Научная статья

Original article

УДК: 617-089.844

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ

PREVENTION OF COMPLICATIONS IN NASOINTESTINAL INTUBATION

Чащина Дарья Максимовна, студентка, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Гирфанов Айдар Рустемович, студент, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Chashchina D. M. dash.chashchina@mail.ru

Girfanov A.R. girfanov.aidar@icloud.com

Аннотация

Наряду с преимуществами метод трансназального дренирования кишки имеет множество нюансов при его установке и использовании, в результате чего высок риск осложнений, в связи с чем необходимо определить ряд профилактических мер при использовании назоинтестинального зонда с целью минимизации риска их развития. Изучен и произведён анализ научных публикаций из баз данных доказательной медицины и 23 клинических случаев с использованием назоинтестинальной интубации и последующим развитием осложнений.

Annotation

Despite the advantages, the method of transnasal drainage of the intestine has many nuances in its installation and use, result is a high risk of complications, and therefore it is necessary to determine a number of preventive measures when using a nasointestinal tube to minimize the risk of complications development. We studied and analyzed scientific publications from databases of evidence-based medicine and 23 clinical cases using nasointestinal intubation and the subsequent development of complications.

Ключевые слова: Назоинтестинальная интубация, перитонит, острая кишечная непроходимость, дренирование кишки.

Keywords: Nasointestinal intubation, peritonitis, acute intestinal obstruction, intestinal drainage.

Наряду с преимуществами метод трансназального дренирования кишки имеет множество нюансов при его установке и использовании, в результате чего высок риск осложнений, в связи с чем необходимо определить ряд профилактических мер при использовании назоинтестинального зонда с целью минимизации риска их развития. Так, перед операцией необходимо оценить наличие противопоказаний НИИ, таких как: низкая пиковая объемная скорость выдоха, нестабильная гемодинамика и гипотония, непроходимость пищевода и кардиального отдела желудка, варикозное расширение вен пищевода, выраженный спаечный процесс в верхних отделах брюшной полости, - после чего следует освободить желудок от содержимого во избежании его аспирации. Освобождение кишки же следует проводить после завершения интубации во избежании повреждения стенки кишки устанавливающимся зондом. Непосредственно перед установкой зонда необходимо ввести 0,25% раствор новокаина в брыжейку для улучшения кровоснабжения и уменьшения пагубных нервно-рефлекторных процессов со стороны кишки.

При установке зонда важна слаженность работы анестезиолога и хирурга. Не рекомендуются резкие, интенсивные движения во избежании травматизации

стенки или перфорации кишки. Петли кишки должны бережно укладываться в максимально естественном положении во избежании развития спаечных процессов или кишечной непроходимости. Назоинтестинальный зонд должен быть крепко зафиксирован к крыльям носа во избежании неосознанного удаления его пациентом или сдвига тонкокишечного уровня трубки выше и ниже по ЖКТ. Нос и слизистые должны регулярно обрабатываться, при необходимости возможно использование противоотечных препаратов для сохранения свободной проходимости носовых ходов. Также следует контролировать нахождение дренирующей части зонда строго в тонкой кишке во избежании регургитаций и попадания химически активных или бактериальных частиц в другие отделы ЖКТ. Избыточное или же недостаточное поступление кишечного содержимого по зонду требует рентгенологического контроля расположения зонда в кишке. Одно из осложнений – пролежень кишки – может быть объяснен созданием отрицательного внутрикишечного давления во время частой аспирации кишечного содержимого. В этом нет необходимости, если оно выделяется самостоятельно. Если у больного есть признаки закупорки зонда кишечным содержимым, то необходимо промыть зонд, а уже потом эвакуировать электроотсосом скопившееся кишечное содержимое. Также важно строение самого зонда. Так, зонды заводского изготовления имеют значительное количество отверстий (45-50 на протяжении 100-150 см), что вызывает сомнения у множества хирургов в их эффективности. При их использовании необходимо следить за уровнем расположения последнего отверстия. Оно не должно оказаться на уровне желудка и двенадцатиперстной кишки во избежании заброса кишечного содержимого и последующими накоплением его в данных отделах и рвотой, что может вызвать ложное впечатление о наличии некупирующей кишечной непроходимости. Особенно высок риск данного осложнения при восстановлении моторики кишки и смещении ею зонда в направлении к желудку и при недостаточной длине кишки после ее резекции. В связи с этим рекомендуется установка назогастрального зонда, либо использование зонда, изготовленного хирургом - с необходимым количеством

отверстий, расположенных на необходимом уровне. Таким образом, декомпрессия будет осуществляться на необходимом уровне кишечника (к примеру, в области анастомоза), а в случае закупорки отверстий проходимость определяется при контрастировании и легко купируется. К тому же отпадает необходимость установки назогастрального зонда, что уменьшает риск развития осложнений дыхательной системы, а также ведёт к меньшей травматизации больного.

Что касается длительного использования назоинтестинального зонда в послеоперационном периоде при парезе, если на 5-7 сутки сохраняется отделение содержимого по зонду - однозначно необходимо его извлечение. Восстановление двигательной активности кишечника после операций по поводу ОКН и перитонита происходит не быстро, что позволяет производить настойчивое консервативное лечение. Однако, это свидетельствует о неблагополучном течении послеоперационного периода. Кроме того, изначально имевшийся парез может спровоцировать осложнения, такие как паралич кишечника, эвентрация и др. Поэтому необходимо скорректировать лечение, выполнить КТ и корригировать гипоальбуминемию и электролитный баланс. При продолжающемся на 5-7 сутки парезе целесообразно отдать предпочтение релапаротомии.

В послеоперационном периоде высок риск развития пневмонии из-за угнетения работы мукоцилиарной системы, наращения бронхиальной проводимости, а так же пагубного действия основного заболевания на функцию дыхания. В связи с этим необходима регулярная оценка функции дыхательной системы (спирометрия, оценка пиковой объемной скорости выдоха в динамике, рентгенография грудной клетки). Так же с целью улучшения бронхиальной проводимости и достижения положительной динамики восстановления функций лёгких рекомендуется бронхоскопия с сопутствующей эндобронхиальной терапией (аэрозольтерапией). Дальнейшая отрицательная динамика показателей является показанием для удаления зонда. Для оценки сердечно-сосудистой системы необходимо ЭКГ- и АД-мониторирование.

Таким образом, важно соблюдать вышеперечисленные правила установки и ухода

за назоинтестинальным зондом, в том числе не исключается использование самодельных зондов, индивидуально изготовленных хирургом во время операции. Длительное сохранение назоинтестинального зонда целесообразно только с позиции защиты межкишечного анастомоза, профилактики послеоперационного пареза и его лечении при ОКН. Назоинтестинальная интубация не относится к методам энтерального питания вследствие своей травматичности. Для кормления пациента целесообразно использовать специальный зонд, установленный за связку Трейца и с меньшим диаметром.

Литература

1. Алиев С.А., Алиев Э.С. Назоинтестинальная интубация в хирургии острой кишечной непроходимости и перитонита: прошлое, настоящее и будущее. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2021;(10):92-99.
2. В. А. Земляной. Зонд Эбботта-Миллера. Ставить или нет? / В.П.Земляной, Б.В.Сигуа, А.В.Вовк, А.А.Курков, В.А.Игнатенко//Вестник хирургии. - 2017. - Т.176, №4. - С. 100-103.
3. Корымасов Е.А. Дискуссионные вопросы интубации тонкой кишки / Е.А. Корымасов, Ю.В. Горбунов, Д.А. Смелкин // Хирургическая практика. − 2013. − № 3. − С. 55−59.
4. Miller T.G., Abbott W.O. Intestinal intubation; a practical technique // Am. J. Sci - 1934. - №187.- С. 595-599.
5. S. Prabhakaran. Nasoenteric tube complications/S. Prabhakaran, V. A. Doraiswamy, V. Nagaraja//Scandinavian Journal of Surgery. - 2012. - № 101.- С. 147–155.
6. Xian-Wen D. et al. Nasointestinal tubes versus nasogastric tubes in the management of small-bowel obstruction //Medicine (Baltimore). – 2018. – Т. 97. – №. 36. – С. e12175.

Literature

1. Aliev S.A., Aliev E.S. Nasointestinal intubation in surgery for acute intestinal obstruction and peritonitis: past, present and future. Surgery. Journal them. N.I.

Pirogov. 2021;(10):92-99.

2. V. A. Zemlyanoy. Abbott-Miller probe. Set or not? / V.P. Zemlyanoy, B.V. Sigua, A.V. Vovk, A.A. Kurkov, V.A. Ignatenko // Bulletin of Surgery. - 2017. - V.176, No. 4. - S. 100-103.
3. Korymasov E.A. Controversial issues of intubation of the small intestine / E.A. Korymasov, Yu.V. Gorbunov, D.A. Smelkin // Surgical practice. - 2013. - No. 3. - S. 55–59.
4. Miller T.G., Abbott W.O. Intestinal intubation; a practical technique // Am. J. Sci - 1934. - №187.- C. 595-599.
5. S. Prabhakaran. Nasoenteric tube complications/S. Prabhakaran, V. A. Doraiswamy, V. Nagaraja//Scandinavian Journal of Surgery. - 2012. - № 101.- C. 147–155.
6. Xian-Wen D. et al. Nasointestinal tubes versus nasogastric tubes in the management of small-bowel obstruction //Medicine (Baltimore). – 2018. – Т. 97. – №. 36. – С. e12175.

© Чащина Д. М., Гирфанов А. Р., 2022 Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №2/2022.

Для цитирования: Чащина Д. М., Гирфанов А. Р. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ// Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №2/2022.