

Использование методики кишечного лаважа при детоксикации и профилактике алкогольных психозов

ЗАВАДОВСКИЙ М.М. врач-реаниматолог отделения неотложной наркологической помощи,
Наркологическая клиническая больница №17 Департамента здравоохранения г. Москвы

ХВАН А.Г. психиатр-нарколог отделения неотложной наркологической помощи,
Наркологическая клиническая больница №17 Департамента здравоохранения г. Москвы

Авторы предлагают оригинальную методику кишечного лаважа (КЛ) как средство детоксикации при алкогольных психозах и абстинентном синдроме. На основании изучения результатов ее эффективности у 603 больных хроническим алкоголизмом установлено, что КЛ является эффективным методом детоксикации, не требующим для осуществления специального оборудования. Минимальное количество противопоказаний и осложнений позволяет рекомендовать его к широкому применению у пациентов с различной сопутствующей патологией, когда проведение других методов детоксикации по каким-то причинам невозможно.

В настоящее время при лечении больных с экзо- и эндотоксикозами применяются такие высокоэффективные методы детоксикации организма, как гемодиализ, плазмозерез, гемо- и плазмасорбция. Однако энтеральная среда при этих методах оказывается вне сферы их воздействия. В то же время известно, что практически все химические вещества, циркулирующие в крови, проходят через полость желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и вновь попадают в кровь (энтерогемиический цикл). Это дает возможность проводить детоксикацию организма путем очищения кишечника. С этой целью широко применяется энтеросорбция (Ю.Н. Остапенко, В.А. Маткевич, М.М. Завадовский), зарекомендовавшая себя при экзо- и эндотоксикозах положительно. Однако она оказывается малоэффективной при парезе ЖКТ. Другим методом детоксикации энтеральной среды является КЛ — промывание кишечника солевым раствором (Е.А. Лужников, В.А. Маткевич, Ю.М. Гальперин, 1984).

Метод утвержден Министерством здравоохранения РСФСР в декабре 1987 г. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского этот метод применяется при лечении острых отравлений, химической этиологии и эндотоксикозов с середины 80-х годов прошлого столетия по настоящее время. Им лечится более 1,5 тыс. больных ежегодно (В.А. Маткевич, 1987).

Наиболее эффективно одновременное промывание и тонкой, и толстой кишки, что позволяет задействовать в лечебный процесс максимальную площадь кишечника и весь спектр веществ, участвующих в массообмене между полостью кишечника и кровью. С помощью КЛ эффективно выводятся экзо- и эндотоксины, корректируются водноэлектролитные нарушения в сыворотке плазмы, интестинальном и внутриклеточном секторах организма. В результате КЛ происходит полное удаление содержимого кишечника, аллергенов, застойной желчи, устраняется избыточная колонизация кишечника условно-патогенными бактериями. После отмывания кишечника уменьшается нагрузка на органы детоксикации: печень, почки, легкие, иммунную систему. Повторные отмывания кишечника способствуют регенерации энтероцитов и восстановлению их пула, что, в свою очередь, восстанавливает барьерную функцию кишечника (А.Л. Костюченко с соавторами, 1996). Нормализуется массообменная, секреторная, пищеварительная, иммунная и гормональная

функции кишечника, а пре- и пробиотики, введенные в полость кишечника в конце процедуры, создают благоприятные условия для жизнедеятельности нормофлоры.

Для сохранения гомеостаза организма во время промывания кишечника в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского под руководством профессора Ю.М. Гальперина был разработан солевой энтеральный раствор (СЭР), по электролитному составу, осмолярности и pH идентичный составу химуса начального отдела тонкой кишки (Н.М. Баклыкова, 1986). В этом растворе содержатся в определенной пропорции основные макроэлементы (калий, натрий, магний, кальций, хлор, фосфор и сера, буферные соединения).

Как и при любом постгипоксическом состоянии, КЛ применим при алкогольном абстинентном синдроме, когда отмечаются: накопление продуктов метаболизма алкоголя, недоокисленных продуктов жизнедеятельности клеток, анизоцитоз эритроцитов в сторону макроцитоза (что затрудняет их попадание в капилляры), повышение показателей гематокрита, вязкости крови; снижение ОЦК, нарушение реологических свойств крови; значительное уменьшение регионального кровотока; нарушение элиминации и окисления токсических веществ.

Избыточный ацетальдегид выделяется преимущественно через легкие (запах «перегара») и кишечник. Поэтому urgentная терапия должна быть направлена на усиление процесса естественной элиминации, коррекцию волевических и электролитных расстройств и как следствие восстановление микроциркуляции. Требуемая эффективность терапии достигается проведением КЛ, причем необходимый объем раствора, методика применения и осмолярность раствора определяются в каждом случае индивидуально.

КЛ осуществляют следующим образом.

Методика №1 (при острых пероральных отравлениях). Больному устанавливают двухканальный назоеюнальный зонд оригинальной конструкции под эндоскопическим контролем. Подогретый до 38—40°C СЭР вводят с помощью насоса в один из каналов зонда со скоростью 60—200 мл/мин. Через некоторое время у больного развивается диарея; часть раствора при этом выливается по второму каналу зонда. Вместе с кишечным содержимым удаляется токсичное вещество, вызвавшее отравление. Для усиления детоксикации КЛ сочетают с энтеросорб-

цией, добавляя в раствор порошкообразный энтеросорбент в количестве 70—150 г. Кишечник промывают до появления энтеросорбента в промывных водах, полученных из прямой кишки, либо до светлых промывных вод, не содержащих яда. Общий объем используемого раствора 30—120 л и более, причем это не нарушает электролитный баланс крови.

При тяжелых отравлениях психотропными препаратами, сопровождающимися токсической иммунодепрессией, период восстановления в крови общего числа лимфоцитов и их популяционного состава укорачивается на 3—5 суток. Гипоиммуноглобулинемия класса А устраняется к концу первых суток после КЛ, а в контрольной группе больных — лишь к 5—7-м суткам. Гиперактивация кислородзависимого метаболизма нейтрофилов с наработкой агрессивных радикалов кислорода через сутки после КЛ менее выражена, чем в контроле. КЛ существенно не изменял состояния системы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты.

Осложнения КЛ в виде травматических повреждений слизистой оболочки ЖКТ зондом (5,3 %), рвота и аспирации (1,8 %), гипергидратации (29,2 %) при строгом соблюдении методики могут быть сведены к минимуму.

Методика №2 (при острых эндотоксикозах — на примере острого панкреатита). Используют СЭР с осмолярностью, равной осмолярности крови больного. После установки назоюнального или назогастрального зонда раствор, подогретый до 38°C (при нормальной температуре тела больного), вводят со скоростью 40—60 мл в минуту. После введения 2,5—3,5 л раствора появляется жидкий стул, а затем — водянистые выделения без включений (интестинат). При задержке стула делают клизму или медикаментозную стимуляцию кишечника. В конце процедуры в 150—200 мл раствора вводят хилак форте, бифидок и пектин в суточной дозе. Общий объем раствора равняется 70—80 мл на 1 кг массы тела больного. Контроль за водным балансом осуществляют с помощью измерения веса наполными кроватными весами до, во время и после КЛ, а также на основе учета количества введенной и выделенной больным жидкости и изменений показателей гомеостаза (КЩС, гематокрита, концентрации основных электролитов в сыворотке крови, осмолярности плазмы, измерения центрального венозного давления, проведения реоплетизмографии).

При необходимости процедуру повторяют ежедневно до получения клинического эффекта. Обычно достаточно трех—пяти сеансов КЛ. По окончании КЛ состояние больных, как правило, улучшается: уменьшается выраженность болевого синдрома, стабилизируются параметры центральной гемодинамики, прекращаются диспепсические расстройства, восстанавливается самостоятельный стул, наблюдается обратное развитие расстройств сознания.

При УЗИ и КТ органов брюшной полости отмечается уменьшение объема инфильтративных изменений в зоне воспаления и некроза тканей.

КЛ при остром панкреатите способствует восстановлению пропульсивной функции кишечника, уменьшению транслокации бактерий через кишечную стенку и сокращению числа дистантных гнойно-септических осложнений. Это выразилось в том, что в 42% случаев удалось избежать хирургического вмешательства. Летальность среди больных острым панкреонекрозом, получивших в комплексной терапии КЛ, составила 11,2%, что на 18% ниже таковой в контрольной группе и на 18—28% ниже показате-

телей, известных из литературы. Каких-либо осложнений КЛ в этой группе больных не было.

Методика №3 (амбулаторный КЛ, или мини-КЛ). Эффективность КЛ как метода очищения кишечника, его простота и безопасность послужили основанием для его применения в качестве лечебной процедуры у добровольцев, страдающих констипацией. При этом методика КЛ упрощается: больные пьют по 200—500 мл СЭР с интервалами 5—10 мин до появления диареи. Общий объем раствора, необходимый для очищения кишечника, в этих случаях составляет 3—6 л, а продолжительность сеанса — в среднем 3 ч. В конце процедуры больным дают пре- и пробиотики в суточной дозе.

Благодаря КЛ и в некоторых случаях коррекции диеты у больных восстанавливается ежедневный стул.

В процессе лечения больных, страдавших констипацией, обнаружился положительный эффект КЛ при сопутствующих заболеваниях: хронических гастритах, энтероколитах, гепатитах, панкреатитах, а также при аллергических реакциях, атопическом дерматите, экземе, псориазе, угревой сыпи, астмоидном бронхите, адьодисменее, что послужило показанием для их лечения в качестве самостоятельной нозологии.

Методика применялась на базе Наркологической больницы №17 у 603 больных. Это были пациенты с алкогольным абстинентным синдромом средней и тяжелой степени тяжести, развивающимся алкогольным делирием, алкогольными галлюцинозами, осложненными соматической патологией (энцефалопатия, алкогольный гепатит, цирроз печени, панкреатит, острый бронхит, пневмония, нейродермит), иногда в сочетании с передозировкой психофармакологическими препаратами, принятыми с целью самолечения. Возраст больных — от 28 до 55 лет. Метод применялся на 1—3-и сутки отмены приема алкоголя.

Проводился КЛ в основном по амбулаторной методике. В течение 1,5—2 ч больному рег ос или через назогастральный зонд вводилось 4,5—10 л солевого энтерального раствора. С целью купирования антиперистальтических сокращений мускулатуры кишечника вводился церукал. Пациентам, обладающим выраженными периферическими отеками и тенденциями к развитию гипертонических кризов, для стимуляции диуреза вводилось до 80 мг фуросемида. После введения 1,5—2 л СЭР у больных отмечался обильный жидкий стул, в большинстве случаев без применения фармакологической стимуляции кишечника.

До и после проведения КЛ всем больным проводилось купирование ААС по стандартной программе. В качестве симптоматической терапии применялись препараты снотворно-седативной группы, гепатопротекторы, витамины, проводилась симптоматическая терапия.

Показания к применению КЛ определялись на основании данных анамнеза, клинических и лабораторных исследований.

Анамнестическим показанием являлось наличие у пациента в прошлом алкогольных психозов (делириев, галлюцинозов) и эпилептиформных припадков.

Клиническими показаниями к назначению КЛ были: выраженные клинические проявления ААС (гипергидроз, красный дермографизм, периферические отеки, тремор и атаксия различной степени выраженности, одышка, тахикардия, артериальная гипертензия, тошнота, жажда, диарея, клинические признаки токсического гепатита, панкреатита, а также психотические симптомы в виде наруше-

ния или утраты ориентации во времени и пространстве, вербальных и зрительных галлюцинаций).

В качестве лабораторных показателей, являющихся безусловными показаниями к проведению метода, нельзя не упомянуть водно-электролитные нарушения, гипокалиемию.

После проведения КЛ достоверно уменьшалась концентрация в сыворотке крови креатинина, билирубина на 30–15%. Показатели водно-электролитного баланса приходили в норму в течение 40 мин — 1 ч от начала проведения процедуры. У больных с ААС тяжелой степени лишь в шести случаях развился алкогольный делирий, в остальных — явления ААС купировались в течение 1–3 суток. При этом изменилась клиническая картина течения ААС, после проведения КЛ сократилась длительность вегетативной, неврологической и психотической симптоматики на $80 \pm 10\%$.

В качестве осложнений и побочных реакций амбулаторного КЛ отмечались следующие: тошнота и рвота, умеренная задержка жидкости. У больных с кризовым течением гипертонической болезни развивались гипертонические кризы. Эти и другие возможные осложнения и побочные реакции — затруднения с приемом необходимого количества раствора при первой процедуре (чаще у женщин), тошнота, рвота, озноб, легкое головокружение, сонливость, гипогликемия, обострение геморроя, переходящая отечность, мигрень — устранимы. При хронических воспалительных процессах органов пищеварительного тракта возможны переходящие боли в животе (как правило, при первой процедуре). При последующих сеансах они не возникают. У больных, страдающих запорами, после приема 3,5–4 л может наблюдаться задержка рас-

твора в кишечнике. В этом случае процедуру приостанавливают и делают клизму. При гипердинамическом типе запора следует использовать теплый раствор, а при отсутствии диареи назначать спазмолитики (но-шпа, папаверин, платифиллин). Большинство осложнений связано с погрешностями в методике проведения процедуры (недостаточный контроль со стороны медицинского персонала, неправильно выбранный объем раствора) или приготовления раствора (не учитывается осмолярность плазмы конкретного больного). Вышеперечисленных осложнений в большинстве случаев можно избежать, установив контроль за изменениями КЩС, гематокрита, концентрации электролитов, осмолярности плазмы больных, изменением биохимических показателей.

Выводы

КЛ является эффективным и физиологичным методом детоксикации, усиливающим естественные пути элиминации нежелательных в организме веществ, а также коррекции гомеостаза, не требующей для осуществления специального оборудования. Он доступен для применения в условиях линейного отделения, а в сочетании с экстракорпоральными методиками — и в условиях реанимационных отделений.

Минимальное количество противопоказаний и осложнений позволяет рекомендовать его к широкому применению у пациентов с различной сопутствующей патологией, когда проведение других методов детоксикации по каким-то причинам невозможно.

Дешевизна и сбалансированность применяемого раствора позволяют расценивать метод как альтернативу инфузионной терапии и многим другим методам детоксикации.