

УДК 616.34-007.272-089-083.98

ПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ФОНЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

И.Е. Верхулецкий, Е.И. Верхулецкий

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Изучено 117 больных с динамической кишечной непроходимостью на фоне спаечной болезни, оперированных в экстренном порядке. Показанием к оперативному лечению у 113 больных было безэффективное консервативное лечение с подозрением на механическую непроходимость, а у 4-х пациентов при госпитализации уже был перитонит в результате перфорации некротизированного участка кишечной петли. Из общего количества больных 48 человек были в возрасте старше 60 лет, а 36 больных госпитализированы через 1-4 суток с момента заболевания, что неблагоприятно сказалось на исходе лечения 12 больных, которые умерли через 12 часов – 6 суток после операции. Причинами летальных исходов были острая сердечно-сосудистая недостаточность у 5, острая сердечно-легочная недостаточность – у 3, тромбоз брыжеечных сосудов – у 2, тромбоэмболия легочной артерии – у 1 и гастродуоденальное кровотечение язвенной этиологии – у 1 больной. Всем больным во время операции производился висцеролиз, который дополнен резекцией сальника у 15, резекцией кишки – у 4, назогастроюнальным зондированием у 14 и цекоэюнальным дренированием у 12 оперированных. В послеоперационном периоде в течение 3 суток всем больным проводилась инфузионная терапия, вводились обезболивающие, антибиотики, антикоагулянты, витамины группы В, витамин С. С целью более выраженной профилактики спайкообразования у основной группы лиц (65 человек) наряду с проводимым лечением применен полибиолин 0,5г в 5мл 0,5% раствора новокаина внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней. В отдаленном послеоперационном периоде хорошие результаты получены у 57,9% основной группы лиц и только у 17,7% контрольной группы пациентов, которым полибиолин не вводился.

Ключевые слова: интермиттирующая форма спаечной болезни, динамическая кишечная непроходимость, спастическая форма динамической кишечной непроходимости, паралитическая форма динамической кишечной непроходимости, висцеролиз.

При интермиттирующей форме спаечной болезни обострения возникают на почве динамической кишечной непроходимости. По мнению многих авторов (Д.П. Чухриенко, 1958; К.С. Симонян, 1966; Н.И. Блинов, 1968; А.Е. Норенберг-Чарквиани, 1969 и др.) лечение как спастической, так и паралитической формы спаечной динамической кишечной непроходимости должно быть только консервативное. Однако, по мнению Д.А. Арапова (1969), Ю.Т. Коморовского, И.Ю. Корчинского (1969), В.Н. Мальцева (1999) и других авторов, в некоторых случаях спаечная динамическая непро-

ходимость может стать причиной механической кишечной непроходимости и поэтому при безуспешности консервативного лечения следует своевременно в течение нескольких часов с момента госпитализации ставить вопрос об оперативном лечении.

Материал и методы

Из общего количества больных с интермиттирующей формой спаечной болезни, которым проводилось консервативное лечение по поводу острой спаечной динамической кишечной непроходимости, у 113 (12,1%) человек это лечение сопровождалось лишь кратковременным улучшением. Через различные промежутки времени, от 4 до 17 часов после улучшения, клиническая картина заболевания снова прогрессировала, что явилось показанием к оперативному вмешательству в экстренном порядке, так как невозможно было исключить острую спаечную механическую кишечную непроходимость.

У 4 (0,4%) больных (63, 68, 70 и 82 лет) в результате продолжительного самолечения острой спаечной динамической кишечной непроходимости, при госпитализации уже был перитонит и им проведена лишь кратковременная предоперационная подготовка.

Из 117 пациентов, оперированных в экстренном порядке, мужчин было 46 (39,3%), женщин – 71 (60,7%) в возрасте от 17 до 82 лет. До 20 лет было 10 (8,5%) больных, от 21 до 60 лет – 59 (50,4%) и старше 60 лет – 48 (41,1%) человек. У них время от начала острого приступа спаечной болезни до момента госпитализации было: до 12 часов – у 38 (32,5%), от 12 до 24 часов – у 43 (36,8%) и от 1 до 4 суток – у 36 (30,7%) больных. У 38 человек, госпитализированных до 12 часов и у 21 – госпитализированных от 12 до 24 часов был приступ спастической формы острой спаечной динамической кишечной непроходимости, а у 22 больных также госпитализированных от 12 до 24 часов и у 36 госпитализированных через 1-4 суток уже развилась клиническая картина паралитической формы острой спаечной динамической кишечной непроходимости.

У всех этих больных проводимое самолече-

ние сопровождалось временным улучшением, а у 26 человек, госпитализированных до 12 часов, оно вообще было неэффективным.

Среди госпитализированных через 1 и более суток с момента начала приступа 10 больных были в возрасте 29-60 лет, а 26 – лица более преклонного возраста с выраженной клинической картиной паралитической формы острой спаечной динамической кишечной непроходимости и наличием сопутствующих заболеваний.

Все оперативные вмешательства у 54 больных с паралитической формой и у 59 пациентов со спаечной формой острой спаечной динамической непроходимости (за исключением 4-х больных с перитонитом), производились при безуспешности консервативного лечения или при подозрении на механическую непроходимость.

У всех оперированных больных в брюшной полости отмечен спаечный процесс различной интенсивности, но без наличия механического препятствия для эвакуации кишечного содержимого. Этим можно объяснить неоднократные купирования приступов консервативными мероприятиями. И лишь на высоте очередного приступа в результате выраженного нарушения биоэнергетики кишечной стенки (Н.И. Тимофеев 1977; М.Р. Абдуллаев, 1981; В.Н. Мальцев, 1999) консервативное лечение оказывалось безуспешным и с подозрением на механическую кишечную непроходимость больные подвергались оперативному лечению, проведение которого в аналогичных ситуациях в экстренном порядке рекомендуют Д.А. Арапов (1969); Л.Е. Кевеш (1970); В.П. Клещевникова, А.И. Меженин (1977); Р.П. Аскрханов, М.Р. Абдуллаев (1986) и другие авторы.

У всех больных производилось рассечение спаек, которое у 15 пациентов дополнено резекцией измененного сальника. При паралитической форме непроходимости с содержанием большого количества жидкости в кишечных петлях, кроме висцеролиза у 14 человек произведено однократное интраоперационное назогастроюнальное зондирование. У 12 больных пожилого и старческого возраста с гипотрофией кишечной стенки и резкой эктазией петель тонкой кишки произведено цекоеюнальное дренирование кишечника, что рекомендуют Э.А. Нечаев (1993), В.М. Тимербулатов с соавт. (1999) и другие авторы. Если червеобразный отросток ранее не удален, производилась аппендэктомия и через культю червеобразного отростка выполнялось дренирование тонкого кишечника. Во всех случаях зонд удалялся через 3-5 суток, когда уже в достаточ-

ной степени восстанавливалась моторная функция кишечника.

Дренирование кишечника в значительной степени способствует восстановлению его функциональной деятельности даже при гипотрофии кишечной стенки, о чем свидетельствуют работы А.И. Гузеева (1977), М.П. Черенько с соавт. (1988); Э.Г. Абдуллаева, В.В. Бабышина (1994); В.М. Тимербулатова с соавт. (1999). С.В. Тарасенко с соавт. (2000) и других авторов.

Из общего количества лиц, оперированных в экстренном порядке по поводу спаечной динамической кишечной непроходимости умерли 12 (10,2%) человек. 9 (7,7%) умерших были лица пожилого и старческого возраста, страдавшие спаечной болезнью от 4 до 12 лет. Д.П. Чухриенко (1968) также отмечает самый высокий процент летальности после операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости у лиц пожилого и старческого возраста. 3 (2,6%) умерших были в возрасте от 30 до 57 лет, страдавшие спаечной болезнью от 1 до 12 лет. Абсолютное большинство умерших (10-9,4%) женщины и лишь 2 человека (1,7%) – мужчины. Причиной спаечной болезни были гинекологические операции у 6 (5,1%), аппендэктомия – у 3 (2,6%), холецистэктомия – у 2 (1,8%) и лапаротомия по поводу закрытой травмы живота – у 1 (0,9%) больного. У всех их неоднократно повторялись приступы острой спаечной динамической кишечной непроходимости, по поводу чего они вначале обращались за медицинской помощью, а затем, освоив методику купирования приступов, занимались самолечением, которое при последних приступах оказалось неэффективным и больные вынуждены были обратиться за медицинской помощью. После госпитализации 8-и больным поставлен диагноз спаечная болезнь, острая спаечная динамическая кишечная непроходимость и проведено консервативное лечение. Однако в связи с безуспешностью этого лечения через 6-17 часов больные были оперированы. У всех в брюшной полости выявлен спаечный процесс с множественными деформациями кишечных петель, но без признаков механической кишечной непроходимости. Им произведен висцеролиз, который у 3-х пациентов дополнен цекоеюнальным дренированием. У 4-х больных (63,68,70 и 82 лет) в результате продолжительного самолечения спаечной динамической кишечной непроходимости, при госпитализации уже был перитонит и с диагнозом перфорация полого органа они оперированы после кратковременной предоперационной подготовки. У всех их обнаружено перфоративное отверстие диаметров 0,5-1,0см на

противобрыжеечном участке кишки. Наряду с висцеролизом у этих больных выполнена резекция тонкой кишки на протяжении 80-120см с наложением энтеро-энтероанастомоза бок в бок. Следовательно, при последнем приступе острой спаечной динамической кишечной непроходимости в результате продолжительного безуспешного самолечения наступила декомпенсация функциональной деятельности кишечника с резким повышением внутрикишечного давления, и, как отмечает А.Е.Норенберг-Чарквиани (1969), это приводит к нарушению кровообращения в кишечной стенке с развитием ишемического некроза и перфорации.

В послеоперационном периоде у всех 12-и больных появилось ухудшение общего состояния, и, несмотря на проведение интенсивной терапии через 12 часов- бсуюток наступила смерть. Основной причиной летального исхода были: острая сердечно-сосудистая недостаточность – у 5, сердечно-легочная недостаточность – у 3, послеоперационный тромбоз брыжеечных сосудов – у 2, тромбоемболия легочной артерии – у 1 и профузное гастродуоденальное кровотечение язвенной этиологии – у 1 больной.

Таким образом, следует согласиться с мнением К.С.Симоняна (1966), Д.П.Чухриенко и соавт. (1972) и других авторов о том, что продолжительное течение спаечной болезни отрицательно сказывается на функциональной деятельности органов и систем, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, а длительно не поддающаяся консервативному лечению спаечная динамическая кишечная непроходимость в значительной степени угнетает моторную функцию кишечника, которую в ряде случаев не удается восстановить даже с применением оперативного вмешательства. На этом фоне резко нарушается сердечно-легочная деятельность, микроциркуляция кишечной стенки и свертывающая система крови, что иногда является причиной летальных исходов.

Результаты и обсуждение

У больных, оперированных по поводу острой спаечной динамической кишечной непроходимости, после операции проводились мероприятия направленные на профилактику спаечной болезни. В связи с разнообразностью проводимых мероприятий в раннем послеоперационном периоде мы изучили 2 группы больных: основную и контрольную. У основной группы лиц для профилактики спаечного процесса наряду с общепринятым лечением применен полибиолин, а у контрольной группы пациентов проводили обычные мероприятия

без полибиолина.

В каждой группе было аналогичное соотношение больных по полу, возрасту, срокам госпитализации, форме динамической непроходимости и объему вмешательства.

Основная группа состояла из 65 больных, у которых оперативное вмешательство заключалось в выполнении висцеролиза в комбинации с резекцией измененного сальника у 8, и резекцией кишки у 2 больных, однократного назогастроюнального зондирования с аспирацией кишечного содержимого у 7 больных с наличием жидкости в петлях кишечника и цекоеюнальным дренированием, у 6 человек с резкой эктазией кишечных петель и гипотрофией кишечной стенки. С целью более раннего восстановления перистальтики кишечника и профилактики рецидива спаечной болезни после операции предусматривалось активное поведение больного на койке, а через 1 сутки после операции – подъем и передвижение в палате. Прием пищи осуществлялся на второй день после операции с соблюдением режима питания 4-5 раз в сутки, начиная с кефира, бульона, творога и приближением диеты к общему столу к началу 3 суток после операции, что по мнению И.М.Матяшина с соавторами (1977) способствует восстановлению перистальтики кишечника в ближайшие дни после операции. С целью коррекции энергетического обмена в мускулатуре кишечника и улучшения микроциркуляции в кишечной стенке (Н.И.Тимофеев, 1977; М.Р.Абдуллаев, 1981; В.Н.Мальцев, 1999; В.М.Тимербулатов с соавт., 1999) в послеоперационном периоде в течение 3-х суток назначались: внутривенно капельно физиологический раствор поваренной соли 400-800 мл, 5% раствор глюкозы 400-800мл, раствор Рингера 400-800мл (учитывая состояние сердечно-сосудистой системы больных), обезболивающие, антибиотики, антикоагулянты, витамины группы В, витамин С. У этой группы больных применен полибиолин 0,5г в 5 мл 0,5% раствора новокаина внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней. В первые дни после операции подкожно вводили прозерин 0,05% по 1мл 3 раза в сутки до появления четкой стабильной перистальтики. При наличии сопутствующих заболеваний, особенно у лиц пожилого и старческого возраста дополнительно назначались необходимые препараты. У 6 оперированных в первые 4-5 суток проводился более щадящий режим в связи с наличием цекоеюнального дренирования. После появления четкой перистальтики и удаления зонда дальнейшее лечение соответствовало общепринятому.

Из основной группы оперированных в раннем послеоперационном периоде умерли 6 больных (9,2%) в возрасте 30, 57, 63, 75, 76, 82 лет. У 59 больных этой группы послеоперационное течение было без осложнений и они выписаны в удовлетворительном состоянии.

С целью изучения отдаленных послеоперационных результатов больные обследованы через 6 месяцев, 1, 2 и 3 года. У 57,9% пациентов послеоперационные результаты были хорошие, у 17,5% - удовлетворительные и у 24,6% - неудовлетворительные.

Контрольная группа состояла из 52 больных, у которых по полу, возрасту, клиническому течению заболевания, осложнениям, и характеру оперативных вмешательств показатели были аналогичны таковым основной группы. Этим больным проводилось такое же лечение, как и в основной группе, за исключением применения полибиолоина. В этой группе оперированных в раннем послеоперационном периоде умерли 6 больных (11,5%) в возрасте 40, 68, 68, 70, 74 и 75 лет. Причинами летальных исходов были: острая сердечно-сосудистая недостаточность у 3-х острая сердечно-легочная недостаточность у 1 и тромбоз брыжеечных сосудов – у 2-х пациентов. У 46 больных контрольной группы послеоперационное течение было без осложнений и они выписаны в удовлетворительном состоянии.

В отдаленном послеоперационном периоде у контрольной группы лиц хорошие результаты отмечены у 17,7%, удовлетворительные – 44,6% и неудовлетворительные – у 37,7% обследованных.

Следовательно, у основной группы лиц выполнение висцеролиза с последующим применением полибиолоина предупредило рецидив спаечной болезни у 57,9% оперированных, т.е. результаты на 40,2% лучше, чем у контрольной группы лиц.

Выводы

1. Острая спаечная динамическая кишечная непроходимость, неподдающаяся консервативному лечению и с подозрением на спаечную механическую кишечную непроходимость является показанием к оперативному лечению в экстренном порядке.

2. Применение полибиолоина после операций по поводу острой кишечной непроходимости в определенной степени способствует профилактике спаечной болезни.

ПОКАЗАННЯ ДО ЕКСТРЕНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ДИНАМІЧНІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ НА ФОНІ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ

І.Є. Верхулецький, Є.І. Верхулецький

Реферат. Вивчено 117 хворих з динамічною кишковою непрохідністю на фоні спайкової хвороби, оперованих в екстреному порядку. Показанням до оперативного лікування в 113 хворих було безефективне консервативне лікування з підозрою на механічну непрохідність, а в 4-х пацієнтів при госпіталізації вже був перитоніт у результаті перфорації некротизованої ділянки кишкової петлі. З загальної кількості хворих 48 чоловік були у віці старше 60 років, а 36 хворих госпіталізовані через 1-4 доби з моменту захворювання, що несприятливо позначилося на результаті лікування 12 хворих, що вмерли через 12 годин – 6 днів після операції. Причинами летальних наслідків були гостра серцево-судинна недостатність у 5, гостра серцево-легенева недостатність – у 3, тромбоз судин брижі – у 2, тромбоемболія легеневої артерії – у 1 і гастроудоденальна кровотеча виразкової етіології – у 1 хворої. Усім хворим під час операції вироблявся висцеролиз, що доповнений резекцією сальника в 15, резекцією кишки – у 4, назогастроєюнальним зондуванням у 14 і цекосюнальним дрениванням у 12 оперованих. У післяопераційному періоді протягом 3 днів усім хворим проводилася інфузійна терапія, вводилися знеболюючі, антибіотики, антикоагулянти, вітаміни групи В, вітамін С. З метою більш вираженої профілактики спайкоутворення у основній групі (65 чоловік) поряд із проведенням лікування застосований полібіолін 0,5мл у 5мл 0,5% розчину новокаїну внутрим'язово 1 раз у добу протягом 10 днів. У віддаленому післяопераційному періоді гарні результати отримані в 57,9% основної групи пацієнтів і тільки в 17,7% контрольної групи пацієнтів, яким полібіолін не вводився.

Ключові слова: інтермітуюча форма спайкової хвороби, динамічна кишкова непрохідність, спаечная форма динамічної кишкової непрохідності, паралітична форма динамічної кишкової непрохідності, висцеролиз.

INDICATIONS TO SURGICAL TREATMENT IN DYNAMIC INTESTINAL OBSTRUCTION ON THE BACKGROUND OF PERITONEAL COMMISSURES

I.E. Verkhuletskiy, E.I. Verkhuletskiy

Abstract. 117 patients with dynamic intestinal obstruction on the background of peritoneal commissures that were operated emergently were studied. Inefficient conservative treatment with suspicion on mechanical obstruction was indication to surgical treatment of 113 patients. 4 patients during hospitalization have already got peritonitis as a result of necrotic area perforation of intestinal loop. 48 people were above 60, 36 patients were hospitalized in 1-4 days from the beginning of the disease that caused untoward effect for 12 patients that died in 12 hours - 6 days after operation. The causes of fatal outcome were acute cardiovascular collapse in 5 patients, acute cardiopulmonary decompensation in 3 ones, thrombosis of mesenteric vessels in 2 ones, pulmonary embolism in 1 patient, gastroduodenal bleeding of ulcerous etiology in 1 patient.

Viscerolysis was performed to all the patients during operation completed with omentum resection in 15 patients, intestine resection in 4 patients, nasogastrroduodenal intubation in 14 patients and cecal drainage in 12 patients. In postoperative period in 3 days infusion therapy, anesthetics, antibiotics, anticoagulants,

vitamins of B group, Vitamin C were performed to all the patients. To prevent commissures formation in the basic group of patients (65 people) Polibiolin 0.5 g in 5 ml 0.5% Novocain solution intramuscularly 1 time a day during 10 days was applied along with the treatment carried out. In distant postoperative period good results were reached in 57.9% of the basic group and only 17.7% of the test group whom Polibiolin was not introduced to.

Key words: intermittent peritoneal commissures, dynamic intestinal obstruction, spastic dynamic intestinal obstruction, paralytic dynamic intestinal obstruction, viscerolitis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев М.Р. – В кн.: «Материалы XIV съезда хирургов Украинской ССР (20-23 мая 1980 г.)» - Донецк, 1981, с.211-212.
2. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В. – Профилактика, лечение спаечной и динамической непроходимости кишечника методом назоинтестинального шинирования. – *Клін. хірургія*, 1994, 5, 45-46.
3. Арапов Л.А. – О спаечной болезни. – *Вестн. хир.*, 1969, 7, 85-88.
4. Аскерханов Р.П., Абдуллаев М.Р. – Особенности клиники и лечения послеоперационной спаечной непроходимости. – *Вестн. хир.*, 1986, 9, 125-129.
5. Блинов Н.И. – Спаечная болезнь, ее профилактика и лечение. – «Медицина», Ленинградское отделение, 1968, 168с.
6. Гузев А.И. – Выбор рационального объема оперативного пособия при спаечной непроходимости. – В кн.: «Абдоминальная спаечная болезнь». – Ленинград, 1977, с.86-89.
7. Кевеш Л.Е. – Возможности и значение рентгенологического исследования в диагностике так называемой абдоминальной спаечной болезни. – В кн.: «Абдоминальная спаечная болезнь». – Ленинград, 1977, с.53-55.
8. Клещевникова В.П., Меженин А.М. – О лечении и профилактике спаечной кишечной непроходимости. В кн.: «Абдоминальная спаечная болезнь». – Ленинград, 1977, с.66-68.
9. Коморовский Ю.Т., Корчинский И.Ю. – Спорные вопросы спаечной болезни брюшины в свете успехов и неудач оперативного лечения. – *Вестн. хир.*, 1969, 1, 89-84.
10. Мальцев В.Н. – Непроходимость кишечника. – *Проблемы медицины*, 1999, №9-10, 32-35.
11. Матяшин И.М., Балтайтис Ю.В., Триумфова Л.Н. – К проблеме спаечной болезни. В кн.: «Абдоминальная спаечная болезнь». – Ленинград, 1977, с.29-33.
12. Нечаев Э.А., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. – Дренирование тонкой кишки при ее непроходимости. /СПО, Росмедполис, 1993, 237 с.
13. Норенберг-Чарквиани А.Е. – Острая непроходимость кишечника. – Москва, «Медицина», 1969, 376 с.
14. Симонян К.С. – «Спаечная болезнь» - М., «Медицина», 1966, 276с.
15. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Артамонов С.В. – Научные итоги и перспективы Рязанского государственного медицинского университета. – Рязань, 2000, с.31-33.
16. Тимербулатов В.М., Хунафин С.Н., Гаттаров И.Х., Хулафин М.С. – Клиника и хирургическое лечение спаечной кишечной непроходимости. *Вест. хир.*, 1999, 6, 36-39.
17. Тимофеев Н.И. – Медикаментозная терапия послеоперационного пареза кишечника как профилактика ранней спаечной непроходимости. – В кн.: «Абдоминальная спаечная болезнь». – Ленинград, 1977, с.59-65.
18. Черенко М.П., Байков Я.П., Яцентюк М.Н., Игнатовский Ю.В., Шпита П.А., Сушко С.П. – Клиника, лечение и профилактика спаечной кишечной непроходимости. – *Клин.хирургия*, 1988, 2, 3-5.
19. Чухриенко Д.П. – Непроходимость кишечника. – Киев, 1958, 432 с.
20. Чухриенко Д.П., Белый И.С., Бондаренко В.А. – Спаечная болезнь. – Киев, «Здоров'я», 1972, 432 с.