

Острое расширение желудка при лечении ортопедо-травматологических больных методом чрескостного остеосинтеза

С.И. Швед, Т.А. Девятова, В.В. Федотов

Acute gastrectasia in treatment of orthopaedic-and-traumatological patients using transosseous osteosynthesis technique

S.I. Shved, T.A. Deviatova, V.V. Fedotov

Государственное учреждение науки

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

При использовании аппаратов наружной фиксации в ортопедо-травматологической практике иногда наблюдались изменения со стороны внутренних органов и систем, происхождение которых в ряде случаев трудно объяснить, в том числе и ОРЖ, возникающее при чрескостном остеосинтезе на бедре, выполняемом при различной ортопедо-травматологической патологии. Выше указанные осложнения могут развиваться в том случае, если спицы проходят через точки акупунктуры (ТА) - энергетические кожные зоны, повреждая их. При этом нарушаются нормальные биологические взаимоотношения в функциональной системе "внутренние органы - ТА".

Мы располагаем 7-ю клиническими наблюдениями ОРЖ, которое развилось в послеоперационном периоде у больных с различной ортопедо-травматологической патологией. У всех пациентов ОРЖ наблюдалось после чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова на бедре. Рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики, лечения и предупреждения возникновения этого грозного осложнения.

Ключевые слова: острое расширение желудка, точки акупунктуры, чрескостный остеосинтез.

The authors observed 7 cases of acute gastrectasia (AGE), which developed in patients with different orthopaedic-and-traumatological pathology postoperatively. AGE was noted in all the patients after transosseous osteosynthesis with the Ilizarov applied to femur. The above-mentioned complications can develop in the case, when wires pass through acupuncture points (AP) – energy skin zones, damaging them. In this case normal biological relations in functional system «internal organs – AP» are to be impaired. The problems of differential diagnostics, treatment and prevention of the development of this serious complication are discussed.

Keywords: acute gastrectasia, acupuncture points, transosseous osteosynthesis.

ВВЕДЕНИЕ

Острое расширение желудка (ОРЖ) является одной из тяжелых форм непроходимости пищеварительного тракта и относительно редко встречается в клинической практике. Недостаточное знакомство широкого круга врачей с этим заболеванием, значительные дифференциально-диагностические трудности приводят к тому, что диагноз часто устанавливается неправильно и ошибка распознается только на операции или на секции. В своей работе С.Е. Мурлага ссылается на данные Г.В. Чистовича и отмечает, что летальность при остром расширении желудка продолжает оставаться высокой и колеблется от 40 до 62 % [5, 7].

Данные литературы свидетельствуют о том, что причины, которые могут вызвать ОРЖ, бывают самыми разнообразными. Большую группу состав-

ляют больные после операций на органах брюшной полости, конечностях и позвоночнике, а также после тяжелой травмы головы. Заболевание иногда может возникнуть при ряде других соматических болезней, быстром переполнении желудка пищей, легко подвергающейся брожению, и приеме большого количества алкоголя. У некоторых больных причину заболевания не удается установить не только на операции, но и на секции [1, 4].

Многие ученые считают, что в основе данного заболевания лежит остро развившаяся слабость мышечных элементов стенки желудка вследствие повреждения его нервного аппарата, дегенеративных изменений в блуждающем нерве и симпатической нервной системе в результате операции или травмы. Усугубляют течение данного заболевания значительные изменения водно-

электролитного обмена и большие потери ионов калия и натрия с рвотными массами. Развивающаяся первичная атония желудка приводит к резкому увеличению его размеров. Увеличенный желудок оттесняет книзу петли тонкой кишки, что вызывает сдавливание нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки в области корня брыжейки. Причиной ОРЖ считают также и первичную артерио-мезентериальную компрессию двенадцатиперстной кишки. Как результат огромных потерь жидкости при рвоте в дальнейшем течении болезни решающее значение приобретают гуморальные сдвиги: обезвоживание, гипохлолемия, алкалоз и, как последний этап, синдром желудочной тетании [1, 5, 8].

При использовании аппаратов наружной фиксации в ортопедо-травматологической практике иногда наблюдались изменения со стороны внутренних органов и систем, происхождение которых в ряде случаев трудно объяснить, в том числе и ОРЖ, возникающее при чрескостном остеосинтезе на бедре, выполняемом при различной ортопедо-травматологической патологии.

По данным М.В. Волкова и О.В. Оганесяна, вышеуказанные осложнения могут развиваться в том случае, если спицы проходят через точки акупунктуры (ТА) - энергетические кожные зоны, повреждая их. При этом нарушаются нормальные биологические взаимоотношения в функциональной системе "внутренние органы - ТА", наблюдается эффект длительного и сильного их раздражения, близкого к парабактериотическому. Спица, проведенная через ТА, в тысячи раз увеличивает их электрическую проводимость, что влечет за собой грубое нарушение физиологических процессов энергетической регуляции организма и отражается на работе различных органов и систем. Явление биоэлектрического обмена между организмом и внешней средой через ТА представляет собой звено функциональной системы адаптивной регуляции. Нарушение нормального энергообмена, возникающего при повреждении кожного покрова, является важным патогенетическим фактором, который необходимо учитывать при лечении больных с повреждениями и заболеваниями костно-суставного аппарата методом чрескостного остеосинтеза [2]. На рисунках 1, 2 даны схемы расположения ТА желудочного меридиана и основных энергетически активных точек нижней конечности.

Клинически ОРЖ проявляется как высокая тонкокишечная непроходимость. Однако в зависимости от степени выраженности симптомов и тяжести состояния больных клиническая картина может варьировать в широких пределах. Заболевание возникает внезапно. Диагностировать ОРЖ трудно. Обычно предполагают кишечную непроходимость, прободную гастродуоденальную язву, острый живот и др. Опорными признаками при диагностике следует считать профузную рвоту,

вздутие живота, коллапс. Рентгенологический метод является основным, позволяющим поставить правильный диагноз [1, 5].

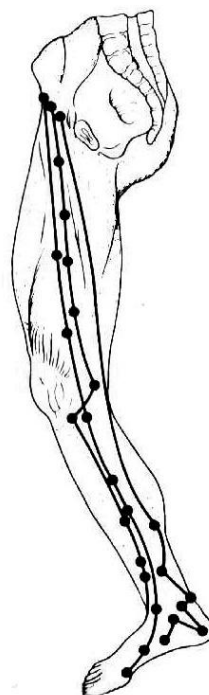


Рис. 1. Расположение энергетически активных точек нижней конечности.

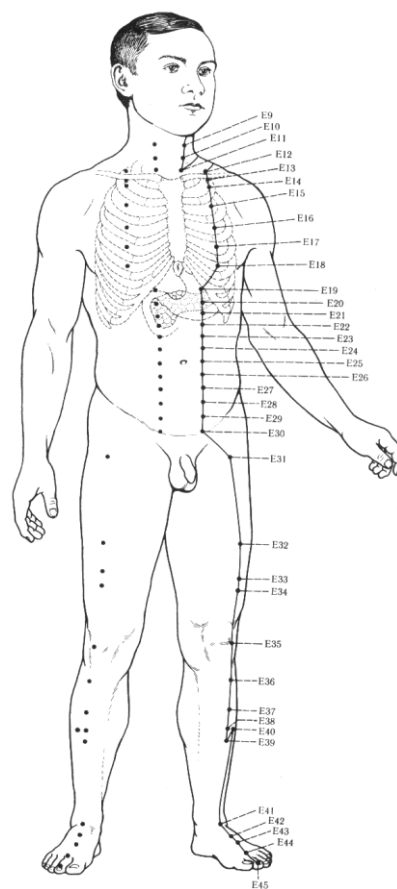


Рис. 2. Проекция желудочного меридиана.

Врачебная тактика при ОРЖ окончательно не решена. Одни авторы считают, что лечение больных должно быть только консервативным, любое

оперативное вмешательство является ошибкой. Однако при неэффективности консервативного лечения острой гастроплегии некоторые авторы рекомендуют производить гастростомию, которая позволяет осуществить необходимую декомпрессию и промывание желудка, предупредить рецидив заболевания, а после соответствующей подготовки дает возможность произвести таким образом резекцию желудка. При лечении ОРЖ среди методов консервативного лечения основными являются промывание и постоянное дренирование желудка в положении больного Шнитцлера-Дитерихса. Кроме указанных способов лечения необходимо проводить мероприятия, направленные на восстановление водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия, нормализацию деятельности нервной и сердечно-

сосудистой систем [3, 6, 7, 8, 9].

Описание осложнения ОРЖ в ортопедо-травматологической практике у больных с применением чрескостного остеосинтеза в доступной литературе мы не встретили. Так, М.Д. Лапин в течение 24-х лет практической работы наблюдал 8 случаев ОРЖ у больных с хирургической и соматической патологией, а С.Е. Мурлага приводит данные о трех собственных наблюдениях ОРЖ у больных с ортопедо-травматологической патологией, лечившихся традиционными методами [4, 6, 7].

В связи с недостаточным знакомством практических врачей с этим заболеванием, значительными трудностями в диагностике, частыми ошибками в лечебной тактике мы решили поделиться нашими наблюдениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы располагаем 7 клиническими наблюдениями ОРЖ, которое развилось в послеоперационном периоде у больных с различной ортопедо-травматологической патологией. У всех больных ОРЖ наблюдалось после чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова на бедре. Мужчин было - 5, женщин - 2. Возраст пациентов колебался от 16 до 64-х лет. По поводу открытого перелома бедра лечилось 2 больных, остальные 5 - с различной ортопедической патологией (из них 2 с хроническим остеомиелитом).

ОРЖ наблюдали после оперативного вмешательства - как открытого, так и закрытого чрескостного остеосинтеза бедра аппаратом Илизарова. Четкой временной связи между операцией и первыми симптомами ОРЖ не отмечалось, они колебались от 3-х до 42-х суток после остеосинтеза. Признаки заболевания также не были связаны с фиксацией. У 3-х больных они наблюдались в период фиксации, у остальных 4-х - в процессе фиксации.

Среди ранних симптомов заболевания рвота застойным желудочным содержимым была отмечена во всех наших наблюдениях. Как правило, рвота была многократной, обильной и не приносила больным облегчения. Объем желудочного содержимого колебался от 1,5 до 8 литров. Рвотные массы зеленого цвета были у 3-х, цвета «кофейной гущи» - у 4-х больных. Срыгивание густой, цвета «темного кофе» массой и икота наблюдались у двух больных более младшего возраста.

Вздутие верхних отделов живота с четко определяемым тимпанитом при перкуссии выявлены у всех больных. Видимые через переднюю брюшную стенку контуры увеличенного желудка обнаружены только у одного больного астенического телосложения. Шум «плеска» отмечен в 100 % наблюдений. Перистальтические кишечные шумы не выслушивались у двух больных. Отсутствие стула и газов было отмечено в четырех наблюде-

ниях. Симптомы сердечно-сосудистой недостаточности с развитием коллапса были отмечены в двух случаях, тахикардия - у всех больных. Рентгенологическое исследование, которое подтвердило ОРЖ, было проведено у шести больных. Клинико-лабораторные анализы крови и мочи особых изменений не выявили; только в двух наблюдениях были отмечены гипохлоремия и гипокалиемия.

Анализ историй болезни показал, что диагноз ОРЖ был правильно установлен у 5 больных. В одном случае начальные симптомы ОРЖ были неправильно интерпретированы дежурным хирургом как симптомы динамической послеоперационной непроходимости, что привело к развитию тяжелого осложнения данного заболевания - спонтанному разрыву желудка.

Приводим данное наблюдение.

Больной М., 39 лет, поступил в отделение гнойной ортопедии РНЦ «ВТО» с диагнозом: дефект правой бедренной кости 15 см, хронический посттравматический остеомиелит правого бедра, контрактура правого коленного сустава. Под перидуральной анестезией произведены операция: остеотомия правой бедренной кости, остеосинтез аппаратом Илизарова.

На третьи сутки после операции у больного появились боли в области сердца с иррадиацией в левую руку, которые затем переместились и локализовались в мезогастрii. Дважды была рвота с примесью желчи. При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледноватой окраски. Пульс 120 в минуту. АД 90/60 мм. рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно напряжен и болезненный в мезогастрii. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Перистальтические кишечные шумы вялые. Стула не было, газы не отходили.

Данное состояние было расценено как клиника

динамической кишечной непроходимости. Ряд консервативных мероприятий, проводимых в течение суток: стимуляция кишечника, двусторонняя паранефральная блокада, введение спазмолитиков - не привели к улучшению. Общее состояние больного ухудшилось, боли усилились и приняли характер постоянных, появился положительный симптом Щеткина-Блюмберга, перестали выслушиваться кишечные шумы.

С подозрением на перфорацию полого органа больной был взят на операцию. Под эндотрахеальным наркозом выполнена срединная лапаротомия. При ревизии выявлен разрыв передней стенки желудка в пилороантральном отделе размером 3×0,5 см, через который поступало желудочное содержимое, в свободной брюшной полости обнаружено большое количество мутного экссудата. Дефект стенки желудка ушит двухрядным швом. Брюшная полость промыта антисептиками и дренирована силиконовыми трубками. Послеоперационная рана зажила вторичным натяжением. По-

слеоперационный период протекал тяжело. Наступило медленное выздоровление.

Еще в одном случае причиной ОРЖ рентгенологами был ошибочно установлен стеноз выходного отдела желудка. Больному была сформирована лапароскопическая микролеюностомия, через которую осуществляли энтеральное питание. Состояние больного постепенно нормализовалось. При обследовании через 1,5 месяца в клинике Свердловского мединститута диагноз декомпенсированного стеноза привратника не подтвердился. Желудок сократился, эвакуаторная функция его восстановилась.

Пяти больным проводилось консервативное лечение: зондирование желудка с постоянной аспирацией его содержимого, введение белковых и плазмозаменяющих растворов, электролитов, сердечных средств, антигистаминных препаратов. Всем больным придавали положение Шнитцлера-Дитерихса.

ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных вполне удовлетворительные. В период лечения возникшего осложнения (ОРЖ) продолжалась фиксация отломков аппаратом Илизарова, а дистракция прекращалась. По мере нормализации функций желудочно-кишечного тракта аппа-

ратное лечение основного заболевания возобновлялось. Изучение ближайших и отдаленных результатов у всех больных показало, что возникшее осложнение не повлияло на окончательный исход лечения основного ортопедо-травматологического заболевания.

ВЫВОДЫ

Таким образом, ретроспективно оценивая наши наблюдения и данные литературы, мы склонны считать, что ОРЖ является грозным и трудно диагностируемым осложнением, встречающимся в клинической практике.

Среди причин, ведущих к развитию ОРЖ при лечении ортопедо-травматологических больных методом чрескостного остеосинтеза с использованием аппаратов наружной фиксации на бедре, могут быть повреждения ТА желудочного мери-

диана спицами. Поэтому следует обратить внимание ортопедов-травматологов на необходимость предупреждения повреждения проекций ТА при проведении спиц.

Ведущее место среди методов лечения ОРЖ должна занимать комплексная консервативная терапия. Своевременная диагностика и комплексное лечение позволяют добиться восстановления функции желудочно-кишечного тракта и полной реабилитации больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейлин С.А., Аронин А.Е., Работников В.Ш. О распознавании и лечении острого послеоперационного расширения желудка // Новый хир. архив. - 1956. - № 1. - С. 36-39.
2. Волков М.В., Оганесян О.В. Восстановление формы и функции суставов и костей. - М., Медицина, 1986. - 254 с.
3. Захаров И.И. Гастростомия при остром расширении желудка // Вестн. хир. - 1965. - № 9. - С. 98-99.
4. Лапин М.Д. Лечение больных с острым расширением желудка // Вестн. хир. - 1976. - № 3. - С. 32-36.
5. Маслаков Е.А. Острое расширение желудка не распознанное до операции // Вестн. хир. - 1962. - № 5. - С. 101-102.
6. Мурлага С.Е. Острое расширение желудка в ортопедо-травматологической практике // Ортопед., травматол. - 1970. - № 1. - С. 85-87.
7. Мурлага С.Е. Диагностические и тактические ошибки в связи с острым расширением желудка // Вестн. хир. - 1970. - № 3. - С. 111-114.
8. Пономарев А.А. Острое расширение желудка // Врачебное дело. - 1983. - № 11. - С. 50-55.
9. Финик В.И., Давыдов И.И. Гастростомия при остром расширении желудка // Вестн. хир. - 1970. - № 3. - С. 114-116.

Рукопись поступила 27.10.00.