



Современные технологии в диагностике и лечении спаечной тонкокишечной непроходимости

К.М. Курбонов, Б.Н. Джонов

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе проанализированы результаты применения современной технологии в диагностике и лечении 37 пациентов со спаечной тонкокишечной непроходимостью. В раннем послеоперационном периоде осложнение в виде нагноения зоны троакаров наблюдалось в 3 случаях. Летальных исходов не было. Авторы пришли к заключению, что видеолaparоскопический адгезиолизис является малотравматичным вмешательством, он уменьшает площадь операционной травмы брюшины и препятствует развитию рецидива заболевания.

Ключевые слова: видеолaparоскопия, адгезиолизис, ультразвуковое исследование, спаечная тонкокишечная непроходимость

Введение. Среди неотложной хирургической патологии органов брюшной полости, острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТН) является одной из актуальных проблем и трудным для диагностики заболеванием, которое отличается своеобразным тяжёлым течением и даёт высокие цифры летальности, достигающей 17-21% [1,2]. Изучая послеоперационную летальность при ОСТН, многие авторы установили, что поздняя обращаемость больных и поздняя диагностика являлись причиной неблагоприятных исходов в 36,9%, в то время, как диагностические ошибки и, как следствие, запоздалая операция, явились причиной смерти в 49,2% случаев, а тактико-технические ошибки хирурга во время операции – в 13,8% [2,3,5]. Стёртость клинических проявлений и отсутствие выраженных рентгенологических симптомов приводят к поздней диагностике заболевания и выполнению операции в худших для пациента условиях.

Прогресс науки в медицине, развитие и внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения ОСТН, требуют не только констатации факта кишечной непроходимости, но и информации об этиологии нарушения пассажа по кишечнику, уровне непроходимости, а также о наличии степени нарушения кровоснабжения восходящей кишки. С этой целью при ОСТН применяют современные технологии, в частности, эндоскопическое исследование, лапароскопию на ранних этапах заболевания. УЗИ также является более информативным и безопасным методом по сравнению с рентгенографией. Данный метод позволяет повысить качество диагностики и сократить время наблюдения у больных с ОСТН, а в ряде случаев обеспечивает возможность определения места безопасной

пункции передней брюшной стенки в условиях спаечного процесса, тем самым, способствуя показанию к проведению видеолaparоскопии [1,2,6].

Цель исследования: оптимизация методов ранней диагностики и хирургического лечения больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью.

Материал и методы. Объектом для исследования послужил опыт комплексной диагностики и хирургического лечения 37 пациентов с ОСТН. Возраст больных варьировал от 18 до 64 лет. Мужчин было 17 (45,9%), женщин – 20 (54,1%). Причиной образования спаечного процесса в брюшной полости явились ранее перенесённые открытые оперативные вмешательства. При этом установлено, что 18 пациентов перенесли одну операцию на органах брюшной полости, 14 – две, а у 5 больных в анамнезе имелось 3 операции. Среди ранее перенесённых оперативных вмешательств наиболее часто встречались аппендэктомия у (n=21) и гинекологические операции у (n=12), 4 больных были прооперированы по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Для полноценной диагностики ОСТН больным проводили клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие УЗИ, рентгенологическое исследование, лапароскопию и фибродуоденоскопию.

Результаты и их обсуждение. Общепринятым и наиболее доступным методом диагностики ОСТН является рентгенологическое исследование. Обзорное рентгенологическое исследование выполнено всем 37 пациентам с подозрением на ОСТН. При этом диагноз ОСТН подтверждён у 26 пациентов, из



них – у 8 больных первичное рентгенологическое исследование не позволило однозначно ответить на вопрос – есть ли тонкокишечная непроходимость, и только повторное исследование позволило верифицировать диагноз у этих больных.

УЗИ выполнено всем 37 пациентам. Констатировать наличие ОСТН удалось в 35 случаях. При УЗИ визуализировались расширенные петли тонкой кишки, заполненные жидким содержимым. Именно это явилось одним из основных признаков ОСТН. Диаметр расширенных петель варьировал от 17 до 62 мм и в среднем составил $42,3 \pm 9,3$ мм. Прослеживалась определённая тенденция к увеличению диаметра тонкой кишки с течением времени – максимальный диаметр ($52,1 \pm 5,1$ мм) отмечен у больных со сроком 36 - 48 часов, а минимальный ($40,2 \pm 4,6$ мм) – через 12 - 24 часов. Наряду с этим измеряли диаметр тонкой кишки, заполненной жидким содержимым, изучали структуру её стенки. Отмечали толщину стенки, её однородность, наличие или отсутствие складок слизистой, их величину и выраженность.

В среднем толщина стенки у больных с ОСТН составила $4,1 \pm 1,2$ мм. Наблюдалась достоверная зависимость толщины стенки от формы тонкокишечной непроходимости. При странгуляционной форме этот показатель равнялся $4,6 \pm 1,2$ мм, а при обтурационной – $3,96 \pm 0,7$ мм ($p < 0,05$), в зависимости от увеличения сроков заболевания толщина стенки кишки постепенно увеличивается. Так, у пациентов с длительностью заболевания до 24 часов с ОСТН толщина стенки кишки в среднем составила $3,46 \pm 1,2$ мм, от 24 до 36 часов – $4,2 \pm 1,3$ мм, а более 36 часов – уже $4,6 \pm 1,5$ мм. Наличие спаек оценивали у всех 37 пациентов с ОСТН. Особое значение при этом придавали обнаружению и выявлению висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных сращений и выявлению «акустических окон» для выбора места введения первого троакара при видеолапароскопии.

Под термином «акустическое окно» понимаем участки передней брюшной стенки, свободные от висцеро-париетальных сращений, определение которых необходимо для безопасной пункции брюшной полости при лапароскопии. Ультразвуковыми признаками «акустического окна» были максимальная подвижность висцерального и париетального листков брюшины, превышающая 30 мм, удалённость от послеоперационных рубцов и места перехода диаметра кишечных петель, отсутствие вблизи зоны прокола конгломератов петель, фиксированных между собой висцеро-висцеральными сращениями.

Наличие «акустических окон» определялось у 24 пациентов из 35, что позволило выполнить у них видеолапароскопическую диагностику и в последующем подвергнуть адгезиолизису 20 больных. Осложнений не было отмечено ни в одном случае.

Для диагностики и лечения ОСТН в начальных её стадиях у 12 пациентов эффективно использовали фибродуоденоскопию с назоинтестинальной декомпрессией (ФДНИД), это патогенетически обоснованный метод терапии, ставящий своей целью декомпрессию проксимальных отделов тонкой кишки, задачами которого является диагностика непроходимости, разрешение её или подготовка больного к оперативному вмешательству и лечение синдрома энтеральной недостаточности в послеоперационном периоде. У 7 из 9 пациентов при фибродуоденоскопии установили наличие тонкокишечного содержимого в просвете желудка и двенадцатиперстной кишке с явлением пареза привратника, что косвенно свидетельствовало о наличии непроходимости. Во всех случаях выполняли интубацию тонкой кишки по струне-проводнику, проведённому в начальные отделы тонкой кишки, по биопсийному каналу гастродуоденоскопа. После завершения назодуоденоинтестинальной интубации проводилась активная аспирация содержимого. Следует отметить, что для ранней диагностики ОСТН у 8 пациентов применялась лапароскопия. Задачами её являлись: установление факта кишечной непроходимости; оценка состояния других органов брюшной полости при проведении дифференциальной диагностики; определение уровня непроходимости, оценка состояния кишки; оценка степени распространённости и выраженности спаечного процесса в брюшной полости с целью возможности проведения лапароскопического адгезиолизиса. Видеолапароскопическое исследование выполняли строго после проведения УЗИ и выявления «акустических зон».

После фактического установления ОСТН больным выполняли различные по характеру методы оперативных вмешательств (табл.).

При лечении ОСТН у 8 пациентов выполняли ФДНИД в сочетании с видеолапароскопическим адгезиолизисом были получены хорошие результаты.

У 12 пациентов при выполнении видеолапароскопического адгезиолизиса столкнулись с непреодолимыми техническими трудностями. Прочные плоскостные спайки не поддавались лизису эндоскопическими инструментами, а попытки отделить петли тонкой кишки вместе с прилегающей париетальной брюшиной и с рубцовыми тканями не увенчались успехом. Выполнив минилапаротомию в проекции интимных висцеро-париетальных сращений, в пяти случаях нам удалось закончить операцию малоинвазивным способом в сочетании с ФДНИД.

При наличии массивных спаечных процессов в брюшной полости, а также некрозе тонкой кишки, у 17 пациентов прибегали к традиционным методам хирургического лечения ОСТН.



ТАБЛИЦА. ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Характер оперативных вмешательств	Кол-во	%
Лапаротомия + резекция тонкой кишки с энтеро-энтероанастомозом. Назоинтестинальная интубация тонкой кишки	9	24,4
Лапаротомия + рассечение спаек. Дренирование тонкой кишки и брюшной полости	8	21,6
Видеолапароскопический адгезиолизис + ФДНИД, дренирование брюшной полости	8	21,6
Комбинированная видеолапароскопия с минидоступным адгезиолизисом	7	18,9
Комбинированная видеолапароскопия с минидоступом и ФДНИД	5	13,5
Всего	37	100

Примечание: ФДНИД – фибродуоденоскопия с назоинтестинальной декомпрессией

После выполнения видеолапароскопических вмешательств в раннем послеоперационном периоде в 3 случаях наблюдались осложнения в виде нагноения зоны троакаров. Летальных исходов не было.

Таким образом, преимущество видеолапароскопического и минидоступного способов адгезиолизиса заключается в радикальном уменьшении площади операционной травмы брюшины, являющейся пусковым фактором формирования межорганных сращений.

ВЫВОДЫ:

1. Высокоинформативными методами ранней диагностики острой спаечной тонкокишечной непроходимости являются ультразвуковое исследование с дуплексным ангиосканированием и видеолапароскопия.
2. Выполнение адгезиолизиса видеолапароскопией или в комбинации с минидоступом в сочетании с фибродуоденоскопической декомпрессией тонкой кишки являются эффективным способом лечения и профилактики острой спаечной тонкокишечной непроходимости.
3. При наличии массивных и распространённых спаечных процессов в брюшной полости, а также некроза тонкой кишки с явлением перитонита целесообразно выполнение традиционных оперативных вмешательств с последующей интубацией тонкой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А.Г. Малоинвазивные технологии хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости / А.Г.Бебуришвили [и др.] // I Конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». - М. - 2005. - С. 42-43
2. Макарова Е.Е. Роль ультразвукового исследования в диагностике острой тонкокишечной непроходимости: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Е. Макарова. М.- 2005. - 25с.
3. Ступин В.А. Видеолапароскопия в лечении и профилактике острой спаечной тонкокишечной непроходимости / В.А.Ступин [и др.] // I Конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». - М. - 2005. -62 с.
4. Тамм Т.И. Диагностика и тактика лечения больных с острой кишечной непроходимостью / Т.И.Тамм [и др.]. - Харьков. - 2003. - 115 с.
5. Шовалеев Р.Р. Лапароскопическое лечение спаечной болезни брюшной полости / Р.Р.Шовалеев [и др.]. Хирургия. - 2002. - 76 с.
6. Riegner K.P. Value of intraluminal intestinal decompression by endoscopic placement of a Dennis tube in therapy of ileus Retrospective clinical Study of 174 patients / K.P.Riegner [et. al.]// Liangenbecks Arch Chir. - 1997. - Vol. 682. - №4. -P. 216-221



Summary

Modern technologies in diagnosis and treatment of adhesive small bowel obstruction

K.M. Kurbonov, B.N. Jonov

Department of surgical diseases №1 Avicenna TSMU

Results of modern technology application in diagnosis and treatment 37 patients with adhesive small bowel obstruction were analysed. In early postoperative period a complication in the form of suppuration in troacars' area was observed in 3 cases. No lethal case was observed. The authors concluded that videolaparoscopic adhesiolysis is less traumatic intervention, it reduces the area of surgical trauma of peritoneum and prevents the relapse of disease.

Key words: videolaparoscopy, adhesiolysis, ultrasound, adhesive small bowel obstruction

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбонов Каримхон Муродович – заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, I пр. Айни, 46
E-mail: murod-kurbonov@rambler.ru