

УДК 616.34-007.271-072.1-08

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ*В.И. Бондарев, Р.В. Бондарев, А.А. Орехов**Луганский государственный медицинский университет*

Реферат. Проведен анализ лечения 16 пациентов с спаечной болезнью органов брюшной полости. Причиной данной патологии у исследуемых пациентов было ранее перенесенное оперативное вмешательство. В результате исследования мы сделали вывод, что оперативная видеолaparоскопия является эффективным и малотравматическим методом лечения острой спаечной кишечной непроходимости.

Ключевые слова: спаечная болезнь, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, видеолaparоскопия.

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост количества пациентов с спаечной болезнью брюшной полости. По данным современной литературы, в настоящее время хирургическими вмешательствами индуцирующими спайкообразование чаще бывают аппендэктомия, холецистэктомия, а также гинекологические операции. Число и характер перенесенных операций являются основными факторами определяющими выраженность спаечного процесса в брюшной полости. Чем больше лапаротомий в анамнезе тем сильнее рубцовая перестройка в серозном покрове в висцеральной и париетальной брюшины [1-3]. Неудовлетворительность результатов лечения больных этой группы заставила хирургов обратиться к возможностям лапароскопии. Многие авторы отмечают, что результаты лечения спаечной болезни органов брюшной полости существенно улучшаются благодаря применению лапароскопических методик, эффективность которых достигает 50-80%. Широкое внедрение эндовидеохирургических технологий в широкую хирургическую практику изменило во многом условия и возможности оперативного лечения. Вместе с тем лапароскопические вмешательства нуждаются в определении четких показаний и противопоказаний для достижения хороших результатов лечения.

Целью исследования явилось разработать показания и противопоказания, установить эффективность и целесообразность применения видеолaparоскопических операций у больных со спаечной болезнью органов брюшной полости.

Материал и методы

В основу настоящего исследования положен анализ результатов лечения 26 пациентов

спаечной болезнью органов брюшной полости в возрасте от 21 до 65 лет. Мужчин – 15, женщин – 11.

Среди наших больных с спаечной болезнью органов брюшной полости у 15 было в анамнезе одно оперативное вмешательство, у 5 пациентов две, у 3 – три и в 3 наблюдениях четыре и более операции.

Диагностика основывалась на данных клинико-лабораторного обследования, рентгенологического и ультразвукового исследования органов брюшной полости и ряда специальных методов обследования. Клинически ведущими жалобами являлись периодические тянущие тупые или острые схваткообразные боли в животе, тошнота. Провоцирующими факторами являлась чаще всего нарушение диеты и режима приема пищи, физическая нагрузка или смена климатического пояса. Болевой синдром и спастические явления вынуждали всех пациентов принимать анальгетики и спазмолитики. Дискоординация моторно-эвакуаторной функции органов желудочно-кишечного тракта была выявлена у всех пациентов. Для верификации диагноза помимо специального УЗИ были проведены следующие методы обследования колоноскопия – 9 пациентам, ирригография 6 больным, исследование кала на дисбактериоз у всех пациентов, рентгенография позвоночника 4 больным. Наиболее объективным методом исследования для определения тактики лечения было УЗИ.

Степень ишемического поражения абдоминального отдела аорты и ее висцеральных ветвей верифицировано ультразвуковой доплерографией (УЗДГ).

Все больные оперированы в условиях многокомпонентной анестезии с применением искусственной вентиляции легких. Пункцию брюшной полости производили обычным способом с помощью иглы Вереша или открытым по Хассену у 7 больных. Нами применялся оптический троакар который в силу особенностей своей конструкции (наличие на прозрачной торцевой части в виде полуовальной сферы ножа производящего дозированное поэтапное рассечение тканей передней брюшной стенки). с В просвет троакара вводится оптическая система и на экране монитора отслежи-

вается послойное продвижение оптического троакара через ткани.

Статистическая обработка выполнялась с помощью персонального компьютера и набора программ «Биостатистика» с применением критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Основными признаками нарушений ишемического характера у больных с спаечной болезнью органов брюшной полости при УЗДГ являются уплотнение и утолщение стенки артерии, увеличение индекса резистентности сосудистой стенки, неполное прокрашивание просвета сосуда при ультразвуковом дуплексном сканировании, изменение спектра доплеровской кривой и изменение типа кровотока (магистрально измененный, ретроградный, коллатеральный). Выделено две группы больных: пациенты с поражением нижней брыжеечной артерии и ее стенозом до 60% диаметра артерии (гемодинамически незначимые поражения) и более 60% (гемодинамически значимые). При поражении нижней брыжеечной артерии толщина ее стенки колебалась от 0,9 до 1,7 мм (в среднем 1,3 мм). Максимальная скорость кровотока при стенозах увеличивалась сразу за сужением и составляла в первой группе $0,75 \pm 0,01$ м/с ($p < 0,01$). Объемный кровоток уменьшался при гемодинамически незначимых стенозах нижней брыжеечной артерии до $0,059 \pm 0,0025$ л/мин ($p < 0,001$). При максимальной скорости кровотока снижалась до $0,016 \pm 0,08$ м/с ($p < 0,001$), объемный кровоток уменьшался до $0,009 \pm 0,02$ л/мин ($p < 0,001$) (см. таб.).

В процессе исследования были разработаны показания к видеолапароскопическому вмешательству: чувство вздутия живота сопровождающееся хроническими запорами, спастические и острые боли в животе, появление которых связано с провоцирующими факторами перечисленными выше, отсутствие обширных лапаротомных рубцов на передней брюшной стенке; отсутствие ранее перенесенных

больших по объему и повторных операций на органах брюшной полости; отсутствие в анамнезе кишечных свищей, гемодинамически значимое снижение кровотока по данным доплерометрии.

На основании наработанного опыта мы установили следующие противопоказания к лапароскопическому адгезиолизису: в брюшной полости массивный спаечный процесс; плоскостные спайки кишечной стенки с париетальной брюшиной на большом протяжении; признаки рубцового перерождения кишки.

С технической точки зрения особенно были благоприятны ситуации, когда причиной механического препятствия являются одиночный штринг или фиксированная прядь большого сальника, а также единичные деформации тонкой кишки в виде двустволки.

Среди наблюдаемых больных у 6 пациентов имели место плоскостные, шнуровидные спайки, содержащие лишь капилляры, в этой связи рассекали спайки ножницами без использования электрокоагуляции. Оптимальным являлось проведение адгезиолизиса одновременно при помощи двух или трех инструментов. При этом два манипулятора использовали для натяжения разделяемых сращений и отведения штатных органов с целью предупреждения их случайного повреждения. При хорошей васкуляризации спаек перед их пересечением проводили электрокоагуляцию (предпочтение отдавали биполярной коагуляции). Как свидетельствует наш опыт спайки необходимо коагулировать не ближе 2-3 мм от стенки кишки, а при монополярной коагуляции не ближе 1 см, поскольку на это расстояние может распространиться термическое поражение от видимой зоны коагуляции. Висцеропариетальные сращения устранялись за счет отделения кишки от брюшной стенки вместе с участком париетальной брюшины. Во всех наших наблюдениях в спаечный процесс вовлекался большой сальник, который отделяли от париетальной брюшины тупым путем, либо биполярным за-

Таблица
Объемная и линейная скорости кровотока у больных с спаечной болезнью органов брюшной полости.

Характеристика обследованных	Количество случаев	Линейная скорость, м/с	Объемная скорость, л/мин
Больные с гемодинамическими поражениями:			
незначимыми	11	$0,75 \pm 0,01$ $p < 0,01$	$0,059 \pm 0,0025$ $p < 0,001$
значимыми	15	$0,016 \pm 0,08$ $p < 0,001$	$0,009 \pm 0,02$ $p < 0,001$

жимом коагулювали непосредственно у париетальной брюшины. Сращения большого сальника с кишечником разделяли острым путем. Коагулювали ткань сальника до образования струпа черного цвета, отступя не более 1 см от стенки кишки, после чего пересекали ткань через зону коагуляционного некроза по краю, обращенного к кишке.

В послеоперационном периоде на фоне комплексной консервативной терапии проводили раннее энтеральное зондовое питание.

В ходе эндоскопических операций осложнения в виде подкожной эмфиземы и кровотечения из сосудов подкожной жировой клетчатки возникли в 3 случаях на ранних этапах освоения методики. Специального лечения эти осложнения не потребовали. С целью предупреждения спайкообразования у всех больных эндоскопические операции завершались санацией брюшной полости. Для санации использовали теплый физиологический раствор, 0,8% электрохимически активированный раствор хлорида калия с редокс потенциалом +1200 и рН 6,1 в объеме, необходимом для санации брюшной полости. Затем жидкость удаляли. Среди наблюдаемых больных летальных исходов не было. Средний срок пребывания в стационаре составил 7 суток.

Выводы

Таким образом изучено определено, что ишемическое поражение кишечника при спаечной болезни может приводить к серьезным структурным и функциональным изменениям и требующим своевременной коррекции.

Видеолапароскопия в комплексном лечении больных с спаечной болезнью органов брюшной полости является перспективным направлением, но, безусловно, требует дальнейшего глубокого изучения и ретроспективного анализа. Лапароскопическая операция имеет явные преимущества перед традиционной, являясь малотравматичным вмешатель-

ством, уменьшающим вероятность рецидива спайкообразования.

С целью исключения грозных осложнений целесообразно проводить тщательный отбор пациентов и четко определять показания и противопоказания к лапароскопическому адгезиолизису. При оказании медицинской помощи необходимо использовать современное оборудование и инструментарий.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗЛУКОВОЇ ХВОРОБИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

В.І. Бондарев, Р.В. Бондарев, О.А. Орехов

Реферат. Проведено аналіз лікування 26 пацієнтів із злуковою хворобою органів черевної порожнини. Причиною даної патології у досліджуваних пацієнтів було раніше перенесене оперативне втручання. У результаті дослідження ми зробили висновок, що оперативна відеолапароскопія є ефективним та малотравматичним методом лікування гострої злукової кишкової непрохідності.

Ключові слова: злукова хвороба, ультразвукове дослідження, відеолапароскопія.

SURGICAL TREATMENT OF INTESTINE COMMISSURAL DISEASE

V.I. Bondarev, R.V. Bondarev, A.A. Orehov

Abstract. The analysis of treatment of 26 patients with acute intestine commissural obstruction was done. The reason of this pathology at patients was previous surgical operation. At a result of investigation, we established that operative videolaparoscopy is effective and minimal invasive method in treatment of acute intestine commissural obstruction.

Key words: commissural disease, ultrasound, videolaparoscopy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кургузов О.П., Кузнецов Н.А., Артюхина Е.Г. Профилактика спаечной болезни. – Хирургия. – 1990. – № 10. – С. 153-160.
2. Петров В.Н., Ерюхин И.А., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. «Питер» 1999. – 448 с.
3. Покидько М. І., Феджага І.П. Клінічні та експериментальні основи прогнозування спайкової хвороби очеревини // Шпитальна хірургія. – 2001. – №3. – С. 84-86.
4. Шулутко А.М., Насиров Ф.Н., Наторошвили А.Г. Видеолапароскопия в комплексном хирургическом лечении механической непроходимости тонкой кишки // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – №5. – С. 30-33.