

УДК 616.34–007.272–089

ПАТОГЕНЕЗ И АДЕКВАТНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА) В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

¹Томнюк Н.Д., ¹Данилина Е.П., ¹Здзитовецкий Д.Э., ¹Кембель В.Р., ¹Борисов Р.Н.,
²Черных А.Н., ³Ховалыг В.С.

¹ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ, Красноярск, e-mail: danjuly@rambler.ru;

²КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», Красноярск, e-mail: gkb6@g-service.ru;

³ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница №1», Кызыл, e-mail: hospital60@mail.ru

В статье приводится анализ результатов лечения 256 больных с острой кишечной непроходимостью на базе неотложной хирургии. Характеристика больных учитывалась по полу и возрасту. По характеру острой кишечной непроходимости были выделены: спаечная послеоперационная, заворот кишечника, узлообразование, инвагинация, обтурация желчным камнем, обтурация прямой кишки инородным телом и воспалительными заболеваниями. Указаны основные диагностические критерии, а также особенности патогенеза. Описывается хирургическая тактика при разных видах кишечной непроходимости, ее особенности, сложности и частные моменты. Авторы отмечают, что результаты лечения зависят от патогенеза кишечной непроходимости, времени заболевания и объема оказанной хирургической помощи, а также длительности диагностического периода и опыта хирурга. Все больные после перенесенного оперативного вмешательства требуют диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, неотложная хирургия

PATHOGENESIS AND ADEQUATE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION (NON-TUMOR GENESIS) IN THE EMERGENCY SURGERY

¹Tomnyuk N.D., ¹Danilina E.P., ¹Zdzitovetsky D.E., ¹Kembel V.R., ¹Borisov R.N.,
²Chernyh A.N., ³Hovalyg V.S.

¹Krasnoyarsk State Medical University n.a. prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, e-mail: rector@krasgmu.ru;

²Krasnoyarsk Inter-District Hospital ambulance n.a. N.S. Karpovich, Krasnoyarsk, e-mail: kmkbsmp@g-service.ru;

³Republican Hospital №1, Kyzyl, e-mail: hospital60@mail.ru

The article analyzes the results of treatment of 256 patients with acute intestinal obstruction based emergency surgery. Patients take into account gender and age. By the nature of acute intestinal obstruction were identified: post-operative adhesive, bowel volvulus, nodulation, intussusception, gallstone obstruction, rectal foreign body and acute diseases. Said main diagnostic criteria, as well as features of the pathogenesis. It describes the surgical approach for different types of intestinal obstruction, its features, complexity, and private moments. The authors note that the results of treatment depend on the pathogenesis of intestinal obstruction, diseases time and volume of surgical care, as well as the duration of the scan period, and the surgeon's experience. All patients after transferred surgery requires clinical supervision.

Keywords: og acute intestinal obstruction, emergency surgery

Острая кишечная непроходимость более столетия была и остаётся актуальной проблемой экстренной хирургии [7, 9]. Это заболевание с ограниченным диапазоном клинических проявлений встречается в любые периоды жизни – от первых часов после рождения до глубокой старости [7]. Неблагоприятные исходы хирургического лечения острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза наиболее часто возникают у пациентов пожилого возраста [10]. Множество её клинических форм затрудняют раннюю диагностику, а различные виды –

характер оперативных вмешательств. Объём лечения нередко определяется только во время операции после оценки патологических изменений, особенностей патогенеза и степени выраженности сдвигов защитных реакций организма [2, 4].

На современном этапе изучения острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза выявляется важная особенность, согласно которой значительно реже стали встречаться узлообразование, заворот и инвагинации [5, 8]. В то же время возросла частота спаечной непроходимости. Именно

на долю спаечной кишечной непроходимости приходится основное число послеоперационных осложнений и летальных исходов [6, 10].

Так, по данным многих авторов известно более 20 теорий, объясняющих различные аспекты наступающих изменений при различных формах кишечной непроходимости. Клиническая суть этих изменений сводится к нарушениям водно-электролитного, белкового и других видов обменов с гликогенозом, происходящими в различных органах и тканях (печень, почки, мышцы и т.д.) с нарушениями сердечно-сосудистой и легочной систем. Меняется структура кишечной клетки, наступает некроз слизистой с последующим размножением микробов и развитием интоксикации до перитонита [1, 7].

Летальность от острой кишечной непроходимости остаётся высокой (13,4–40%), а при некоторых её видах достигает 50–78,4% и не имеет тенденции к снижению. Эти цифры зависят в первую очередь от давности заболевания, вида кишечной непроходимости и объёма оказания хирургической помощи, а также от ошибок (46,2%), допускаемых врачами в диагностике и тактике [1, 3, 4].

Цель наших исследований – определить адекватный объём хирургической помощи при различных формах острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза в условиях неотложной хирургии.

Наши исследования базируются на анализе результатов лечения 256 больных, лечившихся в хирургических отделениях КГБУЗ ККБСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярск и РЗГБУЗ РТ «Ресбольница №1» г. Кызыла за последние 5 лет. Характеристика больных: возраст от 18 до 90 лет; мужчин – 137, женщин – 119. Характер кишечной непроходимости: спаечная послеоперационная – у 232 больных, заворот кишечника – у 4, узлообразование – у 7, инвагинация – у 3, обтурация тощей кишки желчным камнем – у 3 и в одном случае обтурация прямой кишки пластиковой бутылкой; в 6 случаях спаечный процесс был вызван воспалительными заболеваниями: у 4 – болезнью Крона и у 2 – туберкулезным мезоденитом.

Следует отметить, что основная структура кишечной непроходимости за последние четверть века не изменилась. Превалирует спаечный процесс после перенесённых оперативных вмешательств. Заслуживает внимания тот факт, что она чаще возникала после наиболее часто выполняемых операций, таких как: острый аппендицит – 109 пациентов, травма и ранение брюшной полости – 71, грыжесечение – 28, перфора-

ции полых органов – 19 и других заболеваний. Многие больные (89) оперированы неоднократно (2–3 и более раз) в различных лечебных учреждениях города и края.

Острая спаечная кишечная непроходимость чаще отмечена у больных, имевших сложности при первичных хирургических вмешательствах, и в возрасте до 60–65 лет, в то время как узлообразование, заворот, инвагинация, обтурация желчными камнями тощей кишки – в более пожилом и старческом возрасте. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям, лишь незначительная часть (31) по срочным показаниям.

В плане дальнейших действий перед хирургом стояла задача в ближайшие часы решить вопрос топической диагностики, т.е. определить места препятствия и состояние пассажа кишечного содержимого, ибо это определяло принципиальную лечебную тактику.

Роль клинических симптомов в постановке диагноза не велика; она, как правило, помогает только диагностировать ОКН. Хотя симптоматика этого заболевания яркая, типичная и многогранная.

Обязательным проявлением её является функциональное нарушение работы кишечника – запоры, метеоризм той или иной интенсивности; боли, сменяющиеся атаками, со склонностью к прогрессирующему течению.

Для постановки диагноза всем больным при поступлении проводились лабораторные и рентгенологические исследования, где важным являлась правильная интерпретация клинических и дополнительных методов исследования.

Операции проводились по экстренным и срочным показаниям спустя 2–3 часа с момента поступления в стационар. Эти сроки имели особое значение при узлообразовании и завороте кишечника, где тяжесть клинических проявлений зависела от времени заболевания. В эти же сроки проводилась и предоперационная подготовка: коррекция водно-электролитного и белкового баланса, что давало возможность нормализовать гомеостаз, корректировать имеющиеся сердечно-сосудистые и легочные нарушения, что очень важно для больных пожилого возраста и больных с сопутствующими заболеваниями.

Характер оперативного вмешательства зависел от вида острой кишечной непроходимости, хотя на протяжении многих лет он мало изменился. При всех её формах производилась срединная лапаротомия, которая давала возможность провести тщательную ревизию органов брюшной полости, оце-

нить и установить причину непроходимости, определить адекватность хирургического лечения.

При острой спаечной кишечной непроходимости, как одной из наиболее частых, этот объём хирургической помощи состоял в полном рассечении спаек и тщательной ревизии кишечника. Правильным являлось найти место непроходимости (спавшаяся кишка), ниже этого уровня рассечь спайки, которые могут быть одиночными (39), шнуровидными и множественными плоскостными, наблюдаемыми после аппендэктомии, грыжесечения, перфораций и абдоминальных ранений. Очень важно избегание десерозации кишки. Если такое случалось, место десерозации тщательно ушивалось, в исключительных случаях при больших участках десерозации была проведена резекция кишки (в 3 случаях). Если участки небольшие (5–7 см), производилась перитонизация путём гофрировки (с прошиванием серозно-мышечного слоя), что не суживало просвет. Мы ни разу не прибегали к операциям Нобля или Чайлд-Филлипса. В обязательном порядке при всех операциях удалялось кишечное содержимое электроотсосом, затем интубировалось назоинтестинальным зондом или зондом типа Миллера – Эббота, а при низкой непроходимости (3 случая) – по И.Д. Житнюку.

Резекция кишки при спаечной непроходимости производилась в 14 случаях с наложением анастомоза бок в бок, как наиболее надёжного и легко выполняемого (иногда мы пользовались аппаратом для наложения межкишечных анастомозов). В 7 случаях был наложен илеотрансверзоанастомоз. Осложнений у этих больных не было.

Наибольшие трудности во время операции возникали при узлообразовании (7 случаев). Это странгуляционная форма ОКН, где с обеих сторон нарушалось кровообращение. Узлы были с участием тонкой кишки и сигмы (4), в 2 случаях – тонкая кишка и слепая, а в одном – тонкая кишка и дивертикул Меккеля. Диагноз в 4 случаях был поставлен только во время операции (острый живот). Заболевание начиналось с внезапных сильных болей в животе до нетерпимости, с их иррадиацией в спину; рвоты, вздутия живота, снижения АД, замедления пульса. Состояние расценивалось как очень тяжелое. Операция лапаротомия была проведена как конфирмативная. Важным актом операции являлось развязывание узла, хотя эта процедура очень сложная и редко выполняемая. Мы пытались расширить «удавку» у корня брыжейки, осторожно вывести петлю тонкой кишки, пунктировать её, чтобы освободить от газа; нам не уда-

лось это сделать ни в одном случае. Во всех случаях на кишку, которая завязывалась в узел, накладывали зажимы и производили резекцию с анастомозом бок в бок и в одном случае с наложением одноствольной колостомы после резекции сигмы. Во всех случаях петли, участвующие в образовании узла, были нежизнеспособны.

Основное оперативное вмешательство при инвагинации – дезинвагинация, после чего решался вопрос о жизнеспособности кишки. При инвагинациях сигмовидной кишки в прямую (2 случая) головка инвагината определялась при ректальном осмотре, производилась резекция кишки с инвагинатом – операция Озерфельда. Если удавалось дезинвагинировать (1 случай) – гофрировка брыжейки и фиксация сигмовидной кишки по Дыхно А.М. При илеоцекальной инвагинации лучше произвести гемиколонэктомию с формированием илеотрансверзоанастомоза.

Ещё одна из тяжёлых форм ОКН – это заворот сигмы. При завороте любого отдела кишечника выполнялось расправление и тоже решался вопрос в первую очередь о жизнеспособности. При признаках нежизнеспособной кишки выполнялась классическая операция: резекция кишки с отступлением до 40 см в проксимальном направлении и до 20 см в дистальном. Поскольку заворот сигмы встречается, как правило, у пожилых людей, мы, после наложения анастомоза бок в бок, дополняли 2-рядными узловыми серозно-мышечными швами для предупреждения осложнений со стороны анастомоза (не наступает инфицирование зоны анастомоза). При завороте сигмы (2 случая) произвели расправление заворота с дренированием через анус с дивульсией последнего; при гангрене – резекция с внутрибрюшным анастомозом; т. к. имеется опасность несостоятельности анастомоза желательнее наложение разгрузочной стомы, которую спустя 3–4 месяца можно закрыть.

В последнее время все чаще в литературе стали появляться сообщения о желчнокаменной обтурационной тонкокишечной непроходимости. У нас встречались три таких случая: кишечная непроходимость устранялась путем энтеротомии с последующим ушиванием раны в поперечном направлении 2-рядными узловыми швами (обтурация ниже связки Трейца), в одном случае удаление камня из ДПК произведено одновременно с холецистэктомией.

Инородное тело из прямой кишки удалено после лапаротомии из-за ошибки в диагностике (ректальное исследование неправильно интерпретировано).

Таким образом, ОКН – это заболевание очень сложного патогенеза и не менее сложной этиологии. Опыт показывает, что лечебные, диагностические и, следовательно, тактические ошибки связаны с недостаточным пониманием врачами всех особенностей этого заболевания. Объём и характер оперативного вмешательства зависит от вида ОКН, времени с момента заболевания и длительности диагностического промежутка, а также от опыта и знаний хирурга. Для улучшения результатов лечения больных с этой патологией необходимы ранняя госпитализация и своевременная диагностика.

Все больные, перенесшие операции по поводу ОКН, нуждаются в диспансерном наблюдении.

Список литературы

1. Алиев С.А., Алиев Е.С. Эволюция тактики и методов хирургического лечения опухолей толстой кишки // Хирургия. – 2013. – № 4. – С. 92–98.
2. Воробей А.В., Шумейко А.И., Лурьев В.И. Пути улучшения результатов лечения больных с тонкокишечной непроходимостью // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2012. – №10. – С. 35–39.
3. Гаврилик Б.Л. Спаечная кишечная непроходимость // Актуальные вопросы неотложной хирургии: непроходимость кишечника: сб. науч. тр. / отв. ред. С.М. Смотрич. – Гродно, 2012. – С. 10–14.
4. Некоторые аспекты патогенеза и полиорганной недостаточности при острой кишечной непроходимости / С.Н. Переходов, В.Е. Миллоков, Д.Н. Телепанов [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 6. – С. 70–72.
5. Рахматуллин Ю.Я. Результаты лечения острой кишечной непроходимости // Вестн. КазНМУ. – 2012. – № 1. – С. 281–283.
6. Морфологическая характеристика тонкой кишки на фоне антигипоксантаминой терапии при острой тонкокишечной непроходимости / В.Д. Скрипко, Е.И. Дельцова, С.Б. Герашенко [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2013. – № 4. – С. 74–77.
7. Arenal J.J., Bengoechea-Beeby M. Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly // Can. J. Surg. – 2003. – Vol. 46. – P. 111–116.
8. Early operation or conservative management of patients with small bowel obstruction? / B.T. Fevang, D. Jensen, K. Svanes [et al.] // Eur. J. Surg. – 2002. – Vol. 168. – P. 475–481.
9. Kahi C.J., Rex D.K. Bowel obstruction and pseudoobstruction // Gastroenterol. Clin. North Am. – 2003. – Vol. 32, № 4. – P. 1229–1247.
10. Clinical study of strangulation obstruction of the small bowel / T. Miyauchi, T. Kuroda, M. Nisioka [et al.] // J. Med. Invest. – 2001. – Vol. 48, № 2. – P. 66–72.