишечнике было у всех больных перед реконструктивными и восстановительными операциями.

Подготовка толстой кишки методом кишечного лаважа выполнена перед следующими хирургическими вмешательствами:

I по поводу рака прямой кишки (35 больных)	
передняя резекция	6
брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки	5
брюшно-анальная резекция с сигмостомой	4
операция Гартмана	7
брюшно-промежностная экстирпация	4
трансверзостомия	6
трансанальное удаление опухоли	3
II по поводу рака ободочной кишки (17 больных)	
правосторонняя гемиколэктомия	8
резекция сигмовидной кишки с первичным анастомозом	4
резекция сигмовидной кишки с сигмостомой	1
резекция сигмовидной кишки по Микуличу	3
обходной илеотрансверзоанастомоз	1

III реконструктивные и восстановительные операции (7 больных)	
наложение колоректального анастомоза	5

В раннем послеоперационном периоде парез желудочно-кишечно-го тракта (вздутие живота, снижение перистальтики) наблюдался у 6 больных. Послеоперационные осложнения наблюдались у 10 больных (16, 9%). Из них инфекционные осложнения (несостоятельность анастомоза, межпетлевой абсцесс, нагноение послеоперационной раны, параколомический абсцесс) имелись у 5 больных (8, 4%).

Итак, кишечный лаваж, являясь быстрым и эффективным методом подготовки толстой кишки к операциям, способствует коррекции водно-электролитных показателей у больных с исходными электролитными нарушениями и снижению числа послеоперационных осложнений.

НИИ проктологии
МЗ АрмССР

Поступила 27. III. 1987 г.

1. Զ. ՆԱԶԱՐՈՎ, Ա. Ս. ՀԱԿՈՅԱՆ, Ա. Մ. ԱԳԱՎԵԼԻԱՆ,
Ա. Գ. ԳԵՎՈՐԿԻԱՆ, Բ. Գ. ՍԱՐԿԻՍԻԱՆ, Լ. Ա. ԲԱՐՍԱՄԻԱՆ

ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՆԱԽԱՊԱՐԱՍՏՈՒՄԸ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՆ ԱՂԵՍԱՍՏՈՒՄՈՒՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԼՎԱՑՄԱՆ ՄԵԹՈՒՈՎ

Հոդվածում ամփոփված է հաստ աղիների վիրահատությունների նախապատրաստման փորձը աղեստամոքսային համակարգը աղային իզոտոնիկ լուծույթով ընդհանուր լվացման մեթոդով:

Մեթոդը նպաստում է էլեկտրոլիտային խախտումներ ունեցող հիվանդների մոտ ջրա-էլեկտրոլիտային ցուցանիշների շտկմանը:

Աղեստամոքսային համակարգի ընդհանուր լվացումը արագ, արդյունավետ և հարմար մեթոդ է հաստ աղիների վիրահատություններին նախապատրաստման համար:

L. H. NAZAROV, A. S. HAKOPIAN, A. M. AGHAVELIAN,
A. G. GEVORKIAN, B. G. SARKISSIAN, L. A. BARSAMIAN

THE PREPARATION OF THE LARGE INTESTINE FOR THE OPERATIONS BY THE METHOD OF TOTAL LAVAGE OF GASTROENTERIC TRACT

The experience of the preparation of the large intestine for the operations by the method of total lavage of the gastroenteric tract with isotonic salt solution is generalized. The method promotes the correction of the aqueous-saline indices in patients with initial electrolytic disturbances. The total lavage of the gastroenteric tract is a quick, effective and available method of the preparation of the large intestine to the operation.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аболмасов Е. И. Элементные диеты в онкопроктологии. Всесоюзная конференция проктологов. Тез. докл. Донецк, 1985, с. 169.
2. Воробьев Г. И., Аюбян А. С., Корнева Т. К., Мусин И. И., Минаева О. Д., Алексеева В. В. Хирургия, 1985, 9, с. 44.
3. Ганичкин А. М. Рак толстой кишки. М., 1977.
4. Корнева Т. К. Дисс. канд. М., 1973.
5. Назаров Л. У., Агавелян А. М., Оргусян Р. В. В. сб.: Послеоперационные осложнения. Ереван, 1984, с. 51.
6. Парахоняк В. И. Рак толстой кишки. Горький, 1976.

7. Скобелкин О. К., Морев А. И. Хирургия, 1981, 9, с. 83.
8. Смирнова В. И., Никитин А. М., Лапина Т. А., Протасевич А. А. Хирургия, 1976, 10, с. 98.
9. Смолянская А. З., Кыш В. И., Гриненко Г. И., Ананьев В. С. Клиническая хирургия, 1982, 5, с. 17.
10. Федоров В. Д., Воробьев Г. И., Усков А. Г., Рудин Э. П. Вестн. хирургии, 1979, 12, с. 38.
11. Чадаев А. П. В сб.: Материалы докладов молодых научных сотрудников. М., 1971, с. 381.
12. Юхтин В. И., Бсбский А. С., Чадаев А. П. Хирургия, 1973, 10, с. 135.
13. Wojanowicz K., Berner J. Dtsch. Z. Verdau. u. Stoffwechselkr, 1976, 36, 34—233.
14. Donovan J. A., Arabi Y., Keighly M. R. B., Alexander-Williams J. Brit. J. Surg., 1980, 67, 138.
15. Дробни М. Хирургия кишечника. Будапешт, 1983.
16. Levy A. G., Benson J. W., Hewlet E. L. Gastroenterol., 1976, 70, 157.

УДК 616.89—009

К. Г. ДАНИЕЛЯН, Г. М. РУШАНЯН, А. А. АКОПЯН

К ВОПРОСУ О СИНДРОМОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ НЕРВНО- ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Освещены вопросы синдромологических и дифференциально-диагностических особенностей резидуально-органических нервно-психических расстройств различной этиологии в разные периоды течения болезненного процесса.

Особенности синдромокинеза при резидуально-органических невротических и психотических состояниях изучены далеко недостаточно. До сих пор при изучении вышеуказанных психозов обращалось особое внимание прежде всего на структуру отдельных невротических и психотических приступов. Однако клиническая практика показывает, что без учета особенностей течения резидуально-органических нервно-психических расстройств в динамике (т. е. от приступа к приступу), особенно при так называемой эндогенизации, вопрос диагностики данного заболевания не может быть окончательно разрешен. Возникает вопрос, существуют ли определенные закономерности в чередовании синдромов (синдромотаксиса) в динамике при резидуально-органических нервно-психических расстройствах и патогномоничны ли они для изучаемых заболеваний.

С целью изучения вышеуказанных вопросов нами проводилось клинико-катамнестическое обследование 120 больных резидуально-органическими невротическими и психотическими расстройствами в возрасте 25—60 лет с давностью заболевания от 2 до 15 лет.

Психотические или невротические состояния у обследованных больных возникали спустя 3—15 лет после перенесенной гриппозной инфекции (69 чел.), ревматического поражения головного мозга (21 чел.), бруцеллеза (3 чел.), менингита или менингоэнцефалита (15 чел.). У остальных 12 больных причина органического поражения головного мозга осталась невыясненной (в анамнезе этих больных от-