

# Клинический случай успешного использования длительной эпидуральной блокады для лечения острой кишечной непроходимости механического генеза

С. И. Ситкин, В. Н. Силаев, Е. Ю. Бозова

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава;  
ГУЗ «Областная клиническая больница», Тверь

Case report Successful prolonged epidural blockade in treatment of acute mechanical bowel obstruction

S. I. Sitkin, V. N. Silaev, E. Yu. Bozova

*Tver State Medical Academy, Regional Clinical Hospital, Tver*

Острая кишечная непроходимость – достаточно распространенная экстренная хирургическая патология. Оперативная активность по поводу данного заболевания в Центральном федеральном округе составляет 63,8%, летальность при этом достигает 12,7% (Стойко Ю. М., 2005).

В настоящей статье рассматривается клинический случай лечения острой кишечной непроходимости с помощью длительной эпидуральной блокады.

## Анамнез заболевания

Больной, 23 лет, находился на лечении в отделении гнойной хирургии ГУЗ «ОКБ» с 22.12.2009 по 21.01.2010 (30 к/дн) с диагнозом:

Основной: Острая ранняя смешанная кишечная непроходимость:

1. Ранняя спаечная тотальная тонкокишечная непроходимость («панцирный кишечник»).
2. Обтурационная толстокишечная непроходимость (анастомозит толсто-толстокишечного соустья).

Из анамнеза известно, что 06.05.2009 получил множественные колото-резаные ранения левой поясничной области, с внебрюшинным ранением нисходящего отдела толстой кишки, не диагностированным в ЦРБ, что привело к перитониту и газообразующей флегмоне забрюшинного пространства. В ГУЗ «ОКБ» 08.05.2009 экстренно выполнена концевая трансверзостомия и дренирована газообразующая флегмона забрюшинного пространства. Послеоперационный период протекал на фоне раневого сепсиса. К 11-м сут

срединная рана зажила первичным натяжением. Люмботомные раны очистились, при выписке 22.05.09 – с грануляциями. Восстановительный этап по закрытию кишечного свища рекомендован через 3 мес.

Спустя 7 мес, 09.12.2009, пациенту планово в ЦРБ выполнено закрытие кишечного свища. Ранний послеоперационный период осложнился развитием острой кишечной непроходимости, что потребовало 14.12.2009 (5-е сут послеоперационного периода) проведения релапаротомии с разделением спаек тонкой кишки, назоинтестинальной тотальной и встречной толстокишечной интубации через прямую кишку за линию анастомоза. Причина непроходимости осталась неясна, и 22.12.2009 (на 8-е сут после релапаротомии), больной был доставлен в ГУЗ «ОКБ».

При поступлении состояние больного тяжелое, ЧД 24, ЧСС 96 в минуту, АД 110/80. Живот вздут, болезненный в области раны, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Внутрибрюшное давление 25 см вод. ст. Рентгенологически определяются множественные чаши Клойбера.

23.12.2009 выполнена повторная релапаротомия (14-е сут от первой операции). Особенностью вмешательства оказалось невозможное отделение шва белой линии апоневроза от прилежащих тонкокишечных петель, последние участками с выраженной дилатацией и спастическими промежутками, без системной непроходимости, спаены сращениями деревянистой плотности в виде «панцирного кишечника». Толстокишечный анастомоз визуальному осмотру оказался недоступен. По периметру острым путем обойдена белая

линия апоневроза с его оставлением на интимно спаянных кишечных петлях. Принимая во внимание крайне высокий риск повреждения петель кишечника, отсутствие возможности восстановления кишечного пассажа и интестинальной интубации решено ограничиться декомпрессивной лапаростомой для снижения внутрибрюшного давления. В раннем послеоперационном периоде сохранялись явления острой кишечной непроходимости. По назогастральному зонду – в сутки до 1700 мл застойного содержимого, рвота 5–6 раз в сутки, постоянная икота. Больному проводили инфузионную терапию и полное парентеральное питание (Кабивен).

В связи с неэффективностью проводимой терапии к лечению больного был привлечен анестезиолог. Было принято решение о проведении длительной эпидуральной блокады с целью десимпатизации кишечника, улучшения микроциркуляции, перистальтики и возможного улучшения пассажа кишечного содержимого.

### Техника выполнения блокады

26.12.2009 в положении сидя в асептических условиях под м/а 0,25% раствором лидокаина выполнена пункция и катетеризация эпидурального пространства на уровне Th8–Th7. После введения тест-дозы 3,0 мл 2% раствора лидокаина начата постоянная инфузия 0,2% наропина с фентанилом (2мкг/мл) и адреналином (2мкг/мл) со скоростью 6–8 мл/ч.

Через 12 ч от начала инфузии пациент субъективно отметил улучшение общего самочувствия. Полностью отсутствовал болевой синдром со стороны раны, купировались икота и рвота. Отделяемое по назогастральному зонду уменьшилось за сутки с 1700 мл/сут до 250 мл/сут, стали отходить газы. Больному разрешено пить. На 3-и сут эпидуральной блокады начато энтеральное питание. Первый стул 2 января. Далее стул регулярный с периодичностью 1 раз в 2 дня.

Эпидуральная блокада продолжалась в течение 14 сут. За это время лапаростомная рана и кишечные петли покрылась грануляциями. Была выполнена пластика раны тонким кожным лоскутом. Больной выписан из ГУЗ «ОКБ» в удовлетворительном состоянии.

Осмотрен через месяц (см. фото). Состояние удовлетворительное. Appetit хороший. Диету соблюдает. Стул ежедневно. Прибавил в весе на 7 кг за контрольный месяц.



Лапаростомная рана.  
Начало длительной эпидуральной блокады



Состояние раны при явке через месяц

### Заключение

Таким образом, у пациента с тяжелой формой кишечной непроходимости механического генеза, с невозможностью хирургического лечения, проведение длительной эпидуральной блокады 0,2% раствором наропина позволило купировать явления непроходимости пищеварительного тракта и компенсировать кишечную недостаточность.

Анализируя данный клинический случай, можно сделать вывод о необходимости более активного использования длительной эпидуральной блокады у больных с кишечной непроходимостью не только паралитического, но и механического генеза.