

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В.В.Плечев, С.А.Пашков

Кафедра госпитальной хирургии (зав. - проф. В.В.Плечев) Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

Данные литературы свидетельствуют об отсутствии до настоящего времени удобной для практического использования в клинике классификации острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН), а имеющиеся отражают лишь этапы патогенеза заболевания. Наличие такой клинической классификации значительно облегчило бы выработку единого тактического подхода к диагностике и лечению данного заболевания. Важно, чтобы при установлении той или иной формы заболевания незамедлительно решался вопрос о дальнейшей тактике.

В настоящее время общепризнанной является классификация острой кишечной непроходимости по А.С.Норенберг-Черквиани (1969), в основу которой положены три основных признака: морфофункциональная структура, уровень обструкции и стадия патологического процесса. О.С.Кочнев (1984) предложил свою классификацию, в которой выделяются три фазы развития непроходимости кишечника: "илеусный крик" длительностью до 12-16 часов от момента заболевания, интоксикация продолжительностью 24 часа и перитонит, наступающий через 36 часов с момента начала заболевания [2]. В.Н.Чернов и др. [5] предлагают выделять пять стадий клинического течения острой непроходимости тонкой кишки: спланхическая ишемия (длительность заболевания - 2-12 ч), водно-электролитные расстройства (24-36 ч), перитонит и эндотоксикоз (48 и более часов), полиорганная дисфункция (72 и более часов), реабилитация (хроническая кишечная недостаточность) [5]. И.С.Попова и др. [3] дифференцируют две стадии течения острой тонкокишечной непроходимости - синдром энтеральной гипертензии и синдром энтеральной недостаточности. Р.А.Женчевский [1] предлагает клинко-морфологическую классификацию симптомокомплексов при спаечной болезни брюшины, в которой выделяет четыре формы спаечной кишечной не-

проходимости: острая спаечно-динамическая непроходимость (первый приступ), рецидивирующая спаечная непроходимость (повторные приступы), обтурационная спаечная непроходимость (острая, подострая, хроническая), странгуляционная спаечная непроходимость с нарушением кровообращения в брыжейке и кишечной петле [1].

Предложенные классификации не могут удовлетворить хирургов в полной мере, ибо в них не учитываются патогенетические механизмы развития данного заболевания при той или иной его форме. Отсутствие удобной для практического использования в клинике классификации ОСКН затрудняет выработку единого тактического подхода к диагностике и лечению данного заболевания.

В настоящий момент общей тенденцией практически во всех областях хирургии является стремление к стандартизации и классифицированию признаков заболеваний, позволяющих производить сравнение результатов, полученных в различных клиниках, и избегать недопонимания при общении представителей различных школ [4]. Однако при анализе историй болезни, систематизации результатов лечения, особенно при проведении сравнительного анализа по данным литературы, возникали определенные трудности, обусловленные отсутствием общепринятой классификации ОСКН. Более того, в настоящее время в литературе нет классификации ОСКН, которая отражала бы клинические проявления заболевания и основывалась на морфофункциональных изменениях. Такая классификация позволила бы четко разграничить виды ОСКН и выработать единый тактический подход к диагностике и лечению больных с данным заболеванием.

Нами предложена рабочая клиническая классификация ОСКН, которая была представлена для обсуждения на IX Всероссийском съезде хирургов (г. Волгоград, 2000) и применена при обследовании и лечении больных ОСКН. При

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСКН



работе над классификацией ОСКН мы придерживались следующих требований: простота восприятия, легкость запоминания, отражение тактического подхода к диагностике и лечению, возможность компьютерной обработки данных. За основу была принята классификация Р.А.Женчевского [1], которая пересмотрена в соответствии с накопившимся в клинике опытом лечения больных ОСКН (см. рис.).

Как известно, установление диагноза ОСКН не является показанием к экстренному оперативному лечению, а предполагает проведение комплекса лечебно-диагностических мероприятий, направленных на дифференциальную диагностику вида ОСКН и решение вопроса о сроках оперативного лечения. Понимая, что ОСКН сочетает в себе элементы как динамической, так и механической кишечной непроходимости, мы тем не менее выделили по преобладанию одного из них два вида ОСКН: динамическую (частичную) и механическую (полную), ибо от этого зависит дальнейшая тактика лечения конкретного больного.

Под динамической нужно понимать ОСКН, обусловленную функциональной перегрузкой вышележащих отделов желудочно-кишечного тракта при отсутствии полного перекрытия просве-

та кишечной трубки и развития выраженных ишемических расстройств. Эта форма не требует экстренного оперативного лечения и проявления ее купируются консервативными мероприятиями. Вопрос об оперативном лечении в данном случае решается в отсроченном порядке после дополнительного обследования больного и нормализации его состояния.

Под механической мы понимаем ОСКН, возникающую на фоне полного перекрытия просвета кишечной трубки или выраженного нарушения ее кровоснабжения, не поддающуюся коррекции при помощи лекарственной терапии. Эта форма требует экстренного оперативного лечения и проведения лечебных мероприятий, допустима только кратковременная предоперационная подготовка.

Вероятно, такое разделение не лишено недостатков, так как и при динамической ОСКН присутствует механический компонент - спаечные сращения. Тем не менее мы считаем возможным не акцентировать на этом внимание при экстренной дифференциальной диагностике, ибо установление у больного той или иной формы непроходимости позволяет решить главный вопрос лечебно-диагностического процесса: нужно ли оперировать больного в экстренном порядке? Кроме того, установление

диагноза динамической ОСКН подразумевает проведение полного клинического обследования по поводу спаечной болезни брюшины и решение вопроса о плановом оперативном лечении без выписки больного из стационара.

Учитывая наличие таких проявлений ОСКН, как ранняя спаечная кишечная непроходимость (РСКН) и ОСКН в грыжевом мешке, имеющих особенности клинического течения и диагностики, мы выделили три ее разновидности: собственно ОСКН в брюшной полости, РСКН и ОСКН в грыжевом мешке.

Исходя из разнообразия спаек по их характеру и локализации и вызываемых в соответствии с этим различных по патогенезу проявлений механической ОСКН, считаем целесообразным разделить последнюю на две формы - обтурационную и странгуляционную. Под обтурационной мы понимаем ОСКН, развившуюся вследствие спаечной деформации кишечника с полным перекрытием просвета кишечной трубки без выраженного нарушения кровообращения в брыжейке, под странгуляционной - возникшую в результате сдавления кишки и (или) ее брыжейки спайками с нарушением кровообращения. Несмотря на то что обе эти формы требуют экстренного оперативного лечения, такое разделение вполне правомерно. Обтурационная ОСКН развивается доброкачественно, медленно, и нарушения кровообращения в стенке кишки носят вторичный характер, потому жизнеспособность кишки сохраняется длительное время, и оперативное пособие, как правило, не требует резекции сегмента кишечной трубки. Странгуляционная ОСКН, напротив, протекает стремительно, злокачественно, ибо доминирующее нарушение кровоснабжения кишечной стенки приводит к быстрому появлению некроза, что, как правило, требует резекции кишки.

По нашему мнению, нецелесообразно выделять смешанную форму механической спаечной кишечной непроходимости, при которой трудно дифференцировать преобладающий компонент. При наличии обоих на различных участках кишки странгуляционный компонент является преобладающим в клинике и диктует тактику дальнейшего лечения.

Считаем необходимым дифференцирование ОСКН по уровню на тонко-

толстокишечную. Выделение смешанной формы непроходимости нерационально - даже при наличии выраженного спаечного процесса в брюшной полости с вовлечением в него тонкой и толстой кишки симптоматика и патогенез непроходимости будут обусловлены в первую очередь уровнем самой непроходимости, а не распространенностью спаечного процесса. Наличие у больного механической ОСКН подразумевает стадийность течения заболевания. Мы выделяем четыре стадии течения заболевания, учитывая то, что каждая из них требует применения различных оперативных пособий и методов послеоперационного ведения больного. Опыт применения предлагаемой клинической классификации острой спаечной кишечной непроходимости более чем у двух тысяч больных показал ее простоту и адекватность в отражении происходящих морфофункциональных изменений. Установление вида, разновидности и формы заболевания позволяет сократить сроки решения вопроса о дальнейшей тактике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь.- М., 1989.
2. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. - М., 1989.
3. Попова И.С., Жидовинов Г.И., Шерешков А.Ю., Овсейчик М.Ю. Материалы Всероссийской конференции хирургов: Акт. вопр. абдом. хир. - Пятигорск, 1997. - С.91-93.
4. Спиридонов А.А., Морозов К.М. // Анн. хир. - 2002. - № 2. - С.45-51.
5. Чернов В.Н., Химичев В.Г. Материалы Всероссийской конференции хирургов: Акт. вопр. абдом. хир. - Пятигорск, 1997. - С.88-91.

Поступила 06.05.04.

ON PROBLEM OF CLINICAL CLASSIFICATION OF ACUTE ADHESIVE ILEUS

V.V. Plechev, S.A. Pashkov

S u m m a r y

Clinical classification of acute adhesive ileus is suggested on the basis of treatment of more than two thousands of patients. Built on principles of simplicity of perception, easiness of memorizing, reflection of tactic approach to diagnosis and treatment, possibility of data processing and based on morphofunctional changes, the classification reflects clinical manifestations of the disease and improves the treatment of patients with acute adhesive ileus.