

6. Морфологическая картина патологически измененного сердца не претерпела каких-либо изменений, при этом они развивались не только в очаге некроза, но и в прилежащих к нему отделах. Объем инфаркта миокарда не всегда соответствовал клиническим проявлением. При всех трех формах инфаркта патологические процессы, развивающиеся в каждой из зон, были равнозначны по сущности, однако при ПИМ и РИМ патологические процессы были более масштабными, а дистрофические изменения по периферии более выраженными.

7. Установить макроскопически границы инфаркта до 72 часов от начала его развития достаточно сложно, ибо патологические процессы прогрессировали и зона инфаркта расширялась.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г., Салбиев К. Д. // Архив патологии. — 1974. — № 9. — С. 62—67.

2. Кактурский Л. В. // Архив патологии. — 2005. — № 3. — С. 8—11.

3. Лойда З., Гроссрау Р., Шиблер Т. Гистохимия ферментов. — М.: Мир. — 1982. — 270 с.

4. Розенберг В. Д. // Архив патологии. — 2001. — № 3. — С. 30—35.

5. Сутолов Ю. Л., Салбиев К. Д., Козырев К. М. и др. Патологоанатомическая диагностика кардиального механизма смерти и оценка функциональной недостаточности различных отделов сердца. — Владикавказ. — 1991. — 27 с.

6. Halilovic E., Meric M., Terzic I., Halilovic E. // Med. Arh. — 2004. — Vol. 58. — № 4. — P. 223—226.

Контактная информация

Убайдуллаева Владлена Улугбековна — врач-патологоанатом Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Министерства здравоохранения республики Узбекистан, e-mail: vlada_1971@bk.ru

УДК 617.55-089.168.1-06

АДГЕЗИОЛИЗИС С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ПРОТИВОСПАЕЧНЫХ БАРЬЕРНЫХ СРЕДСТВ ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И. В. Михин, А. Г. Бебуришвили, А. Н. Акинчиц, П. Б. Кремер

Кафедра факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии ФУВ ВолГМУ, клиника №1 ВолГМУ

Описано 53 случая консервативного купирования илеуса при острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Проведен лапароскопический адгезиолизис с применением противоспаечных барьерных средств и определен комплекс противоспаечных мероприятий с применением препаратов системной энзимотерапии. Установлено, что современные противоспаечные барьерные средства являются залогом успешного оперативного лечения спаечной болезни брюшной полости независимо от способа операции, так как являются патогенетически обоснованным подходом к профилактике рецидива заболевания.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, адгезиолизис, противоспаечные барьерные средства.

ADHESIOLYSIS WITH USE OF MODERN ANTIADHESIVE BARRIER MEDICINES AFTER RELIEF OF ILEUS IN ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

I. V. Mihin, A. G. Beburishvili, A.N. Akinchits, P. B. Kremer

53 cases of conservative relief of ileus in acute adhesive intestinal obstruction are described. Laparoscopic adhesiolysis with use of antiadhesive barrier medicines are made. An antiadhesive treatment complex with system enzyme therapy is determined. It is established that modern antiadhesive barrier medicines are pledge of successful operative treatment of peritoneal commissures of abdominal cavity and does not depend on a way of operation as they correspond to pathogenesis during preventive measures of this disease.

Key words: adhesive peritoneal commissures, adhesiolysis, antiadhesive barrier medicines.

Частота образования спаек варьирует от 67 до 93 % после абдоминальных операций и составляет почти 97 % после открытых гинекологических вмешательств [1, 5]. Доля острой спаечной кишечной непроходимости составляет 87,6 % в структуре илеуса, что объясняется постоянно растущим количеством

оперативных вмешательств на органах брюшной полости [2]. У большинства больных с ОСКН преобладают функционально-динамические нарушения пассажа химуса, поэтому тактика лечения этой категории пациентов имеет определенные особенности и отличается от таковой при заворотах, инвагинациях и

других механических формах непроходимости кишечника. Необходимость срочной операции при ОСКН возникает в 24—36 % наблюдений, так как у остальных пациентов адекватная консервативная терапия позволяет купировать приступ и добиться восстановления пассажа [2, 3]. В случае успеха терапевтических мероприятий большинство больных выписываются, а плановое оперативное лечение многие хирурги считают бесперспективным. Это связано с тем, что операция приносит временный эффект и не предотвращает повторное формирование спаек. Больных с купированным приступом ОСКН чаще всего оперируют только при рецидиве непроходимости, который не удается разрешить медикаментозно.

К сожалению, соблюдение диеты, режима питания и физической нагрузки, физиотерапевтическое лечение не оказывают достаточного эффекта для достижения стойкой ремиссии заболевания. У 36 % пациентов, перенесших традиционный адгезиолизис, ОСКН рецидивирует [3, 5].

У больных с повторными приступами ОСКН клиническая картина илеуса с каждым последующим приступом приобретает все более насыщенную окраску. Это связано с усугублением дисбаланса флоры кишечника вследствие избыточной колонизации тонкой кишки со сглаживанием нормального градиента микроорганизмов в дистальном направлении, результатом чего является появление дополнительных патологических симптомокомплексов [4].

Внедрение в клиническую практику малоинвазивных технологий и современных средств профилактики образования спаек позволяет изменить подходы к лечению больных, перенесших приступ ОСКН.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить условия и показания к проведению лапароскопического адгезиолизиса при ОСКН, а также определить спектр современных барьерных средств для комплекса противоспаечных мероприятий.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время нами выполнено 132 попытки малоинвазивных операций по поводу ОСКН: 79 на высоте приступа по срочным показаниям, 53 — после медикаментозного купирования илеуса в плановом порядке. Комплекс консервативных мероприятий, проводимых параллельно с диагностическими манипуляциями, включал в себя: назогастральное дренирование, инфузионную терапию, инъекции спазмолитиков, антихолинэстеразных средств, постановку гипертонических и очистительных клизм.

Пациенты, которым ОСКН была купирована консервативно ($n = 53$), выступают объектами наших дальнейших рассуждений и расчетов.

В группу А вошли 43 пациента, доставленных в стационар в срок до 6 часов, прошедших от начала

приступа. Отсутствие у них выраженных явлений эндогенной интоксикации, а также определенные ультразвуковые и рентгенологические признаки позволили нам отнести клинику заболевания к ранней стадии ОСКН. В условиях компенсированной и субкомпенсированной сопутствующей патологии время консервативного лечения и динамического наблюдения не превышало 2—3 часов.

Группу В составили 10 пациентов, поступивших в клинику через 6—12 часов от начала заболевания с клиническими, ультразвуковыми и рентгенологическими признаками поздней стадии ОСКН, явлениями декомпенсации жизненно важных функций и систем организма. Коррекцию водно-электролитных, белковых, гемодинамических расстройств наряду с комплексной стимуляцией кишечника проводили в этой группе в течение 4-5 часов.

Всем пациентам при поступлении выполнили обзорную рентгенограмму брюшной полости, на которой у 27 (50,1 %) имелись чаши Клойбера, у 23 (43,4 %) — вздутие тонкой кишки, у 16 (30,2 %) — поперечная исчерченность, у 13 (24,5 %) — сглаженность складок, у 8 (15,1 %) — тонкокишечные арки (табл. 1).

Как известно, ультразвуковая семиотика локализации висцеро-париетальных сращений (ВПС), состояния моторной функции кишечника, наличия свободной жидкости в брюшной полости превышает рентгенологическую [5].

Таблица 1

Рентгенологическая семиотика различных стадий ОСКН

Симптомы	Ранняя стадия ОСКН (группа А)	Поздняя стадия ОСКН (группа В)	Итого
Чаша Клойбера	19	8	27
Вздутие тонкой кишки	16	7	23
Поперечная исчерченность тонкой кишки	12	4	16
Сглаженность складок тонкой кишки	7	6	13
Тонкокишечные арки	1	6	8

В дооперационном обследовании особое внимание мы уделяли ультразвуковой верификации «акустических окон» на передней брюшной стенке и ВПС полых органов, выявленных в 51 (96,2 %) наблюдениях. Наиболее характерными ультразвуковыми признаками ОСКН в обеих группах были: синдром внутрипросветного депонирования жидкости (СВДЖ) — у 49 (92,5 %), антиперистальтика — у 44 (83 %), утолщение стенок тонкой кишки свыше 6 мм — у 13 (24,5 %) больных (табл. 2).

Следует отметить, что при первичном ультразвуковом исследовании признаки ОСКН в общей сложности могут быть не диагностированы у 16—34 % больных [1,3,7]. В этой связи мы использовали метод динамического ультразвукового контроля в

17(32 %) наблюдениях, позволяющего в сжатые сроки уточнить характер патологии [6].

Эффективность консервативного лечения оценивали по следующим критериям: регрессия болевого синдрома и признаков интоксикации (клинических и лабораторных), восстановление пассажа по кишечнику, значительное уменьшение объема живота, отсутствие застойного отделяемого по назогастральному зонду.

Таблица 2

Ультразвуковая семиотика стадий ОСКН

Ультразвуковые признаки	Ранняя стадия ОСКН (группа А)	Поздняя стадия ОСКН (группа В)	Итого
СВДЖ	41	8	49
Антиперистальтика	39	5	44
Утолщение стенок тонкой кишки	8	6	13
Отсутствие перистальтики	6	4	10
Свободная жидкость в брюшной полости	3	7	10

Плановый малоинвазивный адгезиолизис в группе А выполнили через 7—10 дней после купирования илеуса, в группе В — в сроки от 12 дней до 4 месяцев. Без выписки из стационара оперировали 48 пациентов. Технические трудности, возникшие при рассечении висцеро-париетальных спаек тонкой кишки в зоне послеоперационных рубцов у 14 (26,4 %) пациентов, вынудили нас дополнить операцию адгезиолизисом из минилапаротомного доступа в 10 (18,8 %) наблюдениях в обеих группах (6 — группа А, 4 — группа В); у 4 (7,5 %) пациентов (3 — группа А, 1 — группа В) имелся спаечный процесс (СП) IV степени, представленный множественными тяжелыми и пленчатыми салъниковыми и кишечными ВПС, а также висцеро-висцеральными сращениями во всех отделах брюшной полости, что побудило нас отказаться от лапароскопического и лапароскопического ассистированного адгезиолизиса и перейти на лапаротомию.

В 42 (79 %) наблюдениях оперативное вмешательство завершили применением противоспаечных барьерных средств (ПБС). С целью профилактики повторного образования тонкокишечных висцеро-париетальных сращений 18 (33,9 %) пациентам выполнили лапароскопическую аппликацию сетчатого противоспаечного барьерного средства «Интерсид (ТС-7)» на париетальную брюшину. Жидкое противоспаечное средство «Адепт», представляющее собой 4%-й раствор икодекстрина, мы применили у 12 (22,6 %) пациентов. В 5 (9,43 %) наблюдениях мы применили противоспаечное барьерное средство «Спрейгель», представляющее собой полимер полиэтиленгликоля. Еще в 7 (13,2 %) наблюдениях использовали отечественный препарат жидкой окисидированной целлюлозы «Мезогель» (табл. 3). Все примененные нами противоспаечные барьеры представляют собой высокомолекулярные биodeградируемые соединения,

которые призваны образовать защитный слой на травмированных тканях и предотвратить адгезию в течение критического периода первых трех суток. Полная абсорбция и выведение ПБС происходит в сроки от 7 до 28 дней.

Таблица 3

Распределение пациентов с купированным приступом ОСКН по характеру использования противоспаечных барьерных средств

Противоспаечные барьерные средства	Ранняя стадия ОСКН (группа А)	Поздняя стадия ОСКН (группа В)	Итого
Интерсид (ТС -7)	14	4	18
Адепт	9	3	12
Спрейгель	3	2	5
Мезогель	6	1	7

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Чаще всего операциями, повлекшими за собой развитие ОСКН, были верхне-срединные и нижне-срединные лапаротомии (табл. 4). В анамнезе у 19 (36 %) больных уже была лапаротомия, выполненная по поводу ОСКН, у 21 (40 %) — илеус был ранее купирован консервативно.

Таблица 4

Распределение пациентов по виду ранее выполненных оперативных доступов

Оперативный доступ	Ранняя стадия ОСКН (группа А)	Поздняя стадия ОСКН (группа В)	Итого
Верхне-срединная лапаротомия	23	4	27
Нижне-срединная лапаротомия	13	2	15
Волковича—Дьяконова	3	-	3
Несколько различных доступов	4	4	8
Всего	43	10	53

Обращение 43 пациентов группы А в хирургическую клинику в первые часы от начала заболевания явилось одним из предрасполагающих факторов успешного медикаментозного купирования приступа ОСКН. Своевременно выполненные декомпрессия верхних отделов пищеварительного тракта и комплексная стимуляция кишечника позволили избежать срочной операции, провести необходимое обследование и адекватную подготовку к плановому адгезиолизису.

Более длительные сроки от начала заболевания до поступления в стационар у 10 больных с поздней стадией ОСКН были обусловлены медленным развитием клиники илеуса. По всей видимости, это было связано с индивидуальными особенностями пациентов: преклонным возрастом, наличием конкурирующих заболеваний, высоким порогом болевой чувствительности. Ранее перенесенные подобные

приступы, купированные в амбулаторных условиях, также послужили причиной неадекватной субъективной оценки общего состояния и, соответственно, поздней госпитализации.

Совокупность полученных в результате обследования клинических, рентгенологических и ультразвуковых признаков ОСКН определила оптимальную тактику ведения больных. К благоприятным прогностическим признакам, позволяющим надеяться на успех консервативных мероприятий, мы относим:

- умеренное вздутие живота ($n = 39$), однократную рвоту ($n = 35$), отсутствие клинических и лабораторных признаков выраженной интоксикации ($n = 49$);
- отсутствие на обзорной рентгенограмме брюшной полости гиперпневматоза, выраженной дилатации ($n = 30$), сглаженности складок ($n = 40$), тонкокишечных арок ($n = 45$);
- наличие при УЗИ перистальтики ($n = 43$), пленчатых и плоскостных ВПС с подвижностью тонкой кишки по отношению к париетальной брюшине в горизонтальной плоскости в радиусе 1 см и более ($n = 40$), отсутствие ультразвуковых признаков утолщения стенок петель тонкой кишки ($n = 40$).

При выборе срока от медикаментозно купированного приступа ОСКН до плановой операции мы руководствовались общим состоянием больных, нормализацией лейкоцитарной формулы, электролитного и белкового состава крови.

Операционный доступ и рассечение межорганных сращений, инициировавших ОСКН, при I и II степени спаечного СП, диагностированного, соответственно, у 5 (9,4 %) и 22 (41,5 %) больных, технических трудностей не представили. Наличие СП III степени в 22 (41,5 %) наблюдениях значительно усложнило выполнение всех этапов операции (табл. 5).

Благодаря прецизионной технике оперирования нам удалось избежать интраоперационных осложнений.

Таблица 5

Степень спаечного процесса, выявленного у пациентов при проведении лапароскопического адгезиолизиса

СП	Группа А	Группа В	Итого
I степень	5	-	5
II степень	20	2	22
III степень	15	7	22
IV степень	3	1	4
Всего	43	10	53

На лапароскопии подвижные, но плотные пленчатые и плоскостные тонкокишечные ВПС выявили у 47 (88,7 %) пациентов. Таким образом, чувствительность специальной предоперационной ультразвуковой диагностики этого вида спаек составила 92,2 %. Подвижные межорганные сращения оказались наиболее доступными для малоинвазивной техники и

явились залогом лапароскопического завершения операций у 39 (73,6 %) больных.

В 14 наблюдениях (10 — группа А, 4 — группа В) сращения тонкой кишки с послеоперационными рубцами были настолько интимными и плотными, что выполнить адгезиолизис лапароскопическим способом не представлялось возможным. Чаще всего ($n = 12$) они локализовались в зоне пупка. После лапароскопического рассечения подвижных спаек нам пришлось выполнить минилапаротомию над фиксированными к рубцу петлями тонкой кишки и произвести адгезиолизис. Десерозированные участки и операционные раны были ушиты атравматичным рассасывающимся шовным материалом («Polysorb», «Biosin», «Дехон»).

Образующиеся после рассечения ВПС обширные дефекты на париетальной брюшине служат плацдармом для рецидива спаечного процесса. Поэтому в 42 (79,2 %) наблюдениях мы применили современные противоспаечные барьерные средства для профилактики рецидива спаечного процесса. У всех пациентов ($n = 42$), перенесших адгезиолизис с применением различных противоспаечных средств, в послеоперационном периоде мы выполняли динамическое ультразвуковое исследование с определением количества свободной жидкости («Адепт», «Мезогель») и подвижности петель кишечника в проекции операционного рубца. Как правило, УЗИ проводилось на 3, 5, 7, 10-е сутки после оперативного вмешательства.

Послеоперационный период у оперированных нами больных протекал без осложнений. Физиотерапевтический комплекс противоспаечных мероприятий провели всем пациентам, медикаментозную профилактику повторного образования спаек с применением лечебных доз препарата системной энзимотерапии «Вобэнзима» — 7 пациентам группы А.

Средние сроки восстановления пассажа по кишечнику, пребывания в стационаре после адгезиолизиса составили: в группе А — 3, 6 и 11 дней; в группе В — 4, 8 и 14 дней соответственно.

Контрольное обследование в сроки от 6 месяцев до 4 лет после операции прошли 46 (86,8 %) пациентов, в том числе 20 (37,7 %) после аппликации ПБС. Ультразвуковых признаков рецидивного образования ВПС не выявлено. У 4 (7,5 %) пациентов после применения противоспаечных барьеров в сроки от 7 дней до 4 месяцев была выполнена контрольная лапароскопия, при которой признаков рецидива спаечного процесса не обнаружено. После применения «Интерсид» у одной пациентки развилась ранняя ОСКН, приведшая к возникновению кишечного свища, что потребовало срочной лапаротомии. В группе В 2 (3,8 %) пациента в сроки от 4 месяцев до 1,5 лет были повторно госпитализированы с явлениями нарушения пассажа по тонкой кишке. При УЗИ и обзорной рентгенографии брюшной полости данных за

ОСКН получено не было; пациенты были выписаны после короткого курса консервативной терапии и коррекции диеты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Лапароскопический адгезиолизис с применением противоспаечных барьерных средств целесообразно выполнять пациентам со спаечным процессом I — II степени, у которых ОСКН была купирована консервативными мероприятиями.

2. При возникновении технических трудностей во время лапароскопического адгезиолизиса патогенетически обоснованным является рассечение спаек из минилапаротомного доступа; при спаечном процессе IV степени следует производить лапаротомию.

3. После адгезиолизиса показано проведение комплекса противоспаечных мероприятий с применением препаратов системной энзимотерапии.

4. Современные противоспаечные барьерные средства являются залогом успешного оперативного лечения спаечной болезни брюшной полости независимо от способа операции, так как являются

патогенетически обоснованным подходом к профилактике рецидива заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берелавичус С. В. // Эндоскоп. хир. — 2002. — № 5. — С. 47—50.
2. Кригер А. Г., Андрейцев И. Л., Горский В. А. и др. // Хирургия. — 2001. — № 7. — С. 25—29.
3. Женчевский Р. А. Спаечная болезнь. — М: Медицина, 1989. — 192 с.
4. Попова И. С. Синдромная диагностика и лечение острой обтурационной тонкокишечной непроходимости: дис. ... д.м.н. — Волгоград, 2001. — 294 с.
5. Theodorus Liakakos, et al. // Digestive surgery. — 2001. — № 18. — P. 260—273.

Контактная информация

Кремер Павел Борисович — аспирант кафедры факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: paulkr@mail.ru