

М.У. МУКАНОВ, А.Ж. КУАНЫШБАЕВА, С.Т. КЫДЫКОВА, П.Е. ТОКТАРОВА
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова.
Кафедра общей хирургии. г. Алматы

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Работа представляет результаты клинических исследований 212 больных, (106 контрольная и 106 основная группа) с разлитыми гнойными перитонитами различной этиологии, которым было проведено общепринятое хирургическое лечение в контрольной и с применением перитонеального лаважа по разработанному авторами способу.

Авторы в своей работе раскрывают и обосновывают механизм возникновения острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН), где висцеропариетальные спайки (ВПС) имеют патогенетическое значение, так как фиксация друг к другу различных по функциональному назначению органов (кишечник и передняя брюшная стенка) ведут к взаимному нарушению их функций, в первую очередь кишечника.

Исходя из вышеуказанной концепции, подтвержденной результатами экспериментальных работ на животных (24 собаки), был разработан способ перитонеального лаважа (А.С.РК №13124), позволяющий избежать образование ВПС и, тем самым, предупредить возникновение ОСКН.

Ключевые слова: Висцеропариетальные спайки, острая спаечная кишечная непроходимость, перитонит, спаечная болезнь, спайкообразование, перитонеальный лаваж.

Введение: В литературе, посвящённой патогенезу спайкообразования, основная роль однозначно отводится фибрину, образующемуся при свертывании экссудата в брюшной полости в результате травматизации или воспаления брюшины. Фибрин вызывает слипание и склеивание соприкасающихся органов брюшной полости. При усилении пролиферативной активности соединительно-тканых элементов, нарушении тканевого метаболизма и других условиях подвергается организации. Вышеизложенная концепция патогенеза спайкообразования подтверждается экспериментальными и клиническими работами авторов [1,2,3].

К сожалению, способы профилактики спайкообразования, основанные на этой концепции и направленные на фибринолиз в практической медицине не дали желаемого результата и не нашли широкого применения. Вопросы профилактики спайкообразования в настоящее время остаются не решёнными и актуальными. Необходимость изыскания способов профилактики спайкообразования хирургам диктует, в первую очередь, риск возникновения острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН).

Спайкообразование в брюшной полости, как биологическая защитная реакция организма в ответ на травму или воспаление её органов, является неизбежным процессом, сопутствующим любой лапаротомии. Единичные или изолированные спайки в брюшной полости редкость. Разделение спаек на висцеропариетальные или висцеральные условное. По существу, они являются единой структурой процесса, распространяющегося по всей брюшной полости, независимо откуда, с кишечника на париетальную брюшину или наоборот. Более важным нам представляется вопрос о месте фиксации кишечника этими спайками, создающими угрозу возникновения ОСКН.

По частоте возникновения илеуса, висцеровисцеральные спайки между петлями кишечника и висцеропариетальные спайки (ВПС) почти равнозначны - 21,3% и 25% [4]. Однако по частоте образования преобладают ВПС, почти всегда сопровождающие любую релапаротомию. Так, при повторных чревосечениях у 215 больных, спайки между петлями кишечника и париетальной брюшиной передней брюшной стенки были обнаружены нами у 200 (93%) человек. Подобные сращения хорошо известны практическим хирургам, которым приходилось повторно оперировать больных, после ранее перенесённых лапаротомий в различные сроки. В протоколах операций у этого контингента больных почти всегда отмечаются большие технические трудности выполнения релапаротомии из-за выраженного спаечного процесса между кишечником и передней брюшной стенкой, что создаёт опасность повреждения кишечной стенки.

Мы считаем, что именно эти ВПС, между петлями кишечника и париетальной брюшиной передней брюшной стенки, являются основной причиной возникновения механической непроходимости кишечника. Наши предположения, вытекающие из результатов экспериментальных и клинических наблюдений, обоснованы следующими доводами:

1. Образование спаек между кишкой и париетальной брюшиной передней брюшной стенки ведёт к нарушению моторики кишечника, вследствие различных ритмов движения передней брюшной стенки, участвующей в акте дыхания и брюшном прессе при физической работе, и перистальтикой кишечника, обеспечивающей пассаж его содержимого.

2. Если взять (условно) париетальную брюшину передней брюшной стенки и петли кишечника как две параллельные плоскости, то спайки, образующиеся между ними, проходят в перпендикулярном направлении или под углом, что закономерно приводит к перегибу фиксированной петли кишки - механической её непроходимости.

3. Кишечник, фиксированный к задней париетальной брюшине брыжейкой, где проходят сосудистые и нервные образования, при тракции вверх спайками передней брюшной стенки, вызывает перерастяжение брыжейки с деформацией её сосудов и нервов, в результате чего возникает ишемия кишечной стенки, сопровождающаяся выраженным болевым синдромом. Подобную ситуацию мы часто видим в форме острой спаечной динамической кишечной непроходимости.

4. Спайки между петлями кишечника бесспорно имеют определённую роль в механизме возникновения ОСКН. Однако, если представить их в изолированном виде, т.е. без ВПС, то образование перегибов кишечной трубки маловероятно. Это подтверждается опытом многочисленных операций интестинопликации, предложенных Т.Ноблем (1937), как хирургического метода профилактики спаечной непроходимости кишечника, которые получили довольно широкое распространение в 60-70 годах [5,6,7,8]. По мере накопления и изучения отдалённых результатов, было выявлено большое количество осложнений с высокой частотой рецидивов заболевания - 12%-

30%. В настоящее время операция Нобля и её модификации признаны не только антифизиологичными, но и опасными для жизни больного [2,9,10,11,12,13]. По нашему мнению, создавая искусственные целенаправленные межпетельные сращения, Нобль не учёл возможность образования ВПС, которые и послужили причиной высокой частоты рецидивов.

5. И наконец, хирург, выполняя первую операцию, всегда должен думать о возможности повторной лапаротомии. Поэтому первичная профилактика ВПС должна быть одним из обязательных элементов любой операции.

Таким образом, в механизме возникновения острой спаечной кишечной непроходимости висцеропаретальные спайки имеют патогенетическое значение, так как фиксация друг к другу различных по функциональному назначению органов (кишечник и передняя брюшная стенка) ведут к взаимному нарушению их функций, в первую очередь кишечника.

Исходя из вышеуказанной концепции, подтвержденной результатами экспериментальных работ на животных (24 собаки), нами разработан способ перитонеального лаважа (А.С.РК №13124), позволяющий избежать образование ВПС и, тем самым, предупредить возникновение ОСКН:

Перед операцией, заготавливается герметичный полиэтиленовый пакет, 30x40см. На задней стенке пакета наносятся множественные микроперфорации. На верхних углах пакета вырезаются два отверстия, через которые проводится силиконовая трубка, таким образом, чтобы отверстия в средней трети трубки находились в полости пакета, а концы трубки выходили наружу.

Во время операции, после устранения источника перитонита и туалета брюшной полости, пакет укладывали на петли кишечника, задней стенкой с микроперфорациями. Через проколы в обоих подреберьях концы трубки из полости пакета выводили наружу и фиксировали. В подвздошной области через небольшой разрез, около 2 см, выводили наружу нижний угол пакета, через эту же рану, в полость малого таза проводили дренажную трубку. Лапаротомную рану ушивали.

После операции проводили лаваж брюшной полости, путём вливания растворов антисептика, через оба конца трубки из полости пакета. При этом, через микроперфорации пакета происходит разбрызгивание жидкости в основном между петлями кишечника, по типу "душевой" установки, что обеспечивает адекватную санацию брюшной полости, в тоже время, наличие самого пакета, отделяет кишечник от париетальной брюшины. Жидкость вытекала из брюшной полости по дренажу из полости малого таза. Показанием к прекращению перитонеального лаважа были чистые промывные воды из брюшной полости и появление перистальтики кишечника. На 5-7 сутки, после появления перистальтики кишечника, удаляли вначале трубку из полости пакета, затем и сам пакет, который свободно извлекали за конец, выведенный наружу. Дренажную трубку из малого таза удаляли на следующий день.

Цель настоящего исследования: Повысить эффективность хирургического лечения гнойного перитонита и профилактики острой спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы исследования: Нами проведён сравнительный анализ истории болезни 106 больных (контрольная группа) с разлитыми гнойными перитонитами различной этиологии, которым было проведено общепринятое хирургическое лечение, заключающееся в устранении очага перитонита, санации и дренирования брюшной полости традиционными четырьмя трубками, и основной группы, куда вошли 106 больных с гнойными перитонитами, схожие по тяжести клинического течения и этиологии заболевания. Хирургическое лечение в основной группе больных, наряду с ликвидацией очага перитонита и тщательной санацией брюшной полости было дополнено перитонеальным лаважом по разработанному нами способу.

Всем больным, как в пред-, так и послеоперационном периодах, проводилось комплексное консервативное лечение, включающее дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, сердечные гликозиды.

Результаты исследования: Сравнительный анализ результатов хирургического лечения основной и контрольных групп показал, что применение перитонеального лаважа, изолирующего кишечник от париетальной брюшины, позволяет не только предупредить образование ВПС и ОСКН, обусловленной этими спайками, но и ряд других серьёзных осложнений.

Среди больных основной группы наблюдались следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны у 8 (7,5%), абсцесс подпечёчного пространства - 1 (0,9%), абсцесс полости малого таза - 1 (0,9%), эвентрация кишечника - 2 (1,8%), межкишечный абсцесс - 2 (1,8%) и ОСКН в раннем послеоперационном периоде у 4 (3,8%) больных.

Перитонеальный лаваж с полиэтиленовым пакетом обеспечивает изоляцию брюшной полости от операционной раны, что и способствует снижению частоты её нагноения. Эвентрация в основной группе была у 2 больных (1,8%), в контрольной группе - у 8 (7,6%). Основными причинами эвентрации у двух больных были старческий возраст и тяжесть основного заболевания, обусловленного нагноением раны и гипопроотеиномией. Полиэтиленовый пакет при перитонеальном лаваже, является своего рода изоляционной прокладкой между послеоперационной раной и брюшной полостью - предупреждающей эвентрацию её органов.

Отдалённые результаты применения перитонеального лаважа у больных основной группы были изучены путём рентгеноконтрастного исследования кишечника в латеропозиции. При этом ВПС были обнаружены у 11 (10,4%) человек в различные сроки - от 1 месяца до 1 года. Изменение прежней трудовой деятельности или ограничение трудоспособности в течение первого года после операции не наблюдалось. В контрольной группе отдалённые результаты были изучены путём анкетирования, при этом клиническое проявление спаечной болезни обнаружено у 69 (65,6%), в том числе с клиникой желудочно-кишечного дискомфорта у 56 (81,2%). Среди них 9 человек (8,5%) были оперированы повторно в течение 3 лет после первой операции. Трудовую деятельность по болезни изменили 14 (13,2%) больных, из них 4 признаны инвалидами 1 - 2 группы.

Заключение: Результаты наших исследований показали что:

1. Перитонеальный лаваж, изолирующий кишечник от париетальной брюшины передней стенки, является эффективным, патогенетично обоснованным способом первичной профилактики спаечной болезни и острой спаечной кишечной непроходимости, путем предупреждения образования висцеропаретальных спаек.

2. Предлагаемый способ перитонеального лаважа позволяет предупредить не только образование ВПС, но и висцеро-висцеральных, путём постоянного орошения межкишечного пространства, что привело к снижению частоты межкишечных абсцессов в 4 раза, и других послеоперационных осложнений гнойного перитонита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Даурова Т.Г., Андреева С.Д. Метод профилактики перитонеальных спаек после операции на органах брюшной полости // Метод. рекомендации. - М.:1973. - С. 7-9.
- 2 Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. - М.: Медицина, 1989. - 191 с.
- 3 Кургузов О.П., Кузнецов Н.А., Артюхина Е.Г. Профилактика спаечной болезни. Обзор // Хирургия. - 1990. - №10. - С. 153-160.
- 4 Аскерханов Р.П., Абдуллаев М.Р. /Особенности клиники, лечения послеоперационной спаечной непроходимости // Вестник хирургии. - 1986. - № 9. - С. 125-129.
- 5 Андреев Г.Н. /К оценке энтеропликации, как метода лечения спаечной кишечной непроходимости: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Алматы, 1967. - 19 с.
- 6 Арапов Д.А. Спаечная кишечная непроходимость после аппендэктомии // Хирургия. - 1976. - № 6. - С. 149-152.
- 7 Калугин А.С. Спаечная болезнь брюшины: Автореф. дисс. ... д-р. мед. Наук - М., 1970. - 25 с.
- 8 Кирюган С.Е. /Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения острой кишечной непроходимости: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук - Баку, 1972. - 23 с.
- 9 Баиров Г.А., Баиров А.Г., Галачиев М.М. Поздняя спаечная непроходимость у детей // Вестник хирургии. - 1982. - № 9. - С. 104-106.
- 10 Напалков П.Н. Спорное во взглядах на абдоминальную спаечную болезнь // Вестник хирургии. - 1977. - № 1. - С. 38-42.
- 11 Нифантьев О.Е. Механическая непроходимость кишечника. - Красноярск: 1989. - 207 с.
- 12 Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. - М.: 1989. - 287 с.
- 13 Муканов М.У. Острая спаечная кишечная непроходимость обусловленная висцеропарияльными спайкам: Дисс. ... д-р. мед. наук - М., 1997. - 62 с.

М.У. МУКАНОВ, А.Ж. КУАНЫШБАЕВА, С.Т. КЫДЫКОВА, П.Е. ТОКТАРОВА

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Алматы қ. Жалпы хирургия кафедрасы*

ҚҰРСАҚТАҒЫ ЖАБЫСҚАҚ АУРУ ЖӘНЕ ОНЫҢ АСҚЫНУЫНДАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ПЕН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУДЕГІ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ НЕГІЗДЕМЕ

Түйін: Еңбекте 212 науқастың (106-сы бақылау тобында, ал 106-сы негізгі топта) клиникалық зерттеулердің нәтижелері көрсетеді. Науқастарға автор құрастырған тәсілмен перитонеалдық лаваж қолдануымен көпшілік мақұлдаған бақылауда хирургиялық емдеу жүргізілген.

Автор өз еңбегінде ішектің жіті жабысып түйілуінің (ІЖЖТ) пайда болу механизмін ашып дәлелдейді. Және висцералдық пене париеталдық қосылулардың (ВЖҚ) патогенетикалық негіздемелер бар екенін, олардың бір-бірімен тұрақтандалуы функциялық негіздермен түрлі органдардың (ішек пен алдыңғы құрсақ қабырғасы) және ең алдымен ішек қызметінің зақымдануына алып келетіні айтылады.

Жоғарыда көрсетілген жануарларға (24 итке) жүргізілген эксперименталды жұмыстар нәтижелерімен құпталған тұжырымдамалардан соң, ВЖҚ-ның құрылуын алдын алу мен ІЖЖТ-нің пайда болуынан сақтандыруға мүмкіндік беретін перитонеалдық лаваж тәсілі (А.С.РК №13124) құрастырылды.

Түйінді сөздер: Висцералдық пене париеталдық, ішектің жіті жабысып түйілуі, перитонит, жабысқақ ауру спаечная болезнь, жабысқақтың пайда болуы, перитонеалдық лаваж.

M.U. MUKHANOV, A.ZH. KUANYSHBAYEVA, S.T. KYDYKOVA, P.E. TOKTAROVA
PATHOGENETIC SUBSTANTIATION METHOD FOR PROPHYLAXIS AND SURGICAL
TREATMENT OF ADHESIVE DISEASE OF THE PERITONEUM AND ITS COMPLICATIONS

Resume: The work presents the results of clinical trials of 212 patients (106 and 106 control the main group) with diffuse purulent peritonitis of different etiology, which was carried out in the conventional surgical treatment and control with the use of peritoneal lavage on a method developed by the authors.

The authors in their work disclose and justify the mechanism of acute adhesive intestinal obstruction (OSKN) where visceroparietal adhesions (UPU) have pathogenetic significance as fixation to each other of different functional purpose organs (intestines and anterior abdominal wall) lead to a mutual violation of their It features first bowel queue.

Based on the above concept, confirmed the results of experimental studies on animals (24 dogs), a method was developed peritoneal lavage (A.S.RK №13124), avoiding the formation of the UPU and thus prevent the occurrence of OSKN.

Keywords: Visceroparietal adhesions, acute adhesive intestinal obstruction, peritonitis, spachenaya disease, adhesions, peritoneal lavage.