ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Дрожжилов М.А., Ануфриева С.С., Наймушина Ю.В., Шпак Е.В.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, e-mail: lebedevareg@mail.ru

Цель исследования: провести анализ результатов лечения сложных случаев острой обтурационной спаечной кишечной непроходимости. Проведено ретроспективное изучение 18 пациентов, оперированных по поводу острой спаечной обтурационной кишечной непроходимости, которым во время операции по техническим причинам не удалось разрешить явления кишечной непроходимости. В исследуемую группу входили как поступившие в хирургическое отделение по экстренным показаниям больные, так и пациенты, уже находившиеся в стационаре с развившейся ранней спаечной кишечной непроходимостью. В послеоперационном периоде у 12 больных из 18 удалось избежать вскрытия просвета тонкой кишки, у 11 из них явления кишечной непроходимости разрешились в течение 3–4 суток под действием консервативной терапии. Один больной умер от перитонита, вызванного некрозом и перфорацией стенки тонкой кишки, летальность составила 1/12 (8,3%). У 6 (33,3%) больных во время рассечения спаек была повреждена тонкая кишка и затем ушиты ее раны. Всем 6 пациентам была выполнена релапаротомия. Одному больному была произведена обширная резекция поврежденных участков тонкой кишки с межкишечным анастомозом, пациент выписан. Четверым больным для устранения острой тонкокишечной непроходимости была наложена энтеростома, из них впоследствии умерли трое от перитонита и сепсиса. Еще у 1 больного развился перитонит из-за несостоятельности швов ушитых ран тонкой кишки, больной умер, летальность составила 4/6 (66,7%). Всего умерли 5 человек, общая летальность – 5/18 (27,8%). Таким образом, вскрытие просвета кишки при рассечении спаек в условиях неразрешенной кишечной непроходимости значительно повышает риск развития несостоятельности ушитых ран и летального исхода. Обобщенный опыт авторов статьи свидетельствует о том, что консервативная терапия острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости не должна ограничиваться 24 часами и может быть эффективна даже после неуспешной операции.

Ключевые слова: спаечная обтурационная кишечная непроходимость, лечение, осложнения, профилактика.

TREATMENT OF CHALLENGING CASES OF ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Drozhhilov M.A., Anufrieva S.S., Naimushina Y.V., Shpak E.V.

South Ural State Medical University Ministry of Health of Russia, Chelyabinsk, e-mail: lebedevareg@mail.ru

The purpose of the study: to analyze the results of treatment of complex cases of acute obstructive adhesive intestinal obstruction. A retrospective study was conducted of 18 patients operated on for acute adhesive obstructive intestinal obstruction, who, due to technical reasons, could not resolve intestinal obstruction phenomena during surgery. The study group included both patients who were admitted to the surgical department for emergency indications, and patients who were already in the hospital with early adhesive intestinal obstruction. In the postoperative period, 12 out of 18 patients managed to avoid opening the lumen of the small intestine, and in 11 of them, intestinal obstruction resolved within 3-4 days under the influence of conservative therapy. One patient died from peritonitis caused by necrosis and perforation of the small intestine wall, the mortality rate was 1/12 (8.3%). In 6 (33.3%) patients, the small intestine was damaged during dissection of adhesions and then its wounds were sutured. All 6 patients underwent relaparotomy. One patient underwent extensive resection of damaged areas of the small intestine with an intestinal anastomosis, and the patient was discharged. Four patients underwent enterostomy to eliminate acute small intestinal obstruction, three of them later died from peritonitis and sepsis. Another patient developed peritonitis due to the failure of sutures of sutured wounds of the small intestine, the patient died, the mortality rate was 4/6 (66.7%). A total of 5 people died, the total mortality was 5/18 (27.8%). Thus, opening the intestinal lumen during dissection of adhesions in conditions of unresolved intestinal obstruction significantly increases the risk of developing sutured wounds and death. The generalized experience of the authors of the article indicates that conservative therapy of acute adhesive obstructive small bowel obstruction should not be limited to 24 hours and can be effective even after unsuccessful surgery.

Key words: adhesive small bowel obstruction, treatment, complications, prevention.

Введение

В последнее время пересматриваются подходы к лечению острой спаечной обтурационной кишечной непроходимости. Выбор способа лечения спаечной кишечной непроходимости зависит от ее формы: при неполной обструкции эффективна консервативная терапия, при полной обструкции показано оперативное лечение [1]. Консервативные методы лечения могут быть эффективны во многих случаях, но до сих пор остается неопределенным вопрос о длительности проведения консервативной терапии и критериях ее завершения [2]. Согласно Национальным клиническим рекомендациям XII Съезда хирургов России 2016 года, проводить консервативную терапию спаечной кишечной непроходимости необходимо не более 12 часов. Национальные клинические рекомендации 2021 года в качестве показаний для хирургического лечения предлагают следующие критерии: 1) сохраняющиеся или появившиеся синдром системной воспалительной реакции, органная дисфункция, лактатацидоз, почечная недостаточность; 2) непоступление водорастворимого контрастного препарата в толстую кишку при контрольной рентгенографии, проведенной через 24–36 часов; 3) сохраняющийся сброс по назогастральному зонду более 500 мл к 3-м суткам лечения [3].

В зарубежных рекомендациях нет четкого указания на длительность консервативной терапии, но в последние годы сформировалось устойчивое мнение специалистов о возможности достаточно длительного (до 3–5 суток) консервативного лечения обтурационной спаечной кишечной непроходимости при условии инфузионной терапии и постоянной назогастральной декомпрессии [4]. Признана нецелесообразность ранних операций по разрешению спаечной кишечной непроходимости без проведения всего комплекса консервативных мероприятий [5]. Кроме того, хирургическое разрешение острой спаечной кишечной непроходимости может представлять большие сложности при массивном спаечном процессе, особенно после перенесенного перитонита. F. Cocolini и соавторы определяют 3 степени выраженности спаечного процесса, где 1-я степень – пленочные сращения, разделение тупым путем; 2-я степень – плотные спайки, разделение острым путем, 3-я степень – выраженные спайки с васкуляризацией, рассечение только острым путем, высокий риск повреждения кишки [6].

При выраженном спаечном процессе во время операции крайне трудно избежать ненамеренной энтеротомии во время адгезиолизиса. В подобных случаях перед хирургом стоит сложный выбор: либо все-таки попытаться разделить спайки, несмотря на травматичность вмешательства и опасность повреждения кишки и других органов, либо разрешить кишечную непроходимость каким-либо другим способом (выведением энтеростомы, наложением межкишечных анастомозов) или остановиться и завершить операцию. При завершении операции без разрешения кишечной непроходимости в

послеоперационном периоде консервативная терапия иногда оказывается эффективной, и явления кишечной непроходимости купируются. В другом варианте кишечная непроходимость не разрешается, и приходится повторно выполнять оперативное вмешательство для ее разрешения. При самостоятельном купировании явлений кишечной непроходимости закономерно возникает вопрос: были ли использованы все возможности консервативного лечения, чтобы избежать операции? Обычно развитию острой кишечной непроходимости при спаечной болезни способствует потребление большого количества растительной клетчатки, обтурирующей просвет деформированной кишечной трубки. После операции, при которой явления кишечной непроходимости не были устранены, больной находится в реанимационном отделении, где ему проводится интенсивная инфузионная терапия, исключается энтеральное питание, производится постоянная назогастральная декомпрессия. В некоторых случаях такая тактика приводит к положительному эффекту, и пассаж содержимого по кишечной трубке восстанавливается. В то же время при попытке обязательного разделения спаек в условиях выраженного спаечного процесса есть опасность повредить истонченную стенку кишки и вскрыть ее просвет, что в последующем, в условиях неразрешенной кишечной непроходимости, чревато развитием перитонита вследствие несостоятельности ушитых ран.

Цель исследования: провести анализ результатов лечения сложных случаев острой обтурационной спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы исследования. В хирургическом отделении ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Челябинск» с 2006 по 2023 год находились на лечении 435 больных с диагнозом «острая спаечная кишечная непроходимость». У 149 (34,3%) пациентов явления непроходимости разрешились консервативными мероприятиями, 286 (65,7%) больных оперированы. В 254 (88,8%) случаях кишечная непроходимость была обтурационной, в 32 (11,2%) – странгуляционной. У 18 оперированных больных во время первого хирургического вмешательства не удалось разрешить острую тонкокишечную непроходимость вследствие выраженного спаечного процесса. Во всех 18 случаях клиника кишечной непроходимости была обтурационной.

Из 18 больных мужчин было 10 (55,6%), женщин – 8 (44,4%). Возраст больных составлял от 34 лет до 81 года. В группе были как больные, поступившие в хирургическое отделение по экстренным показаниям, так и пациенты, уже находившиеся в стационаре с развившейся ранней спаечной кишечной непроходимостью после проведенных операций на органах брюшной полости и малого таза. Критерии исключения: больные, которым во время первой операции кишечная непроходимость была разрешена каким-либо образом – рассечением спаек, резекцией кишки, обходным анастомозом или выведением энтеростомы.

Больные были разделены на 2 группы – пациенты, у которых во время операции удалось избежать ненамеренной энтеротомии (12 человек), и пациенты, у которых во время рассечения спаек был вскрыт просвет кишки (6 человек).

В анамнезе у всех 18 больных были повторные вмешательства на органах брюшной полости – от двух до восьми, у всех больных был перитонит, что послужило основной причиной развития выраженного спаечного процесса. Длительность заболевания составляла от 2 часов до 4 суток. У всех больных была клиника обтурационной кишечной непроходимости. Ни у одного не было клиники странгуляционной кишечной непроходимости.

Больным проводили стандартное обследование, включающее клинические и биохимические анализы, ультразвуковое исследование, и обзорную рентгенографию брюшной полости. 14 больным проводили пассаж раствора сульфата бария или другого водорастворимого контрастного вещества по кишечнику. Контроль за продвижением контраста проводили каждые 3 часа. Трём больным выполнили мультиспиральную компьютерную томографию брюшной полости (МСКТ), но решающего значения в определении показаний для хирургического лечения она не имела. У 1 пациента использовано сочетание рентгеноконтрастной методики и МСКТ. Длительность консервативного лечения до операции составляла от 2 до 24 часов. Показания к операции выставлялись при отсутствии эффекта от консервативной терапии, включали не уменьшающиеся потери по желудочному зонду (более 500 мл).

Статистическая обработка результатов исследования включала расчет доли в % от общего числа пациентов, для сравнения долей в двух группах использован критерий Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех пациентов операция выполнялась лапаротомным доступом. У 3 пациентов после начала операции произошла смена оператора. У всех больных были выявлены большие технические сложности при вхождении в брюшную полость, обусловленные как плотной фиксацией петель кишечника к рубцу передней брюшной стенки, так и выраженным спаечным процессом между самими петлями кишечника, не позволяющими дифференцировать ткани. В условиях раздутых кишок с истонченной стенкой резко возрастал риск вскрытия просвета кишки. Длительность операций составляла от 70 минут до 5 часов. При разделении спаек просвет тонкой кишки был вскрыт у 6 пациентов. Раны кишки ушивались атравматическими иглами. Причиной завершения операции служила техническая невозможность разделения спаек и устранения явлений кишечной непроходимости без значительного повреждения кишечника. Интубацию тонкой кишки не проводили по тем же причинам, оставляли только желудочный зонд. В конце операции рану передней брюшной стенки в 13 случаях ушивали наглухо, в брюшной полости

оставляли трубчатые дренажи, в 3 случаях устанавливали марлевые тампоны через отдельный разрез, в двух случаях формировали лапаростому.

В послеоперационном периоде все больные находились в реанимационном отделении. У 11 (61,1%) больных из 18 явления кишечной непроходимости под действием консервативной терапии разрешились в течение 3–4 суток после операции – улучшилось общее состояние, постепенно уменьшалось количество застойного отделяемого по желудочному зонду, начинали отходить газы. Ни у одного пациента этой группы не вскрывался просвет кишки. У 1 больного через 36 часов после операции развилась клиника перитонита. Во время релапаротомии выявлены некроз с перфорацией тонкой кишки, распространенный гнойный перитонит. Произведены санация брюшной полости, резекция участка кишки с некрозом, выведение энтеростомы, формирование лапаростомы. Смерть больного наступила через 12 часов после операции. 6 больным вследствие сохраняющихся явлений кишечной непроходимости в течение 24 часов были проведены повторные операции. 1 больному при разделении спаек была многократно повреждена тонкая кишка, но была произведена обширная резекция поврежденных участков тонкой кишки (1,5 м) с межкишечным анастомозом. Больной выздоровел. У 4 больных вначале предпринимали безуспешные попытки разделения спаек, после чего операция заканчивалась выведением энтеростомы. В этой группе умерли 3 человека от перитонита, сепсиса и декомпенсации, вызванной высоким кишечным свищом. Проведенный анализ позволяет предположить, что показанием для проведения повторной операции у больных этой группы служили не столько признаки неразрешенной кишечной непроходимости, сколько опасение развития несостоятельности ушитых ран тонкой кишки. У 1 больного через 30 часов после операции развился перитонит вследствие несостоятельности ушитых ран тонкой кишки. Была выполнена экстренная операция – релапаротомия, наложение энтеростомы, санация брюшной полости. После 5 санационных релапаротомий больной умер.

Результаты лечения вышеперечисленных больных обобщены в таблице.

Результаты лечения

Первая операция	Повторные операции	Результат	Всего больных	Исход Смерть/выздоровление	Летальность в группе % (абс.ч)
Лапаротомия. Просвет кишки не вскрывался	–	Разрешение кишечной непроходимости	11	0/11	8,3%(1)
	Релапаротомия, резекция тонкой кишки,	Некроз стенки тонкой кишки с перфорацией, перитонит	1	1/0	

	энтеростомия, лапаростомия				
Лапаротомия. Повреждение и ушивание ран тонкой кишки	Релапаротомия, Резекция кишки с межкишечным анастомозом	Разрешение кишечной непроходимости	1	0/1	66,7%(4)
	Релапаротомия, энтеростомия	Разрешение кишечной непроходимости	4	3/1	
	Релапаротомия, энтеростомия, лапаростомия	Несостоятельность ушитых ран тонкой кишки, перитонит	1	1/0	
Итого			18	5/13	p=0,021

Как следует из данных таблицы, у 12 из 18 пациентов просвет кишки не был вскрыт, летальность в этой группе составила 1/12 пациентов (8,3%). У 6 из 18 пациентов стенка кишки во время рассечения спаек была повреждена, что привело в конечном счете к летальному исходу у 4 из 6 пациентов (летальность 66,7%, различия статистически значимы с $p=0,021$ (тест Фишера), $OR = 8 (1,12; 56,7)$). Из всего количества больных, оперированных повторно (7 пациентов), выжили 2. Общая летальность – 5 человек (27,8%).

12 из 18 представленных здесь больных были оперированы более 10 лет назад, когда преобладала активная хирургическая тактика в лечении спаечной кишечной непроходимости. Консервативная терапия часто рассматривалась как предоперационная подготовка, и время до операции было лимитировано, а задержка в проведении операции дольше 6 часов не поощрялась. Более того, считалось, что операция таким больным показана в любом случае, так как наличие спаечного процесса в брюшной полости непременно приведет к рецидиву кишечной непроходимости, даже если сейчас явления непроходимости удалось разрешить консервативными мероприятиями. В последующие годы допустимое время консервативной терапии увеличилось до 12–24 часов. Но и в последней версии клинических рекомендаций оно было лимитировано 1 сутками при условии, что в течение этого времени больному проводится динамическое исследование прохождения контрастного вещества по тонкому кишечнику.

В последние годы появилось значительное число зарубежных публикаций, обосновывающих возможность более продолжительной консервативной терапии.

В поперечном исследовании авторов с использованием американской Национальной выборки стационарных пациентов (NIS) 2018–2019 годов 52% пациентов с обтурационной спаечной непроходимостью были оперированы позднее 3 суток с момента поступления. При этом, несмотря на то, что у пациентов значимо возрастал риск резекции кишки и ряда послеоперационных осложнений, авторы не обнаружили статистически значимого

увеличения летальности при позднем оперативном вмешательстве по сравнению с проведенным в течение первых 3 дней [7].

M.R. Mortensen и соавторы, сравнивая оперативное вмешательство с консервативным разрешением спаечной непроходимости, отмечают, что, хотя операция связана со значительным снижением частоты последующего рецидива непроходимости, она не лишена риска. Частота непреднамеренных энтеротомий составляет около 10%. Другие побочные эффекты были зарегистрированы примерно у 20% пациентов, перенесших адгезиолизис. Как результат, пациенты, пролеченные оперативно, имели почти в 4 раза больший шанс умереть во время первичной госпитализации. Также у данных пациентов по сравнению с пациентами, лечившимися неоперативно, наблюдалось увеличение в 2,5 раза уровня смертности от всех причин и на протяжении всего первого года после выписки [8].

А.Е. Тягунов с соавторами приводят промежуточные результаты проводимого в настоящий момент в России рандомизированного клинического исследования. Анализируя результаты, полученные на первых 32 пациентах из запланированных 200, авторы указывают, что неоперативное лечение в течение 48 ч позволило избежать операции у 80% пациентов со спаечной кишечной непроходимостью. Пациенты, включенные в исследование, не подвергались большей опасности, чем другие пациенты со спаечной кишечной непроходимостью [9].

Выводы

1. Вскрытие просвета кишки при рассечении спаек в условиях неразрешенной кишечной непроходимости резко повышает риск развития несостоятельности ушитых ран и летального исхода.

2. Показания к хирургическому лечению спаечной кишечной непроходимости должны выставляться только после выполнения всего комплекса консервативных лечебных мероприятий.

3. У больных с неразрешенной во время операции острой спаечной обтурационной кишечной непроходимостью из-за технической невозможности рассечения спаек в послеоперационном периоде есть возможность консервативного разрешения процесса.

Заключение

Анализируя опыт лечения сложных случаев кишечной непроходимости, авторы статьи пришли к заключению, что успешное консервативное разрешение острой спаечной обтурационной кишечной непроходимости у оперированных больных, которым во время операции по техническим причинам не было произведено разделение брюшинных спаек, свидетельствует о том, что изначально показания к операции у них были завышены. Авторы считают, что консервативная терапия острой спаечной обтурационной тонкокишечной

непроходимости не должна ограничиваться 24 часами и может быть эффективна даже после неуспешной операции.

Список литературы

1. Ларичев С.Е., Шаповальянц С.Г., Завьялов Б.Г., Шабрин А.В., Омелянович Д.А., Желещиков А.Л. Новые подходы в консервативном лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. 2021. №6. С. 45-53
DOI: <https://doi.org/10.17116/hirurgia202106145>
2. ten Broek R.P.G., Krielen P., Di Saverio S., Coccolini F., Biffi W.L., Ansaloni L., Velmahos G.C., Sartelli M., Fraga G.P., Kelly M.D., Moore F.A., Peitzman A.B., Leppaniemi A., Moore E.E., Jeeke J., Kluger Y., Sugrue M., Balogh Z.J., Bendinelli C., Civil I., Coimbra R., Moya M., Ferrada P., Inaba K., Ivatury R., Latifi R., Kashuk J.L., Kirkpatrick A.W., Maier R., Rizoli S., Sakakushev B., Scalea T., Søreide K., Weber D., Wani I., Abu-Zidan F.M., De'Angelis N., Piscioneri F., Galante J.M., Catena F., van Goor H. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World Journal of Emergency Surgery. 2018. Vol.13. P. 24.
DOI: <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0185-2>.
3. Национальные клинические рекомендации «Острая неопухолевая кишечная непроходимость». Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/327_2 (дата обращения: 10.10.2024).
4. Matsushima K., Sabour A., Park C., Strumwasser A., Inaba K., Demetriades D. Management of adhesive small bowel obstruction: A distinct paradigm shift in the United States // J. Trauma Acute Care Surg. 2019. Vol.86. Is. 3. P. 383-391.
DOI: <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002150>.
5. Тягунов А.Е., Тягунов А.А., Нечай Т.В., Виноградов В.Н., Курашинова Л.С. Факторы риска летального исхода при острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Результаты многоцентрового исследования // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2021. №3. С. 26-35.
DOI: <https://doi.org/10.17116/hirurgia202103126>.
6. Coccolini F., Ansaloni L., Manfredi R., Campanati L., Poiasina E., Bertoli P., Capponi M.G., Sartelli M., Di Saverio S., Cucchi M., Lazzareschi D., Pisano M., Catena F. Peritoneal adhesion index (PAI): proposal of a score for the “ignored iceberg” of medicine and surgery // World J. Emerg Surg. 2013. Vol. 8. Is. 1. P. 6. DOI: 10.1186/1749-7922-8-6.

7. Richardson S., Chervu N.L., Mabeza R.M., Cho N.Y., Ng A., Verma A., Vadlakonda A., Bakhtiyar S.S., Benharash P. Impact of delayed intervention following admission for small bowel obstruction: A contemporary analysis // Surg. Open Sci. 2023. Vol. 16. P. 8-13.
DOI: 10.1016/j.sopen.2023.09.002.
8. Mortensen M.R., Alouda M., Bond Z., Burcharth J., Finne K.F., Jensen T.K., Lolle I., Malik T., Ngo-Stuyt L., Nielsen L.B.J., Olausson M., Skovsen A.P., Tolver M.A., Smith H.G. One-year outcomes following operative or non-operative management of adhesional small bowel obstruction // BJS Open. 2023. Vol. 7. Is. 5. P. 103 DOI: 10.1093/bjsopen/zrad103.
9. Тягунов А.Е., Алиева З.М., Тягунов А.А. Промежуточные результаты открытого проспективного рандомизированного многоцентрового сравнительного исследования ранней операции и 48-часового неоперативного лечения спаечной кишечной непроходимости // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2024. № 7. С. 16-24. DOI: 10.17116/hirurgia202407116.