Клинические признаки и причины возникновения симптомной

спаечной болезни брюшины

Бойко В.В., Сучков С.В., Евтушенко Д.А.

**Резюме**. Среди всех оперированных больных с кишечной непроходимостью спаечная непроходимость в последние десятилетия составляет от 30 до 40%. У 76% больных спаечный процесс развивается после операций, выполненных ниже поперечной ободочной кишки, у 14% - выше поперечной ободочной кишки, а в 14% случаев причиной спаечной непроходимости был перитонит. В развитии спаечной болезни брюшины ведущими факторами являются наличие сращений до начала вмешательства и степень выраженности гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. Возникновению ССББ способствуют нерациональный выбор тотальной интубации тонкой кишки и санации брюшной полости при ее гнойно-воспалительной патологии, в частности применение раствора перекиси водорода, обладающей повреждающим действием на мезотелий брюшины.

**Ключевые слова**: спаечная болезнь брюшины, симптомы спаечной болезни брюшины.

Clinical signs and cause of the symptoms adhesive disease of the peritoneum

Boyko V.V., Suchkov S.V., Yevtushenko D.A.

**Summary**. Among the operated patients with intestinal obstruction, adhesive obstruction in the past decade from 30 to 40%. In 76% of patients develop adhesions after surgery, you-complements below the transverse colon, 14% - higher than the transverse colon, and in 14% of cases the cause of adhesive obstruction was peritonitis. In the development of adhesive disease of the peritoneum leading factors are presence of adhesions prior to the intervention and severity of inflammatory processes in the abdominal cavity. The emergence of SADP promote irrational choice of total intubation of the small intestine and the rehabilitation of the abdominal cavity with its chronic inflammatory diseases, in particular the use of hydrogen peroxide solution with an at-vrezhdayuschim effect on the peritoneal mesothelium.

**Keywords**: adhesive disease of the peritoneum, the symptoms of adhesive disease of the peritoneum.

Среди всех оперированных больных с кишечной непроходимостью спаечная непроходимость в последние десятилетия составляет от 30 до 40% [3, 5, 11]. В целом у 76% больных спаечный процесс развивается после операций, выполненных ниже поперечной ободочной кишки, у 14% - выше поперечной ободочной кишки, а в 14% случаев причиной спаечной непроходимости был перитонит [6, 9].

Наиболее часто (до 64% случаев) выраженный спаечный процесс проявляется симптоматикой кишечной непроходимости после огнестрельных ранений брюшной полости, в то время как после обычных операций - от 3 до 8% [1, 8, 10]. Среди операций, приводящих впоследствии к спаечной непроходимости и спаечным внутрибрюшным сращениям, большинство авторов отмечают аппендэктомию - от 7 до 45% [2, 4, 7]. Вероятно, это связано с ее наибольшей распространенностью в абдоминальной хирургии.

**Материалы и методы**. Нами была изучена связь клинических проявлений спаечной болезни брюшины с патологией, по поводу которой производились оперативные вмешательства.

Болевой синдром наблюдался у 32 пациентов из 72 (44,4%), более чем у половины обследованных в отдалённом послеоперационном периоде он не наблюдался. При этом следует отметить, что у 17 из 32 (53,0%) он не был связан с приемом пищи, а у 8 (25,0%) - возникал не зависимо от ее характера.

Вторым фактором, провоцирующим болевой синдром у пациентов со спаечной болезнью брюшины, была физическая нагрузка. Установлено, что у 25,0% пациентов болевой синдром не возникал при физической нагрузке, а у остальных в равной степени возникал как в определённом положении тела, так и в любом. Боли при физической нагрузке в любом положении тела возникали у 9 пациентов (60,0%) из 15 оперированных по поводу спаечной ОНК и спаечной болезни брюшины, то есть у тех пациентов, у которых к моменту операции уже имелся спаечный процесс, который в послеоперационном периоде прогрессировал. В то же время остальные 12 пациентов были оперированы на фоне острого воспалительного процесса (перитонита в той или иной стадии) различной распространенности, что могло привести к ограниченному спаечному процессу. У 30 из 32 пациентов боли носили постоянный характер и только у 2 – наблюдались периодические приступы.

Вздутие живота после приема пищи отмечали 44 пациента из 72, причём только у 20 оно сочеталось с болевым синдромом и носило постоянный характер. У 24 метеоризм возникал не постоянно, только после приёма определённых продуктов.

Нарушение стула было отмечено у 87,5%. У 12 пациентов оно проявлялось запорами длительностью от 2-3 до 5 суток. При этом запоры были связаны с приемом растительной, молочной, жирной и жареной пищи у 8 пациентов, а у 4 они носили постоянный характер. Все эти пациенты были вынуждены постоянно пользоваться слабительными средствами. У 9 пациентов наблюдалась тенденция к поносам от 3 до 10 раз в сутки, которая была связана с приемом молочной, жирной и жареной пищи. У 7 пациентов отмечался неустойчивый стул с чередованием запоров в течение 2-3 дней и последующих поносов до 5 раз в сутки. Связи с приемом пищи все эти пациенты не отмечали.

Для анализа причин возникновения СББ нами были проанализированы условия выполнения оперативных вмешательств.

Ретроспективно были изучены протоколы оперативных вмешательств у пациентов группы сравнения в зависимости от степени выраженности симптоматики СББ в отдалённом периоде. При этом выделялись 3 подгруппы: А – отсутствия симптомов, Б – малые симптомы (только периодический метеоризм) и В – выраженная симптоматика, приведшая к инвалидизации.

С точки зрения возможности спайкообразования были изучены характер выпота в брюшной полости, наличие сращений, качество санации брюшной полости, вид и длительность интубации кишечника (как метод профилактики кишечной непроходимости в послеоперационном периоде).

В первую очередь был проанализирован тип перитонеальногоо экссудата (табл. 1).

Таблица 1

Вид перитонеального экссудата

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид перитонеального экссудата | Симптомокомплекс СББ | Всего |
| А | Б | В |
| Нет | 2 | 1 | 19 | 22 |
| Серозный | 9 | 1 | 5 | 15 |
| Серозно-гнойный | 0 | 4 | 7 | 11 |
| Геморрагический + кишечный | 6 | 2 | 0 | 8 |
| Серозно-гнойный + кишечный | 11 | 4 | 1 | 16 |
| Всего | 28 | 12 | 32 | 72 |

Как видно из таблицы 1, в 51,4% случаев экссудат брюшной полости носил серозный характер либо отсутствовал. Однако следует учесть, что 24 пациента были оперированы по поводу ОНК и СББ, при которых в ранние сроки экссудат либо отсутствует, либо имеет серозный характер. В таком случае из оставшихся 8 наблюдений симптомной СББ во всех случаях перитонеальный экссудат имел серозно-гнойный характер в одном случае с примесью кишечного содержимого. Из 12 пациентов с «малым» симптомокомплексом СББ только в 2 случаях экссудат отсутствовал или имел серозный характер. В остальных 10 имелся серозно-гнойный или геморрагический экссудат с примесью кишечного содержимого. В связи с этим была изучена распространённость вовлечения брюшины в гнойно-воспалительный процесс у 35 пациентов с признаками перитонита (табл. 2).

Таблица 2

Распространенность перитонита

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Распространенность перитонита | Симптомокомплекс СББ | Всего |
| А | Б | В |
| Одна область | 10 | 1 | 0 | 11 |
| 2 области | 5 | 3 | 2 | 10 |
| 3 области и более | 0 | 6 | 8 | 14 |
| Всего | 15 | 10 | 10 | 35 |

Второй фактор, способствующий развитию симптомной СББ – это наличие сращений в брюшной полости к моменту начала оперативного вмешательства. При ретроспективном количественном и качественном анализе спаечного процесса в брюшной полости к моменту начала оперативного вмешательства получены следующие данные (табл.3).

Таблица 3

Спаечный процесс в брюшной полости

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид спаечного процесса | Симптомокомплекс СББ | Всего |
| А | Б | В |
| Нет | 19 | 5 | 0 | 24 |
| Нежные наложения фибрина | 9 | 0 | 0 | 9 |
| Грубые наложения фибрина | 0 | 3 | 8 | 11 |
| Плоскостные нежные | 0 | 2 | 6 | 8 |
| Плоскостные грубые | 0 | 0 | 16 | 16 |
| Шнуровидные | 0 | 2 | 2 | 4 |
| Всего | 28 | 12 | 32 | 72 |

Как видно из таблицы, у всех пациентов с симптомной СББ к началу оперативного вмешательства имелись сращения в брюшной полости. У пациентов категории Б только в 33,3% случаях имелись нежные плоскостные или шнуровидные сращения. У 3 пациентов выявлены наложения фибрина. Только у 9 пациентов с отсутствием симптомов СББ в начале оперативного вмешательства имелись наложения фибрина. При изучении степени распространенности спаечного процесса получены следующие данные (табл.4).

Таблица 4

Распространенность спаечного процесса у пациентов группы сравнения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Распространенность спаечного процесса | Симптомокомплекс СББ | Всего |
| А | Б | В |
| Нет | 19 | 5 | 0 | 24 |
| Одна область | 8 | 4 | 0 | 12 |
| 2 области | 1 | 3 | 8 | 12 |
| 3 области и более |  |  | 24 | 24 |
| Всего | 28 | 12 | 32 | 72 |

Таким образом наши данные свидетельствуют, что в развитии спаечной болезни брюшины ведущими факторами являются наличие сращений до начала вмешательства и степень выраженности гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. Вместе с тем, эти факторы не всегда приводили к возникновению ССББ, в связи с чем нами были подвергнуты анализу некоторые этапы оперативного вмешательства, способные повлиять на развитие ССББ. Первым моментом мы считали выполнение санации брюшной полости при гнойно-воспалительных ее процессах или травме полого органа (табл. 5).

Таблица 5

Качество санации брюшной полости у пациентов группы сравнения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Санация брюшной полости  | Симптомокомплекс СББ | Всего |
| А | Б | В |
| Не проводилась | 13 | 6 | 24 | 43 |
| Раствор хлорида натрия 0,9% и/или фурациллина 0,02% | 5 | 4 | 1 | 10 |
| То же с добавлением перекиси водорода | 0 | 2 | 7 | 9 |
| Катионные антисептики | 10 | 0 | 0 | 10 |
| Всего | 28 | 12 | 32 | 72 |

Как видно из таблицы 5, пациентам у которых не возникла симптомная СББ в 13 случаях не проводилась санация брюшной полости (из-за отсутствия показаний), в 5 случаях была ограничена применением растворов фурациллина и/или хлорида натрия. При значительном загрязнении брюшной полости применялись растворы катионных антисептиков (мирамистина 0,01-0,05%) или декаметоксина 0,02% (Декасан). Из 32 пациентов со СББ 24 санация брюшной полости не проводилась из-за отсутствия показаний (оперативные вмешательства выполнялись на фоне «чистой» брюшной полости по поводу СББ и ОНК), у 7 санация брюшной полости включала применение в составе санирующего раствора перекиси водорода и у 1 только раствором фурацилина. Из 12 пациентов со СББ категории Б в 6 случаях санация брюшной полости не проводилась, в 4 использовались растворы хлорида натрия и фурацилина и у 2 в сочетании с перекисью водорода.

Следующим моментом, определяющим симптоматику СББ, по нашему мнению, является «шинирующий эффект» интубации кишечника. В связи с этим нами было проанализировано применение этого метода у пациентов группы сравнения (табл. 6).

Таблица 6

Применение интубации кишечника у пациентов группы сравнения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид интубации и ее длительность | Симптомокомплекс СББ | Всего |
| А | Б | В |
| Нет | 16 | 7 | 11 | 34 |
| Назоинтестинальная менее 5 суток | 3 | 4 | 10 | 17 |
| Назоинтестинальная 5 суток и более | 3 | 5 | 1 | 9 |
| Трансцекальная не полная |  |  | 5 | 5 |
| Трансцекальная тотальная\* | 6 |  | 1 | 7 |
| Всего | 28 | 16 | 28 | 72 |

\* - длительность интубации всегда более 5 суток

Как видно из таблицы 6, у пациентов с отсутствием признаков СББ в 16 случаях (57,1%) интубация кишечника не проводилась, у 9 ее длительность составляла более 5 суток (от 5 до 11) и только у 3 (10,7%) назоинтестинальный зонд удалялся ранее 5 суток, как правило на 3-и, после восстановления перистальтики.

 Пациентам с клиническими проявлениями СББ (категория В) в 11 случаях (34,3%) интубация кишечника не выполнялась, что сопоставимо с пациентами категории А. Поэтому была проведена ретроспективная оценка показаний к тотальной интубации тонкой кишки и ее реальное выполнение.

Согласно нашим наблюдениям у 24 пациентов имелся спаечный процесс в брюшной полости и еще у 35 перитонит различной распространенности. То есть показания к тотальной интубации тонкой кишки были абсолютными у 48 и относительными (локальный перитонит) еще у 12 пациентов (табл.7).

Таблица 7

Показания к тотальной интубации тонкой кишки и ее реальное

выполнение

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Показана тотальная интубация длительностью | Всего интубаций  |
| До 5 суток | Более 5 суток |
| Категория А | Показано | 4 | 14 | 18 |
| Выполнено | 3 | 14 | 17 |
| Категория Б | Показано | 2 | 5 | 7 |
| Выполнено | 4 | 1 | 5 |
| Категория В | Показано | 2 | 30 | 32 |
| Выполнено | 15 | 6 | 21 |
| Всего | Показано | 8 | 49 | 57 |
| Выполнено | 22 | 21 | 43 |

При рассмотрении результатов сравнения показаний и выполнения интубации тонкой кишки было установлено, что в категории А показания к интубации тонкой кишки в 18 случаях она была выполнена в 17 (94,4%). В категории Б интубация была показана в 7 случаях, а выполнена - в 5 (71,4%), но главное, что из 5 случаев необходимости в длительной (более 5 суток) интубации она была выполнена только у 1 и у 2 зонд был удален преждевременно (ранее 5 суток). У пациентов с симптомной СББ – категория В – тотальная интубация тонкой кишки была показана в 32 случаях, выполнена только в 21, при этом у 13 пациентов длительность или характер интубации были недостаточными (либо раннее удаление зонда, либо частичная интубация без достаточного висцеролиза). При показаниях к длительной (более 5 суток) интубации у 49 пациентов она была выполнена только у 21 (42,9%).

**Выводы.** В развитии спаечной болезни брюшины ведущими факторами являются наличие сращений до начала вмешательства и степень выраженности гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. Возникновению ССББ способствуют нерациональный выбор тотальной интубации тонкой кишки и санации брюшной полости при ее гнойно-воспалительной патологии, в частности применение раствора перекиси водорода, обладающей повреждающим действием на мезотелий брюшины.

Список литературы

1. Алиджанов Ф. Б. Острая кишечная непроходимость после резекции желудка и пилороразрушающих операций /Ф.Б. Алиджанов, М.X. Хаджибаев, В.В.Ступин // Хирургия. - 2006. - № 4. - С. 39 - 41.

2. Вансович В.Є., Котік Ю.М. Комплексне хірургічне лікування хворих на рецидивну спайкову кишкову непрохідність. // Українский Журнал Хірургії. - 2012. - № 1 (16). С. 48-52.

3. Дикий О. Г. Лікування та попередження гострої спайкової непрохідності тонкої кишки // Шпитальна хірургія. - 2004. - № 4. - С. 108 – 110.

4. Калицова М.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В. Интраоперационная тактика при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости. // Вестник хирургической гастроентерологии. - 2011. - № 3. - С. 115-116.

5. Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М., Избасаров Р.Ж., Лучкин А.Н. Возможности эндовидеохирургии в лечении больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. // Вестник хирургии - 2008. - С. 72-74.

6. Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф. Хирургические барьеры в профилактике послеоперационных спаек. // Башкирский государсивенный медицинский университет Росздрава, Уфа. Анналы хирургии. - 2008. - № 2. - С. 22-24.

7. Шурыгин С.Н., Дмитриев В.Б. Лечение спаечной болезни брюшной полости эндовидеохирургическим методом. // Эндоскопическая хирургия. - 2010. - № 6. - С. 40-41.

8. Attard J.A. Adhesive small bowel obstruction: epidemiology, biology and prevention / J.A. Attard, A.R. MacLean // Can. J. Surg. – 2007, – no. 4. – P. 291-300.

9. Kumar S., Wong P. F., Leaper D. J. Intra-peritoneal prophylactic agents for preventing adhesions and adhesive intestinal obstruction after nongynaecological abdominal surgery // Cochrane Database Syst. Rev.- 2009.- Vol. 21,1.-CD005080.

10. Masata J., Marta. A., Poislowa M. et al. A comparison of the incidence of early postoperative infections between patients using synthetic mesh and those undergoing traditional pelvic reconstructive surgical procedures. // Prague Med. Rep. - 2013. - Vol. 114 (2). - P. 81-91.

11. Robbins S.B., Pofahl W.E., Gonzalez R.P. Laparoscopic ventral hernia repair reduces wound complications. // Am Surg. - 2012. - Vol.67, №9. - P.896 - 900.