

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.381-007.274-06:616.34/.35-007.271-089

Б.П. Филенко, С.М. Лазарев, С.В. Ефремова

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ РЕЦИДИВНОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра хирургических болезней с курсом малоинвазивной хирургии, эндоскопии и лазерных медицинских технологий (зав. — проф.С.М. Лазарев) ФПК Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова

Ключевые слова: рецидивная спаечная кишечная непроходимость, профилактика, адгезиолизис, интубация кишки.

Введение. На современном этапе развития хирургии проблема образования послеоперационных спаек нередко недооценивается. Спайки являются наиболее частой причиной острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Они обуславливают от 30 до 41% от всех случаев непроходимости, требующих повторных, нередко неоднократных вмешательств [15].

Уже на этапе доступа хирургические вмешательства у больных, страдающих спаечным процессом, удлиняют операцию в среднем на 24 мин, более чем в 50% наблюдений приводят к повреждению серозного покрова кишки, брыжейки и в 2,5% — к повреждению кишки [9]. Мануальные манипуляции во время операций по поводу ОСКН способствуют развитию повторного, массивного спайкообразования, что делает операции крайне нежелательными в прогностическом плане. Поэтому лечение ОСКН начинается с консервативных мер. По сведениям различных авторов [6, 7, 16], у 20–79% больных ее удается разрешить без операции.

Отсутствие эффекта от консервативного лечения и ухудшение состояния пациента — показания для выполнения экстренного хирургического вмешательства. При странгуляционной кишечной непроходимости операция должна быть выполнена тотчас после установления диагноза.

Развитие лапароскопии позволило в лечении ОСКН использовать щадящие приемы. Однако лапароскопический адгезиолизис имеет ограниченные показания. Он эффективен при единичных спайках, ранней спаечной кишечной непроходимости [16].

Несмотря на возможности выполнения иногда лапароскопическим рассечением спаек у пациентов с ОСКН, основным способом хирургического лечения на сегодня является лапаротомический [7, 9]. Рецидивы ОСКН после этого вмешательства наблюдаются у 20,3–71% больных [3], а послеоперационная летальность колеблется от 13 до 60% [5, 7].

Материал и методы. Анализированы истории болезней 220 пациентов, находившихся на лечении в клинике в связи с истинным или псевдоилеусом (табл. 1).

Как известно, в лечении ОКН имеется прямая зависимость результатов лечения от сроков оказания лечебного пособия. Чем длительнее заболевание, тем выраженнее эндотоксемия, тяжелее течение и вероятнее фатальный исход. На успех хирургического вмешательства влияет как качество хирургического пособия, так и насколько своевременно ликвидированы развившиеся расстройства в организме. Поэтому лечение ОКН необходимо начинать в отделении интенсивной терапии, пытаясь в максимально короткие сроки диагностировать и ликвидировать хотя бы грубые нарушения, развившиеся в организме. В последующем тяжесть состояния пациента, сопутствующие заболевания, предполагаемая длительность хирургического вмешательства определяют выбор способа анестезиологического обеспечения. Оно должно обеспечивать стабильность гемодинамики, адекватную оксигенацию и обладать хорошей защитой от операционной агрессии.

Таблица 1

Характеристика больных, находившихся на лечении по поводу спаечной болезни и острой спаечной кишечной непроходимости

Диагноз при поступлении	Число пациентов	Характер лечения	
		консервативный	хирургический
Острая спаечная кишечная непроходимость	124	52 (42%)	72 (58%)
Спаечная болезнь	96	88 (91%)	8 (9%)
Всего	220	140 (64%)	80 (36%)

Таблица 2

Способы хирургического лечения больных по поводу СБ и ОСКН

Выполненная операция	Число больных
Иссечение одиночных рубцовых тяжей	3
Ограниченный энтеролиз	6
Энтеролиз с интубацией тонкой кишки до появления перистальтики	7
Тотальный энтеролиз	5
Тотальный энтеролиз с продленной интубацией тонкой кишки	38
Тотальный энтеролиз с резекцией тонкой кишки и продленной интубацией	18
Дигестивный анастомоз	3
Всего	80

Характер хирургического лечения больных со спаечной болезнью (СБ) и ОСКН представлен в табл. 2.

Как следует из табл. 2, 56 (70%) пациентам выполнены тотальный энтеролиз и продленная интубация тонкой кишки. Это были пациенты с рубцово-спаечным поражением брюшной полости, ранее оперированные по поводу ОСКН.

Результаты и обсуждение. Характер рубцового перерождения органов и тканей у данной группы пациентов представлен на следующем клиническом примере.

Больная Г., 70 лет, 4 раза оперирована по поводу ОСКН. Резицированный участок тонкой кишки (рис. 1) представляет собой трубку с неровными утолщениями стенки, местами до 1,5 см.

Мышечный слой практически отсутствует. Имеется выраженное рубцовое перерождение стенок кишки. При гистологическом исследовании стенки кишки в серозной оболочке — грануляционная ткань различной степени зрелости, вплоть до образования рубцово-соединительной ткани



Рис. 1. Резецированный участок тонкой кишки пациентки Г., 70 лет, после восьми операций, четыре — по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. Определяется неравномерное утолщение стенок кишки.

(рис. 2, а). В подслизистом слое — резко выраженный фиброз (рис. 2, б). Parietalная брюшина (рис. 2, в) резко утолщена с разрастанием соединительной ткани на разных этапах созревания, с очагами гиалиноза и дистрофическими изменениями. В участках рубцов и вне их резко выраженная очаговая инфильтрация.

Объем хирургического вмешательства у 24 пациентов определялся показаниями. Наличие отдельных тяжей или локальных сращений кишки, без нарушения ее функции, позволяли ограничиться рассечением спаек. Всем больным в послеоперационном периоде проводили комплексное лечение, направленное на ликвидацию воспалительных изменений в брюшной полости и восстановление перистальтики.

Как известно, на развившееся острое заболевание брюшной полости и хирургическое вмешательство сразу возникает защитная реакция организма. Сначала происходит инвазия фибробластов в брюшную полость с выпадением фибрина. У больных, впервые оперируемых, выпавший в ответ на воспаление фибрин лизируется в течение 48–72 ч. Если явления воспаления не ликвидированы, происходит его стабилизация и организация. К 5-м суткам — это рыхлые фибриновые напластования.

При рецидивной спаечной кишечной непроходимости из-за уже существующего рубцово-спаечного процесса в брюшной полости процессы восстановления функции брюшины и перистальтики значительно угнетены, что ведет к длительной персистенции выпавшего фибрина, бактериальных продуктов, тканевого детрита, формированию хронического воспаления и замедлению регенерации. Стабилизация и трансформация выпавшего фибрина в коллагеновую ткань происходит в среднем к 14-м суткам после перенесенного хирургического вмешательства. Обратного ее развития не происходит [10, 17].

С целью предупреждения развития рецидивной ОСКН в клинической практике используют каркасную функцию кишечного зонда. Еще в 1966 г. К.С.Симонян [14] указал: «... если нельзя вмешаться в процесс спайкообразования, то необходимо направить его по нужному пути развития». Стабилизация петель кишки рубцовой тканью в физиологическом положении с использованием каркасной функции кишечного зонда является реализацией данного постулата [11].

Интубация тонкой кишки при ОСКН является достаточно трудоемким, а порой и невыполнимым этапом хирургического вмешательства [1, 11]. Рубцовый процесс в брюшной полости и забрюшинное расположение двенадцатиперстной кишки (ДПК) далеко не всегда позволяют провести зонд через пилорический жом желудка и подкову ДПК. Срединно-срединная лапаротомия в данной ситуации значительно затрудняет выполнение интубации кишки, усугубляя травма-

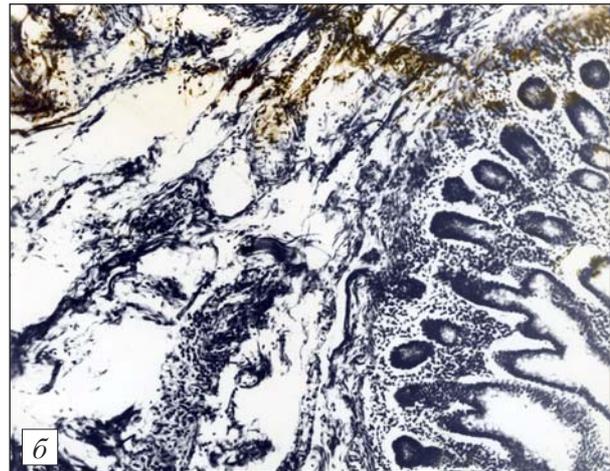
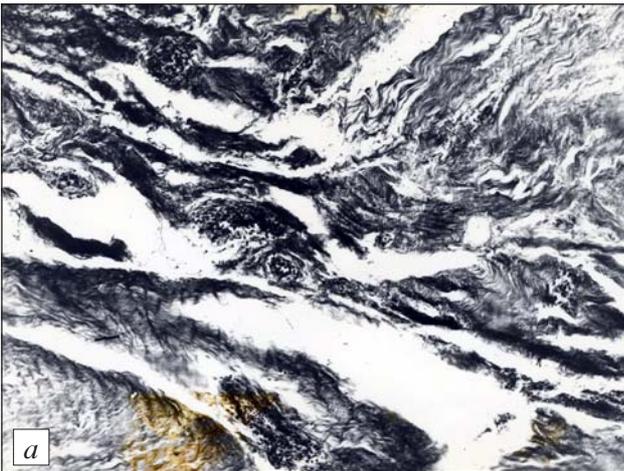
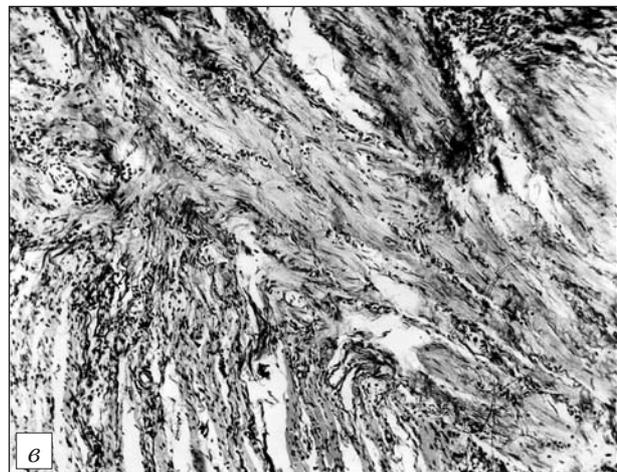


Рис. 2. Микроскопическое исследование стенки тонкой кишки.

а — в серозной оболочке — грануляционная ткань различной степени зрелости, вплоть до образования рубцово-соединительной ткани, с выраженным утолщением стенки; *б* — в подслизистом слое кишки — выраженный фиброз; *в* — брюшина резко утолщена, разрастание соединительной ткани на разных этапах созревания. Гистологический препарат. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100.



тизацию тканей. При этом нередко невозможно избежать случаев нарушения кровообращения, десерозирования и повреждения кишки [9].

Даже после успешного проведения интубации кишки могут возникать осложнения. Обычно они проявляются в ближайшем послеоперационном периоде в течение первых 3–4 сут. Если в этот период никаких осложнений не возникло, в дальнейшем зонд в кишке пациент переносит удовлетворительно и можно использовать его многофункциональность. Осложнения, возникшие после интубации кишки у наших пациентов, приведены в табл. 3.

Как следует из табл. 3, самым частым осложнением является плохая переносимость пациентами зонда, из-за повышенного чувства наличия инородного тела в носоглотке, в связи с чем трое пациентов удалили его самостоятельно на следующий день после операции, а у троих — мы были вынуждены это сделать сами.

Для преодоления трудностей проведения зонда и профилактики развития осложнений нами разработана конструкция двухзвеньевый кишечного зонда с эффектом трансиллюминации¹, позволяющая контролировать положение оливы зонда во время интубации. Пациенты, особенно уже ранее оперированные по поводу ОСКН, с пониманием относятся к необходимости длительного нахождения зонда в кишке, что позволяет успешно проводить им продленную назоинтестинальную

Таблица 3

Осложнения, связанные с интубацией тонкой кишки

Характер осложнений	Число больных
Самостоятельное удаление зонда больным	3
Нарушение дыхания	3
Обтурация зондом дистального отдела кишки	2
Отрыв оливы зонда в кишке	1
Нарушение проходимости по зонду	1
Выделение крови из зонда	1
Отрыв дистального звена зонда	1
Повышенный рвотный рефлекс	1
Всего	13

интубацию. Использование для назоинтестинальной интубации зондов диаметром не более 6–8 мм хорошо переносится большинством больных, не ухудшает функцию других органов и систем, не мешает приему пищи и не ограничивает режим больного.

Для успешного выполнения как интубации кишки, так и проведения тотального энтероли-

¹ Патент № 2143284 РФ. Зонд для интубации тонкой кишки / К.Н.Сазонов, Б.П.Филленко. — Заявка № 98121604 26.11.98 г. — Зарегистр. 27.12.1999 г.

Отдаленные результаты лечения больных с СБ—ОСКН после тотального энтеролиза и продленной интубации

Срок после операции	Число больных			Из них с нарушением дефекации	Лечение			
	всего	жалоб нет	имели жалобы		амбулаторно	в стационаре	оперированы	всего
1 год	16	12	4	3	–	1	–	1
2 года	14	9	5	2	2	1	–	3
3 года	13	9	4	3	1	–	–	1
4 года	8	8	–	–	–	–	–	–
5 лет	5	3	2	1	–	–	–	–
Всего	56	41	15	9	3	2	–	5
%	100	73,3	26,7	15,5	5,4	3,5	–	8,9

за, немаловажное значение имеют мануальные навыки хирурга, что заставляет к данному виду оперативного пособия привлекать высококвалифицированных специалистов.

В клинике по отношению к больным с острой спаечной кишечной непроходимостью выработана следующая тактика.

При поступлении пациента в стационар лечение начинается с консервативных мер, направленных на разрешение непроходимости. Параллельно проводится нормализация гомеостаза больного. При успешном разрешении непроходимости в последующем определяется тактика лечения имевшего место псевдоилеуса: ограничиваемся консервативными мерами либо предлагаем хирургическое лечение в плановом порядке.

Отсутствие эффекта от консервативного лечения и ухудшение состояния пациента являются показаниями для хирургического вмешательства. Операцию, по возможности, выполняем в дневное время суток. Лучше, если оперируют отдохнувшие, не дежурные хирурги. Связано это с тем, что выполнение тотального энтеролиза — длительная, кропотливая операция, требующая времени и внимания, чего обычно не хватает дежурной бригаде.

Оперативное вмешательство включает выполнение тотального энтеролиза, санацию брюшной полости с введением мезогеля. Последний, обладая высокой биологической инертностью, способствует ремезотелизации разобщенной рубцовой ткани. Операция заканчивается тотальной назоинтестинальной интубацией. При отсутствии противопоказаний зонд в кишке стараемся держать не менее 14 сут — для выполнения физиологической энтеропликация.

Мнения о сроках пребывания зонда в кишке в литературе достаточно разноречивы. Есть мнение, что появление признаков перистальтики является показанием для удаления кишечного зонда — на 3–5-е сутки после операции [2]. Однако следует заметить, что даже к 7-м суткам

фиксируются только отдельные фрагменты тонкой кишки. Активизация больного, увеличение пищевой нагрузки, стимуляция сократительной способности кишки приводят к возникновению извращенной перистальтики, что является причиной дальнейших патологических сокращений, фиксации петель кишки в хаотичном порядке рубцовой тканью в брюшной полости и в последующем возникновения рецидивной ОСКН [13]. Некоторые авторы [12] считают целесообразным при рецидивной ОСКН пролонгированное «шинирование» кишечника в течение 7–9 дней после операции, ничем данный срок не аргументируя.

При массивном рубцово-спаечном процессе эффективность каркасной функции зонда зависит от срока пребывания его в кишке. Экспериментально доказано и клинически подтверждено, что только к 14-м суткам после операции петли кишки надежно фиксируются образованной коллагеновой тканью [8, 18]. Проведение продленной интубации препятствует хаотичному перемещению кишки при восстановлении перистальтических волн, способствует фиксации их в физиологическом положении, предупреждая возможность рецидивирования ОСКН. Отдельные авторы [4, 19] сообщают о сохранении кишечного зонда в кишке 60 и даже 90 сут.

Прослежены отдаленные результаты лечения больных с ОСКН, которым проводилась продленная назоинтестинальная интубация (табл. 4).

Как следует из таблицы, из 56 оперированных больных 41 (73,3%) жалоб не предъявляли. Из 15 пациентов с жалобами на приступообразные боли до операции они сохранялись у двоих. Не исключено, что у них хирургическим путем не удалось достичь желаемого результата и возможно рецидивирование ОСКН. У остальных 13 оперированных боль носила либо постоянный характер, свидетельствующий о наличии спаечного процесса между передней брюшной стенкой и большим сальником, либо приступообразный,

вследствие активной перистальтики фиксированных рубцовыми сращениями петель кишки.

У всех пациентов характер клинических проявлений в сравнении с дооперационным периодом качественно изменился в лучшую сторону — в стационаре консервативно лечились только двое. Повторно никто не оперирован. Несмотря на изменение характера болей, наличие клинических проявлений заставляет отнести их в группу хирургического риска.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения ОСКН с использованием метода физиологической энтеропликацией вселяет оптимизм, позволяющий надеяться на уменьшение числа рецидивов и улучшение качества жизни у этой группы больных с морфологическими и физиологическими нарушениями функции органов желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, хирургическое лечение ОСКН с использованием тотального энтеролиза и физиологической энтеропликации в дневное время суток опытными хирургами позволяет облегчить и сократить послеоперационный период, предупредить развитие ранних и поздних послеоперационных осложнений, улучшить качество жизни пациентов.

Выводы. 1. Лечение рецидивной ОСКН необходимо начинать с консервативных мер. Ухудшение состояния пациента (странгуляционная непроходимость) требует экстренного хирургического вмешательства в любое время суток.

2. В течение ночного времени лучше проводить консервативное лечение. При разрешении непроходимости пациенты нуждаются в плановом хирургическом лечении по поводу спаечной болезни. При отсутствии эффекта консервативное лечение является предоперационной подготовкой. Хирургический этап лечения лучше выполнять в дневное время суток, опытными хирургами.

3. Во время операции необходимо выполнить тотальный энтеролиз и трансназальную интубацию тонкой кишки.

4. Назоинтестинальный зонд в тонкой кишке, в послеоперационном периоде, выполняя каркасную функцию, должен находиться не менее 14 сут. За этот промежуток времени развиваются соединительнотканые сращения рубцовой ткани и таким образом выполняется физиологическая назоинтестинальная энтеропликация, что является профилактикой последующего рецидивирования спаечной кишечной непроходимости.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абдулжалилов М.К. Пути повышения эффективности назоинтестинального дренирования у больных с кишечной непроходимостью и перитонитом // Хирургия. — 2003. — № 4. — С. 39–41.

2. Алиев С.А. Особенности диагностики и тактики при спаечной кишечной непроходимости // Хирургия. — 1994. — № 2. — С. 13–17.
3. Баранов Г.А., Карбовский М.Ю. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости // Хирургия. — 2006. — № 7. — С. 56–60.
4. Брежнев В.И., Капитонов А.С. Этиология, патогенез и профилактика послеоперационной спаечной болезни органов брюшной полости // Клин. хир. — 1988. — № 2. — С. 39–42.
5. Велигоцкий Н.Н., Курбонов К.М., Елов В.А. Способ декомпрессии пищеварительного тракта // Вестн. хир. — 1990. — № 9. — С. 139–140.
6. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. — М.: Триада X, 2000. — 303 с.
7. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А. и др. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии // Хирургия. — 2007. — № 7. — С. 57–59.
8. Красильников Д.М. Диагностика и лечение послеоперационной спаечной непроходимости кишечника // Казанск. мед. журн. — 1994. — № 3. — С. 207–210.
9. Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Горский В.А. и др. Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Хирургия. — 2001. — № 7. — С. 25–29.
10. Магомедов М.А. Местная клеточная регуляция в образовании послеоперационных спаек при перитоните // Хирургия. — 2004. — № 6. — С. 9–11.
11. Нечаев Э.А., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости. — СПб.: Росмедполис, 1993. — 238 с.
12. Прудков М.И., Совцов С.А., Чернядьев С.А. и др. Рекомендуемые протоколы оказания неотложной хирургической помощи населению. — Екатеринбург, 2007. — 59 с.
13. Сажин В.П., Климов Д.Е., Сажин И.В. и др. Ненатяжная пластика передней брюшной стенки при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах // Хирургия. — 2009. — № 7. — С. 4–6.
14. Симонян К.С. Спаечная болезнь. — М.: Медицина, 1966. — 273 с.
15. Федоров В.Д., Кубышкин В.А., Козлов И.А. Хирургическая «эпидемиология» образования спаек в брюшной полости // Хирургия. — 2004. — № 6. — С. 50–53.
16. Федоров В.Д. Избранные лекции по эндовидеохирургии. — СПб.: Фирма «Коста», 2004. — 216 с.
17. Филенко Б.П., Лазарев С.М. Этиопатогенез спайкообразования // Вестн. хир. — 2009. — № 3. — С. 116–118.
18. Barcan H., Webster S., Ozeran S. Factors predicting the recurrence of adhesive small bowel obstruction // Am. J. Surg. — 1995. — Vol. 170. — P. 361–365.
19. Rodriguez-Ruesga R., Meagher A.P., Wolff B.G. Twelve-year experience with the long intestinal tube // World J. Surg. — 1995. — Vol. 19. — P. 627–631.

Поступила в редакцию 07.04.2010 г.

B.P.Filenko, S.M.Lazarev, S.V.Efremova

SURGEON'S STRATEGY IN RECURRENT ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

The authors propose an individual decision on the character of treatment: strangulated intestinal obstruction should be operated immediately after making the diagnosis; treatment of adhesive intestinal obstruction should be started with conservative methods. Successful treatment, depending on the anamnesis and state of the patient, allows planned total enterolysis or conservative treatment of the peritoneal commissures. If the conservative treatment is not a success, the patients should be operated after normalization of homeostasis, and better in day time. Laparoscopic adhesiolysis in such category of patients is not indicated.