

УДК 616.34 – 007.271 – 07- 08.

РАННЯЯ ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА

Б.С. Запорожченко, О.В. Вилюра, И.Е. Бородаев, П.Т. Муравьев, В.Г. Шевченко

Одесский государственный медицинский университет

Реферат. Исследованы 59 больных у которых острая спаечная кишечная непроходимость развилась в течение 30 дней послеоперационного периода. Наиболее часто спаечная кишечная непроходимость возникала у больных первично оперированных по поводу воспалительных заболеваний. Средние сроки развития клинических проявлений острой спаечной непроходимости составили 7 суток. Клинические, лабораторные и рентгенологические исследования не позволяют точно определить показания к ургентному оперативному лечению. 34 больных удалось разрешить консервативным путем. Остальные больные в связи с неэффективностью консервативной терапии и появлении симптомов кишечной ишемии были оперированы. Декompрессию кишечника выполняем путем гастроинтестинальной интубации. Главным достоинством методики является пролонгация времени интубации до 15-21 дня послеоперационного периода, обеспечивая надежную фиксацию тонкого кишечника в выгодном положении, и таким образом профилактику рецидива спаечной непроходимости.

Ключевые слова: спаечная непроходимость, гастроинтестинальная интубация.

Одним из тяжелых осложнений в абдоминальной хирургии является ранняя (в течение первых трех недель после операции) острая спаечная кишечная непроходимость (РОСКН), летальность от которой не имеет тенденции к снижению и составляет 15-45% [1,4,5]. В структуре послеоперационных осложнений со стороны органов брюшной полости РОСКН занимает третье место после перитонита и абсцессов брюшной полости.

Материал и методы

За последние 9 лет (2000–2009гг.) в клинике хирургии №2 Одесского государственного медицинского университета выполнено 8862 операции на органах брюшной полости. Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость как осложнение развилась у 59 больных. В исследуемую группу с симптомами ранней послеоперационной тонкокишечной непроходимости были включены больные, у которых симптомы непроходимости развились в сроки от 7 до 30 дней. Этот критерий позволял дифференцировать больных РОСКН с паралитической тонкокишечной непроходимостью. Возраст больных варьировал от 14 до 82 лет (в

среднем 55 лет). Мужчин 31, женщин 28. Сроки появления клинических проявлений спаечной непроходимости в течение первых 7 дней послеоперационного периода составил у 39 (66,1%) больных, в течение второй недели – у 17 (28,8%), в течение третьей недели – у 2 (3,4%), и у 1 (1,7%) больного развитие клинических проявлений РОСКН наблюдалось после 21 дня.

Результаты и обсуждение

Наиболее часто спаечная кишечная непроходимость возникала у больных, первично оперированных по поводу воспалительных заболеваний (деструктивный аппендицит, ущемленные грыжи) травматических повреждений кишечника. Операции, выполненные анатомически выше уровня мезоколон, сопровождаются наименьшим числом послеоперационных спаечных осложнений.

Механическое повреждение брюшины является одним из основных этиологических факторов формирования спаек. Высушивание брюшины воздухом, наличие внутрибрюшной инфекции, кровотечение в брюшную полость, воздействие агрессивных химических веществ (спирта, йода и др.), внутрибрюшное введение антибиотиков. Наличие инородных тел (лигатур, ворсин марли, талька, тампонов и дренажных трубок), местная ишемия тканей являются этиологическими предпосылками образования спаек в брюшной полости [1,4,9].

Диагностическая тактика была направлена на дифференциацию больных, у которых непроходимость вызвана спаечным процессом и которым было показано ургентное оперативное лечение, от больных, с явлениями непроходимости, обусловленной воспалительным процессом, прогностически благоприятным в плане консервативной терапии. Сложность заключалась в том, что абдоминальный болевой синдром, тошнота, вздутие живота, задержка газов и стула являлись возможными вариантами обычного послеоперационного течения, т.е. на начальных стадиях развития на-

блюдались симптоми характерні як для механічної, так і для динамічної кишечно-непроходимості. Разом з тим, абсолютним показанням до оперативного лікування є симптоми ішемії кишечника, такі як наростання болювого синдрому, вздування живота, зникнення кишечних шумів, явища інтоксикації та поява перитонеальних симптомів [5,7].

Обзорная рентгенографія була виконана всім больним, вона дозволила діагностувати механічну кишечну непроходимість у 43 (72,8%) больних. Рентгенконтрастне дослідження шлунково-кишкового тракту було виконано 7 больним, у 4 контраст досяг товстого кишечника, у 3 було виявлено місце перешкоди.

Лабораторні показники малоінформативні в діагностиці РОСКН [4]. Кількість лейкоцитів крові може залишатися нормальним або трохи пониженим протягом усього захворювання, однак різке зниження (нижче $4.0 \times 10^9/\text{л}$) або підвищення вище $15.0 \times 10^9/\text{л}$ може косвенно свідчити про ознаки кишечної ішемії [1,7]. Рівень гематокрит та мочевини підвищується при симптомах дегідратації. Висока тонкокишечна непроходимість характеризується метаболічним алкалозом з гіпокаліємією та гіпохлоремією.

Лікування больних з підозрою на РОСКН починали з назогастральної аспірації, призначення антибіотиків широкого спектра дії, інфузійної терапії, переведення больних на виключно парентеральне харчування та антисекреторних препаратів. У 31 (52,5%) больних РОСКН вдалося розв'язати консервативним шляхом, в середньому, протягом 7 днів (від 1 до 13 днів), 3 больних симптоми непроходимості купувалися протягом 15 днів. Решті 19 больних (32,3%) при неефективності консервативної терапії та появі симптомів кишечної ішемії була виконана лікувально-діагностична лапароскопія. У 7 (11,8%) больних вдалося виконати лапароскопічний адгезіолізис. Показанням до конверсії у 12 (63,1%) больних були випадки, коли первинна операція виконана середнім розрізом, лапароскопічно виявлено малий об'єм брюшної порожнини, а також випадки багаторівневої, «каскадної» непроходимості, наявність великих, васкуляризованих спаек, утворення значущих десерозованих ділянок кишечника, які

вимагають ретельної «відкритої» ревізії та перитонізації.

6 (10,1%) больним в зв'язі з виниклими перитонеальними симптомами виконано лапаротомні втручання. Обсяг операції залежав від характеру непроходимості та її рівня, а також від поєднаних ускладнень. У більшості больних виконано адгезіолізис, у 2 – резекція сегмента тонкої кишки. Рішуче значення надаємо декомпресії кишечника назоінтестинальною інтубацією, яку виконали всім больним. Інтраопераційна декомпресія дозволяє створити оптимальні умови для виконання головного етапу операції. В подальшому зонд забезпечує раціональну фіксацію кишечника з наступним утворенням спаек без порушення проходження. Середні терміни інтубації – 6-14 днів, тривалість залишення зонда обґрунтовується патогенетичними термінами відновлення пошкодженого мезоепітеліального шару [9]. Операцію закінчували введенням в брюшну порожнину декстрана-70, для зменшення ризику виникнення спаек. В останні роки з метою подовження терміну інтубації кишечника, виконуємо гастроінтестинальну інтубацію. Ця методика позбавлена негативних сторін назоінтестинальної інтубації, таких як респіраторні проблеми, пролежні носоглотки тощо. Головною перевагою методики є подовження часу перебування гастроінтестинального «зонда-каркаса» в тонкому кишечнику до 15-21 дня післяопераційного періоду, що забезпечує надійну фіксацію тонкого кишечника в вигідному положенні, і таким чином мінімізує розвиток рецидиву спаечної непроходимості. Крім того, через встановлений зонд больним виконувалося ентеральне харчування, проводилася детоксикація (методика захищена патентами України). Післяопераційні ускладнення (нагноєння післяопераційної рани, несамостійність тонкокишкового анастомоза, формування кишечної свищі та повторна спаечна непроходимість) розвинулися у 9 (15,2%) больних.

Померло 3 (3,3%) больних, причиною смерті була поліорганна недостатність.

Висновки

1. Рання гостра кишечна непроходимість є важким ускладненням після операцій на органах брюшної порожнини, характеризується високою летальністю.

2. Бережливе ставлення до оперуючої бри-

гады хирургов к тканям, минимизация операционной травмы, адекватная санация и дренирование брюшной полости снижают риск развития РОСКН.

3. При появлении симптомов РОСКН на фоне интенсивной консервативной терапии показана лапароскопия с лапароскопическим адгезиолизисом. При невозможности решить проблему лапароскопически, показана конверсия.

4. Лучшим методом дренирования тонкого кишечника является гастроинтестинальная интубация, позволяющая минимизировать риск развития рецидива РОСКН.

РАННЯ ГОСТРА СПАЙКОВА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ, ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ, ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВУ

Б.С. Запорожченко, О.В. Вілора, І.Є. Бородаєв, П.Т. Муравйов, В.Г. Шевченко

Реферат. Досліджено 59 хворих у яких спаяна гостра кишкова непрохідність розвинулася протягом 30 днів післяопераційного періоду. Найбільш часто спаяна кишкова непрохідність виникала у хворих первинно оперованих з приводу запальних захворювань. Середні терміни розвитку клінічних проявів гострої непрохідності спайкового склали 7 діб. Клінічні, лабораторні та рентгенологічні дослідження не дозволяють точно визначити показання до ургентного оперативного втручання. 34 хворих вдалося розв'язати консервативним шляхом. Інші хворі у зв'язку з неефективністю консервативної терапії та появі симптомів кишкової ішемії були оперовані. Декомпресію кишкового виконуємо шляхом гастроинтестинальної інтубації. Головною перевагою методики є пролонгація інтубації до 15-21 діб післяопераційного періоду, забезпечуючи надійну фіксацію тонкого кишкового у вигідному положенні, що таким чином є профілактикою рецидиву спайкової непрохідності.

Ключові слова: спайкова непрохідність, гастроинтестинальна інтубація.

EARLY ADHESIVE ILEUS, QUESTIONS OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTION OF RECURRENCE

B.S. Zaporozhenko, O.V. Vilura, I.E. Borodaev, P.T. Muravyov, V.G. Shevchenko

Abstract. 59 patients with developed small bowel obstruction (SBO) have been studied. Most frequently adhesive SBO appeared in patients who were primary operated because of inflammatory diseases of abdominal cavity. The average term of clinical features development was 7 days. Clinical, laboratory and x-rays investigations can't precisely determinate indications for urgent operation. 34 patients were able to resolve with conservative course. Other patients because of ineffectiveness of conservative treatment and appearance of signs of small bowel ischemia were operated. Intestinal decompression was managed with gastrointestinal intubation. The main advantage of the method is the time extension of intubation up to 15-21 days of postoperative period, providing a reliable fixation of small bowel in a favorable position, and thus preventing recurrence of adhesive obstruction.

Key words: adhesive obstruction, gastrointestinal intubation.

ЛИТЕРАТУРА

1. Женчевский Р.А. Патогенез и лечение спаек брюшной полости. Автореф. дис. д-ра мед. наук, 1975.
2. Кургузов О.П., Кузнецов Н.А., Артюхина Е.Г. Профилактика спаечной болезни. Хирургия 1990; 10: 153—159.
3. Тишинская З.В., Протасов Е.Л. Ранние релапаротомии в связи с механической кишечной непроходимостью. Вестн хир 1980; 11: 44—46.
4. Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions—how big is the problem? *Ann R Coll Surg Engl* 1990;72:60-33.
5. Menzies D. Peritoneal adhesions. Incidence, cause, and prevention. *Surg Ann.* 1992;24:27-15.
6. Cheong YC, Laird SM, Li TC, et al. Peritoneal healing and adhesion formation/ reformation. *Hum Reprod Update* 2001;7:556-66.
7. Sosa J, Gardner B. Management of patients diagnosed as acute SBO secondary to adhesions. *Am Surg* 1993; 59: 125-8.
8. l.Mucha P Jr. Small intestinal obstruction. *Surg Clin North Am.* 1987;67:597-620.
9. Lujendijk RW, de Lange DC, Wauters CC, et al. Foreign material in postoperative adhesions. *Ann Surg.* 1996;223:242-248.