

Таким образом, на основании проведенного морфологического исследования можно сделать ряд выводов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Наиболее часто встречающиеся изменения в ткани головного мозга у крыс с ишемией-реперфузией последнего относятся к цитотоксическим и сосудистым проявлениям.

2. Наиболее характерные сосудистые изменения проявляются в виде сочетанного увеличения и уменьшения различных сосудов, сопровождающихся явлениями застоя крови и выходом эритроцитов в интерстициальное пространство.

3. К характерным цитолитическим изменениям можно отнести некротические явления в нейронах, протекающие по типу коагуляционного пикноморфного некроза и колликвационного повреждения с формированием «клеток-теней».

По данным морфологического исследования можно сделать вывод о сопоставлении нейропротективной активности используемых препаратов, причем

активность убывает в ряду: АКФ-90-7 > цитофлавин > эноксифол > актовегин > мексидол.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. Основы количественной патологической анатомии. — М.: Медицина, 2002. — 240 с.
2. Виленский Б. С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. — СПб.: Институт развития бизнеса; «Сандра», 1999. — 336 с.
3. Джигладзе Д. Н. Патология сонных артерий и проблема ишемического инсульта. — М., 2002. — 207 с.
4. Кадыков А. А. // Фармацевтический вестник. — 1999. — № 29 — С. 145—147.
5. Николлс Дж. Г., Мартин А. Р., Валлас Б. Дж., Фукс П. А. От нейрона к мозгу. — М.: УРСС, 2003. — 672 с.
6. Суслина З. А., Танащян М. М., Умарова Р. М. // Лечение нервных болезней. — 2003. — № 4. — С. 14—18.
7. Hagberg H., Peebles D., Mallard C. // Ment. Retard. ev. Disabil. Res. Rev. — 2002. — Vol. 8, № 1. — P. 30—38.

Контактная информация:

Стрепетов Николай Николаевич — кафедра госпитальной хирургии ВолГМУ, nstrepetov@mail.ru

УДК 617.55-089:616-007.274

ДИАГНОСТИКА БОЛЕВЫХ ФОРМ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

И. В. Михин, А. Г. Бебуришвили, А. В. Гушул

Кафедра факультетской хирургии с курсом эндоскопии и эндоскопической хирургии ФУВ ВолГМУ

Болевая форма спаечной болезни без дисфункции внутренних органов у ранее оперированных пациентов возникает вследствие образования сращений в различных областях брюшной полости. Болевой синдром способен вызывать как висцеро-париетальные, так и висцеро-висцеральные спайки. Лапароскопия, включающая визуальную оценку изменений органов брюшной полости, позволяет установить наличие, характер и распространенность спаечного процесса в брюшной полости, исключить наличие других заболеваний брюшной полости, что облегчает установление причины болевого синдрома.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшной полости, спайки, лапароскопия.

DIAGNOSTICS OF ALGESIC FORMS OF ABDOMINAL ADHESIVE DISEASE

I. V. Mikhin, A. G. Beburishvili, A. V. Gushul

The painful form of adhesive illness without dysfunction of an internal at earlier operated patients arises owing to formation of unions in various areas of a belly cavity. A painful syndrome are capable to cause both vistsero-parietalnye, and vistsero-vistseralnye solderings. The laparoscopy including a visual estimation of changes of bodies of a belly cavity, allows to establish presence, character and prevalence of adhesive process in a belly cavity, to exclude presence of other diseases of a belly cavity that facilitates an establishment of the reason of a painful syndrome.

Key words: adhesive abdominal disease, adhesions, laparoscopy.

Спаечная болезнь органов брюшной полости — тяжелое заболевание, нередко встречающееся в молодом и наиболее трудоспособном возрасте. В типичных ситуациях диагностика спаечной болезни не представляет каких-либо трудностей. Однако у 11,6—38 % больных признаки кишечной непроходимости отсутствуют и единственным клиническим проявлени-

ем заболевания являются стойкие боли в животе [2]. Именно у этой группы больных нередко диагностические ошибки, приводящие к неоправданным оперативным вмешательствам. Пациенты со спаечными болями часто длительно, безуспешно лечатся без конкретного диагноза. При этом часто фигурирует диагноз неврастенического синдрома [3]. Ошибочная

диагностика связана с трудностью установления истинной причины болевого синдрома на основании клинических симптомов и лабораторных данных. Рентгенологическое исследование органов брюшной полости при изолированном болевом синдроме, как правило, не позволяет достоверно верифицировать диагноз спаечной болезни. В последнее время для установления диагноза болевой формы спаечной болезни большинство специалистов стали использовать эхографию брюшной полости и цветную термографию передней брюшной стенки, результаты которых нельзя признать удовлетворительными. Для диагностики причины неясных болей в животе в последнее время все чаще используется лапароскопический метод [1].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оптимизация алгоритмов лапароскопической диагностики болевых форм спаечной болезни брюшной полости.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время мы располагаем опытом лапароскопической диагностики болевых форм спаечной болезни брюшной полости у 48 пациентов. Нами выделено 2 группы больных, оперированных лапароскопическим способом: 15 — с болевой формой (БФ) спаечной болезни брюшной полости (СББП) с дисфункцией внутренних органов (с ДВО); 33 — с болевой формой СББП без дисфункции внутренних органов (БФ без ДВО), соотношение мужчин и женщин составило соответственно 1:3 и 1:5.

Распределив пациентов по полу и возрасту, мы определили, что как болевая форма СББП с ДВО, так и болевая форма СББП без ДВО в подавляющем большинстве наблюдений встречаются у ранее оперированных женщин в возрасте от 26 до 45 лет.

Наиболее часто спаечная болезнь манифестировала себя у больных с астеническим типом телосложения в сроки от 1 года до 5 лет после операции.

Операциями, наиболее часто инициирующими развитие спаечной болезни, явились аппендэктомия и лапаротомия при травмах и ранениях кишечника.

Клинические проявления, вызываемые спайками брюшины, чрезвычайно многообразны, что, в первую очередь, связано с локализацией спаек в брюшной полости, их распространенностью, изменениями, произошедшими в пораженных органах.

Наиболее типичным и постоянным при СББП является болевой синдром, вызванный сокращением гладкой мускулатуры кишечника в виде спазмов и вовлечением в патологический процесс сосудисто-нервных элементов брыжейки кишки. Болевой синдром при СББП имеет локальный характер, он более выражен в месте фиксации органов спайками к париетальной брюшине (наиболее часто в зоне послеоперационного рубца) и связан с пищеварением.

Характерна для СББП и продолжительность болевого синдрома, зависящая от времени транзита пищевого химуса по кишечнику. Во время голодания болевой синдром купируется либо остаются минимальные его проявления.

Оценка характера, специфики, локализации болей при СББП имеет важное значение в постановке диагноза и показаниях к операции.

У пациентов с болевой формой спаечной болезни с дисфункцией внутренних органов отмечены такие проявления болезни, как метеоризм кишечника у 11 (73,33 %) больных, запор у 4 (26,66 %), неустойчивый стул у 2 (13,3 %), диарея у 1 (6,7 %), урчание в животе у 1 (6,7 %) и диспепсия у 3 (20 %).

Для пациентов с болевой формой спаечной болезни без дисфункции внутренних органов характерны рецидивирующие боли в животе, усиливающиеся при приеме пищи, физической нагрузке.

При клиническом обследовании больных необходимо пользоваться классическими методами осмотра, перкуссии, пальпации, аускультации, обращая внимание на специфические признаки, указывающие на наличие СББП.

При СББП нарушения общего состояния выражаются в виде астении, значительного похудания, различных видов диспепсии, связанной с частым болевым синдромом. У больных развиваются нарушения феномена адаптации к окружающей среде, часто они вынуждены менять характер работы. Подобные симптомы в разной степени выраженности наблюдались у всех наших больных и зависели от выраженности местных изменений брюшной полости и длительности их существования.

В период ремиссии заболевания симптомы СББП нередко манифестируют в виде различных проявлений функциональной диспепсии кишечника.

Болевой синдром при БФ СББП — один из ранних и постоянных синдромов — обнаружен нами у всех 48 больных. Появление болей наблюдалось при физической нагрузке, повышающей внутрибрюшное давление и способствующей изменению моторики кишечника, при нарушении объема, характера и ритма питания. Болевой синдром сочетался с функциональными нарушениями пищеварения у 21 (43,75 %) больных в нашем материале. Функциональные нарушения были представлены в виде нарушения аппетита 9 (18,75 %), тошноты 6 (12,5 %), рвоты 3 (6,25 %) и расстройства стула 3 (6,25 %). Из местных клинических симптомов при осмотре следует обращать внимание на конфигурацию, форму живота и наличие его вздутия. Наиболее часто наблюдались симптом Хунафина (появление болей при надувании живота) — у 30 (62,5 %) пациентов и симптом Леотта (боль при перемещении складки кожи брюшной стенки) — у 35 (72,9 %) пациентов.

При пальпации живота определяли распространенность и локализацию болевых ощущений, характер болей (локальные или разлитые), имеется ли взду-

тие живота, определяли консистенцию и подвижность послеоперационного рубца в зоне предшествующих операций.

В связи с появлением на рынке современных ультразвуковых сканеров с высокой разрешающей способностью и накоплением опыта по использованию этой аппаратуры в диагностике заболеваний кишечника метод ультразвукового исследования (УЗИ) становится все более популярным в хирургии спаечной болезни.

В наших исследованиях УЗИ выполнялось для выявления висцеро-париетальных сращений (ВПС) и для исключения конкурирующих заболеваний.

По показаниям для исключения конкурирующих заболеваний выполняли: эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), ректороманоскопию, колоноскопию, ирригоскопию, исследование кала на дисбактериоз, рентгенографию грудного и поясничного отделов позвоночника с осмотром невропатолога.

Лапароскопию выполняли всем больным независимо от возраста, количества перенесенных полостных операций и сопутствующих заболеваний. Показанием для применения метода были длительные боли в животе, наличие в анамнезе лапаротомной операции и исключение конкурирующего заболевания. Противопоказаний к лапароскопическому исследованию не было.

Цель лапароскопии заключалась в верификации диагноза. Диагностическое исследование производилось также для уточнения характера заболевания, имеющего неясное клиническое течение. Во всех наблюдениях лапароскопию выполняли на завершающем этапе диагностики.

Сроки от момента госпитализации до выполнения лапароскопии значительно варьировали. Фактически эти сроки представляли собой длительность стационарного обследования больных с целью выяснения причины болевого синдрома в брюшной полости (табл.)

Длительность стационарного обследования больных до выполнения лапароскопии

Длительность обследования, сут	Кол-во больных (%)
от 1 до 3	10 (20,8)
от 4 до 7	13 (27,1)
от 8 до 14	25 (52,1)
<i>Всего:</i>	48 (100)

Как видно из таблицы, в первую неделю обследования лапароскопия была выполнена 23 пациентам (47,9 %). Именно лапароскопия представляла самую достоверную информацию о состоянии органов брюшной полости, наличии, локализации и распространенности спаечного процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В группе пациентов с болевой формой СББП без ДВО предоперационное обследование заключалось в следующем:

- ультразвуковое исследование и картирование брюшной полости — 100,0 % ($n = 33$);
- эзофагогастродуоденоскопия — 72,7 % ($n = 24$);
- ректороманоскопия, колоноскопия, ирригография, исследование кала на дисбактериоз — 42,4 % ($n = 14$);
- рентгенографии грудного и поясничного отделов позвоночника — 36,4 % ($n = 12$).

При ультразвуковом картировании висцеро-париетальные сращения большого сальника не визуализируются. Висцеро-висцеральные спайки данным методом также не определяются. Несмотря на это, считаем УЗИ брюшной полости крайне необходимым, так как при его использовании хирург получает косвенные данные о наличии висцеро-париетальных спаек внутренних органов, когда обнаруживается ограничение подвижности, обусловленное их спаянностью с париетальной брюшиной.

У 14 пациентов данной группы с подозрением на заболевание толстого кишечника дисбаланса флоры не выявлено, при инструментальном и рентгенологическом обследовании органическая патология исключена. Эти методы исследования малоинформативны для визуализации спаек.

При ЭГДС у 12 больных с болевой формой спаечной болезни без ДВО выявлен поверхностный гастрит или гастродуоденит. Язвенной болезни, бластоматозного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки не было.

После рентгенографии позвоночника и осмотра невропатолога у 12 пациентов в этой группе болевой формы спаечной болезни исключены заболевания позвоночника и нервной системы.

На лапароскопии у 30 больных обнаружены висцеро-париетальные и у 3 — висцеро-висцеральные спайки, вызывавшие клинику болевой формы спаечной болезни без ДВО. При этом наиболее часто (27; 81,8 %) в качестве источника боли выступали висцеро-париетальные сращения большого сальника и послеоперационного рубца. Значительно реже (3; 9,1 %) отмечались сращения сальника с брыжейкой тонкой кишки и восходящим отделом ободочной кишки. В 3 (9,1 %) наблюдениях причиной болевой формы спаечной болезни без ДВО явились массивные плоскостные и пленчатые сращения париетальной брюшины и правой доли печени после холецистэктомии.

Сращения сальника, вызывавшие данную форму спаечной болезни, имели вид интимных плоскостных (13; 39,4 %) и пленчатых (15; 45,5 %) спаек. У 5 (15,1 %) больных спайки сочетали в себе морфологические признаки органных и пленчатых сращений.

В 25 (75,8 %) наблюдениях внутрибрюшные сращения были плотными. Значительно реже (6; 18,1 %) плотные участки спаек чередовались с рыхлыми тканями (смешанные спайки). Только в 2 (6,1 %) наблюдениях мы отметили рыхлое соединение прядей сальника с брыжейкой тонкой кишки.

Из проведенного анализа данных операционной находки видно, что болевая форма спаечной болезни без дисфункции внутренних органов у ранее оперированных пациентов возникает вследствие образования сращений в различных областях брюшной полости. Болевой синдром способны вызывать как висцеро-париетальные, так и висцеро-висцеральные спайки, однако в подавляющем большинстве это висцеро-париетальные сращения (30; 90,9 %). Степень спаечного процесса, локализация, вид и плотность сращений не всегда соответствуют интенсивности и продолжительности болей в животе, что объясняется индивидуальными особенностями спайкообразования, количеством спаенных органов, характером ранее перенесенных хирургических пособий и наличием сопутствующих заболеваний.

Медиана наблюдения у пациентов, оперированных по поводу болевой формы СББП без ДВО, составила 7 лет. Жалоб не предъявляют. Признаков рецидива заболевания не выявлено.

Таким образом, проанализировав использованные методы исследования у пациентов с БФ спаечной болезни органов брюшной полости без ДВО, предлагаем следующий алгоритм обследования (рис. 1).

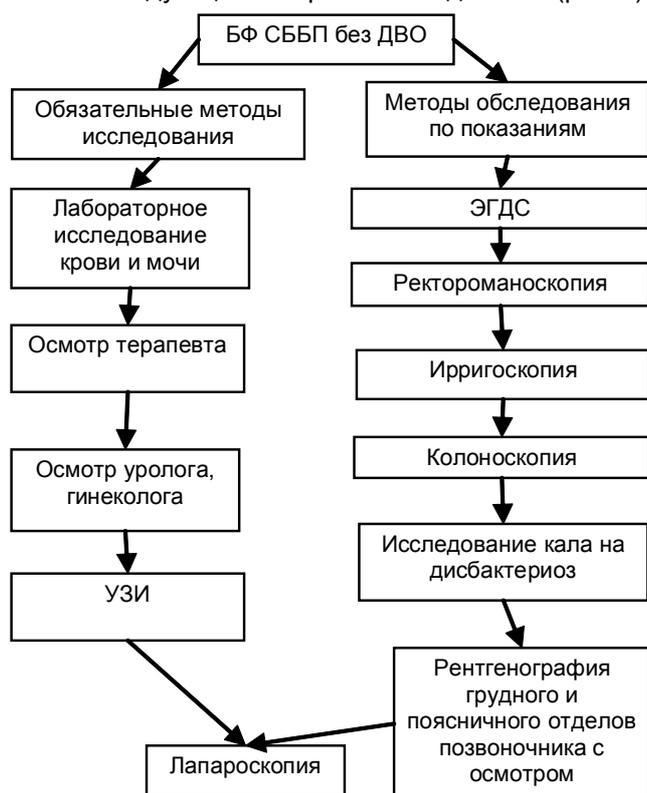


Рис. 1. Алгоритм обследования больных в группе болевой формы спаечной болезни брюшной полости без дисфункции внутренних органов

Для верификации диагноза пациентам с болевой формой спаечной болезни с ДВО мы провели следующие обследования:

- УЗИ и картирование брюшной полости — 100 % (n = 15);

- обзорную рентгенографию брюшной полости — 100 % (n = 15);

- эзофагогастродуоденоскопию — 46,7 % (n = 7).

При ультразвуковом обследовании у 1 больного выявили подвижные спайки петель тонкой кишки с послеоперационным рубцом. Приводящая и отводящая части были одинакового диаметра, не утолщены, равномерно перистальтировали. Данных за острую спаечную непроходимость и другую хирургическую патологию не было.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости ни у одного из обследованных хирургической патологии (чаш Клойбера, пневматоза кишечника, свободного газа) не выявили.

На ЭГДС у 4 человек диагностировали поверхностный гастрит, клинически протекавший бессимптомно. Признаков дуоденостаза и деформации двенадцатиперстной кишки не выявили.

Малая информативность проведенных исследований явилась причиной назначения диагностической лапароскопии.

Во время лапароскопии было выявлено, что в структуре спаек преобладают висцеро-париетальные сращения — у 10 пациентов обнаружены сращения большого сальника с послеоперационными рубцами. У 1 больного подтверждены диагностированные при УЗИ множественные пленчатые спайки подвздошной кишки с рубцом, вызывавшие натяжение кишки и ее брыжейки, следствием чего и был болевой синдром. У 4 пациентов при лапароскопии обнаружены висцеро-висцеральные сращения, расцененные нами как причина острого болевого синдрома. Большой сальник фиксировался к матке (после кесарева сечения); брыжейке тонкой кишки (после аппендэктомии и спаечной кишечной непроходимости) и восходящей кишке (после аппендэктомии).

Сращения сальника, вызвавшие болевую форму спаечной болезни с ДВО имели вид интимных плоскостных спаек у 7 и пленчатых — у 5 пациентов. У 2 больных спайки сочетали в себе морфологические признаки органных и пленчатых сращений, а у 1 больного сращения были представлены плотными тяжами.

В большинстве наблюдений (73,3 %) внутрибрюшные сращения были плотными, а у остальных больных плотные участки спаек чередовались с рыхлыми (смешанные спайки).

У всех больных выполнили лапароскопическое рассечение спаек и провели обследование в сроки от 1 года до 7 лет после лапароскопического адгезиолизиса. Повторных приступов заболевания в этой группе не было, чувствуют себя удовлетворительно, жалоб не предъявляют. При ультразвуковом картировании внутрибрюшных сращений не выявлено.

Таким образом, проанализировав использованные методы исследования у пациентов с БФ спаечной болезни органов брюшной полости с ДВО, предлагаем следующий алгоритм обследования (рис. 2).

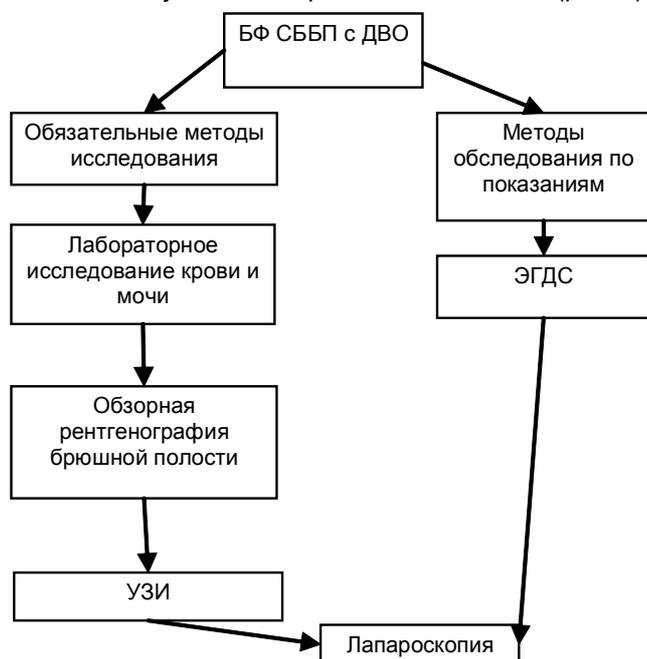


Рис. 2. Алгоритм обследования больных в группе болевой формы спаечной болезни брюшной полости с дисфункцией внутренних органов

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Оптимизация диагностических алгоритмов, основанная на клинической характеристике болевых форм спаечной болезни брюшной полости, значительно улучшает качество дифференциальной диагностики путем целесообразного сочетания методов, что дает возможность выбрать оптимальную лечебную тактику.

2. Использование дифференциально-диагностического алгоритма, позволяющего с большой степенью точности верифицировать характер болевой формы спаечной болезни брюшной полости, дает возможность определить необходимость выполнения лапароскопического вмешательства, выбрать рациональный оперативный доступ и объем операции.

3. У больных с наличием хронических болей в животе и симптомов желудочно-кишечной дисфункции, которые не укладываются в симптоматику обычных органических заболеваний, показана диагностическая лапароскопия.

4. Анализ визуальной лапароскопической картины и ее сопоставление с клиническими проявлениями показывают, что болевой синдром чаще возникает при плоскостных висцеро-париетальных сращениях кишечника и париетальной брюшины.

5. Лапароскопия, включающая визуальную оценку изменений органов брюшной полости, позволяет установить наличие, характер и распространенность спаечного процесса в брюшной полости, исключить наличие других заболеваний брюшной полости, что облегчает установление причины болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А. Г., Воробьев А. А., Михин И. В., Попова И. С. // Эндоскопическая хирургия — 2003. — № 1. — С. 51—63.
2. Женчевский Р. А. Спаечная болезнь. — М. Медицина, 1989. — 192 с.
3. Чекмазов И. А. Спаечная болезнь брюшины. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 160 с.

Контактная информация:

Гушуп Андрей Валерьевич — врач-эндоскопист. МУЗ КБ №7, кафедра факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии ФУВ ВолГМУ, e-mail: avgushul@rambler.ru