

## Современная семиотика острой спаечной кишечной непроходимости

В.А.ЛАЗАРЕНКО, В.А.ЛИПАТОВ, А.С.СОТНИКОВ, А.М.ЕФРЕМЕНКОВ, А.А.БУЛАТКИН, С.В.ЛАЗАРЕНКО

### Modern semiotics of acute adhesive intestinal obstruction

V.A.LAZARENKO, V.A.LIPATOV, A.S.SOTNIKOV, A.M.EFREMENKOV, A.A.BULATKIN, S.V.LAZARENKO

Курский государственный медицинский университет  
Городская клиническая больница №1 г. Белгорода

**Острая спаечная кишечная непроходимость является самым серьёзным поздним послеоперационным осложнением. Послеоперационная летальность при нарушении пассажа кишечного содержимого, вызванного образованными спайками, достигает 15%. В структуре urgentной хирургической патологии данное состояние занимает лидирующие позиции. По данным литературы, внедрение в практику малоинвазивных вмешательств, совершенство шовного материала и др. должно уменьшить количество больных с данным послеоперационным осложнением. В статье представлен анализ историй болезни пациентов с диагнозом острая кишечная непроходимость, поступивших в хирургические отделения городской клинической больницы города Белгорода. Изучены анамнестические данные, состояние при поступлении, клинические проявления илеуса, оценены диагностические возможности инструментальных методов обследования. Приведена динамика обращаемости пациентов за анализируемые годы, а так же тактика лечения и исходы заболевания.**

*Ключевые слова: брюшная полость, спаечная кишечная непроходимость*

**Acute adhesive intestinal obstruction is the most serious late postoperative complication. Postoperative mortality in violation of passage of intestinal contents, caused by adhesions formed as high as 15%. The structure of urgent surgical pathology adhesive ileus is a leader. According to the literature, the implementation of minimally invasive interventions, the perfection of suture material and so should reduce the number of patients with this postoperative complication. The paper presents an analysis of patient diagnosed with acute intestinal obstruction admitted to the surgical department of Belgorod City Clinical Hospital. Studied medical history, condition at admission, clinical manifestations of acute adhesive intestinal obstruction, evaluated the diagnostic possibilities of instrumental methods of examination. Shows the dynamics of referral of patients for the years analyzed, as well as the tactics of treatment and outcome of disease.**

*Key words: peritoneum, adhesive intestinal obstruction*

Развитие спаечных сращений в брюшной полости после оперативных вмешательств, травм и воспалительных процессов принадлежит к числу нерешённых проблем современной абдоминальной хирургии [7, 9, 12]. Появление большого количества работ, посвящённых этиологии, патогенезу и профилактике спайкообразования в отечественной и зарубежной медицинской литературе, говорит о неугасающем интересе хирургов-исследователей к этой проблеме [8, 11, 14].

По данным литературных источников спайки брюшной полости имеют место у половины оперированных больных. Лишь у части из них внутрибрюшные сращения никак себя не проявляют, у большинства же могут служить причиной хронической абдоминальной боли, женского бесплодия, дисфункции желудочно-кишечного тракта, приводя к острому и (или) хроническому нарушению пассажа кишечного содержимого [3, 12].

Самым грозным проявлением внутрибрюшных сращений является острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН). Трудности и несвоевременность диагностики, поздняя обращаемость больных

выводят её на одно из первых мест в структуре хирургической летальности [2, 4, 8, 12]. Отсутствие оптимальных методов профилактики спайкообразования заставляет большинство хирургов придерживаться консервативной тактики, прибегая к операции лишь в крайних случаях. Оперативное вмешательство, как правило, приносит лишь временный эффект и не избавляет больного от повторного образования спаек и возникновения различных форм СББ. Так, по данным литературы, около 32-71% больных, перенёсших операцию по поводу ОСКН, спустя некоторое время оперируются повторно [8, 13].

За последние годы техника выполнения хирургических вмешательств несколько поменялась, главным образом из-за внедрения в практику малоинвазивных доступов, лапароскопического оборудования, биосовместимых синтетических нитей, коагуляторов, осуществляющих гемостаз, не оставляя в брюшной полости лигатур. Это позволило снизить количество спаечных осложнений [6]. Указанные нововведения неминуемо отразились на семиотике СББ в экстренном и плановом хирургических стационарах.

Цель нашей работы – изучить структуру контингента пациентов с ОСКН для изучения современной клинической картины данной нозологии.

**Материалы и методы**

Для достижения поставленной цели нами был проведён ретроспективный анализ историй болезней пациентов с диагнозом: «острая спаечная кишечная непроходимость», поступивших в хирургические отделения МУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Белгорода за период с 2005 по 2009 годы включительно.

Всего в указанные годы в хирургические отделения больницы поступил 461 пациент с клиникой ОСКН. Всем больным проводилось консервативное лечение, которое состояло в спазмолитической, инфузионной терапии, постановке очистительных и сифонных клизм. У 129 (28%) пациентов консервативные мероприятия успеха не имели, им в экстренном порядке проведено оперативное вмешательство. У 113 пациентов объём вмешательства ограничился разделением спаечных сращений, дренированием брюшной полости и назогастроинтестинальной интубацией. У 15 (12,4%) оперированных больных произведена резекция участка кишки с наложением анастомоза. В одном случае из-за перфорации кишечной стенки потребовалось наложение илеостомы с последующей реконструктивной операцией. У 43,3% оперированных пациентов причиной непроходимости стала шварты. Кишечная петля либо была завернута вокруг спайки, либо была передавлена ею. В 30,9% случаев интраоперационно выявлена деформация тонкой кишки в виде «двустволки», которая вызывала непроходимость.

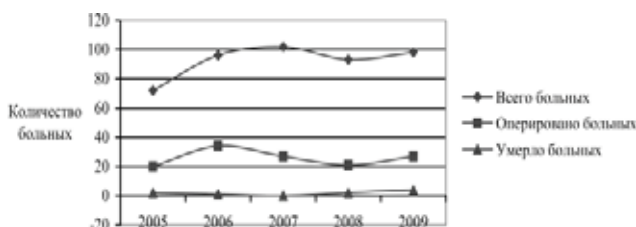


Рис. 1. Динамика заболеваемости ОСКН в анализируемые годы.

Массивный спаечный конгломерат был причиной прекращения пассажа кишечного содержимого у 25,8% пациентов.

В сравнении с данными литературы прошлых десятилетий, доля оперируемых больных остаётся примерно на одном уровне. Так, Р.А. Женчевский (1986 г.) приводил цифру 36%, А.Н. Шабанов (1955 г.) – 23%. На рисунке 1 представлена заболеваемость ОСКН по анализируемым годам. Распределение по полу оказалось следующим: 198 (43%) мужчин и 263 (57%) женщины. Большая часть пациентов находилась в возрастной группе от 40 до 60 лет.

Большинство больных обращались за медицинской помощью в течение первых суток от начала заболевания (65%), причём 14% из них попадали в хирургический стационар не позднее 6 часов с момента первого приступа. 35% больных доставлялись в больницу после 24 часов от начала заболевания, как правило, с выраженными клиническими проявлениями ОСКН. Сроки от начала заболевания коррелировали и с состоянием больных при поступлении. Так, в удовлетворительном и среднетяжёлом состоянии поступило 38 и 55% пациентов, соответственно, и лишь состояние 7% больных оценивалось как тяжёлое и крайне тяжёлое.

Большую роль в диагностике и выборе дальнейшей тактики лечения служит сбор анамнестических данных. Во многих монографиях в этиологии спайкообразования указывается первичная лапаротомия, после которой появились клинические проявления СББ. Мы же особое внимание уделили количеству перенесённых вмешательств на органах брюшной полости, так как при неоднократных лапаротомиях определить «причинную» операцию чрезвычайно сложно. Одна операция была в анамнезе у 45,8% поступивших, у 29,5% – 2 лапаротомии, у 21,5% – 3 и более, 3,2% больных не переносили оперативных вмешательств на органах брюшной полости, а появление внутрибрюшных сращений объяснялось травмами живота или воспалительными процессами в малом тазу у женщин. Необходимо также отметить, что 87 (18,9%) больных уже были оперированы по поводу ОСКН, а 27,9% хотя бы

Таблица 1

**Распределение больных в зависимости от причин первичной лапаротомии**

Первичная лапаротомия	Количество пациентов	%
Аппендэктомия	91	43,4
Гинекологические операции	32	15,3
Холецистэктомия	23	10,9
Операции по поводу травм и ранений брюшной полости	21	10
Операции на толстой кишке	16	7,6
Резекция желудка	8	3,8
Операции по поводу перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки	4	1,9
Грыжесечения	3	1,4
Лапаротомии, произведённые по другим причинам	12	5,7
Всего пациентов	210	100%

раз поступали в стационар с клиникой непроходимости кишечника.

Перечень оперативных вмешательств у пациентов, перенесших одну операцию до первых проявлений СББ, приводим в таблице 1. У 3 больных «причинная» операция выполнялась с использованием лапароскопической техники. Необходимо отметить, что у 23 (10,95%) пациентов первая и единственная операция проводилась в детском возрасте: преобладала аппендэктомия (82,6%), операции по поводу тупых травм живота (8,7%), по поводу пороков развития органов брюшной полости (8,7%).

Главный симптом ОСКН, который заставляет больного обратиться за медицинской помощью – боль. На болевые ощущения в области живота жаловались все пациенты. Характер боли чаще всего был схваткообразный (81%), что является важным симптомом при механической кишечной непроходимости. Однако немалая часть пациентов (17,2%) жаловались на постоянные, ноющие боли в животе, главным образом в зоне послеоперационного рубца. Интенсивные, постоянные боли в животе, не купирующиеся введением спазмолитиков и ненаркотических анальгетиков, позволили заподозрить странгуляционный характер непроходимости у 1,7% пациентов.

Ещё один характерный симптом – тошнота. На неё жаловалось 90,5% пациентов, однако рвота встречалась лишь у 58% больных. В двух случаях отмечалась многократная (неукротимая) рвота с примесью калового содержимого. Данный характер рвоты наблюдался у поступивших на 4 и 6-е сутки от начала заболевания. Жалобы на задержку отхождения стула и газов были весьма непостоянными, однако данные симптомы характерны для этой патологии. Подобные жалобы имели место у 69% пациентов. При изучении зависимости выраженности симптомов тошноты и рвоты от уровня препятствия пассажа мы получили обратную корреляционную зависимость; коэффициент ранговой корреляции Спирмена составил  $-0,46$ . Сила корреляции между выраженностью симптомов задержки стула и газов с уровнем непроходимости оказалась сильнее и имела прямой вектор ( $r=0,60$ ). Полученные результаты корреляционного анализа говорят о непрочной зависимости выраженности изученных симптомов от уровня непроходимости.

Изменения языка, выявленные при осмотре, вряд ли могут служить полезным диагностическим признаком. Они скорее говорят об общем состоянии больного, степени его обезвоживания и интоксикации. Почти у всех пациентов отмечен белый налёт на языке, однако его сухость наблюдается лишь в 44,5% случаев.

При осмотре живота у 62,2% поступивших обращало на себя внимание его вздутие. У остальных пациентов вздутие было малозаметным или вообще отсутствовало. Важным симптомом ОСКН явилась асимметрия живота, при условии отсутствия грыжевых выпячиваний и диастаза мышц передней брюш-

ной стенки (такие больные в анализ не включались) (9,2 % случаев).

Ещё один важный этап физикального исследования – аускультация живота. Усиление кишечных шумов, особенно на пике боли, многими авторами рассматривается в качестве важного диагностического признака, и у наших больных это наблюдалось в 29% случаев. Реже имело место ослабление кишечных шумов или их отсутствие (15,5%). Ослабление перистальтики, как правило, связано с более длительными сроками от начала заболевания.

Болезненность живота при пальпации является постоянным симптомом для острой кишечной непроходимости любого генеза, а также множества других заболеваний. У большинства пациентов наблюдалась нелокализованная болезненность во всех отделах живота (85,6%). У остальных же пациентов боль при пальпации была локализованной, чаще в правой половине живота или в гипогастрии. При пальпации живота можно выявить ещё один патогномичный для кишечной непроходимости симптом – «шум плеска». Положительным он оказался у 41,8% поступивших. Симптомы раздражения брюшины, по нашим наблюдениям встречаются довольно редко (5,6%).

В большинстве хирургических стационаров на помощь в диагностическом поиске приходит обзорная рентгенография органов брюшной полости и ультразвуковое исследование (УЗИ). Обзорная рентгенография органов брюшной полости весьма специфический метод исследования при различных формах кишечной непроходимости. К её прямым симптомам относятся чаши Клойбера и (или) арки, уровни жидкости. Такая рентгенологическая картина наблюдалась у 74,8% больных. Так же рентгенологический метод ценен тем, что по соотношению газа и жидкости, превращению арок в чаши и наоборот, в серии рентгенограмм, можно судить о положительной или отрицательной динамике течения болезни. На 79 рентгенограммах имела место дилатация петель кишечника газом без чётких уровней жидкости, что позволяло лишь заподозрить кишечную непроходимость. В 8% случаев патологии при рентгенографическом исследовании живота не выявлено.

В настоящее время всё большую диагностическую ценность при ОСКН приобретает УЗИ [1]. Однако УЗИ не всегда пользуется популярностью у практикующих хирургов и предназначен скорее не для диагностики кишечной непроходимости, а для определения сопутствующей патологии. Частота диагностических ошибок, даже в условиях стационара составляет 16-34% [5,10]. УЗИ брюшной полости при поступлении проведено 269 пациентам. Признаки ОСКН в виде расширения кишечных петель до 24-50 мм, застоя кишечного содержимого, периодические маятникообразные движения жидкости, утолщение кишечной стенки и наличие небольшого количества жидкости в межпе-

тельном пространстве в той или иной мере наблюдались у 250 больных.

Необходимо отметить, что в анализированных историях болезней оперированных пациентов не содержится данных о применении каких-либо специальных мер и средств профилактики рецидива внутрибрюшной адгезии.

Общая летальность составила 1,95% (9 больных), из них 2 пациента скончались во время предоперационной подготовки и 1 пациент при интубации, непосредственно на операционном столе. Послеоперационная летальность была на уровне 4,65% (6 больных). В основном непосредственной причиной летального исхода явилось нарастание клиники сердечной недостаточности на фоне тяжёлой сопутствующей патологии, явлений интоксикации, а так же возраста, давности заболевания. Умершие пациенты имели возраст от 69 лет до 91 года. Все они поступили в клинику более чем через сутки от начала заболевания.

Таким образом, проблема ОСКН, остаётся актуальной для экстренных хирургических стационаров. Вопреки внедрению малотравматичной хирургии, количество пациентов с данной патологией не только не уменьшается, а прочно занимает лидирующие позиции среди острой хирургической патологии. СББ наблюдается у пациентов наиболее работоспособного возраста. Больше половины больных поступает в стационар в первые сутки от начала заболевания. Это может быть связано с улучшением качества работы первичного звена медицинской помощи и с большей информированностью пациентов о возможности развития данного послеоперационного осложнения. Вследствие этого состояние большинства пациентов при поступлении оценивалось как удовлетворительное и среднетяжёлое, и, лишь 7% пациентов доставлялись в больницу в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии.

Доля пациентов, потребовавших оперативного лечения и летальность за анализируемые годы остаются примерно на одном уровне, что демонстрирует рисунок 1. По-видимому, это связано с отсутствием общепринятых, эффективных способов борьбы с послеоперационным спайкообразованием. Внедрением малоинвазивных оперативных методик практически не повлияло на заболеваемость СББ.

Важность изучения хирургического анамнеза пациента невозможно переоценить. Зная количество перенесённых операций, причины по которым они были произведены, хирург может предполагать о локализации и характере спаек, выбрать оптимальную тактику ведения больного.

### Список литературы

1. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Воробьёв А.А. Применение малоинвазивных вмешательств в условиях острой спаечной кишечной непроходимости. Материалы Всероссийского научного форума хирургии. 2005; 23-24.
2. Воробьёв А.А. Спаечная болезнь брюшной полости, эндоскопическая хирургия. М. 2003; 204.
3. Женечевский Р.А. Спаечная болезнь. М.: Медицина. 1989; 192.

Наличие тошноты и рвоты свидетельствует о высоком уровне, а задержка отхождения стула и газов – о низком уровне ОСКН. Однако данная закономерность не абсолютна и не может быть переоценена, так как прочных корреляционных связей между синдромом диспепсии и уровнем блока кишечного пассажа мы не выявили.

В настоящее время диагностика, тактика ведения и лечения больных с ОСКН практически не поменялась в сравнении с прошлыми десятилетиями. На первый план выходит физикальное обследование, которое дополняется лабораторными и инструментальными методами диагностики. У синдрома ОСКН есть ряд патогномоничных симптомов, однако, нет ни одного признака, который сразу указывал бы на необходимость немедленного оперативного вмешательства. Решение об операции выносится только после комплексной оценки клинико-инструментальных данных и, нередко, после динамического наблюдения на фоне консервативной терапии.

Классическая методика обзорной рентгенографии органов живота не потеряла своей значимости, оставаясь, пожалуй, главным диагностическим критериям. На помощь практикующим врачам приходит УЗИ органов брюшной полости, которая позволяет оценить функциональное состояние кишечника, перистальтику, утолщение кишечной стенки, наличие свободной жидкости, а в некоторых случаях визуализировать отдельную шварту или спаечный конгломерат.

### Выводы

Несмотря на повсеместное внедрение в хирургическую практику малоинвазивных технологий, новых шовных материалов и других новаций количество пациентов, обращающихся за медицинской помощью по поводу ОСКН не уменьшается.

Внедрение новшеств в технологию диагностики и лечения СББ и ОСКН существенно не повлияло ни на компоненты клинической картины, ни на тактику ведения пациентов.

Отсутствие на протяжении многих лет положительной динамики уровня заболеваемости ОСКН, количества рецидивов и релапаротомий, летальности, инвалидности и т. д. диктует необходимость проведения исследований по разработке новых способов диагностики предрасположенности к СББ, её профилактике и лечению, последующего повсеместного их внедрения.

4. Коваленко А.А., Веселов Ю.А., Левин Л.А. Структура летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и роль эндовидеохирургической технологии в её снижении. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2009; 2: 80-95.
5. Легостаева Т.Б., Кириллова Н.Ю. Ультразвуковая диагностика острой спаечной кишечной непроходимости. Радиология – практика. 2002; 2: 17-21.
6. Лубянский В.Г., Комлева И.Б. Эффективность лечения конгломератных форм спаечной кишечной непроходимости с применением енонотрансверзоанастомоза. Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2009; 3: 29-32.
7. Михин И.В., Бебуришвили А.Г., Гушул А.В. Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. 2010; 2: 40-44.
8. Нетьяга А.А., Липатов В.А., Гайдучова Л.В. Изучение процессов регенерации брюшины в изолированных условиях. Человек и его здоровье. 2005; 2: 57-63.
9. Староконь П.М., Шапкина М.К. Качество жизни пациентов со спаечной болезнью брюшной полости. Саратовский научно-медицинский журнал. 2008; 4: 22: 119-122.
10. Ступин В.А., Михайлулов С.В. Ультразвуковая диагностика кишечной непроходимости. Вестник РГМУ. 2007; 5: 58: 13-20.
11. Томнюк Н.Д., Белобородов В.А. К вопросу о спайках и спаечной болезни в неотложной хирургии. Современные наукоёмкие технологии. 2010; 10: 84-86.
12. Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины. М.: ГЭО-ТАР-Медиа. 2008; 160.
13. DiZerega G.S., Campeau J.D. Peritoneal repair and post-surgical adhesion formation. Hum. Reprod. 2001; 7: 6: 547-555.
14. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology and clinical significance. Digestive Surgery. 2001; 18: 260-273.

Поступила 06.07.2011 г.

### Информация об авторах

1. Лазаренко Виктор Анатольевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургических болезней ФПО, ректор Курского государственного медицинского университета; e-mail: drli@yandex.ru
2. Липатов Вячеслав Александрович – к.м.н., доц. кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Курского государственного медицинского университета; e-mail: drli@yandex.ru
3. Сотников Александр Семёнович – к.м.н., главный врач городской клинической больницы, г. Белгород; e-mail: drli@yandex.ru
4. Ефременков Артём Михайлович – врач детский хирург областной детской клинической больницы, г. Белгород; e-mail: drli@yandex.ru
5. Булаткин Антон Александрович – студент лечебного факультета Курского государственного медицинского университета; e-mail: drli@yandex.ru
6. Лазаренко Сергей Викторович – студент лечебного факультета Курского государственного медицинского университета; e-mail: drli@yandex.ru