

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: ТАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ,
ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВО.И. Дубровщик, Г.Г. Мармыш, И.С. Довнар, К.М. Фридман,
С.С. Казеннов

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Анализируются современные возможности и собственные данные диагностики, тактики лечения и профилактики рецидивов острой спаечной кишечной непроходимости. Установлено, что разработанная и применяющаяся в клинике общей хирургии лечебно-диагностическая программа при острой спаечной тонкокишечной непроходимости позволяет конкретизировать показания к консервативному и оперативному виду лечения и при наличии показаний к операции четко определить сроки предоперационной подготовки. Применение лечебно-диагностического алгоритма позволило улучшить результаты лечения.

Видеолапароскопическая методика адгезиолизиса может быть альтернативой традиционным оперативным методам лечения спаечной болезни и применяться по строгим индивидуальным показаниям.

Ключевые слова: спаечная непроходимость, классификация, диагностика, консервативное и оперативное лечение, профилактика.

Спаечная кишечная непроходимость является распространенным заболеванием в абдоминальной хирургии [7] с неуклонным ростом из года в год. За последние 20 лет частота случаев спаечной кишечной непроходимости (СКН) увеличилась в 2 раза и не имеет тенденции к снижению [4]. Количество больных, страдающих СКН, составляет 3,5% от общего числа хирургических больных в стационарах [7]. Рецидивы СКН после проведенного хирургического адгезиолизиса наблюдаются у 20,3-71,0% больных [8]. А если учесть, что болезнь поражает преимущественно людей трудоспособного возраста и требуются большие материальные затраты на нередко малоэффективное консервативное лечение, данная проблема является весьма актуальной. Хотя отдельные авторы отмечают, что СКН в 52-70% наблюдений удается купировать комплексными интенсивными консервативными мероприятиями, а тяжелые формы СКН с необратимой ишемией кишки встречаются в 9-20% наблюдений [4].

Оперативное лечение пациентов с данной патологией является весьма трудной задачей, так как никогда нельзя быть уверенным в том, что лапаротомия, произведенная по причине спаечной болезни, будет последней для больного и ликвидирует процесс спайкообразования в будущем. Дискуссионными остаются вопросы о необходимости полного устранения спаек брюшной полости во время оперативного вмешательства, так как имеется угроза развития рецидива СКН из-за оставшихся спаек [6], в то же время известно, что травматичность тотального разделения спаек и сращений может обуславливать повторное спайкообразование в брюшной полости.

Значительное количество рецидивов спаечной болезни после лапаротомии и оперативного устранения спаек требует поиска и обсуждения технических возможностей применения современных малотравматичных лапароскопических методик разделения интраабдоминальных спаек [3, 9], так как спайки образуются и в 90% случаев главным образом после вскрытия брюшной полости. Приведенные факты подчеркивают актуальность проблемы ОСКН и требуют дальнейшей разработки новых методов диагностики и лечения. Ведущей причиной спайкообразования является индивидуальная интерактивность соединительной ткани пациента. Установлено, что чем чаще производятся оперативные вмешательства или возникают открытые травмы органов брюшной полости, тем чаще развивается спаечная болезнь, и чем менее продолжительна продуктивная стадия воспаления у пациен-

та, тем менее выражен спаечный процесс. Не изучены особенности патологических адгезивных процессов, не разработаны в связи с этим эффективные способы профилактики спайкообразования, так же как и развитие их рецидивов, поэтому вопросы лечения СКН, несмотря на многолетнюю историю изучения, остаются актуальными.

Патогенез развития спаечной болезни сложен. Известно, что вследствие грубого механического повреждения брюшины и глубжележащих тканей, воспалительного процесса, ишемии, наличия инородных тел (талек, крахмал, дренажные трубки, марлевые тампоны и т.д.) в брюшной полости возникает ограниченный или распространенный дистрофический процесс, сопровождающийся слущиванием мезотелия, а также других соединительнотканых слоев брюшины. На этом фоне развивается асептическое и септическое фибринозное (серозно-фибринозное, гнойно-фибринозное) воспаление. Фибрин, выпавший на поврежденные или дистрофически измененные участки брюшины, в течение первого часа склеивает рядом лежащие органы: петли тонкой кишки, участки толстой кишки, брыжейку, сальник, желудок и брюшную стенку [2]. Следовательно, при отсутствии перитонита и проведении анатомичной не травматичной оперативной техники новые спайки не образуются и/или образуются не сразу после оперативного устранения спаек, даже при обширном спаечном процессе в брюшной полости.

Известно, что вследствие развития рубцовой ткани, после оперативных вмешательств в брюшной полости могут появляться плоскостные, перепончатые (лентовидные и/или шнуровидные) спайки. Установлено, что непроходимость кишечника после оперативных вмешательств развившаяся в первые 6-14 дней после операции, в подавляющем большинстве случаев связана с воспалительным процессом (перитонит, анастомозит). Непроходимость кишечника, развившаяся позже трех недель после оперативного вмешательства, связана с трансформацией «молодой» соединительной ткани в фиброзную рубцовую ткань. Не установлено, почему вследствие активности продуктивного процесса может происходить синтез или распад коллагеновых волокон, а у ряда больных на протяжении многих лет может сохраняться хронический неспецифический воспалительный процесс, особенно часто проявляющийся в виде лигатурных гранул, у других развиваются аутоиммунные процессы с продуктивным компонентом воспалительной реакции.

В настоящее время острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) составляет 60-70% всех форм непроходимости кишечника [2], а послеоперационная летальность при острой спаечной непроходимости колеблется от 13 до 60% [5], поэтому профилактика и лечение спаечной болезни является одной из ведущих проблем абдоминальной хирургии. К сожалению, до настоящего времени отсутствует единое понимание сущности спайкообразования как общебиологической реакции, не изучены особенности патологических адгезивных процессов, отсутствуют эффективные способы профилактики рецидивов спайкообразования, в связи с чем подходы к лечению СКН продолжают оставаться различными. В любом случае при оперативном лечении ОСКН хирургу необходимо решать две задачи – восстановление пассажа по кишечнику и профилактику рецидива спаечной непроходимости.

Клинические проявления и течение СКН чрезвычайно разнообразны, зависят от нарушения пассажа содержимого по кишечнику и выраженности странгуляции мезентериальных сосудов. В клинике общей хирургии для более объективного выбора тактики лечения принято выделять четыре клинические формы спаечной болезни, предложенные Женьчевским Р.А. в 1989 году. Считаем, что для практического применения эта классификация наиболее приемлема и включает следующие формы спаечной болезни:

- спаечная болезнь, протекающая с болевым синдромом и дисфункцией (дискинезией) органов без стойких признаков непроходимости кишечника;
- рецидивирующая спаечно-динамическая непроходимость (спастическая, паралитическая);
- obturationalная спаечная непроходимость (острая, хроническая);
- странгуляционная спаечная непроходимость (внутреннее ущемление, заворот и др.).

Знание клинических форм течения спаечной болезни необходимо для ее дифференциальной диагностики. Характер спаек не является решающим фактором развития определенных симптомов, однако можно проследить определенные закономерности течения спаечной болезни брюшной полости. Определяют следующие возможные клинические проявления ОСКН в зависимости от вида спаек:

- при плоскостных спайках чаще всего развивается болевой синдром с дисфункцией органов желудочно-кишечного тракта;
- при перепончатых спайках чаще наблюдаются симптомы динамической или obturationalной непроходимости;
- странгуляционная непроходимость чаще всего обусловлена шнуровидными спайками.

Дифференциальная диагностика спаечной болезни по клиническим симптомам чрезвычайно трудна. Ведущим симптомом спаечной болезни является болевой синдром, обусловленный кишечной коликой. При госпитализации больных в стационар необходимо проводить комплекс консервативных мероприятий по купированию болевого синдрома и кишечной непроходимости, одновременно выполнять диагностические исследования (УЗИ, ФГДС, клинические и биохимические анализы крови) с целью установления диагноза и выяснения характера непроходимости. Наши наблюдения подтверждают мнение отдельных авторов, что самым информативным методом в дифференциальной диагностике ОСКН является рентгенологическое исследование.

Цель исследования – изучение и оценка результатов диагностики, консервативного и оперативного лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости при традиционном хирургическом и видеочапароскопическом методах устранения спаечного процесса.

Материал и методы

Проведен анализ и оценены результаты обследования и лечения 122 больных с неосложненными формами ОСКН, госпитализированных в клинику общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с 2006 по сентябрь 2011 гг. Все больные доставлены в стационар по экстренным показаниям бригадами скорой медицинской помощи. Среди них было 52 (42,6%) женщины и 70 (57,4%) мужчин, средний возраст составил $55,8 \pm 2,3$ лет (от 25 до 81 года).

В клинике общей хирургии разработана и применяется лечебно-диагностическая программа, включающая последовательное проведение определенных мероприятий, позволяющих конкретизировать показания к консервативному и оперативному методам лечения и при наличии показаний к операции четко определить сроки предоперационной подготовки.

Лечебно-диагностическая программа состоит из последовательно выполняемых этапов.

1. При поступлении в стационар производится обзорная рентгенография органов брюшной полости. Наличие большого количества газов в кишечнике свидетельствует о кишечной колике с дисфункцией кишечника; наличие чаш Клойбера указывает на один из видов кишечной непроходимости, при этом известно, что через 2-3 часа от начала болевого синдрома чаши Клойбера появляются при механической кишечной непроходимости; через 4-6 часов после начала приступа болей чаши Клойбера появляются при спаечно-динамической непроходимости и встречаются в 2 раза реже, чем при других видах кишечной непроходимости. Принято считать, что одиночные, нечетко контурирующиеся чаши Клойбера свидетельствуют о спаечно-динамической непроходимости, множественные, четко выраженные имеют место при механической непроходимости.

2. Параллельно с диагностическими мероприятиями проводится купирование болевого синдрома. Наиболее эффективным способом купирования болевого синдрома, обусловленного спаечной болезнью, являются новокаиновые блокады (по Роману, субкифоидальная, перидуральная), применение ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков.

3. Декомпрессию желудочно-кишечного тракта (назогастральный зонд, очистительные, сифонные клизмы), необходимо проводить в первые 1,5-2 часа после госпитализации больного.

4. При разрешении явлений кишечной непроходимости назначается консервативное лечение спаечной болезни.

5. Если симптомы непроходимости сохраняются (повторная рвота с примесью разложившейся желчи, постоянные или частые кратковременные схваткообразные боли, выполняется рентгенологический контроль с пассажем бария. Пациентам дают внутрь 200-300 мл 2-3% бариевой взвеси, регистрируется скорость эвакуации бария и динамика пассажа по 12-перстной кишке. Эвакуация бария из желудка в нормальных условиях начинается через 3-4 минуты, скорость пассажа по 12-перстной кишке 30-45 секунд. Длительность опорожнения бария из желудка колеблется от 45 минут до 1,5 часов. Наруше-

ние эвакуации бария из желудка без нарушения пассажа по 12-перстной кишке свидетельствует о рефлекторном механизме задержки бария в желудке, что связано с непроходимостью тонкой кишки. Решение о дальнейшей тактике принимается после повторной рентгенографии брюшной полости (через 1,5-2 часа и 3,5-4 часа), при этом при механической непроходимости в тощей кишке через 1,5-2 часа определяется стойкое депо бария в определенном сегменте тонкой кишки. При спаячно-динамической или хронической обтурационной непроходимости кишечника барий неравномерно заполняет тонкую кишку, но через 3,5-4 часа поступает в слепую кишку. Спаечно-динамическая непроходимость при проведении интенсивной консервативной терапии полностью разрешается в течение 3-5 дней. Если барий через 4 часа в слепой кишке, но основное количество остается в тонкой кишке, тактика определяется в зависимости от клиники.

6. Если сохраняются схваткообразные боли и вздутие живота, продолжается рвота, показано срочное оперативное вмешательство. Прекращение болей и рвоты, отхождение газов и стула – необходимо продолжать консервативное лечение.

7. В том случае, когда через 3,5-4 часа после приема взвеси бария, барий не достигает слепой кишки, следует считать, что у больного имеет место грубое механическое препятствие, показана срочная операция.

8. При трудностях дифференциальной диагностики и определения тактики выполняется энтерография, что позволяет сократить сроки диагностики. В 12-перстную кишку вводится зонд, аспирируется ее содержимое и под давлением 150-200 мм водн. ст. вводят 500-1000 мл 20% бариевой взвеси. При отсутствии препятствия в тонкой кишке барий достигает слепой кишки за 35-40 минут, производится R-графия брюшной полости сразу после введения и через 60 минут. Если барий через 60 минут не достигает слепой кишки, следовательно, имеет место механическая непроходимость, показано оперативное вмешательство.

Таким образом, следует отметить, что образование спаек в брюшной полости и спаячная кишечная непроходимость настолько разнообразны и многолики, что определение хирургической тактики в каждом конкретном случае решается индивидуально в зависимости от полученных результатов обследования и клинических симптомов.

Результаты

В исследуемой группе пациентов диагностика, динамическое наблюдение и продолжительность лечебного алгоритма составила от 1,5 часов до 5 суток. Комплексными консервативными мероприятиями удалось купировать спаячную кишечную непроходимость у 94 (77,1%) больных, 28 (22,9%) пациентов в связи с неэффективностью консервативного лечения подверглись оперативному вмешательству. Из них у 23 (82,4 %) больных применены традиционные методы хирургического лечения и у 5 (17,6%) пациентов произведен лапароскопический адгезиолизис. Тотальный энтеролиз проведен у 13 (56,5%) пациентов, частичный энтеролиз у 3 (13,0%), энтеролиз с назоинтестинальной интубацией выполнен у 10 (43,5%) больных. В двух случаях проводилась резекция участка тонкой кишки, несущей дивертикул Меккеля с острым воспалением, и еще в одном случае выполнена симультанная аппендэктомия в связи с десерозированием аппендикулярного отростка во время энтеролиза.

Нами впервые в клинике общей хирургии применен лапароскопический адгезиолизис у 5 (17,9 %) пациентов

при ОСКН (женщин – 3, мужчин-2), в возрасте до 49 лет. В анамнезе у всех пациентов были оперативные вмешательства: прободная язва желудка (1), аппендэктомия (2); ножевое проникающее ранение брюшной полости с повреждением печени (1), спленэктомия (1). Показанием к видеолaparоскопическому разъединению спаек считали неэффективность консервативных мероприятий в течение 6-8 часов от момента поступления в стационар. Технические приемы доступа и выполнение адгезиолизиса проводили следующим образом: троакары для рабочих инструментов располагали индивидуально, но всегда в виде треугольника, основанием к зоне работы для облегчения визуального контроля за инструментами. При ревизии определяли границу усиленной перистальтики и вздутие кишки проксимальнее места непроходимости. Плоскостные спайки у 3 больных рассекали ножницами, шнуровидные спайки пересекались электрокоагуляцией. Бранши зажимов располагали не ближе 1 см от стенки кишки и тракцией петель кишок в разные стороны разделяли их, при возможности остро ножницами без коагуляции. В 2-х случаях оптимальным объемом оперативного вмешательства, не продолжительным и не представлявшим технических сложностей, было рассечение единичных спаек без использования электрокоагуляции. После устранения причины непроходимости оценивали жизнеспособность кишки в месте энтеролиза, ревизию тонкой кишки проводили мягкими зажимами. Завершали традиционные операции и операции видеолaparоскопического адгезиолизиса тщательной санацией брюшной полости.

В данное исследование не включены 5 больных с осложненными формами спаячной непроходимости традиционно считающиеся опасными в плане рецидивов спайкообразования. У 2 пациентов диагностирована спаячная непроходимость с некрозом кишки и распространенным фибринозно-гнойным перитонитом, еще у 2 применена методика наложения обходного еюнотранsverзоанастомоза, в связи с невозможностью разделения конгломерата кишок. Ранее у этих больных выполнялись оперативные методы лечения рецидивов спаячной непроходимости. В одном случае выполнена резекция спаячного конгломерата тонкой кишки с наложением межкишечного анастомоза.

Интраоперационно у 23 больных проводилась блокада корня брыжейки тонкой, сигмовидной кишок и мезоколон 0,5% раствором новокаина. Висцеролиз производился только острым путем, при необходимости применялась гидравлическая препаровка раствором новокаина. У 6 больных выполнялась резекция участка сальника, у 2 – удаление его в связи с вовлечением в спаячный процесс и еще у 5 – в связи с его фиброзными и склеротическими изменениями.

В послеоперационном периоде у больных, оперированных традиционным способом, отмечался парез кишечника (до 2-3 суток). У 10 пациентов, которым была проведена назоинтестинальная интубация кишечника, по зонду отмечено выделение кишечного содержимого в первые сутки в объеме до 1-1,5 литра. Назоинтестинальный зонд удаляли на 2-3 сутки. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 12,4 дня.

У 5 пациентов после радикального видеолaparоскопического лечения спаячной непроходимости перистальтика восстановилась в первые сутки после операции. Активный режим отмечен у всех 5 больных через 6-8 часов после операции. Продолжительность операции 1-1,5 часа. Средний срок пребывания в стационаре соста-

вил 8 дней. Осложнений в ближайшем и раннем послеоперационном периодах, как и при традиционном оперативном лечении, не наблюдали.

Заключение

Таким образом, разработанный и применяющийся в клинике алгоритм диагностики и лечения спаечной кишечной непроходимости позволяет сократить сроки диагностики, повысить эффективность, оптимизировать и обеспечить гладкое течение послеоперационного периода, сократить сроки лечения больных с данной патологией.

Наш первый и небольшой опыт видеолaparоскопического адгезиолизиса позволяет отметить: если нет противопоказаний для использования видеолaparоскопической методики, адгезиолизис может быть альтернативой традиционным оперативным методам лечения спаечной непроходимости кишечника по показаниям, залогом успеха является объективная оценка возможностей применения этих методик в каждом отдельном случае по строгим показаниям, которые обозначены и общеизвестны. Хирурги, имеющие значительно больший опыт [9] выполнения таких операций, считают также, что лапароскопическая методика может быть альтернативным методом оперативного лечения спаечной непроходимости кишечника.

С целью профилактики развития рецидивов спаечной болезни в послеоперационном периоде после выписки пациентов из стационара рекомендуем проводить 2-3 курса консервативной терапии спаечной болезни с интервалом между курсами лечения 4-6 недель.

Как и большинство авторов, считаем, что для улучшения результатов лечения острой спаечной кишечной непроходимости необходимо придерживаться следующих принципов: своевременно диагностировать и оперировать этих пациентов; при проведении оперативного вмешательства – бережная не травматичная техника оперирования, при висцеролизе следует проводить постоянное орошение десерозированных участков кишки полигликолом (реополигликолом), который, покрывая десерозированные участки мономолекулярной пленкой, ликвидирует разность электрического потенциала между нормальной брюшиной и десерозированными участками, что способствует предупреждению образования фибрина в виде пленок на стенках кишок и их склеивание.

Известно, что десерозированные участки кишечной стенки лучше не ушивать. Наш опыт позволяет отметить, что подобные дефекты серозы самостоятельно закрываются в течение нескольких часов, а шовный материал, как инородное тело, способствует спайкообразованию, поэтому швы на серозу накладываются только в тех случаях, когда имеются повреждения мышечного слоя стенки кишки.

Таким образом, совершенствование и внедрение в клиническую практику лечебно-диагностического алгоритма позволит значительно улучшить лечебно-диагностическую помощь пациентам с ОСКН.

Список использованной литературы

1. Баранов, Б.А. Отдельные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости / Б.А. Баранов, М.Ю. Карбовский // Хирургия. – 2006. – №7. – с. 56-60.
2. Гарелик, П.В. Спаечная болезнь. Спаечная кишечная непроходимость. Патогенез, диагностика, тактика, лечение, профилактика: метод. реком. / П.В. Гарелик, И.Я. Макшанов. – Гродно, 1999. – 18 с.
3. Гарелик, П.В. Первый опыт радикального лапароскопического лечения острой спаечной кишечной непроходимости / П.В. Гарелик, О.И. Дубровщик, И.Т. Цилиндз, С.И. Кояло, И.В. Хильмончик: IV Международный симпозиум «Белорусско-польские дни хирургии», 4-6 июня 2009 года, г. Гродно // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – Гродно, 2009. – №2. – с.224.
4. Ермолов, А.С. Острая тонкокишечная непроходимость. Актуальные вопросы абдоминальной хирургии / А.С. Ермолов, Н.С. Утешев, Г.В. Пахомова, А.Г. Лебедев // Тез. докл. Всероссийской конф. хирургов. – Пятигорск, 1997. – С. 77-79.
5. Ерюхин, И. А. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей / И.А. Ерюхин, В.П. Петров, М.Д. Ханевич. – Санкт-Петербург: Питер, 1999. – 443 с.
6. Женчевский, Р.А. Спаечная болезнь / Р.А. Женчевский. – Москва: Медицина, 1989. – 191 с.
7. Лубянский, В.Б. Эффективность лечения конгломератных форм спаечной кишечной непроходимости с применением еюнотрансверзоанастомоза / В.Б. Лубянский, И.Б. Комлева // Хирургия. – 2009. – №3. – с. 29-32.
8. Филенко, Б.Л. Возможности профилактики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости: автореф. дис. докт. мед. наук: 14.01.17 / Б.Л. Филенко. – Санкт-Петербург, 2000. – 40 с.
9. Fisher, B. Laparoscopic approach to small bowel obstruction / B. Fisher, D. Doherty // Semin. laparoscopic surg. – 2002. – №1. – P. 40-42.

Adhesive ileus: tactics, treatment, prevention of recurrences O.I. Dubrovshchik, G.G. Marmysh, I.S. Dovnar, K.M. Fridman, S.S.Kazennov

EE «Grodno State Medical University»

The article describes modern diagnostic possibilities, including the obtained data on diagnostics, treatment and prophylaxis of recurrent acute adhesive ileus.

It has been established that the adhesive ileus algorithm of diagnostics and treatment that has been developed and applied in our clinic of general surgery, allows to increase the effectiveness of treatment. Method of laparoscopic treatment of acute adhesive ileus may become an alternative to traditional operative techniques.

The method may be applied alligned with individual needs.

Key words: adhesive ileus, classification, diagnostics, conservative treatment, surgical treatment, prophylactics.

Поступила 12.03.2012