

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО АДГЕЗИОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

З.А. АСЛОНОВ, С.Р. БАЙМАКОВ, С.Э. МАМАРАДЖАБОВ, Ш.Ш. БОЛТАЕВ, Х.К. РАСУЛОВ
Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЛАПАРОСКОПИК АДГЕОЛИЗИСНИНГ ЎТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИДАГИ АФЗАЛЛИГИ

З.А. АСЛОНОВ, С.Р. БАЙМАКОВ, С.Э. МАМАРАДЖАБОВ, Ш.Ш. БОЛТАЕВ, Х.К. РАСУЛОВ
Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

EFFICIENCY OF LAPAROSCOPIC ADHEOLYSIS IN ACUTE ADHESIVE COLON OBSTRUCTION

Z.A. ASLONOV, S.R. BAYMAKOV, S.E. MAMARAJABOV, Sh.Sh. BOLTAEV, X.Q. RASULOV
Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Қорин бўшлиғи аъзолари чандиқли касаллиғи ўтган аср мобайнида ва ҳозирги вақтда абдоминал хирургиянинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб келмоқда ва у дастлаб операция бўлган беморларнинг 2-15% гача учрайди. Ушбу тадқиқотнинг асосий вазифаси ўтқир чандиқли ичак тутилиши бўлган беморларда лапароскопик адгезиолизис усулини қўллаб хирургик даво натижаларини яхшилашдан иборат. Анамнезида лапаротомик операциялар ўтказган беморларнинг барчасида қорин бўшлиғи УТТ ўтказиш ВПЧ аниқлашда ёрдам беради. Чандиқли жараёнда УТТ натижалари чандиқларнинг мавжудлиғи ва оператив ёндошув ҳажмини аниқлашда ёрдам беради. ЛА кам инвазив усул бўлиб қорин бўшлиғида чандиқлар қайта ҳосил бўлиш хавфини камайтириб ЎЧИТ бўлган беморларни эрта реабилитациясига олиб келади.

Калит сўзлар: ўтқир битишмал ичак тутилиши, диагностик лапароскопия, лапароскопик адгезиолизис.

During the last century till today adhesive disease is one of the difficult problems of abdominal surgery and its developing in 2-15% of postoperative patients. The aim of this research is improvement of the results of surgical treatment of patients with acute adhesive intestinal obstruction by using laparoscopic adhesiolysis. Ultrasound examination should be performed to the patients who were operated before with laparotomic access which may to find adhesive process. Ultrasound examination dates adhesive process to opportunity suppose availability adhesive and determine volume of operation. Laparoscopic adhesiolysis reduced the risk of developing recurrence of adhesive process of abdominal cavity and it's mini invasive method which helps fast rehabilitation patients with acute adhesive intestinal obstruction.

Keywords: acute adhesive intestinal obstruction, diagnostic laparoscopy, laparoscopic adhesiolysis.

Послеоперационное спайкообразование является одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии. Спаечный процесс обнаруживается у 70-93% больных, перенесших полостные операции, а при гинекологических вмешательствах – у 97% больных [2, 16]. Значимость спаечной болезни брюшины растет в связи с постоянным увеличением числа и объема операций на органах брюшной полости. Частота рецидива болезни достигает 60-70%, а острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) занимает первое место среди других форм непроходимости кишечника. Количество больных ОСКН составляет 3,5% от общего числа хирургических больных в стационаре. Доля ОСКН в структуре непроходимости тонкого кишечника доходит до 87,6%. Летальность при острой кишечной непроходимости, вызванной спаечной болезнью брюшины составляет 15-65% [4, 5, 6, 7, 12]. Частота послеоперационных осложнений может колебаться от 7 до 30% [1, 3, 7]. Спаечная болезнь брюшины (morbus adhesivus) – это пато-

логическое состояние, связанное с образованием адгезивного процесса в брюшной полости в результате ряда причин, и характеризующиеся различной степенью выраженности болевого синдрома и частыми приступами ОСКН [13]. «Страшным бичом полостной хирургии» называл Рене Лериш послеоперационную спаечную болезнь брюшины. Лечебная тактика при спаечной болезни брюшины основывается на применении консервативных методов (электрофорез лидазы, гидрокортизона, аппликации парафина, озокерита на переднюю брюшную стенку, назогастральное дренирование, инъекции спазмолитиков, антихолинэстеразных средств, постановка гипертонических и очистительных клизм [1, 4, 6, 7, 12, 14]. При отсутствии эффекта от консервативного лечения, а также при ухудшении состояния больного с частыми проявлениями острой кишечной непроходимости (ОКН), применяется оперативное вмешательство [10]. Возможны следующие виды оперативного вмешательства: лапаротомия, энтеролизис (тоталь-

ный, частичный с восстановлением пассажа, энтеролизис с назоинтестинальной интубацией), резекция спаечного конгломерата с наложением межкишечного анастомоза, обходной еюно-трансверзоанастомоз или илеотрансверзоанастомоз с целью восстановления пассажа по кишечнику, энтеропликация (пристеночная, чрезбрыжеечная, горизонтальная, вертикальная, полная и частичная), лапароскопический адгезиолизис (ЛА) [4, 5, 6, 7].

После внедрения в хирургию лапароскопической холецистэктомии стали очевидны преимущества малоинвазивных методов лечения в абдоминальной хирургии. Первыми для лечения спаечной кишечной непроходимости лапароскопию применили Bastyetal. (1991). Несмотря на положительные результаты и потенциальные преимущества, ЛА вызывает несколько преувеличенное беспокойство хирургов и не находит широкого применения в практической работе. Исходя из вышесказанного, проблема изучения и совершенствования методов лечения ОСКН не потеряла актуальности до настоящего времени.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью путём использования лапароскопического адгезиолизиса.

Материал и методы. Исследование основано на изучении результатов обследования и лечения 126 больных (59 мужчин и 67 женщин), получившие стационарное лечение в хирургическом отделении 3-клиники Ташкентской медицинской академии по поводу ОСКН за период 2010-2015 гг. Возраст пациентов составил от 20 до 68 лет. Средний возраст $35,1 \pm 7,5$ года. Преобладали лица трудоспособного возраста, ведущие активный образ жизни. Последние составляют более 80% от обследованных пациентов. В результате проведенных мероприятий у 82 пациентов приступ ОСКН был купирован консервативным путем, суть консервативных мероприятий состоялось в следующем: 1) различные виды новокаиновых блокад, медикаментозная блокада симпатической нервной системы (ганглиоблокаторы, симпатолитики, α и β -адреноблокаторы) или продленная перидуральная анестезия. 2) стимуляция перистальтики кишечника – антихолинэстеразные препараты (прозерин, нибуфен, неостигмин). 3) холиномиметики (ациклидин, β -нихол); питуитрин, периферические антагонисты допамина (мотилиум, метоклопромид). 4) гипертонические растворы (внутривенно), назогастральное дренирование и различные виды клизм. 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. Данным пациентам было предложено диагностическая лапароскопия (ДА) с последующим лапароскопическим адгезиолизисом (ЛА) в плановом порядке. Из них только 6 пациентов дали согласие на плановый ЛА. Все остальные 44 больных были подвергнуты оперативным вмешательствам в срочном порядке. В зависимости от оперативного вмешательства больные были распределены на три группы. Первую группу составили 27 пациентов (54%), которым из-за неэффективности консервативной терапии была выполнена традиционная лапаротомия с назогастроинтестинальной интубацией. Вторую группу составили 17 пациентов (34%), которым после УЗИ и выявления акустических окон в передней брюшной стенке была выполнена диагностическая лапароскопия с последующим ЛА. Плановый малоинвазивный адгезиолизис в третьей группы ($n=6$) (12%) выполнили в период от 7 до 10 дней после купирования непроходимости кишечника. Всем пациентам при поступлении выполнена обзорная рентгенограмма, ультразвуковое исследование полости брюшины, исследована моторная функция кишечника с помощью ЭГЭГ – ЭГС-4м. В дооперационном обследовании больных особое внимание уделяли ультразвуковой верификации «акустических окон» на передней брюшной стенке и висцеро-париетальных сращений (ВПС) полых органов. Основной задачей УЗИ явилось выявление признаков спаечного процесса. Оценка тяжести течения заболевания у больных со спаечной болезнью и спаечной кишечной непроходимостью проводилась с использованием клинической классификации А.Н. Демина (1988).

Результаты и их обсуждение. Из 50 оперированных больных при обзорной рентгенограмме брюшной полости у 42 (84%) обнаружены чаши Клойбера, у 33-х (66%) – вздутие тонкой кишки, у 17-х (34%) – поперечная исчерченность (симптом перистости), у 39 (78%) больного – сглаженность складок. У 37 (74%) больных при ультразвуковом исследовании верифицировали «акустические окна» на передней брюшной стенке и ВПС полых органов. Ценность ультразвуковой локализации ВПС, оценки состояния моторной функции кишечника, наличия свободной жидкости в брюшной полости превышало рентгенологическую. Наиболее характерными ультразвуковыми признаками ОСКН в обеих группах были сочетание следующих симптомов – симптом внутрипросветного депонирования жидкости – у 36 (72%), антиперистальтика – у 21 (42%), а также утолщение стенок тонкой кишки

более 6 мм – у 31 (62%) больных. Причины ОСКН у больных первой группы, перенёсших оперативные вмешательства лапаротомным доступом, в настоящем исследовании представлены в таблице 1. Сроки от начала заболевания в этой группе составили: до 6 часов – 18 пациента (66,6%); от 6 до 12 часов – 5 (18,5%) и от 12 до 24 часов – 4 (14,8%). В 7 (25,9 %) наблюдениях из них причиной острой кишечной непроходимости оказался спаечный штринг, ущемивший кишечник. В данных случаях произведено рассечение штринга, ушивание дефектов кишечной стенки выполнено 4 (14,8%) пациентам. У одного больного (3,7%) из них послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов, что потребовало проведения релапаротомии с резекцией кишечной петли и наложением энтеростомы. В 3-х (11,11%) наблюдениях произво-

дился адгезиолизис, в 4 (14,8%) случаях устранение висцеро-париетальных сращений, в 7 (25,9%) случаях произведено рассечение висцеро-висцеральных сращений. В 2-х (7,4%) случаях после резекции тонкой кишки был наложен межкишечный анастомоз по типу «бок в бок». В целом из 27 больных, оперированных ранее по поводу ОСКН, умерших не было, релапаротомия было произведено в одном (3,7 %) случае, что было связано с тяжелым состоянием при поступлении и прогрессированием послеоперационного перитонита вследствие несостоятельности швов после ушивания дефекта. Результаты ЭГЭГ исследования показали, что среднее время восстановления функции кишечника после операции составляло $3,8 \pm 1,4$ дней, а длительность послеоперационного лечения – $10,1 \pm 1,2$ дней.

Таблица 1.

Оперативные вмешательства с использованием лапаротомным доступом

<i>Характер ОКН</i>	<i>Название операций</i>	<i>Количество больных n= 27</i>	<i>Процентное соотношение</i>
Спаечная болезнь ущемление штрингом	Рассечение штринга	7	25,9%
Спаечная болезнь ущемление в окне брыжейки тонкой кишки	Устранение ущемления, с восстановлением целостности дефекта	4	14,8 %
Заворот кишечника вокруг спайки	Адгезиолизис	3	11,11%
Спаечная болезнь ущемление фиксированным сальником	Устранение висцеро-париетальных сращений	4	14,8%
Спаечная болезнь образование двустволки	Рассечение висцеро-висцеральных сращений	7	25,9%
Спаечная болезнь ущемление спайками стенки кишечника	Устранение ущемления, резекция кишечника с наложением меж кишечного анастомоза	2	7,4%

Таблица 2.

Оперативные вмешательства с использованием ЛА

<i>Характер ОКН</i>	<i>Название операций</i>	<i>Количество больных n=19</i>	<i>Процентное соотношение</i>
Спаечная болезнь ущемление штрингом	ЛА и рассечение штринга	10	31,5%
Спаечная болезнь ущемление в окне брыжейки тонкой кишки	ЛА устранение ущемления, с восстановлением проходимости	2	10,5 %
Спаечная болезнь заворот кишечника вокруг спайки	Лапароскопический адгезиолизис	1	10,5%
Спаечная болезнь ущемление фиксированным сальником	ЛА устранение висцеро-париетальных сращений	3	21,05%
Спаечная болезнь образование двустволки	ЛА и рассечение висцеро-висцеральных сращений	3	26,3%

Послеоперационный период осложнился гнойно-воспалительными осложнениями со стороны раны в 5 случаях, характеризовался более тяжелым течением, поздним восстановлением функции кишечника. В 23 случаях произведено диагностическая лапароскопия с последующим

ЛА, конверсия в лапаротомию выполнены у 4 пациентов. Из них у 3 (6%) пациентов при диагностической лапароскопии был выявлен выраженный спаечный процесс IV степени, при этом обнаружить и устранить место непроходимости лапароскопическим методом не представлялось

возможным, вследствие чего осуществляли конверсию. У 1 (2%) пациента имелся спаечный процесс IV степени и напряжённый асцит, что также послужило поводом для отказа от ЛА и перехода на лапаротомию.

Причины ОСКН у больных второй и третьей группы, перенёвшие диагностическую лапароскопию с последующим ЛА представлены в таблице 2. Анализ непосредственных результатов ЛА показало, что ввиду ранней диагностики ОСКН, своевременному выполнению оперативных вмешательств по показаниям непосредственные результаты в значительной степени были хорошими. По результатам ЭГЭГ исследования среднее время восстановления функции кишечника после операции составляло $1,8 \pm 1,7$ дней, а длительность послеоперационного лечения – $3,1 \pm 1,3$ дней. Значительно более легкое течение послеоперационного периода, быстрое восстановление функции кишечника, ранняя активация больных и меньшая длительность пребывания в стационаре являются важными преимуществами ЛА. Существующие подходы к профилактике и лечению больных со спаечной болезнью не приносят желаемого результата, часто оказываются малоэффективными или не эффективными, нередко имеют побочные эффекты [8, 9, 11, 15]. Лапароскопия позволяет не только уточнить диагноз непроходимости кишечника, но и успешно ее устранить с минимальной травмой для больного. Лапароскопические вмешательства, предпринимаемые в связи с острыми болями в животе, позволяют своевременно выявить и устранить странгуляционную непроходимость до развития необратимых ишемических повреждений тонкой кишки. Преимущества ЛА заключаются в значительно меньшей частоте повторного развития спаек, небольшой частоте раневых осложнений, редком развитии послеоперационных грыж. Среднее время восстановления функции кишечника после эндоскопической операции обычно составляет 1–2 дня, а после открытой более 6 дней. Длительность послеоперационного лечения в случае малоинвазивного вмешательства равняется в среднем 3,5 суток, тогда как после «открытого» вмешательства – более 10 дней [1, 3, 7].

С другой стороны, по мере накопления опыта хирургического лечения этой сложной патологии было выявлено, что возможности лапароскопического метода ограничены. В ряде случаев приходится прибегать к конверсии и переходу на открытую операцию (6–45% случаев). Лапароскопические вмешательства при выраженных внутрибрюшных сращениях, повышенной ранимости растянутых кишечных петель могут стать сложными и невыполнимыми даже

для очень опытного хирурга. В подобных ситуациях отмечается высокая частота повреждений кишечника (6–10%). Конверсия «по благоразумию» показана при невозможности ревизии всех петель тонкой кишки, сомнениях в хорошей проходимости деформированных петель в конгломерате кишок, неудачном висцеролизисе [1, 3, 7].

По данным литературы, после лапароскопических операций по поводу ОСКН не осложненное течение после операционного периода отмечается более чем у 70% больных [1, 3, 7]. В одном случае отмечено нагноение послеоперационной раны в раннем послеоперационном периоде, что обусловило необходимость санирования послеоперационной раны. Недостатком лапароскопического метода лечения непроходимости кишечника является отсутствие возможности интубации и шинирования тонкой кишки длинными зондами при наличии паралитического илеуса [1, 3, 7].

Таким образом, ЛА обладает преимуществом перед открытой хирургической техникой в лечении ОСКН, является методом выбора при хирургическом лечении спаечных послеоперационных осложнений. При этом определение критериев отбора пациентов для ЛА является важным моментом.

Выводы: 1. Выполнять УЗИ передней брюшной стенки необходимо всем пациентам с лапаротомическими операциями в анамнезе, что позволяет диагностировать висцеропариетальные спайки в 74 % случаях. 2. Данные УЗИ спаечного процесса дают возможность предположить наличие акустических окон для введения первого лапаропорта и определить объем оперативного вмешательства. 3. ЛА способствует быстрой реабилитации больных с ОСКН, снижает риск развития повторных спаек органов брюшной полости и является малоинвазивным методом.

Литература:

1. Бебуришвилли А.Г. Лапароскопические операции при спаечной болезни / А.Г. Бебуришвилли // Хирургия. – 2004. – № 6. – С. 27–30.
2. Беженарь В.Ф. Этиология, патогенез и профилактика спайкообразования при операциях на органах малого таза / В.Ф. Беженарь, Э.К. Айламазян, А.А. Цыпурдеева [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 2. – С. 90–101.
3. Козлов О.А., Троян В.В. Лапароскопические технологии в диагностике и лечении спаечной кишечной непроходимости и спаечной болезни у детей (этиопатогенез, клиническая картина, техника лапароскопического разделения спаек). Учебно-методическое пособие. Минск. 2007. – 42 с.

4. Костырной А.В., Гройзик К.Л., Мустафаева С.Р. Спаечная болезнь брюшины: настоящее и будущее проблемы. Таврический медико-биологический вестник. 2013, том 16, № 1, ч.3 (61). – С. 262-267.
5. Лубянский В.Г. Эффективность лечения конгломератных форм спаечной кишечной непроходимости с применением еюнотранsverзоанастомоза / В.Г. Лубянский, И.Б. Комлев // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 29-32.
6. Миминошвили О.И. Лечение и профилактика ранней спаечной непроходимости кишечника и спаечной болезни / О.И. Миминошвили, О.С. Антонюк // Клиническая хирургия. – 2006. – № 3. – С. 23-25.
7. Михин И.В. Этапный лапароскопический адгезиолизис с применением противоспаечных барьерных средств / И.В. Михин, А.Г. Бебуришвили, А.Н. Акичиц, П.Б. Кремер // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 1. – С. 20-24.
8. Периоперационная иммунофармако-логическая коррекция избыточного адгезиогенеза / М.А. Халилов [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2012. – №22 (141). – №20/1. – С. 191-194.
9. Теоретические и клинические аспекты избыточного адгезиогенеза / И.А. Снимщикова [и др.] // Вестник РГМУ. – 2008. – №4(63). – С. 99-102.
10. Филенко Б.П. Тактика хирурга при рецидивной спаечной кишечной непроходимости / Б.П. Филенко, С.М. Лазарев, С.В. Ефремова // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – № 6, Т. 169. – С. 75-79.
11. Халилов, М.А. Роль факторов врожденного иммунитета в патогенезе и диагностике воспалительных заболеваний кожи / М.А. Халилов, И.А. Снимщикова, Е.И. Лялюхина // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т. XVI. – №4. – С. 174-176.
12. Хасанов А.Г. Способ хирургического лечения и профилактики послеоперационных перитонеальных спаек / А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфриянов, С.С. Нигматзянов // Хирургия. – 2008. – № 3. – С. 43-45.
13. Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины / И.А. Чекмазов М.: Изд-во: ГЭОТАР-Медиа. 2008. – 184 с.
14. Шаповальянц С.Г. Оценка риска рецидива острой спаечной непроходимости, разрешенной консервативным путем / С.Г. Шаповальянц, С.Е. Ларичев, М.Е. Тимофеев, Н.А. Солдатова // РЖГТН. – 2009. – № 6. – С. 34-38.
15. Cunha B.A. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: clinical manifestations and antimicrobial therapy / B.A. Cunha // ClinMicrobiol Infect. 2005; 11 (Suppl 4). – P. 33-42.
- Di Zerega G.S. Prevention of intra-abdominal adhesions in gynaecological surgery / G.S. Di Zerega, T. Tulandi // Reprod Biomed Online. – 2008. – Vol. 17, № 3. – P.6.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО АДГЕЗИОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

З.А. АСЛОНОВ, С.Р. БАЙМАКОВ,
С.Э. МАМАРАДЖАБОВ, Ш.Ш. БОЛТАЕВ,
Х.К. РАСУЛОВ

Ташкентская Медицинская Академия,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Спаечная болезнь брюшной полости на протяжении всего прошлого столетия вплоть до настоящего времени остается одной из самых сложных проблем абдоминальной хирургии и развивается у 2-15% ранее оперированных пациентов. Целью данного исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимости путём использования лапароскопического адгезиолизиса. Выполнять УЗИ передней брюшной стенки необходимо всем пациентам с лапаротомическими операциями в анамнезе, что позволяет диагностировать висцеро-париетальные спайки. Данные УЗИ спаечного процесса дает возможность предположить наличие спаек, определить объем оперативного вмешательства. Лапароскопический адгезиолизис снижает риск развития повторных спаек органов брюшной полости и является малоинвазивным методом, который способствует быстрой реабилитации больных с острой спаечной кишечной непроходимости.

Ключевые слова: острая спаечная кишечная непроходимость, диагностическая лапароскопия, лапароскопический адгезиолизис.