

УДК 616-007.274-07-08

К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Е. О. НЕПОКОЙЧИЦКИЙ

Витебская областная клиническая больница (главный врач Е. О. Непокойчицкий)

В последние годы изучению спаечной болезни посвящено много исследований (К. С. Симонян, Н. И. Блинов, Р. А. Жепчевский, А. А. Агафонов, И. В. Горфинкель, А. С. Калугин и др.).

Вместе с тем диагностика и лечение указанной болезни требуют дальнейшего широкого изучения и совершенствования.

В хирургическом отделении Витебской областной клинической боль-

ницы за последние 15 лет мы исследовали 301 больного спаечной болезнью, из них мужчин было 138 (45,8%), женщин — 163 (54,2%). У 249 (82,3%) больных причиной спаечной болезни явились оперативные вмешательства в брюшной полости. В 35,9% первой операцией, вызвавшей спаечную болезнь, была аппендэктомия. Диагноз направившего учреждения подтвержден при исследовании в стационаре у 69% больных. Высокий процент расхождения диагнозов объясняется трудностью диагностики не только в поликлинике, но и в стационаре.

Среди многих классификаций спаечной болезни наиболее пригодна для практических целей классификация К. С. Симоняна, выделившего острую, интермиттирующую и хроническую формы. Нам кажется, что достаточно выделить только острую и хроническую формы.

К острой форме можно отнести те клинические проявления заболевания, которые соответствуют кишечной непроходимости и в большинстве случаев требуют экстренного оперативного вмешательства.

Другие формы заболевания (интермиттирующая и хроническая) следует объединить в одну — хроническую форму спаечной болезни.

Больные с хронической формой требуют тщательного клинического исследования, настойчивого комплексного консервативного лечения. При безуспешности последнего производится оперативное вмешательство.

Больные с острой формой спаечной болезни жалуются на боли в животе, которые бывают схваткообразными, режущими, постоянными, тупыми и неопределенного характера.

Схваткообразные и режущие боли чаще всего возникали при наличии препятствия в продвижении кишечного химуса (ущемление, перетяжки, заворот). Тупые и неопределенного характера боли наблюдались при равномерном вздутии кишечника, вследствие частичного закрытия кишечной трубки. В основном боли локализовались в правой подвздошной области (вследствие преобладания аппендэктомии среди оперативных вмешательств в брюшной полости, приведших к спайкообразованию). Боли в низу живота явились результатом акушерских и гинекологических операций. В этих случаях конгломерат подвздошной кишки смещался в малый таз, вызывая сращения с маткой, мочевым пузырем, что иногда сопровождалось дизурическими расстройствами или имитировало заболевание гениталий.

У всех больных спаечной болезнью отмечалась тошнота, тогда как рвота была только у 40% больных.

Выявление горизонтальных уровней жидкости в тонкой кишке при обзорной рентгеноскопии подтверждает диагноз спаечной болезни. У 25,9% исследованных больных обнаружены чаши Клойбера. Во время операции у них найдены внутрибрюшные спайки. Однако не следует забывать, что чаши Клойбера можно обнаружить и у совершенно здоровых людей, а также при спастическом колите, пневмонии, инфаркте миокарда и др.

Установить форму заболевания и решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства помогают паранефральная блокада, сифонная клизма, введение спазмолитических средств, промывание желудка. Исчезновение острых болей в животе, прекращение рвоты, восстановление отхождения газов позволяют врачу снять диагноз острой формы спаечной болезни. У 12 больных после сифонной клизмы и паранефральной блокады наступило кажущееся улучшение: был скудный стул, отходили газы. Через некоторое время состояние вновь ухудшилось и больные оперированы по поводу острой кишечной непроходимости.

На уточнение диагноза при острой форме спаечной болезни обычно затрачивалось от 2 до 5 часов. Диагноз острой формы спаечной болезни был снят у 124 больных. 73 (24,3%) больных оперированы по экстренным показаниям, из них у 56 спайки рассечены, у 7 резецирован участок тонкой кишки, у 5 произведена чрезыбрыжеечная интестинопликация по Чайлдс-Филлипсу, у 3 выполнена подвесная еюностомия, у 2 наложен обходной анастомоз.

Если консервативные мероприятия приводят к разрешению острой кишечной непроходимости, заболевание трактуется как хроническая форма спаечной болезни. Для уточнения используется весь комплекс клинических, лабораторных и рентгенологических исследований. Наибольшую ценность представляют рентгенологические исследования и проведение функциональных проб. 48 больным произведена серия рентгеновских снимков через 1, 3, 5 и 7 часов после принятия бария. Наличие деформаций, перетяжек и разный калибр тонкой кишки обнаружены у 36 больных, замедленное опорожнение тонкой кишки — от 8 до 23 часов — у 32 больных.

Определенную роль в диагностике внутрибрюшных спаек играют питунтриновая и карболеновая пробы. Питунтриновая проба применяется с 1966 г. Известно, что питунтрин возбуждает перистальтику кишечника. При наличии внутрибрюшных спаек появляются локальная боль в животе, тошнота, может быть рвота (проба положительная). Такие проявления отмечены у 38 больных. Во время операции спайки и тяжи найдены у 26 больных. У больных этой группы проделана проба с карболеном (2 таблетки карболена, принятые через рот, окрашивают стул в черный цвет). Черный стул спустя 48 часов с момента принятия карболена свидетельствует о нарушении эвакуаторной функции тонкой кишки (проба положительная). Положительной она оказалась у 29 больных. Во время операции у 3 больных спаек не найдено.

Симптом Клоха (боли в животе при переразгибании позвоночника от натяжения сальника, сращенного с передней брюшной стенкой) наблюдался у 76 больных (33,3% всех больных хронической формой спаечной болезни).

При решении вопроса об оперативном вмешательстве следует объективно оценивать весь комплекс симптомов и проведенных исследований.

Особые трудности представляет дифференциальная диагностика спаечной болезни и динамической кишечной непроходимости.

Приводим наше наблюдение.

Больная Е., 36 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на тупую боль и вздутие живота, тошноту, задержку стула и газов. В 1961 и 1965 гг. перенесла операции по поводу заворота кишечника. Объективно: язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, несколько напряжен и болезнен при пальпации в правой половине. Перистальтика редкая, вялая. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Пульс 72. При рентгеноскопии брюшной полости определяется раздутая газами тонкая кишка, горизонтальные уровни жидкости не выявляются. После сифонной клизмы отошли газы. В последующие дни периодически возникали боли в животе, сопровождавшиеся вздутием, тошнотой и рвотой. При рентгеноскопии тонкой кишки с барием выявлены деформации и разный калибр отдельных участков ее. Эвакуация бария из тонкой кишки наступила через 9 часов. Питунтриновая и карболеновая пробы оказались положительными. Учитывая перенесенные операции, клинику частичной кишечной непроходимости, исследования, указывающие на наличие внутрибрюшных спаек, решено произвести операцию. При лапаротомии 16 декабря 1965 г. спаяк и сращения в брюшной полости не обнаружено. В послеоперационном периоде получала общеукрепляющую и стимулирующую тонус кишечника терапию. Боли и вздутие живота прекратились.

В данном случае больная страдала атонией тонкой кишки и операция ей произведена ошибочно.

Простое разделение спаек приводит к еще более интенсивному их образованию, если хирург не владеет методикой интестинопликации или нет для этого показаний, операцию следует заканчивать введением в брюшную полость 200 мл 0,5% раствора новокаина или фибринолитическую смесь, состоящую из 125 мг гидрокортизона, 20 тыс. ЕД фибринолизина, растворенных на 100 мл полиглюкина. Через дренажную трубочку эти смеси вводятся в последующие 4—5 дней. Следует учесть, что введение фибринолитической смеси сопровождается резкой болезненностью в животе и вводить ее при хронических воспалительных процессах органов брюшной полости нежелательно.

Оперативные вмешательства с разделением спаек и введением фибринолитической смеси нами выполнены у 6 больных. Получены хорошие результаты.

У 7 больных произведена резекция резко деформированного, измененного участка тонкой кишки от 5 до 30 см длиной. Это один из эффективных методов ликвидации спаечной болезни, хотя травмирование кишки во время ее резекции не исключает рецидива спайкообразования.

Для разгрузки перерастянутого кишечника в некоторых случаях накладывалась еюностомия. Однако при определенной склонности организма к спайкообразованию и в связи с вовлечением расположенных выше и ниже еюностомы участков кишки в массивный спаечный процесс, а также угрозой кишечной непроходимости ее наложение вряд ли целесообразно.

У 2 больных мощные межпетельные сращения не позволили разделить тонкокишечный конгломерат и мы вынуждены были наложить обходной анастомоз.

Консервативное лечение проведено 218 (72,4%) больным, страдавшим хронической формой спаечной болезни.

Хорошие результаты получены от комплексной терапии. В течение 20 дней ежедневно подкожно вводилось по 1 мл лидазы. Грязевые аппликации накладывались на переднюю брюшную стенку через день и чередовались с токами УВЧ.

Для ликвидации болевых ощущений иногда приходится вводить обезболивающую смесь (1 мл 2% раствора промедола + 1 мл 0,2% раствора платифиллина + 1 мл 2% раствора димедрола + 1 мл 2,5% раствора аминазина + 5 мл 0,25% раствора новокаина).

Смесь не следует вводить при низком артериальном кровяном давлении и сердечно-сосудистой недостаточности.

Стимуляция перистальтики кишечника проводилась димеколином, гипертоническим раствором поваренной соли, питуитрином, прозергином.

Частичная кишечная непроходимость с выраженным вздутием живота, ослабленной перистальтикой кишечника у 2 больных была ликвидирована электростимуляцией кишечника модифицированным аппаратом ЭТМ-1.

Если обострение спаечной болезни сопровождается частичной кишечной непроходимостью (вздутие живота, тошнота, рвота, задержка стула и газов), то кроме указанных мероприятий необходимо проводить переливание крови и кровезаменителей в течение 3—6 дней. В лечебные мероприятия обязательно включается комплекс витаминов С, В₁, В₁₂.

22% больных через 1—2 года проведен повторный курс консервативного лечения, который мы дополнили массажем передней брюшной стенки и лечебной физкультурой. Получены положительные результаты.

14 больным, длительное время страдавшим хронической формой спаечной болезни с обширными внутрибрюшными спайками, после 3—8 оперативных вмешательств в брюшной полости, и не получившим улуч-

шения от консервативной терапии, произведена интестинопликация по Чайлдс-Филлипсу. Хорошие отдаленные результаты получены у 5, удовлетворительные — у 7, не улучшилось состояние — у 2 больных.

В связи с отсутствием радикальных методов лечения этого заболевания необходимы усилия специалистов в поисках надежных средств профилактики спайкообразования.

ВЫВОДЫ

1. Клиническая картина острой формы спаечной болезни весьма схожа с острой кишечной непроходимостью и диагностика ее не представляет трудности. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 2—5 часов требуется оперативное вмешательство.

2. Больные с хронической формой спаечной болезни нуждаются в тщательном клиническом и рентгенологическом исследованиях. Предпочтение следует отдавать консервативному лечению. При безуспешности последнего производится операция, характер и объем которой может быть установлен лишь во время ее.

3. Наиболее оправданным методом оперативного вмешательства при обширных внутрибрюшных спайках является чрезбрыжеечная интестинопликация по Чайлдс-Филлипсу.

ЛИТЕРАТУРА

Блинов Н. И. Вестник хирургии, 1966, № 6, с. 112. — Галкин В. А. Вестник хирургии, 1967, № 2, с. 28. — Горфинкель Н. В. Вестник хирургии, 1967, № 2, с. 33. — Женчевский Р. А. Хирургия, 1965, № 12, с. 69.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADHESIVE DISEASE

E. O. Nepokoichitsky

SUMMARY

The author analyses clinical manifestations of adhesive disease in 301 patients, shows diagnostic value of roentgenologic investigation of the small intestine with barium and functional tests (pituitrinic and carbolenic). In a number of cases the combined conservative treatment gives a positive effect.

In the absence of an effect of such therapy an operative intervention is recommended. Intermesenterial intestinoplication gives the best outcome. In a number of cases a positive result is observed also in the administration of procaine hydrochloride and fibrinolytic mixture in the abdomen.