



В. В. Бойко,
И. В. Криворотько,
Е. М. Климова, И. А. Тарабан,
В. Г. Грома, И. И. Жиленко,
Т. И. Кордон, Д. А. Евтушенко,
Д. В. Минухин

Харьковский национальный
медицинский университет

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В.Т. Зайцева НАМН
Украины», г. Харьков

© Коллектив авторов

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Резюме. Количество больных острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) составляет 3,5 % общего числа хирургических больных в стационаре. За последние 20 лет частота возникновения ОСКН увеличилось в 1,9 раза. Рецидивы ОСКН после адгезиолизиса составляют 20,3–71,0 % больных. Прооперировано 92 пациента ОСКН, среди них 58 мужчин и 34 женщины. Улучшение результатов лечения этой группы больных заключается в уменьшении травматичности оперативного вмешательства, то есть предпочтение отдавать локальному висцеролизу и бережному отношению к тканям, при необходимости наложение обходного спаечные конгломераты межкишечного анастомоза, с целью профилактики спайкообразования использование барьерных средств.

Ключевые слова: острая спаечная кишечная непроходимость, локальный висцеролиз, профилактика спайкообразования.

Введение

Количество больных острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) составляет 3,5 % общего числа хирургических больных в стационаре. За последние 20 лет частота возникновения ОСКН увеличилось в 1,9 раза.

По данным Международного общества изучения спаек (International Adhesion Society) послеоперационный спаечный процесс в брюшной полости является самым частым осложнением абдоминальных хирургических вмешательств. По поводу спаечной болезни ежегодно в хирургических отделениях лечится 1 % прооперированных ранее больных, у 50 % из которых развивается острая кишечная непроходимость с послеоперационной летальностью от 10 до 15 % [1, 4].

По данным литературы, у 55–70 % пациентов, после абдоминального хирургического вмешательства развивается спаечный процесс в брюшной полости, приводящий к такому грозному осложнению, как острая спаечная кишечная непроходимость. Рецидивы ОСКН после адгезиолизиса составляют 20,3–71,0 % больных. Послеоперационная летальность у больных ОСКН колеблется в пределах от 13 до 60 % [2, 3, 5].

Острая спаечная кишечная непроходимость разрешается у 52,0–69,8 % больных путем консервативного лечения. При хирургическом лечении ОСКН сохраняется угроза рецидива спаечной болезни брюшины и ОСКН [4].

К настоящему времени до конца не решен вопрос этиопатогенеза спайкообразования, отсутствуют эффективные средства профилактики возникновения спаек, в связи, с чем

отсутствуют стандартные подходы к лечению ОСКН.

Цель

Изучить результаты лечения больных ОСКН в отдаленном периоде в зависимости от объема висцеролиза.

Материалы и методы исследований

Прооперировано 92 пациента ОСКН, среди них 58 мужчин и 34 женщины. Впервые госпитализировано в связи с ОСКН 22,1 % больных, во второй — 23,8 %, 51,9 % — больные, госпитализированные более двух раз. У 87 (58 %) больных в анамнезе более 1 лапаротомии.

Оперативное лечение выполнялось в случаях неэффективности консервативной терапии. Изучены результаты следующих видов оперативного лечения ОСКН: тотальный висцеролиз выполнено 95 (63,3 %) больным, частичный висцеролиз — 52 (34,7 %) больным, из них 13 (14,1 %) — дополнительно наложен обходной спаечные конгломераты межкишечный анастомоз в связи с невозможностью разъединения спаечного конгломерата.

При выявлении в брюшной полости выраженного спаечного процесса и конгломерата из воспаленных и инфильтрованных кишечных петель, локализованных на уровне средних отделов тонкой кишки, тотальный висцеролиз было выполнить невозможно. Поэтому после локального висцеролиза тонкой кишки на протяжении 1 м от связки Трейца мобилизовали участок тонкой кишки выше инфильтрата на 15 см. Выделяли на поперечноободочной кишке участок 4 см и накладывали

еюнотрансверзоанастомоз бок в бок на уровне с использованием линейного сшивающего аппарата, таким образом, чтобы тонкая кишка располагалась вдоль оси поперечноободочной кишки. Тонкую кишку до анастомоза интубировали трансназальным зондом. После интубации кишки зону анастомоза дополнительно укрывают пластиной Тахокомба узловыми викриловыми швами с целью изоляции ее от брюшины (Пат. Украины № 76766).

При анализе результатов оперативного лечения ОСКН в оценке распространенности спаечного процесса мы использовали разработанную нами классификацию:

I ст. — местные изменения — спаечные сращения (СС) на одном участке или сегменте органа;

II ст. — регионарные изменения — в процесс вовлечены смежные органы в пределах одного этажа;

III ст. — распространенные изменения — распространение СС в пределах двух этажей брюшной полости;

IV ст. — тотальные изменения — СС выявляются по всей брюшной полости. Чаще всего встречались больные с II и III степенями распространения СС.

■ Степень распространенности спаек ■ I ■ II ■ III ■ IV ■ Всего

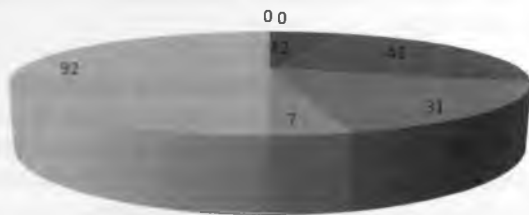


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от распространения спаек

Отдаленные результаты лечения больных ОСКН проанализированы в сроки до 5 лет.

Материалом для исследования служила суточная моча пациентов. Особенности системного метаболизма матрикса соединительной ткани определяли по уровню уроновых кислот и гексоз в суточной моче по методу Д. В. Косягина (1988). Определение общего оксипролина мочи проводили колориметрическим методом по Н. В. Stegmann.

Результаты исследований и их обсуждение

В отдаленном послеоперационном периоде рецидив ОСКН возник у 29 (19,3%) больных. Консервативными мероприятиями удалось разрешить ОСКН у 15 (10 %) пациентов. Проперировано 14 (9,3 %) человек повторно в связи с ОСКН.

Рецидив ОСКН в течение первого года после первой операции наблюдался у 16 (55,2 %) больных, в течение второго года — у 8 (27,6 %), в период 3–5 лет — у 5 (17,2 %).

У 54 больных с I и II ст. распространенности спаечных сращений выполняли тотальный висцеролиз. Рецидив ОСКН в отдаленном послеоперационном периоде осложнился у 15 (16,3 %) больных. Локальный висцеролиз применялся при III и IV ст. распространенности спаечных сращений, 13 больным дополнительно наложен обходной спаечные конгломераты межкишечный анастомоз в связи с невозможностью разъединения спаечного конгломерата. Отдаленный послеоперационный период осложнился ОСКН у 9 (9,8 %) больных.

Таблица

Содержание оксипролина и уроновых кислот в суточной моче пациентов, оперированных по абдоминальной патологии

Показатели	Референтные значения	Основная группа	Группа сравнения
Оксипролин, мг/сутки	8,2±0,57	15,3±1,22	40,4±3,23
Уроновые кислоты, мг/сутки	5,0±0,35	4,5±0,4	2,1±0,06

В основной группе больных, где применялся локальный висцеролиз, накладывался обходной спаечные конгломераты межкишечный анастомоз, концентрация оксипролина в суточной моче была повышенной и соответствовала 15,3±1,22 мг/сутки, а в группе сравнения — 40,4±3,23 мг/сутки, при контрольной величине 8,2±0,57 мг/сутки. Уровень уроновых кислот более чем в два раза превышал показатели группы сравнения, хотя оба значения были в пределах референтных показателей.

Из полученных данных видно, что при III и IV ст. распространенности спаечных сращений отдаленные результаты локального висцеролиза лучше чем тотального, что подтверждается меньшим уровнем показателя соединительнотканного метаболита — оксипролина, концентрация которого вдвое превышала контрольные значения (15,3±1,22 мг/сутки).

Таким образом, спаечный процесс локализуется в зоне оперативного вмешательства. После urgentных оперативных вмешательств в связи с ОСКН у 19,3 % больных наблюдался рецидив ОСКН. Положительный результат консервативного лечения ОСКН не дает уверенности в отсутствии вероятности рецидива ОСКН. Основной причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения является рецидив спаечной болезни брюшины. Улучшение результатов лечения этой группы больных заключается в уменьшении травматичности оперативного вмешательства, то есть предпочтение надо отдавать локальному

висцеролизу и бережному отношению к тканям, при необходимости наложение обходного спаечные конгломераты межкишечного анастомоза, а также с целью профилактики

спайкообразования использовать барьерные средства, что подтверждается меньшей концентрацией оксипролина в суточной моче равной $15,3 \pm 1,22$ мг/сутки в отличие от группы сравнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А. А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А. А. Воробьев, А. Г. Бебуришвили // — Волгоград: Государственное учреждение «Издатель», 2001. — 240 с.
2. Гушул А. В. Современные барьерные средства для профилактики образования послеоперационных спаек брюшной полости / А. В. Гушул, Е. А. Минаева // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. — Волгоград. — 2007. — С. 72.
3. Липатов В. А. Спаечная болезнь брюшины как полиэтиологическое мультифакториальное заболевание / В. А. Липатов, А. Д. Мясников // Сборник материалов Российской научной конференции с международным участием «Медико-биологические аспекты мультифакториальной патологии». В 2-х томах. — Курск : КГМУ, 2006. — Том 1. — С. 324 — 329.
4. Adhesions: pathogenesis and prevention — panel discussion and summary / L. Holmdahl, B. Risberg, D. E. Beck [et al.] // Eur. J. Surg. — 1997. — № 577. — P.56–62.
5. Boys F. The prophylaxis of peritoneal adhesions. / F. Boys // Br. J. Surg. — 2002. — Vol. 89, № 1. — P. 50–56.

АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

**В. В. Бойко,
І. В. Криворотко,
О. М. Клімова, І. А. Тарабан,
В. Г. Грома, І. І. Жиленко,
Т. І. Кордон,
Д. О. Євтушенко,
Д. В. Мінухін**

Резюме. Кількість хворих гострою спайковою кишковою непрохідністю (ГСКН) становить 3,5 % загального числа хірургічних хворих у стаціонарі. За останні 20 років частота виникнення ГСКН збільшилося в 1,9 разу. Рецидиви ГСКН після адгезіолізіса становлять 20,3–71,0 % хворих. Оперовані 92 пацієнти ГСКН, серед них 58 чоловіків і 34 жінки. Поліпшення результатів лікування цієї групи хворих полягає в зменшенні травматичності оперативного втручання, тобто перевагу віддавати локальному вісцеролізу і дбайливому відношенню до тканин, при необхідності накладення обхідного спайкові конгломерати міжкишкового анастомозу, з метою профілактики спайкоутворення використання бар'єрних засобів.

Ключові слова: гостра спайкова кишкова непрохідність, локальний вісцероліз, профілактика спайкоутворення.

ANALYSIS OF THE TREATMENT OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

**V. V. Boyko, I. V. Krivorotko,
E. M. Klimova, I. A. Taraban,
V. G. Groma, I. I. Zhilenko,
T. I. Cordon,
D. A. Yevtushenko,
D. B. Minuhin**

Summary. The number of patients with acute adhesive intestinal obstruction (AAIO) is 3.5 % of the total number of surgical patients in the hospital. Over the last 20 years the incidence of AAIO increased 1.9 times. Relapses AAIO after adhesiolysis is 20.3– 71.0 % of patients. AAIO operated on 92 patients, including 58 men and 34 women. Improve treatment outcomes in this group of patients is on the one hand to reduce the trauma of surgery, that is, give preference to local viscerolysis and respect to the tissues, if necessary, the imposition of a bypass adhesions conglomerates intestinal anastomosis, for the prevention of adhesions using barrier methods.

Key words: acute adhesive intestinal obstruction, local viscerolysis, prevention of adhesions.