Видеолапароскопическое лечение при острой непроходимости кишечника, осложненной перитонитом

Д.м.н. Ю.С. ЭГАМОВ, к.м.н. Ш.Н. КАДИРОВ, асс. Н.В. ФИЛАТОВА, Б.Ю. ЭГАМОВ

Videolaparoscopic treatment of acute intestinal obstruction complicated by peritonitis

YU.S. EGAMOV, SH.N. KADIROV, N.V. FILATOVA, B.YU. EGAMOV

Кафедра хирургических болезней с ВПХ Андижанского государственного медицинского института; Отделение экстренной хирургии ЦРБ Андижанского района, Республика Узбекистан

Острая спаечная непроходимость кишечника, осложненная перитонитом (ОСНКОП), — распространенное и тяжелое заболевание, при котором требуется экстренное хирургическое вмешательство. Смертность от нее достигает 9,6—65,7%. Исходя из этих фактов поставлена цель снизить риск рецидива болезни, повысить уровень профилактики ОСНКОП, путем применения современных методов лечения. Проведена клиническая оценка состояния 59 больных с ОСНКОП, пролеченных в нашей клинике за последние 5 лет. На основании большого клинического материала сделаны соответствующие выводы, указывающие на то, что лечение видеолапароскопическим методом позволяет не только устранить причину развития ОСНКОП, но и является эффективным методом профилактики спаечной болезни после хирургического вмешательства. Кроме того, данный метод полностью отвечает требованиям эстетической, и косметической хирургии. Самое главное — данный метод предотвращает рецидив спайкообразования, что особенно важно для больных с предрасположенностью к спайкообразованию.

Ключевые слова: острая непроходимость кишечника, перитонит.

Acute adhesive intestinal obstruction complicated by peritonitis being quite common and severe condition with mortality rates up to 9.6—65.7% requires urgent surgery. On the assumption of these facts the aim is laid down to reduce incidence of recurrences, increase standards of prevention of adhesive intestinal obstruction complicated by peritonitis by means of up-to-date treatment options. The study presents clinical evaluation of 59 patients with acute adhesive intestinal obstruction complicated by peritonitis operated on within the last 5 years. On the basis of adequate clinical data applicable conclusions were made: videolaparoscopic treatment allows not only eliminating the cause of adhesive intestinal obstruction complicated by peritonitis but also effectively prevent adhesions formation after the surgery. Beyond that this method answers purposes of aesthetic surgery. Above all videolaparoscopic treatment prevent recurrences of adhesions that is crucial in patients with proneness to adhesions.

Key words: acute intestinal obstruction, peritonitis.

Острая спаечная непроходимость кишечника, осложненная перитонитом (ОСНКОП), — распространенное и тяжелое заболевание, при котором требуется экстренное хирургическое вмешательство [1, 3, 4, 6, 7, 9]. Вопросам совершенствования лечебно-диагностической помощи при ОСНКОП посвящено много исследований, однако, несмотря на постоянное совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения при этом заболевании, сохраняется высокая летальность, которая по данным ряда авторов, варьирует от 9,6 до 65,7% [2, 5, 8, 10, 11, 13].

Целью работы явились снижение риска рецидива болезни, повышение уровня профилактики ОСНКОП с помощью современных методов лечения.

Задачи исследования:

1) совершенствование видеолапароскопической диагностики лечения при ОСНКОП;

2) совершенствование профилактики пареза кишечника в послеоперационном периоде;

3) определение показаний и противопоказаний к лапароскопическим методам лечения при ОСНКОП;

4) оценка эффективности применяемых методов.

Материал и методы

В хирургическом отделении клиники АндГосМИ и отделении экстренной хирургии ЦРБ Андижанского района за последние 5 лет лечились

© Коллектив авторов, 2011

Endosk Hir 2011; 6: 9

e-mail: egamovlar@mail.ru

Распределение обследованных больных по полу и возрасту

Пол	Возраст, годы			
	15—30	31—50	51—70	71 и старше
Мужской	2 (3,3%)	15 (25,4%)	17 (28,8%)	4 (6,8%)
Женский	—	9 (15,3%)	11 (17,6%)	1 (1,8%)
Всего	2 (3,3%)	24 (40,7%)	28 (45,4%)	5 (8,6%)

59 больных с ОСНКОП. Распределение их по полу и возрасту приведено в таблице.

Из них 56 (94,9%) поступили с клинической картиной реактивной фазы перитонита, 3 (5,1%) — с токсической фазой.

По данным обследования больных до операции, о наличии распространенного спаечного процесса свидетельствовали множественные грубые послеоперационные рубцы, деформирующие переднюю стенку живота, а также анамнестические, клинические и инструментальные данные. У 17 (28,8%) пациентов пришлось отказаться от видеолапароскопического рассечения спаек (ВЛРС), санации и дренирования брюшной полости из-за высокого риска ятрогенного повреждения органов брюшной полости в условиях распространенного спаечного процесса. У этих больных в анамнезе имелись грубые келоидные рубцы на передней брюшной стенке после широкой срединной лапаротомии и операции по поводу спаечной острой непроходимости кишечника. При рентгенографии выявлены признаки спаечной болезни брюшной полости с нарушением пассажа по тонкой кишке. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) получены данные об отсутствии свободных участков на передней брюшной стенке для введения троакаров и наложения пневмоперитонеума, а также признаки тотального спаечного процесса в брюшной полости.

Наш небольшой опыт лапароскопических операций позволяет рекомендовать комплекс предоперационного обследования больных со спаечной болезнью, осложненной перитонитом, включающий общий анализ крови и мочи, биохимию крови, обзорную контрастную рентгенографию брюшной полости, УЗИ брюшной полости и измерение внутрибрюшного давления.

Нами проанализирована информативность предложенных для диагностики спаечной болезни методов. При обзорной рентгенографии, выполненной всем больным при поступлении, выявлялись признаки непроходимости кишечника; чаши Клойбера и пневматизация петель тонких кишок, внутрибрюшное давление измерялось способом оценки давления в мочевом пузыре через катетер Фолея, подключенного к гидромонометру аппарата Вальдмана. У всех больных внутрибрюшное давление составило 16,3±0,8 мм вод.ст., что соответствовало I степени внутрибрюшной гипертензии. Для диагностики спаечной болезни с нарушением пассажа по кишечнику мы считаем более целесообразным использовать в динамике неинвазивную и безопасную ультразвуковую диагностику. Основная задача УЗИ — определение степени тяжести спаечной болезни брюшной полости. Благодаря УЗИ у 8 из 14 больных были намечены точки для безопасного введения троакара в брюшную полость. Информативность УЗИ в выявлении признаков спаечной болезни достигала 71,4% и была несколько выше, чем обзорное рентгенологическое исследование — 60—68%. Измерение внутрибрюшного давления позволяет определить степень внутрибрюшной гипертензии и фазы перитонита. Продолжительность хирургического вмешательства зависела от выраженности спаечного процесса, опыта и навыков членов хирургической бригады. Распространенность спаечного процесса существенно не влияла на длительность операции, так как внутрибрюшные сращения в основном располагались в зоне послеоперационного рубца. Разделение спаек, выявляемых в других анатомических областях, санация и дренирование брюшной полости проводили одномоментно, чаще только с использованием ножниц и электрокоагулятора, на что требовалось разное время.

В ходе выполнения ВЛРС, санации и дренирования брюшной полости у наших пациентов не было ни одного интраоперационного осложнения. Незначительное кровотечение, которое возникало при разделении сращений, чаще всего из большого сальника, останавливали с помощью электрокоагуляции в би- и монополярном режиме. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с кровотечениями, также не отмечалось. После завершения вмешательства для профилактики спайкообразования в брюшную полость вводили реополиглюкин 400 мл и лидазу 64 ЕД. В послеоперационном периоде на 3—4-е сутки в стационаре назначали электрофорез контратубекса в виде геля, 5—7 сеансов на область послеоперационной раны. В амбулаторных условиях электрофорез контратубекса на переднюю брюшную стенку назначали в течение 15 дней, длительность сеансов на протяжении курса увеличивалась с 5 до 15 мин.

Тщательное обследование больных со спаечной болезнью до операции позволяет выявить факторы,

нарушающие пассаж содержимого по кишечнику. Перед операцией хирург получает информацию о распространенности спаечного процесса и его выраженности, свободных от спаек участках на передней брюшной стенке для безопасного вхождения в брюшную полость и степени распространенности перитонита. Комплексное обследование с включением УЗИ, измерения внутрибрюшного давления и лапароскопии позволяют выявить противопоказания к ВЛРС.

Больным с ОСНКОП из-за некроза кишечника (n=17) проведена лапаротомия, 3 больным выполнены резекция некротического участка кишечника и анастомоз конец в бок инвагинационным методом.

Выполнение видеолапароскопического рассечения спаек, санации и дренирования брюшной полости позволило у всех 42 пациентов избежать интраоперационных осложнений, связанных с выполнением лапароскопической операции в условиях спаечного процесса, предупредить нарушения пассажа содержимого по кишечнику в послеоперационном периоде.

Наличие одной или нескольких срединных лапаротомий не являлось абсолютным противопоказанием к малоинвазивной операции.

В настоящее время лапароскопия не получила широкого применения в диагностике и лечении ОСНКОП. Большинство хирургов считают ее использование в условиях пареза кишечника и спаечного процесса не только нецелесообразным, но и опасным из-за возможности ятрогенного повреждения кишечника (в нашей практике отмечены случаи повреждения стенок кишки во время рассечения спаек, при этом поврежденный участок ушивали двухрядным швом).

Проанализировав результаты видеолапароскопического рассечения спаек, дренирования и санации брюшной полости, мы смогли сделать следующие выводы.

1. В настоящее время к показаниями к лапароскопии служат практически все случаи ОСНКОП в реактивной фазе.

2. Для повышения безопасности наиболее ответственного этапа операции — первичного вхождения в брюшную полость — большое значение имеет дооперационное определение мест припаянных к передней брюшной стенке кишечных петель, что в настоящее время возможно с помощью УЗИ брюшной полости и измерение внутрибрюшной гипертензии, а также использование безопасных способов первичного вхождения в брюшную полость (в модификации Поддубного, прямой пункции тупоконечным троакаром) оптических троакаров, методики открытой лапароскопии по Hasson.

Современные возможности видеолапароскопии, наличие соответствующих инструментов практически во всех случаях позволяют следующее:

— своевременно установить диагноз ОСНКОП;

— выполнить адекватный по объему, иногда весьма обширный, висцеролиз с разделением спаек, вызывающих непроходимость, осложненную перитонитом;

— добиться восстановления проходимости кишечника;

— использовать малотравматичный доступ к месту патологического очага;

— осуществить малотравматичную препаровку кишечных петель и спаек, санацию и дренирование брюшной полости;

— добиться минимума интраоперационных осложнений, облегчить течение послеоперационного периода;

— уменьшить количество и тяжесть послеоперационных осложнений;

— сократить длительность пребывания в стационаре больного, быстрее восстановить его полную физическую активность.

В настоящее время, как мы подчеркивали ранее, показанием к лапароскопии являются почти все формы ОСНКОП. Тем не менее противопоказаниями к видеолапароскопической операции служат:

— резкое вздутие кишечника при массивном спаечном процессе, которое можно предположить с учетом характера перенесенной операции и наличие рубцов на передней брюшной стенке;

— наличие «холодного» конгломерата из множества плотно спаянных между собой петель кишечника при поздней спаечной непроходимости кишечника;

— необратимые нарушения кровообращения в ущемленной кишке;

— токсические и терминальные фазы перитонита, сопровождающиеся полиорганной недостаточностью.

Заключение

Выполнение видеолапароскопического рассечения спаек и санация брюшной полости позволяют не только устранить причину спаечной непроходимости кишечника, но и являются эффективным методом профилактики спаечной болезни после хирургического вмешательства. Метод полностью отвечает требованиям эстетической и косметической хирургии. Он предотвращает рецидив спайкообразования, что особенно важно для больных с предрасположенностью к спайкообразованию. Возраст и пол больного не влияют на непосредственные и отдаленные результаты видеолапароскопических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алтиев Б.К., Атаджанов Ш.К., Исабаев Ш.Б.* Проблемы диагностики и лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Вестн экстрен мед 2010; 1: 88—91.
2. *Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Чуприс В.Г.* Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Вестн хир 2009; 1: 27—39.
3. *Баранов Г.А., Карбовский М.Ю.* Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости. Хирургия 2006; 7: 56—60.
4. *Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Ворбьев А.А. и др.* Современные противоспаечные барьерные средства в профилактике рецидивов острой спаечной кишечной непроходимости. Эндоскоп хир 2009; 1: 170—171.
5. *Бондарев Р.В., Бондарев В.И., Пепенин А.В., Алексеев А.В.* Возможность выполнения видеолапароскопических вмешательств при острой спаечной кишечной непроходимости. 12-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М 2008; 73—74.
6. *Боур А.В., Таргон Р.И., Потлог Ф.А., Дима А.Г.* Выполнение эндовидеохирургических вмешательств при наличии спаечного процесса в брюшной полости. 12-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М 2008; 79—81.
7. *Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Исманов А.А. и др.* Видеолапароскопия в диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Хир Узбекистана 2006; 3: 88—89.
8. *Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л.* Перитонит. М 2002; 240.
9. *Емельянов С.И., Феденко В.В., Матвеев Н.Л., Федоров А.В.* Прогнозирование риска пневмоперитонеума и коррекция расстройств венозного кровотока в лапароскопической хирургии. Эндоскоп хир 1997; 6: 62—63.
10. *Костюченко К.В.* Возможности хирургического лечения распространенного перитонита. Вестн хир 2004; 40—43.
11. *Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Зайнутдинов А.М.* Методологические аспекты лапароскопической санации при разлитом перитоните. Вестн хир 2003; 28—31.
12. *Cueto J., Diaz O., Rodriguez M., Weler A.* The efficacy of laproscopic surgery in the diagnosis and treatment of peritonitis. Experience with 107 cases in Mtxico City. Surg Endosc 1997; 11: 4: 366—370.
13. *Gies W.P., Kim H.C.* Use of laparoscopy in the diagnosis and treatment of patients with surgical abdominal sepsis. Surg Endosc 1995; 9: 2: 178—182.