

Реабилитация больных спаечной болезнью брюшины

А. Н. Костюченко¹, О. А. Смирнова¹, А. Э. Лычкова¹, Т. А. Васина², М. В. Костюченко³

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А. С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы»

²ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения Москвы»

³ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Спаечная болезнь – это синдром, обусловленный наличием спаек в брюшной полости, образовавшихся вследствие различных причин, и характеризующийся частыми приступами относительной кишечной непроходимости.

Цель. Определить комплекс реабилитационных мероприятий при спаечной болезни. **Материал и методы.** Наблюдали пациентов со следующими формами: а) с болевым синдромом (84,1 %); б) с периодически повторяющимися приступами кишечной непроходимости; в) может быть также бессимптомная СБ (в наблюдениях не встретилась). У всех больных наблюдали следующие симптомы – боль, жажду, тошноту (иногда рвоту, не приносящую облегчения), чувство тяжести в животе, тахикардию, дискомфорт, метеоризм, артериальную гипертензию. Выполняли УЗИ органов брюшной полости и лапароскопию, МСКТ органов брюшной полости и обзорную рентгенографию брюшной полости и электрогастроэнтерографию для выявления нарушений моторной функции желудочно-кишечного тракта.

Результаты и обсуждение. Комплекс реабилитационных мероприятий включал следующую реабилитацию. Вне атаки спаечной болезни (приступа кишечной непроходимости) и при спаечной динамической непроходимости больных лечили консервативно; хирургическую реабилитацию назначали при приступе спаечной механической непроходимости. Консервативная реабилитация включала ЛФК, диету, народные средства, медицинскую коррекцию.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: спаечная болезнь, брюшина, реабилитация, нутриционная поддержка.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Rehabilitation of patients with peritoneal adhesive disease

L. N. Kostyuchenko¹, O. A. Smirnova¹, A. E. Lychkova¹, T. A. Vasina², M. V. Kostyuchenko³

¹Moscow Clinical Scientific and Practical Centre n.a. A. S. Loginov, Moscow, Russia

²Research Institute for Emergency Medicine n.a. N. V. Sklifosovsky, Moscow, Russia

³Russian National Research Medical University n.a. N. I. Pirogov, Moscow, Russia

SUMMARY

Adhesive disease is a syndrome caused by the presence of adhesions in the abdominal cavity, formed due to various reasons, and characterized by frequent bouts of relative intestinal obstruction.

Purpose. Determine the complex of rehabilitation measures for adhesive disease.

Material and methods. Patients with the following forms were observed: a) with pain syndrome (84.1 %); b) with periodically recurring attacks of intestinal obstruction; c) there may also be asymptomatic SB (not found in observations). All patients had the following symptoms as pain, thirst, nausea (sometimes vomiting that does not bring relief), a feeling of heaviness in the abdomen, tachycardia, discomfort, flatulence, arterial hypertension. Ultrasound of the abdominal organs and laparoscopy, MSCT of the abdominal organs and plain radiography of the abdominal cavity and electrogastroenterography were performed to detect violations of the motor function of the gastrointestinal tract.

Results and discussion. The complex of rehabilitation measures included the following rehabilitation. Outside the attack of adhesive disease (an attack of intestinal obstruction) and with adhesive dynamic obstruction, patients were treated conservatively; surgical rehabilitation was prescribed for an attack of adhesive mechanical obstruction. Conservative rehabilitation included exercise therapy, diet, folk remedies, medical correction.

KEYWORDS: adhesive disease, peritoneum, rehabilitation, nutritional support.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

В международной статистической классификации болезней, принятой в настоящее время, диагноза «спаечная болезнь» нет. Согласно перечню имеются следующие нозологические единицы: брюшные спайки, спайки с кишечной непроходимостью, спайки женского таза, мужского таза, кишечника, желудка и др.:

- K66.0 – брюшинные спайки;
- 73.6 – тазовые спайки у женщин;
- T99.4 – послеоперационные спайки в малом тазу;
- Q43.3 – врожденные аномалии фиксации кишечника.

В нашей стране в медицинской практике используют термин «спаечная болезнь», подразумевая под этим синдром, обусловленный наличием спаек в брюшной полости, образовавшихся вследствие различных причин, и характеризующийся частыми приступами относительной кишечной непроходимости.

Основными причинами развития спаечной болезни (СББ) являются механические, воспалительные, химические.

Механические (оперативные вмешательства, сильные удары, всевозможные падения на твердые предметы или с высоты, пулевые ранения, колото-резаные ранения).

Воспалительные (вследствие аппендицита, колита, энтерита, оофорита и сальпингита, холецистита и др.).

Химические (вследствие перфорации, деструктивного панкреатита, ожогов пищеварительного канала).

Цель работы: определить комплекс реабилитационных мероприятий при спаечной болезни.

Материал и методы

Наблюдали пациентов со следующими формами:

- болевым синдромом (84,1 %);
- периодически повторяющимися приступами кишечной непроходимости 15,9%);
- может иметь место также бессимптомная СББ (в наблюдениях не встретилась).

Результаты и обсуждение

У всех больных наблюдали следующие симптомы: боль, жажду, тошноту (иногда рвоту, не приносящую облегчения), чувство тяжести в животе; тахикардию, дискомфорт, метеоризм, артериальную гипертензию.

Симптоматика и диагностика

Легкая форма характеризовалась редким (1–4 раза в год), умеренно выраженным болевым синдромом длительностью до 2 часов с явлениями желудочно-кишечного дискомфорта. Приступ купировался самостоятельно или под влиянием консервативного лечения (тепло, клизма, спазмолитики и др.). Рентгенологически наблюдались признаки гипо- или гипермоторной дискинезии без изменений гематологических и других показателей. Причиной приступа чаще являлось нарушение диеты или режима питания в связи с производственными факторами.

Средняя степень тяжести спаечной болезни брюшины характеризовалась учащением приступов до 5–12 раз в год или удлинением их до 6 часов. В период обострения отмечались клинические признаки динамической или механической кишечной непроходимости. Приступ купировался медикаментозно, чаще в стационаре, иногда выполнялась операция. Вне обострения сохранялись болевой синдром и диспепсические расстройства, рентгенологические признаки спаечного процесса в брюшной полости с нарушением моторной функции кишечника.

Тяжелая степень характеризовалась непрерывно рецидивирующим, прогрессирующим течением, часто (более 5 раз в год) повторяющимися приступами чаще механической кишечной непроходимости, требующими стационарного лечения и повторных операций. Вне приступа – стойкий выраженный болевой синдром и диспепсические явления. Ремиссия кратковременна с выраженными функциональными изменениями. Стул – только после клизмы, живот постоянно вздут. Больные теряли до 10–15 кг [1–4].

В результате поражения гепатобилиарной системы развивались диспротеинемия и гипербилирубинемия. Часты были психосоматические расстройства.

С диагностической целью выполняли также УЗИ органов брюшной полости и лапароскопию. При необходимости диагностическая лапароскопия трансформировалась в лечебную процедуру: обнаружив спайки, хирург выполнял операцию по их устранению. Выполняли также МСКТ (мультиспиральная компьютерная томография) органов брюшной полости и обзорную рентгенографию брюшной полости – методику, имеющую большое значение в постановке диагноза спаечной болезни брюшины. Рентгенографические снимки, полученные в ходе выполнения процедуры, выявляли наличие повышенного газообразования в кишечнике, его вздутия, а также присутствие воспалительного экссудата в брюшной полости. Чтобы определить степень кишечной непроходимости, рентгенографию дополняли применением рентгеноконтрастного вещества – взвеси сульфата бария.

Применяли и электрогастроэнтерографию для выявления нарушений моторной функции желудочно-кишечного тракта.

При анализе литературы выявили множество классификаций СББ:

- 1) по выраженности болевого синдрома;
- 2) по степени тяжести;
- 3) по распространенности (тотальные спайки, единичные);
- 4) по топографоанатомическому типу:
 - париетальные спайки – оба конца спайки прикрепляются к париетальной брюшине (редко),
 - висцеропариетальные – между внутренним органом и париетальной брюшиной (часто),
 - висцеро-висцеральные – между внутрибрюшными органами (встречается наиболее часто);
- 5) клинко-морфологическая классификация (Р. А. Женчевский, 1989):
 - болевой синдром с дисфункцией органов без приступов непроходимости,
 - острая спаечно-динамическая непроходимость (первый приступ),
 - рецидивирующая спаечная непроходимость (повторные приступы).

Консервативная реабилитация

Вне атаки спаечной болезни (приступа кишечной непроходимости) и при спаечной динамической непроходимости больных лечили консервативно.

Хирургическая реабилитация. При приступе спаечной механической непроходимости больным выполняли следующие операции:

- лапаротомию с рассечением спаек (адгеолизис);
- наложение обходных анастомозов;
- резекцию части кишки;
- наложение временных разгрузочных свищей.

Как правило, компенсация после оперативного лечения в зависимости от вида и его объема наступает в сроки от 2 до 4–6 месяцев.

ЛФК: примерный комплекс упражнений при СББ

1. Исходное положение – лежа на спине.
 - Попеременное подтягивание коленей к животу.
 - «Ножницы» (как горизонтальные, так и вертикальные).
 - «Велосипед» (упражнение «Велосипед»).
 - Поочередный пережат с боку на бок, помогая при этом себе согнутой в коленном суставе противоположной ногой.
 - Принятие сидячего положения только с помощью рук.
 - Подъем таза с опорой на локти и стопы.
 - Брюшное (диафрагмальное) дыхание.
2. Исходное положение – лежа на боку.
 - «Рисуем круг» (круговые движения верхней ногой).
 - Сгибание ноги в колене и прижатие ее к животу.
 - Покачивание верхней ногой вперед-назад.
3. Исходное положение – лежа на животе.
 - «Ласточка».
 - Упражнение на диафрагмальное дыхание.
 - Круговые движения прямыми ногами (каждой поочередно).
 - Одновременное и поочередное поднятие прямых ног.
 - Имитация различных стилей плавания.
 - «Пресс-папье» (одновременный подъем туловища и ног).
 - Поочередное изменение положения тела из коленно-локтевого в коленно-кистевое.
4. Исходное положение – на четвереньках.
 - Упражнение «Кошечка» (выгибание спины).

Диета

Не следует перегружать желудок пищей и устраивать себе перекусы фастфудом. Лучше питаться около 5–6 раз в день. Голодовка категорически запрещена при спаечной болезни: это может усугубить ситуацию. От продуктов, которые провоцируют газообразование (домашнее молоко, горох, кукуруза, капуста и т. д.), следует отказаться на 3–6 месяцев (хотя в некоторых случаях воздержаться от указанных продуктов, возможно, придется на несколько лет). То же самое касается газировки, острых приправ. Следует регулярно следить за стулом.

Народные средства

- Употребление смеси из брусники (15 ягод), шиповника (5–6 ягод), сухих листьев крапивы (30 г). Данные ингредиенты заливают кипятком (1 л) и помещают в термос на ночь. Пить отвар нужно по полстакана 2 раза в день – перед завтраком и перед сном.
- Настойка зверобоя. Готовят ее путем смешивания данного лекарственного растения (1 ст. л.) со стаканом кипятка с дальнейшим настаиванием на паровой бане (около 20 минут). Через час отвар процеживают и пьют небольшими порциями в течение дня.

Медикаментозная реабилитация при СББ

Еще в 70-е годы прошлого столетия П. Н. Напалков указывал, что в борьбе со спаечным процессом хирург полезен на этапе диагностики и профилактики, рекомендуя

комплексное (иммунологическое, гормональное и анти-коллагеновое) воздействие на организм [5–12, 14].

Сформировавшаяся соединительная ткань, захватившая петли кишок, обратному развитию не подлежит, поэтому все лечебные усилия врачей у больных спаечной болезнью обычно направлены на поддержание функции органов желудочно-кишечного тракта. Комплексное консервативное лечение СБ, по данным института Склифосовского, позволило избежать оперативного вмешательства у 79 % больных, поступивших под флаг ОСКН (А. С. Ермолов с соавт., 2007) [13].

Показаны:

- терапия, которая включает инъекции (продигазон);
- ультрафонофорез (преднизолон);
- прием витамина Е;
- регуляторы моторики;
- слабительные;
- анальгетики;
- коррекция водно-электролитных нарушений;
- сеансы массажа, диатермии, ультразвука, парафиновые или озокеритовые аппликации на живот, ионофорез;
- сеансы мониторной очистки кишечника;
- курсы энзимотерапии;
- активные ганглиоблокаторы.

Рекомендации

- Массаж живота – поглаживание передней брюшной стенки по часовой стрелке.
- Массаж, физиотерапевтические процедуры с использованием препаратов гиалуронидазы. Использование препаратов гиалуронидазы катализирует расщепление гиалуроновой кислоты, понижая ее вязкость, тем самым увеличивая проницаемость тканей и стенки сосудов в надежде на ликвидацию выпавшего и организовавшегося фибрина и нормализацию функции желудочно-кишечного тракта [15].
- Диатермия.
- Грязелечение.
- Стимуляция перистальтики с помощью ультразвука.
- Парафиновые или озокеритовые аппликации на живот.
- Ионофорез.
- Использование промывания желудка, очистительных и сифонных клизм.
- Противовоспалительные и спазмолитические средства.
- Проведение сеансов мониторной очистки кишечника для стимуляции перистальтики через просвет толстой кишки.
- Энзимотерапия (препараты системной энзимотерапии обладают противовоспалительным, фибринолитическим, противоотечным, иммуномодулирующим действием, снижается выраженность медиаторной атаки в зоне воспаления и повреждения тканей, энзимы уменьшают инфильтрацию плазматическими белками интерстиция и увеличивают элиминацию белкового детрита и депозитов фибрина в зоне воспаления): Флогэнзим 2–3 драже три раза в 12; Назначение активных ганглиоблокаторов – Димеколин.

- Метод мониторной очистки кишечника (МОК) для улучшения кровообращения, перистальтики (А.Г. Мирошник, 1994). Во время проведения МОК в результате образования пульсирующего потока производится гидромеханический массаж толстой кишки и таким образом стимулируется его функция.

Медико-социальная экспертиза

По сведениям В.И. Тищенко и соавт. (1983), при первичном освидетельствовании во МСЭ II группа инвалидности определена у 2,4%, а III – у 5,7% больных спаечной болезнью брюшины.

Заключение и выводы

Нами определено, что излеченность наступает в 17–20% случаев. При этом ее критериями могут служить:

- исчезновение или значительное уменьшение болевого синдрома;
- ликвидация кишечной непроходимости;
- нормализация основных клинических и биохимических показателей крови;
- ликвидация признаков астенизации и окрепший рубец, если выполнена операция.

Список литературы / References

1. Аюшинова Н., Шурыгина И., Чепурных Е., Шурыгин М., Григорьев Е. Спаечная болезнь брюшной полости – междисциплинарная проблема. Врач, 2017, № 5. С. 8–10.
Ayushinova N., Shurygina I., Chepurnykh E., Shurygin M., Grigoriev E. Adhesive disease of the abdominal cavity is an interdisciplinary problem. Physician, 2017, No. 5. P. 8–10.
2. Суфьяров И. Ф., Хасанов А. Г., Бадретдинова Ф. Ф., Ямалова Г. Р., Нигматзянова Р. И., Спаечная болезнь брюшины. причинно-следственные аспекты проблемы. Актуальные вопросы и перспективы развития медицины 2018. С. 84–87.
Sufiyarov I. F., Khasanov A. G., Badretdinova F. F., Yamalova G. R., Nigmatzyanova R. I., Adhesive disease of the peritoneum. causal aspects of the problem. Topical issues and prospects for the development of medicine 2018. P. 84–87.
3. Луцевич О. Э., Акимов В. П., Ширинский В. Г., Бичев А. А. Спаечная болезнь брюшины: современный взгляд на патогенез и лечение. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2017. № 10. С. 100–108.
Lutsevich O. E., Akimov V. P., Shirinsky V. G., Bichev A. A. Adhesive disease of the peritoneum: a modern view on the pathogenesis and treatment. Surgery. Journal n.a. N.I. Pirogov. 2017. No. 10. P. 100–108.

4. Плечев В. В., Гатаулин Н. Г., Латыпов Р., Корнилов П. Г., Шавалеев Р. Р. Новое в диагностике, лечении и профилактике спаечной болезни брюшины. Медицинский вестник Башкортостана 2007 2 (3–4). С. 36–41.
Plechev V. V., Gataullin N. G., Latypov R., Kornilov P. G., Shavaleev R. R. New in the diagnosis, treatment and prevention of adhesive disease of the peritoneum. Medical Bulletin of Bashkortostan 2007 2 (3–4). P. 36–41.
5. Chagini N, Kotseos K, Zhao Y, Ma C, McLean F, Diamond MP, Holmdahl L, Burns J. Peritoneal Healing and Adhesion Multiuniversity Study Group. Expression of matrix metalloproteinase (MMP-1) and tissue inhibitor of MMP in serosal tissue of intraperitoneal organs and adhesions. Fertil Steril. 2001; 76 (6): 1212–1219. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(01\)02875-8](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(01)02875-8)
6. Chen MD, Teigen GA, Reynolds HT, Johnson PR, Fowler JM. Laparoscopy versus laparotomy: an evaluation of adhesion formation after pelvic and paraaortic lymphadenectomy in a porcine model. Am J Obstet Gynecol. 1998; 178 (3): 499–503. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(98\)70428-4](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(98)70428-4)
7. Cohen Z, Senagore A, Dayton M, Koruda MJ, Beck DE, Wolff BG, Fleshner PR, Thirby RC, Ludwig KA, Larach SW, Weiss EG, Bauer JJ, Holmdahl L. Prevention of postoperative abdominal adhesions by a novel, glycerol/sodium hyaluronate/carboxymethylcellulosebased bioresorbable membrane: a prospective, randomised, evaluatorblinded multicenter study. Dis Colon Rectum. 2005; 48 (6): 1130–1139. [https://doi.org/10.1016/s0090-3671\(08\)70461-0](https://doi.org/10.1016/s0090-3671(08)70461-0)
8. de la Portilla F, Ynfante I, Bejarano D, Conde J, Fernández A, Ortega JM, Caranza G. Prevention of peritoneal adhesions by intraperitoneal administration of vitamin E: an experimental study in rats. Dis Colon Rectum. 2005; 47 (12): 2157–2161. <https://doi.org/10.1007/s10350-004-0741-6>
9. De Wilde RL, Brölmann H, Koninckx PR, Lundorff P, Lower AM, Waffiez A, Mara M, Wallwiener M. The Anti-Adhesions in Gynecology Expert Panel (ANGEL). Prevention of adhesions in gynaecological surgery: the 2012 European field guideline. Gynecol Surg. 2012; 9 (4): 365–368. <https://doi.org/10.1007/s10397-012-0764-2>
10. DeCherney AH, diZerega GS. Clinical problem of intraperitoneal postsurgical adhesion formation following general surgery and the use of adhesion prevention barriers. Surg Clin North Am. 1997; 77 (3): 671–688. [https://doi.org/10.1016/s0039-6109\(05\)70574-0](https://doi.org/10.1016/s0039-6109(05)70574-0)
11. Di Saverio S, Coccolini F, Galati M. Group of authors. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World Journal of Emergency Surgery. 2013; 8 (1). <https://doi.org/10.1186/1749-7922-8-42>
12. Diamond MP, DeCherney AH, Linsky CB, Cunningham T, Constantine B. Adhesion reformation in the rabbit uterine horn model. I. Reduction with carboxymethylcellulose. Int J Fertil. 1988; 33 (5): 372–375.
13. Diamond MP, DeCherney AH, Linsky CB, Cunningham T, Constantine B. Assessment of carboxymethylcellulose and 32% dextran 70 for prevention of adhesions in a rabbit uterine horn model. Int J Fertil. 1988; 33 (4): 278–282.
14. di Zerega GS. Peritoneum, peritoneal healing and adhesion formation. In: Peritoneal Surgery. Springer Verlag, NY. 2000; 3–37. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-1194-5_30, diZerega GS, Coad J, Donnez J. Clinical evaluation of endometriosis and differential response to surgical therapy with and without application of Oxiplax/AP* adhesion barrier gel. Fertil Steril. 2007; 87 (3): 485–489. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.07.1505>
15. di Zerega GS, Cortese S, Rodgers KE, Block KM, Falcone SJ, Juarez TG, Berg R. A Modern Biomaterial for Adhesion Prevention. J Biomed Mater Res B Appl Biomater. 2007; 81 (1): 239–250. <https://doi.org/10.1002/jbm.b.30659>
16. Elkins TE, Bury RJ, Ritter JL, Ling FW, Ahokas RA, Homsey CA, Malinak LR. Adhesion prevention by solutions of sodium carboxymethylcellulose in the rat. I Fertil Steril. 1984; 41 (6): 926–928. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)47909-4](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)47909-4)

Статья поступила / Received 04.10.22
Получена после рецензирования / Revised 20.10.22
Принята в печать / Accepted 27.10.22

Сведения об авторах

Костюченко Л. Н., д.м.н., проф., акад. РАЕ, зав. отделом¹

Смирнова О. А., м.н.с. отделения нутрициологии¹

Лычкова А. Э., патентвед¹

Васина Т. А., д.м.н., проф.²

Костюченко М. В., д.м.н., проф. кафедры медицины катастроф³

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы»

²ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения Москвы»

³ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Автор для переписки: Костюченко Л. Н. E-mail: l.kostyuchenko@mknc.ru

About authors

Kostyuchenko L. N., DM Sci (habil.), professor, academician of the Russian Academy of Natural Sciences, head of Dept¹

Smirnova O. A., junior researcher at Dept of Nutrition¹

Lychkova A. E., patent specialist¹

Vasina T. A., DM Sci (habil.), professor²

Kostyuchenko M. V., DM Sci (habil.), professor at Dept of Disaster Medicine³

¹Moscow Clinical Scientific and Practical Centre n.a. A. S. Loginov, Moscow, Russia

²Research Institute for Emergency Medicine n.a. N. V. Sklifosovsky, Moscow, Russia

³Russian National Research Medical University n.a. N. I. Pirogov, Moscow, Russia

Corresponding author: Kostyuchenko L. N. E-mail: l.kostyuchenko@mknc.ru

Для цитирования: Костюченко Л. Н., Смирнова О. А., Лычкова А. Э., Васина Т. А., Костюченко М. В. Реабилитация больных спаечной болезнью брюшины. Медицинский алфавит. 2022; (28): 19–22. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-28-19-22>.

For citation: Kostyuchenko L. N., Smirnova O. A., Lychkova A. E., Vasina T. A., Kostyuchenko M. V. Rehabilitation of patients with peritoneal adhesive disease. Medical alphabet. 2022; (28): 19–22. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-28-19-22>.

