

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ

С.А.Рузибоев, В.Н.Мардонов

Самаркандский государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. г.Самарканд, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7682324>

Аннотация: Авторами изучены результаты лечения больных со спаечной болезнью органов брюшной полости, определена частота рецидивов спаечной кишечной непроходимости и изучена возможность лапароскопического адгезиолизиса при хирургическом лечении острой спаечной кишечной непроходимости. Лапаротомия адгезиолизис- 539, лапаротомия резекция кишечника с наложением межкишечного анастомоза- 246, лапаротомия резекция кишечника с выведением кишечного свища-88, лапароскопия адгезиолизис-114, что составило 11,5% из (987) операций по поводу ОСКН. Использование лапароскопического адгезиолизиса способствует раннему восстановлению перистальтики кишечника, снижает частоту рецидивов спаечной болезни, сокращает сроки госпитализации.

Ключевые слова: Спаечная кишечная непроходимость, лапароскопический адгезиолизис.

OUR EXPERIENCE IN MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF ACUTE COMFORTABLE INTESTINAL OBSTRUCTION

Abstract: The authors studied the results of treatment of patients with adhesive disease of the abdominal cavity, determined the frequency of relapses of adhesive intestinal obstruction and studied the possibility of laparoscopic adhesiolysis in the surgical treatment of acute adhesive intestinal obstruction. laparotomy adhesiolysis - 539, intestinal resection laparotomy with interintestinal anastomosis-246, intestinal resection laparotomy with excretion of intestinal fistula-88, laparoscopy adhesiolysis-114, which was 11.5% (987) operations due to AAIB. The use of laparoscopic adhesiolysis promotes early recovery, reduces the frequency of relapsed adhesive disease, reduces the time of hospitalization.

Keywords: adhesive intestinal obstruction, laparoscopic adhesiolysis.

КАМ ИНВАЗИВ УСУЛДА ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ.

Аннотация: Авторлар билан қорин бўшлиғи аъзолари битишма касаллигини даволаш натижалари, битишмали ичак тутилиши қайталаниши кўрсаткичи ва ўтқир битишмали ичак тутилишини лапароскопик адгезиолизис қилиш имконияти ўрганилди. Лапаротомия адгезиолизис-539, лапаротомия, ичаклар резекцияси, ичаклараро анастомоз билан-246, лапаротомия, ичак резекцияси ва стомалар шакллантириш-88, лапароскопик адгезиолизис-114 та беморда қилинган ва бу жами операция бўлганларнинг (987) 11,5% ни ташкил қилади. Лапароскопик адгезиолизисни қўллаш беморлар меҳнат қобилиятининг эрта тикланишини, битишма касаллиги қайталанишини камайтиради ва стационарда беморлар ётиш кунларини қисқартиради.

Калит сўзлар: битишмали ичак тутилиши, лапароскопик адгезиолизис.

Актуальность. Актуальной проблемой абдоминальной хирургии, связанной с расширением спектра и объема оперативных вмешательств, является возрастающая частота случаев спаечной болезни брюшной полости. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) остается сложной проблемой неотложной абдоминальной хирургии, что связано с трудностями в ее диагностике и лечении, отсутствием эффективных методов профилактики, значительным процентом осложнений, высокой летальностью и финансовыми затратами [1,2]. Подтверждая международный статус проблемы, в 1996 г. в Далласе, штат Техас, США, было образовано Международное спаечное общество (The International Adhesions Society (IAS)). Оперативные вмешательства по поводу спаечной болезни брюшной полости не исключают возможность рецидива, а порой являются стимулирующим фактором спайкообразования [13]. Адгезиолизис при лапаротомии не является гарантией их отсутствия в дальнейшем. По некоторым данным, рецидивы возникают до 50 % случаев, повторные операции увеличивают риск образования спаек и их осложнений [5,7,13,20,22].

В настоящее время существует тенденция применения видеолaparоскопии в лечении спаечной кишечной непроходимости. По данным отечественных и зарубежных авторов, метод сокращает пребывание больных в стационаре, уменьшает количество осложнений. Возможность лапароскопического разрешения непроходимости путем рассечения спаек (адгезиоэнтеролизис) у пациентов с поздней острой спаечной кишечной непроходимостью широко обсуждается на страницах печати, но практически отсутствуют данные о возможностях применения этого метода у больных с ранней острой тонкокишечной непроходимостью [3,8,9,10,18,19,20].

По данным ряда авторов, доля лапароскопических операций варьирует от 11,4 [17] до 97,0% [21]. Имеется ряд работ, в которых описываются явные преимущества лапароскопических операций при острой кишечной непроходимости по сравнению с открытыми операциями [9,10]. При этом количество осложнений после выполненных лапароскопических операций на 25% меньше, чем после открытых операций [16].

Такая разница в частоте применения лапароскопии может говорить о значительных различиях в выборе показаний к применению лапароскопической операции при ОКН или о применении недостаточно четких рекомендаций.

Цель. Улучшение результатов лечения больных со спаечной болезнью органов брюшной полости, снижение частоты рецидивов спаечной кишечной непроходимости и изучить возможности лапароскопического адгезиолизиса в хирургическом лечении острой спаечной кишечной непроходимости.

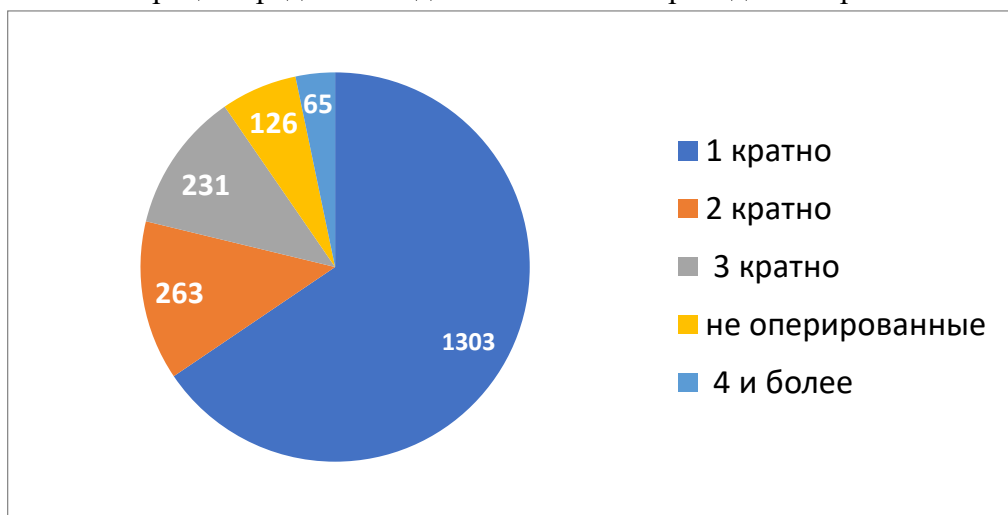
Материалы и методы.

Для сравнения эффективности лапароскопического адгезиолизиса нами проанализированы результаты лечения 1988 больных с острой кишечной непроходимостью, в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2010 по 2022 гг. Пациенты были в возрасте от 18 до 75 лет (в среднем $56,6 \pm 3,7$). Среди больных мужчин было 1342 (67,5 %), а женщин – 646 (32,5 %). Из общего числа больных у 1286 (64,7%) диагностирована тонкокишечная, у 702 (35,3%) больных определена толстокишечная непроходимость. Оперативное лечение было применено у 987 больных (49,6%), из них у 706 (71,5%) больных выявлено тонкокишечная и у 281 больных толстокишечная непроходимость. Наиболее частые причины спаечной кишечной непроходимости приведены в таблице 1.

Таблица. 1. Причины острой спаечной кишечной непроходимости

Причины	Количество больных	
	абс	%
Ранее не оперированные	126	6,33
Аппендектомия	605	30,43
Оперированные по поводу ОКН	579	29,12
Оперированные по поводу травмы брюшной полости	296	14,88
Гинекологические операции	212	10,66
Холецистэктомия	117	5,88
Резекция желудка	53	2,66
Всего	1988	100

Частота развития спаечной кишечной непроходимости в зависимости от кратности перенесенных операций среди наблюдаемых больных приведена на рис. 1.



Результаты и обсуждение.

Проводился анализ клинических наблюдений больных с ОКН на основании изучения анамнеза, жалоб больного, данных объективного и инструментального обследования. При поступлении в стационар всем больным выполняли клинический и биохимический анализы крови, рентгенологическое исследование, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и диагностическую лапароскопию, а при необходимости мультиспиральную компьютерную томографию. Характер оперативных вмешательств: лапаротомия адгезиолизис- 539, лапаротомия резекция кишечника с наложением межкишечного анастомоза- 246, лапаротомия резекция кишечника с выведением кишечного свища-88, лапароскопия адгезиолизис-114, что составило 11,5% из (987) операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2010-2022гг. Доступ осуществляется после наложения карбоксиперитонеума через иглу Вереша, введенную на расстоянии 5-7 см от послеоперационного рубца по срединноключичной линии ниже реберной дуги на 4 см во

избежание повреждения кишечника. Затем в той же точке вводится смотровой троакар в удобных для манипуляций местах. Осмотр кишечника начинается со спавшихся петель, что уменьшает возможность повреждения его стенки. У большинства больных причиной непроходимости были единичные шнуровидные спайки. Рассечение спаек проводится при хорошей их визуализации на расстоянии не менее 1 см от стенки кишки. Короткие (менее 2 см) шнуровидные изолированные спайки (штранги), содержащие сосуды, пересекаем ножницами между наложенными клипсами, без применения коагуляции во избежание термического повреждения близлежащего органа. Ограниченные по площади плоскостные сращения анатомически точно разделяем ножницами при полной их визуализации и осторожной тракции кишечника, отступя не менее 0,5 см от его стенки, без применения электрокоагуляции. При наличии в брюшной полости обширных (III-IV степень) грубых сращений, занимающих более 1-2 анатомических областей, или при обнаружении конгломератов спаянных кишечных петель, а также при труднодоступных спайках ввиду наличия значительно раздутых петель кишечника – переходим к лапаротомии. В процессе операции мы столкнулись с различными вариантами сращений и разделили на следующие группы: одиночные грубые шнуровидные спайки выявлены у 399 больных, множественные плоские висцеропариетальные у 549, смешанные панцирный живот у 39 больных. Частота конверсии составляет 18%. Основными причинами конверсии служили технические трудности при разделении спаек и конгломератов спаянных петель тонкой кишки, некроз кишечника или травматическое повреждение стенки кишки. Больным при необходимости устанавливали перидуральный блок, что позволяло добиться восстановления моторики кишечного тракта в течении ближайших 2 суток.

Почти все больные активизировались на 1-2 сутки. Частота рецидивов после лапаротомии с адгезиолизисом наблюдалось у 129 (23,9%) больных, после лапароскопии с адгезиолизисом у 3 (2,6%) пациентов. Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 3 до 12 суток (в среднем 6,8 дня).

Выводы:

1. Для лапароскопического адгезиолизиса следует отбирать больных с картиной механической кишечной непроходимости без признаков перитонита, выраженного метеоризма и тяжелого эндотоксикоза, без повторных абдоминальных операций.
2. Преимуществами этого вида вмешательства являются малая травматичность, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активация больных с уменьшением риска развития спаечной болезни брюшной полости, сокращаются сроки госпитализации.

Литература

1. Андрейцев И.Л. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Диагностика и лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. 2005: 398.
2. Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Михин И.В. и др. Спаечная болезнь брюшной полости. Эндоскопическая хирургия. 2003;1: 51-63.
3. Жебровский В.В., Тимошин А.Д., Готье С.В. и др. Осложнения в хирургии живота: руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство. 2006; 448.

4. Китаев А.В., Петров В.П., Кобрин В.И. и др. Роль 5-FU в профилактике и лечении спаечной болезни брюшины. Вестник РВМА. СПб. 2008; 4 (24): 168.
5. Каримов Ш.И., Асраров А.А., Беркинов У.Б., Баймаков С.Р. и др. Роль видеолaparоскопии в лечении острой спаечной кишечной непроходимости. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Развитие и перспективы использования мини-инвазивных технологий в медицине и хирургии» Ургенч. 2018: 13-14
6. Матвеев Н.Л., Арутюнян Д.Ю. Внутривнутрибрюшные спайки — недооцениваемая проблема (обзор литературы). Эндоскопическая хирургия. 2007: 60-69.
7. Сапожков А.Ю. Ранняя послеоперационная непроходимость кишечника: Дис. ... канд. мед. наук. Пенза. 2003: 210.
8. Соболев В.Е. Лапароскопия при острой непроходимости кишечника Эндоскопическая хирургия. 2007; 2: 18–20.
9. Стрижелецкий В.В., Рывкин А.Ю. Новые возможности в диагностике и лечении больных с острой спаечной непроходимостью кишечника с применением эндовидеохирургии. Эндоскопическая хирургия. 2011; 3: 7.
10. Тимофеев М.Е., Шаповальянц С.Г., Ларичев С.Е. и др. Многолетний опыт применения неотложных видеолaparоскопических вмешательств при острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Сборник тезисов XI съезда хирургов Российской Федерации. 2011: 336-337.
11. Тимофеев М.Е., Волков В.В., Шаповальянц С.Г. Острая ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость на современном этапе: возможности лапароскопии в диагностике и лечении. Эндоскопическая хирургия, 2015; 2: 36-52.
12. Эгамов Б.Т., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б. и др. Возможности видеолaparоскопии при острой спаечной кишечной непроходимости. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Развитие и перспективы использования мини-инвазивных технологий в медицине и хирургии» Ургенч. 2018: 37.
13. Cirocchi R., Abraha I., Farinella E. et al. Laparoscopic versus open surgery in small bowel obstruction // Cochrane Database Syst. Rev. 2010; 17 (2): CD007511.
14. Catena F., Di Saverio S., Kelly M.D. et al. Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery // World J Emerg Surg. 2011; 6 (5): 1–24.
15. Grafen F.C., Neuhaus V., Schöb O. et al. Management of acute small bowel obstruction from intestinal adhesions: indications for laparoscopic surgery in a community teaching hospital // Langenbecks Arch Surg. 2010; 395: 57–63.
16. Di Saverio S, Coccolini F, Galati M et al. 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: 42.
17. Essani R, Bergamaschi R. Laparoscopic management of adhesive small bowel obstruction. Tech Coloproctol. 2008; 12:4: 283-287..
18. Essani R, Bergamaschi R. Laparoscopic management of adhesivesmall bowel obstruction. Tech Coloproctol. 2008; 12:4: 283-287.
19. Mancini G.J., Petroski G.F., Lin W.C. et al. Nationwide impact of laparoscopic lysis of adhesions in the management of intestinal obstruction in the US // J. Am Coll. Surg. 2008; 207: 520–526.

20. Ming-Zhe L., Lei L., Long-bin X. et al. Laparoscopic versus open adhesiolysis in patients with adhesive small bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis // Am J. Surg. 2012; 204 (5): 779–786.
21. Tolutope O., Helton S.W. Survey opinions on operative management of adhesive small bowel obstruction: laparoscopy versus laparotomy in the state of Connecticut // Surg Endosc. 2011; 2516–2521.
22. Vettoretto N, Carrara A, Corradi A. Laparoscopic adhesiolysis: consensus conference guidelines. Colorectal Disease. 2012; 14:5: 208-215.