

М.У.ЖУЛОВЧИНОВ, К.Е. БИЛЬДЕБАЕВ, А.Г. ДЁ
 Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова.
 Кафедра Интернатуры и Резидентуры по хирургии.
 Зав. кафедрой профессор Б.Б. Баймаханов

СИНДРОМ ЧАСТИЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ СПАЕЧНОЙ И ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В статье рассмотрен метод двойного контрастирования. Данный метод позволил не только доказать правомочность синдрома частичного илеуса, но и объективизировать лечебную тактику: срочное оперативное вмешательство при полном нарушении пассажа меток и жидкого бария и выжидательная позиция при сохраненном пассаже контрастной массы.

Ключевые слова: Спаечная болезнь, острая кишечная непроходимость, спаечная кишечная непроходимость, метод контрастной метки.

Актуальность темы: Наиболее сложным во всей проблеме ОКН является вопрос выбора оптимальной лечебной тактики, причём как по принципиальным положениям (консервативное лечение или срочное оперативное вмешательство), так и по срокам предпринимаемого лечения: сразу ли выставлять показания к лапаротомии или предварительно отдать предпочтение консервативным средствам разрешить непроходимость.

Цель исследования: Доказать правомочность синдрома частичной кишечной непроходимости с помощью диагностических приёмов и оптимизировать лечебную тактику, достоверно улучшающих непосредственные исходы лечения у больных спаечной кишечной непроходимостью.

Задачи исследования: Диагноз частичной кишечной непроходимости должен быть подтверждён рентгенологическим методом двойного контрастирования. Он предусматривает сочетанное применение контрастных меток и 50-70 мл.бариевой взвеси. Выявленное контрастирование барием толстой кишки в достаточном объёме, при одновременном группировании меток свидетельствует о синдроме частичного илеуса. Построение лечебной тактики спаечной непроходимости необходимо увязывать с состоянием кишечного пассажа и тяжестью его нарушений. В случае сохранённого пассажа меток показано консервативная терапия и динамическое наблюдение за больным. Выявленный полный кишечный стаз, а также прогрессирующее нарушение кишечного пассажа являются показанием к неотложной лапаротомии. Отсутствие эффекта от консервативных мероприятий в условиях доказанного рентгенологически кишечного стаза в течении 10-12 часов, даже при удовлетворительном состоянии больного, является абсолютным показанием к срочному оперативному вмешательству.

Материалы и методы исследования:Для выявления различий между спаечной ОКН и спаечной болезнью мы исследовали две группы больных: 1 группа - 266 больных, страдающих спаечной ОКН, 2 группа - 367 больных со спаечной болезнью. В 1 группе больных причиной непроходимости в 15% случаев явилось опухолевое поражение толстой кишки. Было установлено, что предшествующие оперативные вмешательства в обеих группах носили одинаковый характер: многократные лапаротомии в 1 группе были выполнены в среднем 1,27 раза, во 2 группе - 1,46 раза (диаграмма 1). Во 2 группе женщин было значительно больше (диаграмма 2). Длительность приступа до госпитализации была одинакова - 1,6 суток. Оба процесса характеризовались единым симптомокомплексом, хотя частота симптомов не совпала: тяжесть кишечного стаза всегда оказывалась интенсивней при спаечном илеусе. Это подтверждалось и рентгенологически: симптомы внутрикишечной гипертензии и кишечного стаза достоверно реже имели место при спаечной болезни.

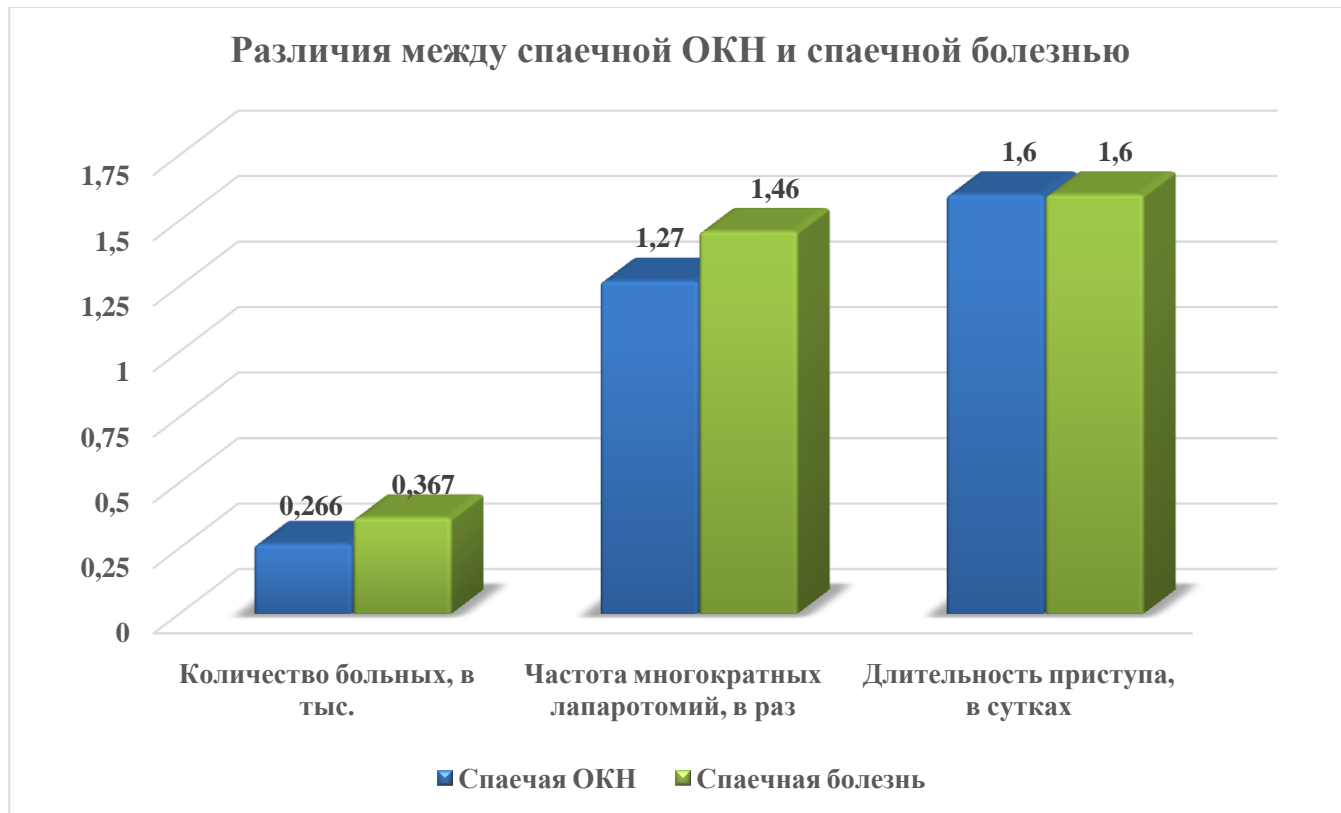


Диаграмма 1 – Различия между спаечной ОКН и спаечной болезнью

Различия по гендерному признаку



Диаграмма 2 – Различия по гендерному признаку

Решение многих практических вопросов спаечного синдрома затруднено, поскольку некоторые теоретические положения проблемы остаются спорными. До настоящего времени нет однозначного объяснения, почему в одном случае единственная спайка является причиной острой кишечной непроходимости [ОКН], а в другом – массивный спаечный процесс брюшины оказывается неожиданной операционной находкой. Определение сути спаечной болезни в литературе неоднозначно [1.4.6.7]. Спаечный синдром следует рассматривать с позиций состояния кишечного пассажа: бессимптомного клинического проявления при отсутствии механического препятствия, частичного нарушения (перемежающая форма) и острого, при полном кишечном стазе. Анализ сравниваемых двух групп больных со спаечным синдромом с целью выяснения некоторых закономерностей развития спаечной болезни или спаечной кишечной непроходимости свидетельствуют, что спаечный синдром клинически развивается чаще в случаях более грубых морфологических изменений. При преимущественной локализации спаечного процесса в нижнем этаже брюшной полости и что он свойственен перенесённым в прошлом деструктивным оперативным вмешательствам. Спаечная болезнь – это патологическое состояние, обусловленное, скорее всего, нарушением кишечного пассажа в результате частичной кишечной непроходимости.

Спаечная кишечная непроходимость наиболее трудна для диагностики из-за преобладания при ней обтурационных форм, сглаженности клинических проявлений, часто неполной закупорки просвета кишки, т.е. частичного сохраненного пассажа. Рентгенологический метод с пероральным приемом бариевой взвеси значительно облегчает диагностику, однако это исследование требует больших трудозатрат, интерпретация же данных нередко сложна из-за полипозиционных наслоений кишечных петель, частичной эвакуации бария в толстую кишку и прочее. «Слабым» местом в проблеме ОКН, отрицательно сказывающимся на исходах, являются диагностические ошибки, причём допускаемые в хирургическом стационаре. Именно на постановку диагноза непроходимости тратится много времени. Очевидно, что не только поэтому оправданы, но и необходимы дополнительные разработки по усовершенствованию диагностических приёмов. Выбор лечебной тактики зависит от многих факторов: состояния гомеостаза, тяжести локальных изменений патологического очага, интенсивности развития самого заболевания, т.е. от чёткого представления в целом процесса и ожидаемого его прогноза. Естественно, любая неуверенность и в первую очередь в самом диагнозе, отражается и на выбираемой лечебной тактике. Лечебная тактика при острой кишечной непроходимости сопровождается обязательной консервативной терапией, как предварительной, позволяющей и дифференцировать динамические формы непроходимости и ликвидировать некоторые виды механического илеуса. В основе кишечной непроходимости, как известно лежит прекращение пассажа кишечного содержимого или по причине нарушения моторики (парезы и параличи) или в результате появившейся преграды на пути движения содержимого. Поэтому, в основе диагностики кишечной непроходимости лежит в первую очередь констатация препятствия, ибо нет последнего – нет сути заболевания. К сожалению, такая постановка диагностической задачи в статьях и монографиях по кишечной непроходимости не просматривается. Поэтому мы не можем согласиться с мнениями В.П. Петрова и И.А. Ерюхина [11], что «задача диагностического процесса не может быть сведена к подтверждению или исключению острого нарушения пассажа по кишечнику. В ходе обследования должен быть решён ряд вопросов по форме ОКН, выраженности признаков ОКН, установление ведущих нарушений общеклинического статуса больного и пр.». Без сомнения, эти пункты важны, но их решение не должно быть в ущерб временному фактору уже после констатации, например, полной кишечной непроходимости. Реальность же этой опасности подтверждается хотя бы подчёркиваемой многими исследованиями неоправданно длительной консервативной терапии и желанием до операции получить детальную информацию о характере непроходимости [9,10]. Варибельность же симптомов и развития спаечного илеуса обусловлена характером возникшего препятствия, т.е. формируется оно по странгуляционному или обтурационному типу.

В результате сравнения установлено: а) оба патологических состояния развиваются на почве спаечного процесса после лапаротомии; б) для них характерно острое начало в виде приступа; в) в обоих случаях провоцирующим фактором является погрешность в приеме пищи; г) их объединяет единый синдром, причём клинически и рентгенологически симптомокомплекс имеет единый генез – нарушение пассажа и внутрикишечная гипертензия. Указанные факты позволили сделать вывод о том, что патологический синдром, именуемый спаечной болезнью, есть ничто иное, как состояние с частично нарушенным кишечным пассажем.

В эксперименте установлено, что сужение кишки до 50% ее сечения не сопровождается клиническими проявлениями. Симптомы медленно развивающегося кишечного стаза проявляются лишь при сужении кишки в пределах 70 - 80%. При большем сужении течение процесса соответствует острому илеусу.

Ряд исследователей [2.3.5.8] весьма сдержанно относятся к признанию синдрома частичной кишечной непроходимости, что можно объяснить отсутствием объективных методов оценки кишечного пассажа.

Вывод: Применяв метод рентгенконтрастных меток, в ряде случаев мы выявили их группирование у места препятствия при весьма неотчетливых клинических симптомах непроходимости (рисунки 1,2,3).



Рисунок 1 - Обзорный снимок брюшной полости. Множественные горизонтальные уровни



Рисунок 2 - Рентгенконтрастное исследование с пероральным приемом бариевой взвеси через 8 часов, которое выполнило восходящий и другие отделы толстой кишки. Непроходимость в тонкой кишке исключена



Рисунок 3 - Обзорная рентгенограмма брюшной полости. Метод «контрастной метки». Контрастные метки сгруппировались после попадания в толстую кишку

Дополнительное пероральное назначение 50 мл жидкой бариевой взвеси таким больным при рентгеновском контроле, проводимом в динамике, выявляло ее прохождение в толстую кишку при сгруппированных в том же месте метках.

Таким образом, установленный факт сохраненного пассажа жидкого содержимого при стазе плотных веществ в местах наибольшей деформации кишки и является сущностью частичной кишечной непроходимости. При спаечном процессе мы наблюдали случаи восстановления пассажа контрастных меток через 2-3 суток их группирования и полного разрешения илеуса. Для опухолей правой половины толстой кишки характерным оказалось медленное нарастание симптомов кишечного стаза и непроходимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алиев М.А., Шальков Ю.Л. Хирургия острой кишечной непроходимости. – Алматы: Білім. - 1996. - 256 с.
- 2 Аминев А.М. К этиологии и патогенезу склеивающего воспаления брюшины // Новый хирургический архив. - 1939. - Т.45. - №2. - С. 130-139.
- 3 Земляной А.Г. Спайки и спаечная болезнь брюшной полости // Труды ЛСГМИ; Абдоминальная спаечная болезнь. - Л.: 1977. - Т.117. - С. 33-36.
- 4 Блинов Н.И. Спаечная болезнь, профилактика и лечение. - Л.: Медицина, 1968. – 168 с.
- 5 Блинов Н.И., Храмов Б.М. Неотложная хирургия. - Л.: Медицина, 1970. – 214 с.
- 6 Дубяга А.И. Спайки брюшной полости или спаечная болезнь // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1987. - №8. - С. 50-53.
- 7 Женчевский Р.А. Послеоперационный спаечный процесс брюшной полости, его профилактика и лечение: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1965. – 147 с.
- 8 Шальков Ю.Л., Жуловчинов М.У. Острая кишечная непроходимость – научные и практические аспекты. – Харьков: Коллегиум, 2013. – 182 с.
- 9 Напалков П.Н. Спорное во взглядах на абдоминальную болезнь // Вестник хирургии. - 1977. - №1. – С. 38-42.
- 10 Арапов Д.А. О спаечной болезни // Вестник хирургии. – 1969. -№1. – С. 85-88.
- 11 Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость // Рук. для врачей – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 1999. – С. 443-448.

М.У.ЖУЛОВЧИНОВ, К.Е. БИЛЬДЕБАЕВ, А.Г. ДЁ.

ЖАБЫСПАЛЫ ЖӘНЕ ОБТУРАЦИЯЛЫҚ ІШЕК ӨТІМСІЗДІК КЕЗІНДЕГІ БӨЛІКТІК ІШЕК ӨТІМСІЗДІК СИНДРОМЫ

Түйін: Жартылай илеус синдромы барысында қолданатын қосарланған контрасты зерттеу тек емдеу әдісін белсендірумен қатар шұғыл операциялық емді дер кезінде жасауға мүмкіндік береді. Себебі барий қойыртпағының іркілісін уақытында анықтайды.

Түйінді сөздер: Жабыспа ауруы, жедел ішек өтімсіздігі, жабыспалы ішек өтімсіздігі, контрастен белгілеу әдісі.

M.U.ZHULOVCHINOV, K.E. BILDEBAYEV, A.G. DYU

PART-INTESTINAL OBSTRUCTION SYNDROME IN THE COMMISSURAL AND OBSTRUCTIVE ILEUS

Resume: Double contrast method allows not only to prove the validity of the syndrome of partial ileus, but also to objectify treatment policy: urgent surgery with full abuse passage of marks and liquid barium and expectant management with saved passage of contrast mass.

Keywords: Commissural disease, acute intestinal obstruction, commissural intestinal obstruction, contrast marks method.