



ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ПРОТЕКАВШЕЙ ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Тимофеев М. Е., Осипова В. С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова,
Городская клиническая больница № 31

Тимофеев Михаил Евгеньевич

E-mail: metimofeev@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Клинический случай демонстрирует атипичное течение острой спаечной странгуляционной тонкокишечной непроходимости, протекающей под маской постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), острого панкреатита. Представлены возможности и эффективность применения видеолапароскопических вмешательств и эндоскопической назоинтестинальной декомпрессии (ЭНИД) в комплексной диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН).

Ключевые слова: острый панкреатит; острая спаечная тонкокишечная непроходимость; лапароскопические операции; эндоскопическая назоинтестинальная декомпрессия; эндоскопия.

SUMMARY

We report an unusual case of AASBO presenting like postcholecystectomy syndrome and acute pancreatitis. Diagnostic and therapeutic scope of laparoscopic interventions and endoscopic nasointestinal decompression in AASBO management is demonstrated.

Key words: acute pancreatitis, acute adhesive small bowel obstruction, laparoscopic interventions, endoscopic nasointestinal drainage, endoscopic surgery.

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) до настоящего времени продолжают оставаться одной из самых актуальных и трудноразрешимых проблем неотложной хирургии. Частота ОСТКН варьирует от 50 до 94,5% среди всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза [1–5]. Среди ОСТКН странгуляционная форма непроходимости составляет от 23,5 до 48,7%, сопровождаясь высокой частотой послеоперационных осложнений и высокой послеоперационной летальностью, достигающей 11,7–19,2%. Клиническая картина странгуляционной ОСТКН чаще протекает с яркими

клиническими проявлениями даже при небольших сроках от начала заболевания, что способствует быстрому выбору активной оперативной лечебной тактики [6–11].

Однако в небольшом проценте случаев странгуляция может протекать атипично под маской другого заболевания или «мнимо», без выраженных клинико-инструментальных проявлений, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, что сопровождается частым некрозом тонкой кишки и еще больше ухудшает результаты лечения этой предельно сложной категории больных. Основными причинами неблагоприятных исходов лечения этой

формы ОСТКН являются несвоевременная или неадекватная диагностика и следующие за этим поздняя обращаемость больных, лечебно-тактические ошибки в стационаре. [1–3; 6; 9; 12–14].

Применение видеолaparоскопических вмешательств в диагностике ОСТКН позволяет в 85–95% случаев визуально определить причину, форму, уровень, выраженность ОСТКН и оценить жизнеспособность пораженной кишки [1; 4; 6–8, 10; 13; 14]. При благоприятных условиях у определенной группы пациентов в 35–85% случаев возможно выполнение лечебного рассечения спаек и ликвидации непроходимости с минимальным процентом осложнений и летальных исходов [4–7; 9; 10; 12; 13].

Больная С., 73 лет, поступила в ГКБ № 31.30.11.12 (в пятницу) в экстренном порядке с жалобами на боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту съеденной пищей, расстройство стула в виде поноса, выраженную слабость. Пациентка считает себя больной с 30.11.12, когда после погрешности в диете (прием пищи с обильным содержанием растительной клетчатки) появились вышеуказанные жалобы. Она самостоятельно принимала баралгин, спазмалгон, кеторол — без выраженного эффекта, боли постепенно усиливались. Затем у больной был несколько раз обильный жидкий стул, нарастала слабость, сохранялись боли в мезогастррии и эпигастррии, в связи с чем обратилась в СМП и была доставлена в клинику. Следует отметить, что ранее, в январе 2012 года, пациентка находилась на стационарном обследовании и лечении по поводу диспепсических расстройств (чередование поносов и метеоризма кишечника) в одной из московских клиник. В ходе обследования, при колоноскопии, были выявлены признаки хронического колита и проводилась консервативная терапия без выраженного положительного эффекта. Пациентка была выписана на амбулаторное лечение, но за медицинской помощью к гастроэнтерологу не обращалась. Ранее больная перенесла в 10-летнем возрасте традиционную аппендэктомию (острый аппендицит) и в 1998 году — лапароскопическую холецистэктомию (хронический калькулезный холецистит). Со стороны сопутствующей патологии имели место ИБС, сахарный диабет 2-го типа, средней степени тяжести, субкомпенсированный.

При поступлении общее состояние пациентки оценивалось средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Кардиореспираторных нарушений не было. ЧСС = PS = 88 ударов в минуту. АД = 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. Перистальтика обычной звучности. Притуплений перкуторного звука в отлогих местах живота не выявлено. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Перитонеальных симптомов не было. Дизурии не было. Стул был сутки

назад, газы отходили. Лабораторные данные обследования: общий анализ крови и мочи без особенностей. Амилаза крови повышена в 2 раза. Учитывая жалобы, данные анамнеза и физикального обследования, пациентка без выполнения специальных инструментальных исследований в приемном отделении была госпитализирована в хирургическое отделение с предварительным диагнозом: ПХЭС, острый панкреатит.

В хирургическом отделении было начато консервативное лечение, включающее инфузионную, спазмолитическую, антисекреторную, симптоматическую терапию с временным положительным эффектом. Пациентка отмечала уменьшение болевого синдрома, отсутствие тошноты и рвоты. На протяжении 2 дней проводилась консервативная терапия и предполагалось дообследование. Однако утром 03.12.12 отмечена отрицательная динамика в состоянии пациентки. Появились жалобы на усиление болей в верхних и средних отделах живота, появление тошноты и рвоты, задержку стула и газов. При физикальном обследовании было отмечено вздутие живота, появление болей при пальпации в средних и верхних отделах живота. Было выполнено инструментальное обследование.

На УЗИ брюшной полости от 03.12.12. Печень не увеличена, толщина правой доли — 117 мм, левой — 76 мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность повышена. Внутрпеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь оперативно удален. Холедох не расширен — 7,9 мм, просвет его на видимых участках гомогенный. Поджелудочная железа видна в области тела, не утолщена — 22 мм, контуры сохранены, структура однородная, эхогенность повышена. Почки расположены типично, контуры ровные, паренхима сохранена — 16–17 мм, чашечно-лоханочная система не расширена, уплотнена. Селезенка не увеличена, эхоструктура однородная. Петли тонкой кишки расширены, расположены преимущественно в левой половине брюшной полости, диаметром до 36–40 мм, стенка утолщена с выраженной складчатостью, в просвете застойное жидкостное содержимое с маятникообразным движением, перистальтика прослеживается, значительно снижена. Свободная жидкость в брюшной полости в умеренном количестве между расширенными петлями тонкой кишки. Заключение: признаки острой тонкокишечной непроходимости, выпот в брюшной полости, состояние после холецистэктомии, диффузные изменения печени и поджелудочной железы. При обзорной рентгенографии брюшной полости (рис. 1) от 03.12.12 определяется выраженный пневматоз петель тонкой кишки





Рис. 1. Обзорная рентгенография брюшной полости от 03.03.12.

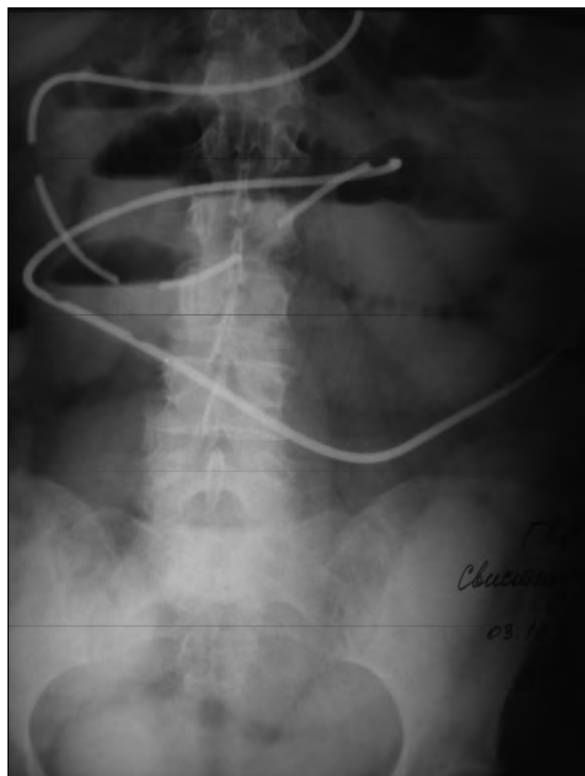


Рис. 2. Рентгенологическое исследование пассажа водорастворимого контрастного вещества через 4 часа после выполнения ЭНИД.



Рис. 3. Контрольный снимок пассажа контрастного вещества в 7.00 04.12.2012.



Рис. 4. Обзорная рентгенография брюшной полости от 06.12.2012.

с образованием широких воздушных арок с множественными уровнями жидкости у их основания шириной до 7 см в верхних и средних этажах брюшной полости. Толстая кишка не визуализируется. Заключение: признаки низкой тонкокишечной непроходимости.

Учитывая жалобы больной, данные инструментальных методов исследования, был установлен диагноз острой спаечной тонкокишечной непроходимости, обструкция («простой» тип непроходимости) без явлений странгуляции и перитонита, что не требовало экстренной операции. В этой связи в качестве лечебной тактики был начат комплекс консервативных мероприятий, включающий сифонную клизму, инфузионную терапию с коррекцией кислотно-основного состояния, спазмолитическую терапию и коррекцию сопутствующей патологии. Затем было выполнено эндоскопическое назоинтестинальное дренирование тонкой кишки (ЭНИД) с применением сверширококанального эндоскопа ХТ-30 («Олимпас»), при котором одновременно было эвакуировано около 400 мл застойного кишечного содержимого из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Далее в зонд был введен водорастворимый контраст в объеме 100 мл и в последующем выполнена энтерография через 4 часа с целью оценки пассажа контрастного вещества по кишечнику. Заключение: на контрольной рентгенограмме через 4 часа после приема контрастного вещества определяется умеренная положительная динамика, контраст определяется в тонкой кишке на протяжении, в толстой кишке — до проксимальной трети восходящего отдела. Пневматоз петель тонкой кишки сохраняется с наличием воздушных арок, уровнями жидкости у их основания. Умеренная положительная динамика.

Наряду с оценкой пассажа контраста по кишечнику, проводились консервативные мероприятия (сифонная клизма, спазмолитическая терапия, коррекция кислотно-основного состояния) с положительным эффектом. Заключение энтерографии (рис. 3): контраст в 7.00 после введения контрастного вещества через зонд частично находится в дистальных отделах тонкой кишки, основная часть — в толстой кишке. Уровней жидкости, пневматоза тонкой кишки не выявлено. В толстой кишке на фоне естественного содержимого определяется выраженное количество газа. Заключение: признаки разрешающейся тонкокишечной непроходимости. У больной болевой синдром практически полностью отсутствовал. Трижды был отмечен стул, отошли газы, тошноты, рвоты не было. На основании клинико-инструментальной картины было констатировано разрешение ОСТКН. Назоинтестинальный зонд 04.12.12 был удален.

Далее была продолжена консервативная терапия, предполагалось дообследование в объеме ирригоскопии, КТ брюшной полости. Однако, несмотря на проводимую консервативную терапию, у пациентки 06.12.12 вновь отмечено ухудшение

состояния в виде появления резких болей в верхних и средних отделах живота, вздутия живота, отсутствия стула, газов. 06.12.12 была выполнена обзорная рентгенография брюшной полости (рис. 4): контраст в толстой кишке (от 03.12.12) — в восходящем, поперечно-ободочном и нисходящем отделах имеются уровни жидкости, «арки» — в основном слева, справа 3 уровня жидкости. «Матовость» нижних отделов брюшной полости. Заключение: тонкокишечная непроходимость.

Ситуация была расценена как рецидив ОСТКН, странгуляционная форма. После кратковременной 2-часовой предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения пациентка в экстренном порядке была оперирована. 06.12.12 выполнена диагностическая лапароскопия. Лапароскопический доступ был осуществлен по верхнему контуру пупочного кольца после предварительного наложения карбоксиперитонеума 10–12 мм рт. ст. по игле Вереша в этой точке. Три дополнительных 5-мм троакара для инструментов установлены в подвздошных и гипогастриальной областях. При лапароскопической ревизии выявлена следующая интраоперационная картина: в брюшной полости около 400 мл выпота с геморрагическим оттенком без фибрина и гноя. В 10 см от илеоцекального угла петля тонкой кишки вместе с брыжейкой сдавлена единичным штрангом, идущим от большого сальника к брыжейке тонкой кишки длиной 5 см, шириной 1 см, плотной структуры и хорошо васкуляризованный. Вышележащие отделы тонкой кишки расширены до 40–50 мм, пневматизированы с кишечным содержимым, с отсутствием перистальтики, нижележащие отделы в спавшемся состоянии. Толстая кишка осмотрена на всем протяжении в спавшемся состоянии, с неизменным серозным покровом. По другим органам без особенностей.

Операционный диагноз: острая рецидивная спаечная странгуляционная низкая тонкокишечная непроходимость. Состояние после лапароскопической холецистэктомии и традиционной аппендэктомии. План операции: разделение спаек и ликвидация острой спаечной тонкокишечной непроходимости, блокада брыжейки тонкой кишки, дренирование брюшной полости, ЭНИД. Ход операции: при помощи диссектора на монополярной коагуляции штранг коагулирован и пересечен между двумя мягкими фиксирующими его зажимами (рис. 5)*. Петли кишки выделены из сращений. На месте сдавления штрангом кишки и ее брыжейки имеется отчетливая странгуляционная борозда ярко гиперемированной окраски с геморрагическим пропитыванием

* На цветной вклейке в журнал.



шириной до 5–6 мм, без выраженных признаков ишемии и некроза (рис. 6)*. При инструментальной ревизии тонкой кишки от илеоцекального угла до связки Трейца других препятствий не выявлено. Отмечалось отчетливое поступление кишечного содержимого из вышележащих отделов в нижние отделы тонкой и толстой кишки. Произведена блокада брыжейки тонкой кишки 0,25%-ным раствором новокаина из 3 точек в объеме 60 мл. При контрольной ревизии определено восстановление перистальтики тонкой кишки и отчетливая пульсация на сосудах брыжейки, восстановление окраски кишки и признание пораженной кишки жизнеспособной. В малый таз установлен силиконовый 10-мм дренаж. Учитывая низкую ОСТКН (причина непроходимости в 10–15 см от илеоцекального угла) и тотальное расширение тонкой кишки до 40–50 мм с большим количеством содержимого, была выполнена ЭНИД с применением сверхширококанального эндоскопа ХТ-30 («Олимпас») на операционном столе под эндотрахеальным наркозом.

Ближайшие два дня послеоперационного периода пациентка находилась в реанимационном отделении. Проводилась интенсивная консервативная комплексная терапия с коррекцией водно-электролитного баланса и сопутствующей патологии. После стабилизации состояния 08.12.12 пациентка переведена в хирургическое отделение, где была продолжена послеоперационная терапия,

включающая стимуляцию желудочно-кишечного тракта, антибиотикотерапию, спазмолитическую, симптоматическую. Послеоперационный период протекал гладко. Назоинтестинальный зонд удален на 5-е сутки послеоперационного периода после полного разрешения ОСТКН, подтвержденного клиничко-инструментальными данными. Дренаж также удален на 5-е сутки послеоперационного периода. Швы сняты в срок на 7-е сутки. В удовлетворительном состоянии пациентка была выписана из стационара.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует сразу несколько особенностей в диагностике и лечении ОСТКН. Клиническая картина протекала атипично, под маской ПХЭС, остро панкреатита, а также проявлялась рецидивирующим характером заболевания на фоне консервативного лечения. Показаны возможности и эффективность применения эндоскопической назоинтестинальной декомпрессии (ЭНИД) в комплексной консервативной терапии ОСТКН, выполненной на пред- и послеоперационном этапах. Продемонстрированы успешные диагностические и лечебные возможности видеолапароскопических вмешательств в лечении странгуляционной ОСТКН, причиной которой был единичный штрэнг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолов, А. С. Острая тонкокишечная непроходимость / А. С., Ермолов, Н. С. Утешев, Г. В. Пахомова, А. Г. Лебедев // Всерос. конф. хирургов. — Пятигорск, 1997. — С. 77–79.
2. Кишечная непроходимость / В. П. Петров, И. А. Ерюхин. — М. Медицина, 1989. — С. 286.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В. С. Савельев и др. — М.: Медицина, 1986. — 608 с.
4. Farinella, E. Feasibility of laparoscopy for small bowel obstruction / E. Farinella, R. Cirocchi, F. La Mura et al. // World J. Emergency Surg. — 2009. — Vol. 4. — P. 3. doi: 10.1186/1749-7922-4-3.
5. Duron, J. — J. Adhesive Postoperative Small Bowel Obstruction: Incidence and Risk Factors of Recurrence After Surgical Treatment. A multicenter Prospective Study / J. — J. Duron, N. Jourdan-Da Silva, S. Tezenas du Montcel et al. // Ann. Surg. — 2006. — Vol. 244, № 5. — P. 750–757.
6. Панцырев, Ю. М. Что определяет успех лапароскопических вмешательств при острой спаечной тонкокишечной непроходимости? / Ю. М. Панцырев, В. И. Ноздрачев, М. Е. Тимофеев и др. // Тез. докл. 1-го Всерос. съезда по эндоск. хир., Институт хирургии им. Вишневского, 24–25 февраля 1998. // Эндоск. хир. — 1998. — № 2. — С. 37.
7. Тимофеев, М. Е. Многолетний опыт применения неотложных видеолапароскопических вмешательств при острой спаечной тонкокишечной непроходимости / М. Е. Тимофеев, С. Е. Ларичев, Е. Д. Федоров и др. // Сб. тез. XI съезда хирургов РФ. 25–27 мая, 2011. — Волгоград, 2011. — С. 336–337.
8. Nagle, A. Laparoscopic adhesiolysis for small bowel obstruction / A., Nagle M. Ujiki, W. Denham, K. Murayama // Am. J. Surg. — 2004. — Vol. 187. — P. 464–470.
9. Кригер, А. Г. Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости / А. Г. Кригер, И. Л. Андрейцев, В. А. Горский и др. // Хирургия. — 2001. — Т. 7. — С. 25–29.
10. Эндоскопическая хирургия / И. В. Федоров, Е. И. Сигал, В. В. Одинцов. — М.: ГЭОТАР-Мед, 1998. — С. 350.
11. Mouret, P. Laparoscopic surgery / P. Mouret, C. Geles // Lysis of Adhesions. — 1994. — Vol. 44. — P. 484–498.
12. Матвеев, Н. Л. Внутривнутрибрюшные спайки — недооцениваемая проблема (обзор литературы) / Н. Л. Матвеев, Д. Ю. Арутюнян // Эндоск. хир. — 2007. — Т. 5. — С. 60–69.
13. Diaz, J. J. Guidelines for Management of Small Bowel Obstruction / J. J. Diaz, F. Bokhari, N. T. Mowery et al. // J. Trauma. — 2008. — Vol. 64. — P. 1651–1664.
14. Kirshtein, B. The use of laparoscopy in abdominal emergencies / B. Kirshtein, A. Roy-Shapira, S. Mandel et al. // Surg. Endosc. — 2003. — Vol. 17. — P. 1118–1124.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ
ПРИ ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ
ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ,
ПРОТЕКАВШЕЙ ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

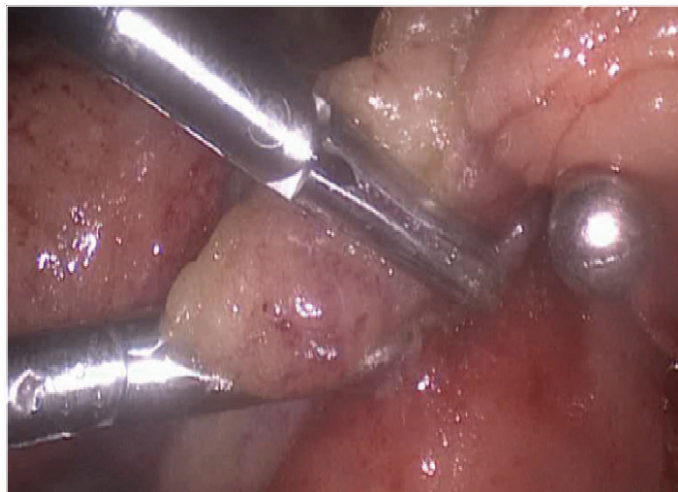


Рис. 5. Пересечение единичного штрэнга при помощи диссектора на монополярной коагуляции между двумя мягкими, фиксирующими его зажимами.



Рис. 6. Отчетливая странгуляционная борозда на тонкой кишке после рассечения штрэнга.