



ЛАПАРОСКОПИЯ КАК МЕТОД ЗАВЕРШАЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У РАНЕЕ НЕОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ*

* Иллюстрации к статье — на цветной вклейке в журнал

Тимофеев М. Е.^{1,2}, Шаповальянц С. Г.^{1,2}, Федоров Е. Д.^{1,2}, Полушкин В. Г.¹

¹ ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России

² Городская клиническая больница № 31, Москва

LAPAROSCOPY AS A METHOD OF FINAL DIAGNOSIS OF ACUTE ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN A PREVIOUSLY UNOPERATED PATIENTS

Timofeev M. E., Shapovalyants S. G., Fedorov E. D., Polushkin V. G.

¹ Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU),

² City Clinical Hospital № 31, Moscow

Тимофеев Михаил Евгеньевич — ведущий научный сотрудник научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова. Кафедра госпитальной хирургии с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии. Городская клиническая больница № 31.

Шаповальянц Сергей Георгиевич — д.м.н., профессор, заведующий научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова. Кафедра госпитальной хирургии с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии. Городская клиническая больница № 31.

Федоров Евгений Дмитриевич — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова. Кафедра госпитальной хирургии с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии. Городская клиническая больница № 31

Полушкин Виталий Глебович — интерн научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова. Кафедра госпитальной хирургии с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии. Городская клиническая больница № 31

Timofeev Mikhail Evgenyevich — leading researcher, research and educational centre of abdominal surgery and endoscopy, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), City Clinical Hospital № 31

Shapovalyants S. G. — M. D., PhD., professor, head of research and educational centre of abdominal surgery and endoscopy, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), City Clinical Hospital № 31

Fedorov E. D. — M. D., PhD., professor, chief researcher of research and educational centre of abdominal surgery and endoscopy, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), City Clinical Hospital № 31

Polushkin V. G. — intern, research and educational centre of abdominal surgery and endoscopy, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), City Clinical Hospital № 31, Ostrovitianov str. 1, Moscow, Russia, 117997 E-mail: polushkinvp@gmail.com

**Тимофеев
Михаил Евгеньевич**
Timofeev Mikhail E.
E-mail:
metimofeev@mail.ru

Резюме

В статье представлен клинический опыт использования лапароскопии в диагностике и лечении 38 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью (ОСТКН), которым ранее не выполняли операции на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. Проанализированы особенности клинической картины, возможности рентгенологических и ультразвуковых методов диагностики и доказано, что диагностическая лапароскопия является наиболее доступным, относительно безопасным и эффективным методом диагностики у этой категории больных. В 24 (63,2%) наблюдениях удалось выполнить лечебную лапароскопию (адгезиоэнтеролизис) и разрешить ОСТКН малоинвазивным способом с минимальным числом осложнений (4,2%) без летальных исходов. В 14 (36,8%) наблюдениях при лапароскопической ревизии были выявлены противопоказания к лапароскопическому разрешению, в связи с чем, была произведена конверсия на традиционный, лапаротомный метод лечения.

Ключевые слова: острая спаечная тонкокишечная непроходимость, тонкая кишка, спайки, лапароскопия, лапароскопический адгезиоэнтеролизис, осложнения.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 112 (12):49–55

Summary

The article presents the use of laparoscopic interventions in 38 patients with Acute Adhesive Small Bowel Obstruction (AASBO) in patients without previous history of abdominal surgery. Clinical, radiological and ultrasound patterns of disease are analyzed. The use of laparoscopy has proved itself the most effective and relatively safe diagnostic procedure. In 14 (36,8%) patients conversion to laparotomy was made due to contraindications for laparoscopy. In 24 (63,2%) patients laparoscopic adhesiolysis was performed and AASBO subsequently treated with complications rate of 4.2%.

Keywords: acute adhesive small bowel obstruction, small bowel, adhesions, laparoscopy, laparoscopic enterolysis, complications

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 112 (12):49–55

Введение

Результаты лечения больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью (ОСТКН) не имеют отчётливой тенденции к улучшению: послеоперационная летальность, в зависимости от формы и длительности заболевания, составляет от 3,7% до 36,7%; послеоперационные осложнения — от 8,2 до 38,5% [1–7, 10–12]. Одной из причин такого положения вещей служит поздняя и неточная диагностика заболевания, а соответственно, и принятие неверных тактических решений, как на догоспитальном этапе, так и в стационаре [2, 3, 4, 6, 8, 11, 16].

Диагностика и лечение пациентов с ОСТКН — заболеванием, которое в нашей системе здравоохранения безоговорочно относится к компетенции абдоминальных хирургов, на наш взгляд, представляет интерес и для гастроэнтерологов. В самом деле, клинически ОСТКН далеко не всегда проявляется классическими симптомами; многое в симптоматике зависит от уровня, характера и степени препятствия прохождению кишечного содержимого. Эти пациенты далеко не всегда и не сразу обращаются за помощью к хирургу, даже при возникновении выраженного болевого синдрома. Кроме того, лишь 23–47% пациентов, поступивших в стационар с клинической картиной ОСТКН нуждаются в неотложном оперативном вмешательстве, а остальные 53–67% пациентов успешно ведутся консервативно. Правда, дифференциальная диагностика между странгуляционной ОСТКН, безусловно

требующей экстренной операции, и простой формой спаечной непроходимости — требует особых навыков, как от клиницистов, так и от специалистов инструментальной диагностики. Мощные средства современной неинвазивной лучевой диагностики, которыми располагают крупные многопрофильные стационары, тоже далеко не всегда предотвращают неточности и диагностические ошибки [2, 3, 6, 10, 14–16].

Немаловажно и то, что эти пациенты, вне приступа острого нарушения проходимости тонкой кишки, несомненно входят в группу пациентов с болевым синдромом неустановленной этиологии, пополняя ряды пациентов гастроэнтерологического профиля.

Среди всех пациентов с тонкокишечной непроходимостью, спаечный характер последней выявляется у 54–78%. В свою очередь, основной причиной образования сращений в брюшной полости и развития ОСТКН в 78–97% случаев являются ранее перенесенные операции на органах брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства [1, 3, 4, 6, 8, 10, 12]. Вот почему у ранее оперированных пациентов, в клинически непонятных ситуациях ОСТКН, как правило, входит в основной ряд заболеваний, подлежащих дифференциальной диагностике. Напротив, у пациентов без послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке, в аналогичной клинической ситуации, ОСТКН не входит в первую

пятёрку дифференциально-диагностического ряда, а напрасно. Дело в том, что в 3,3%–16,6% случаев ОСТКН наблюдается у пациентов без операций в анамнезе и соответственно без послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке [3, 4, 6, 8, 9, 11]. Правда убедительные причины развития внутрибрюшных спащений у этой категории больных удастся выявить далеко не всегда. К основным из них относят: тупые травматические повреждения передней брюшной стенки и органов брюшной полости; инфекционные заболевания желудочно-кишечного тракта; воспалительные заболевания органов малого

таза у женщин. В небольшом проценте случаев образование сращений в брюшной полости носит врожденный характер [1,3,9]. Диагностика острой тонкокишечной непроходимости у больных без операций на органах брюшной полости в анамнезе является более сложной задачей, чем диагностика «классической» послеоперационной ОСТКН [3, 4, 6, 7, 11].

В связи с этим цель нашего исследования состояла в определении возможностей и места лапароскопии в диагностике и лечении ОСТКН у больных, ранее не оперированных на органах брюшной полости.

Материал и методы исследования

В нашей клинике за период с января 1993 по июнь 2014 года находилось на лечении 38 пациентов с ОСТКН, ранее не переносивших оперативных вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, у которых с целью диагностики и /или последующего лечения была использована лапароскопия. Указанное количество пациентов составило 3,7% от общего числа пациентов с ОСТКН пролеченных в клинике за это время. Возраст больных колебался от 15 до 89 лет (средний возраст 47,6 + 2,3 лет). Женщин было 20, мужчин — 18. Длительность заболевания до поступления в хирургический стационар варьировалась от 6 до 72 часов, в среднем составив 12,7 + 1,4 часа. При этом до 6 часов от начала заболевания поступили 6 (15,8%) пациентов; от 6 до 12 часов — 13 (34,2%); от 12 до 24 часов — 11 (28,9%); более 24 часов — 8 (21,1%) пациентов. Большинство пациентов (35) были доставлены в клинику по каналу скорой медицинской помощи; двое обратились самостоятельно; ещё у одной пациентки 85 лет, непроходимость развилась в стационаре во время подготовки к срочной операции по поводу чрезвертельного перелома левой бедренной кости.

Жалобы при поступлении носили разнообразный характер. Основным симптомом у большинства больных были боли в животе различной локализации и интенсивности. Схваткообразный характер болей, который мог бы указать на наличие острой кишечной непроходимости отмечали лишь пять (13,2%) больных; резкий характер болей — только трое (7,9%). Боли во всех отделах живота отмечали 3 (7,9%) больных, у остальных они локализовались в различных отделах, но наиболее часто — в верхних и правых квадрантах. Тошнота имела у 21 пациента, рвота у 19, сухость во рту у 8, отрыжка у 3 пациентов. Задержка отхождения стула и газов — ещё один симптом, характерный для кишечной непроходимости, встретилась только у 9 больных, вздутие живота — у 7. Гипертермия присутствовала у 6 больных.

Сложности догоспитальной диагностики ОСТКН у этой категории больных подчёркивает и тот факт, что лишь у 3 (8,6%) из 35 больных, доставленных по каналу скорой помощи, в предварительном диагнозе фигурировала кишечная непроходимость, причём ни в одном случае не было сделано предположения о спаечном характере последней. В остальных наблюдениях подозревались острые

хирургические заболевания: острый аппендицит — 14 больных; перфорация язвы — 4; острый холецистит — 4; острый панкреатит — 3; перитонит — 2, воспалительные заболевания сигмовидной кишки — 2, мезентериальный тромбоз — 1. Ещё в 2-х случаях дифференциальный диагноз проводили с острым сальпингитом и почечной коликой.

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе имелись у 16 пациентов, в т.ч. язвенная болезнь — 7; хронический калькулезный холецистит — 3; дивертикулёз сигмовидной кишки — 2, хронические воспалительные заболевания придатков у 3 пациентов. Большинству этих пациентов ранее проводилось стационарное и амбулаторное лечение этих заболеваний. Одна пациентка перенесла в 1948 году брюшной тиф. Факт перенесенных травм у этих пациентов выявлен не был.

Комплексная клиничко-лабораторная и инструментальная диагностика в стационаре, включавшая в себя выполнение обзорных рентгенологических снимков брюшной полости на уровне (у 18 больных), на свободный газ (6), энтерографию с жидкой бариевой взвесью (3), ультразвуковое исследование органов брюшной полости (9) не дала ожидаемых результатов. При обзорной рентгенографии брюшной полости признаки тонкокишечной непроходимости были выявлены у 11 (61,1%) из 18 обследованных пациентов; у остальных семи рентгенологические признаки непроходимости отсутствовали. При последующей лапароскопической ревизии брюшной полости у всех этих пациентов с малым сроком от начала заболевания была диагностирована странгуляционная форма непроходимости. Энтерография позволила подтвердить диагноз ОСТКН у 3 пациентов. УЗИ органов брюшной полости обнаружило признаки тонкокишечной непроходимости у 6 (65,6%) из 9 обследованных.

В целом, безапелляционный предоперационный диагноз ОСТКН был установлен лишь у 7 (18,4%) пациентов из 38, в том числе у 3-х пациентов была заподозрена странгуляционная форма ОСТКН и у 4-х «простая» форма ОСТКН. Ещё у 5 (13,1%) пациентов проводился дифференциальный диагноз между ОСТКН и другими острыми хирургическими заболеваниями. Во всех остальных случаях на предоперационном этапе был установлен либо

Таблица № 1.

Предоперационные диагнозы, установленные на основании клинико-инструментального обследования.

Клинико-инструментальные диагнозы	Количество
ОСТКН	7
Дифференциальный диагноз между ОСТКН и иными острыми заболеваниями органов брюшной полости	5
Острый аппендицит	7
Дифференциальный диагноз между острым аппендицитом и иными острыми заболеваниями органов брюшной полости	14
Дифференциальный диагноз между различными острыми заболеваниями органов брюшной полости	5
Всего	38

Таблица № 2.

Формы непроходимости, установленные по результатам лапароскопической ревизии.

Интраоперационные диагнозы при лапароскопической ревизии	Количество
ОСТКН, странгуляция, без ишемических изменений	18 (47,4%)
ОСТКН, странгуляция с признаками ишемии тонкой кишки	6 (15,8%)
ОСТКН, странгуляция, некроз тонкой кишки	4 (10,5%)
ОСТКН, «простой» тип, ангуляция	10 (26,3%)
Всего	38 (100%)

диагноз острого аппендицита (7 больных), либо проводился дифференциальный диагноз между различными острыми заболеваниями органов брюшной полости (19 больных) (табл. № 1). Таким образом, даже в условиях специализированного хирургического стационара данный вариант ОСТКН на предоперационном этапе удалось заподозрить лишь в 30,7% случаев.

В соответствии с принятой в клинике лечебной тактикой больные с ОСТКН и признаками странгуляции (3 пациента) оперировались в неотложном порядке через 1–3 часа от поступления. Четверо

больных с «простой» формой ОСТКН (без признаков странгуляции и перитонита) оперировались в срочном порядке через 4–8 часов от начала консервативной терапии, в связи с её неэффективностью. Семерым пациентам с предварительным диагнозом острый аппендицит предполагалась лапароскопическая аппендэктомия. Остальным 24 больным экстренная диагностическая лапароскопия выполнялась с целью проведения дифференциального диагноза между острыми хирургическими, гинекологическими и урологическими заболеваниями.

Результаты исследования и их обсуждение

Лапароскопические вмешательства у 11 (28,9%) пациентов были выполнены под внутривенной анестезией, а у 27 (71,1%) под эндотрахеальным наркозом, причём в последние 10 лет все подобные вмешательства выполняются под общим комбинированным обезболиванием с управляемым дыханием. Карбоксиперитонеум у всех больных осуществляли по игле Вереща, с последующим введением 10 мм троакара для лапароскопа. Наиболее часто лапароскопический доступ осуществлялся в параумбиликальной зоне и лишь в одном случае в левом подреберье. На этом ответственном этапе каких-либо трудностей и осложнений не наблюдали. Лапароскопическую инструментальную ревизию брюшной полости осуществляли после введения лапароскопа и дополнительных двух или трёх 5- и 10-мм инструментальных троакаров, устанавливаемых в различных отделах передней брюшной стенки, в зависимости от распространенности спаечного процесса и сложности вмешательства.

Диагноз ОСТКН по данным лапароскопической ревизии был установлен у всех 38 пациентов. Странгуляционная форма ОСТКН была выявлена у 28 (73,7%) пациентов: у 18 из них ишемических изменений тонкой кишки отмечено не было; у 6 пациентов имелись нарушения питания стенки кишки и были высказаны сомнения в её жизнеспособности; ещё в 4 случаях были высказаны подозрения

на некроз кишки. Обструкция, без явлений странгуляции («простой» тип непроходимости) была выявлена у 10 (26,3%) пациентов. Следует отметить, что в анализируемой когорте больных, процентное соотношение форм непроходимости отличалось от аналогичного показателя у пациентов с послеоперационной ОСТКН, у которых «простые» формы обычно преобладают над странгуляционной ОСТКН, составляя 68,2%–78,4% и 18,6%–32,5%, соответственно [3, 4, 6, 11, 12, 16].

В зависимости от уровня препятствия прохождению кишечного содержимого, низкая ОСТКН (с локализацией в пределах 1,5 метров от илеоцекального угла) была диагностирована у 28 (73,7%) пациентов; средняя (от 1,5 метров ниже связки Трейца и до 1,5 метров от илеоцекального угла — 7 (18,4%); высокая ОСТКН (до 1,5 метров ниже связки Трейца) — 3 (7,9%). Формы непроходимости, установленные на основании лапароскопической ревизии, представлены в таблице № 2.

Причиной непроходимости явились различные по локализации и характеристикам сращения брюшной полости. Распространенные спаечные процессы, характерные для пациентов, оперированных на органах брюшной полости, у наших пациентов отсутствовали. Сращения были представлены либо единичными штрингами, либо локальными спаечными процессами.

Причиной странгуляционной формы ОСТКН чаще являлись единичные шнуровидные спайки (штранги). С учётом вовлеченности органов, мы разделили пациентов с единичными штрангами на две основные группы: 1) с вовлечением прядей большого сальника — 17 больных; 2) с вовлечением брыжейки тонкой кишки — 10 больных. В первой группе штранги подразделялись на висцеро-париетальные (фиксация пряди большого сальника к передней брюшной стенке — 4 пациента) и висцеро-висцеральные: фиксация пряди большого сальника к брыжейке тонкой кишки — 8; — к куполу слепой кишки — 3; — к сигмовидной кишке — 2. Аналогичным образом во второй группе штранги подразделялись на висцеро-париетальные (от брыжейки тонкой кишки к передней брюшной стенке — 5 пациентов) и висцеро-висцеральные: от брыжейки тонкой кишки к другой петле тонкой кишки — 2; — к брыжейке сигмовидной кишки — 1; — к куполу слепой кишки — 1; — к правым придаткам — 1.

При «простой» форме ОСТКН выявлялись локальные спаечные процессы с деформацией петель тонкой кишки в виде ангуляций. Локальные висцеро-висцеральные спаечные процессы располагались в различных отделах брюшной полости: в малом тазу (4); в правой подвздошной области (2); в области корня брыжейки тонкой кишки (1); и ещё в одном случае петля тонкой кишки была подпаяна к жировому подвеску толстой кишки. В трех наблюдениях причиной «простой» формы непроходимости явились единичные штранги, что встречается значительно реже [1,3,4,6,8,14]. Штранги были сформированы прядями большого сальника, фиксированными к правой подвздошной ямке и печеночному изгибу ободочной кишки (1); — и к печеночному изгибу ободочной кишки с формированием «окна» (1); ещё у 1 больного штранг тянулся от связки Трейца до брыжейки тонкой кишки в гипогастрии (1).

На основании данных лапароскопической ревизии окончательно оценивалась возможность выполнения лапароскопического разрешения ОСТКН. Противопоказания к малоинвазивному вмешательству были выявлены у 14 пациентов: некроз тонкой кишки (2); сомнения в жизнеспособности тонкой кишки (7); тотальное расширение петель тонкой кишки более 4 см (3); тотальное расширение и внутреннее ущемление тонкой кишки в спаечном «окне» (1), выраженный, плотный спаечный процесс в малом тазу (1). Проведение дальнейшей ревизии у этой подгруппы пациентов считали нецелесообразным, так как уже на начальном этапе лапароскопии становилась понятной необходимость выполнения лапаротомии.

Не все интраоперационные диагнозы установленные при лапароскопической ревизии подтвердились при лапаротомии. Так у одного из двух пациентов с лапароскопически диагностированным некрозом подвздошной кишки, после рассечения единичного штранга пораженная кишка была признана жизнеспособной и её резекция не потребовалась. У другого пациента некроз сегмента кишки с перфорацией и разлитым фибринозно-гнойным перитонитом подтвердился, что потребовало

выполнения резекции тонкой кишки, назоинтестинальной декомпрессии (НИД), санации и дренирования брюшной полости (ДБП) с последующей санационной релапаротомией; выздоровление.

Из 7 пациентов с подозрением на некроз тонкая кишка была признана жизнеспособной во всех случаях, в т. ч. в двух — с наличием странгуляционной борозды; у всех этих больных было выполнено рассечение спаек, НИД и ДБП. Из 3 пациентов с тотальным расширением петель тонкой кишки, у двух был выявлен «простой» тип ОСТКН, причиной которой стали ангуляции (адгезиоэнтеролизис, НИД, ДБП), а у третьего был выявлен заворот тонкой кишки, в генезе которого сыграл роль спаечный процесс (дополнительно — деторзия заворота). У больного с подозрением на внутреннее ущемление был выявлен «карман» в брыжейке тонкой кишки сформированный плоскостными спайками, в котором была ущемлена практически вся тонкая кишка (рассечение спаек и ущемляющего кольца, НИД, ДБП). У пациентки с плотным спаечным процессом в малом тазу причиной ОСТКН послужил единичный штранг, идущий от правой маточной трубы к брыжейке тонкой кишки и сдавливающий её просвет в 70 см от илеоцекального угла (рассечение спаек, НИД, ДБП).

Лапароскопическое разрешение непроходимости было выполнено у 24 пациентов. У 20 из них причиной ОСТКН являлись единичные штранги, при выделении которых производили их рассечение или разделение при помощи ножниц или диссектора (14) или механическое иссечение ножницами, в ряде случаев с предварительным лигированием васкуляризированных плотных штрангов, с последующим удалением их из брюшной полости (4). Ещё у 2 из этих 20 пациентов разрешение непроходимости произошло в результате разрыва штранга в процессе наложения карбоксиперитонеума. У одного из них штранг, образованный прядью большого сальника был фиксирован к передней брюшной стенке в правой паховой области, а на петле тонкой кишки в 50 см от илеоцекального угла имелись следы её сдавления в виде странгуляционной борозды с выраженным отеком, гиперемией серозы кишки протяженностью 60 см. В другом наблюдении петля кишки была сдавлена разорвавшимся штрангом, который исходно шёл от брыжейки тонкой кишки к куполу слепой кишки. Эпаты диагностики и разрешения странгуляционной ОСТКН у больной без операций в анамнезе представлены на фотографиях в приложении.

При «простом» типе непроходимости, представленном деформацией кишки в виде ангуляций (4) выполняли рассечение спаек и отделение петель тонкой кишки от передней брюшной стенки (1), правых придатков (1), брыжейки тонкой кишки (2). При выделении ангуляций кишки из плотных спаечных сращений использовали гидропрепаровку при помощи аспирационно-промывной трубки с подачей физиологического раствора в ткани спаечного процесса, а затем выделяли петли кишки при помощи ножниц, без применения коагуляции.

Наиболее часто — у 10 больных — для рассечения сращений использовали ножницы в режиме монополярной коагуляции; механическое

рассечение спаек ножницами использовали у 4 больных, крючок с коагуляцией — у 1, диссектор с коагуляцией — у 1, ультразвуковые ножницы Sono Surg (Олимпас, Япония) — у 2, комбинацию инструментов у 4. Дренирование брюшной полости было выполнено у 3-х пациентов. В двух наблюдениях с «простым» типом ОСТКН при расширении петель тонкой кишки до 4–5 см была выполнена ЭНИД на операционном столе с использованием сверхширококанального (диаметр инструментального канала — 6 мм) эндоскопа GIF XT-30 (Олимпас, Япония).

Продолжительность лапароскопических операций колебалась в значительных пределах — от 15 до 120 минут. Время диагностического этапа варьировалось от 15 до 30 минут (в среднем 24,4±2,2 минуты). Время лапароскопического адгезиоэнтеролизиса составило от 20 минут до 120 минут (в среднем 56,2±12,4 мин.), в то время, как время оперативных вмешательств лапаротомным доступом (без учета лапароскопического диагностического этапа) составило от 60 до 180 минут, в среднем — 110,5±10,6 мин. Интраоперационных осложнений не было ни в одной из подгрупп. У всех пациентов разрешение ОСТКН было подтверждено клинически, а у 4 пациентов, которым до- (2) или во время операции (2) выполнялась ЭНИД, ещё и по данным динамической энтерографии.

Повторные вмешательства были выполнены у двух пациентов после лапароскопических вмешательств. В одном случае на 2-е сутки была выполнена динамическая лапароскопия с целью контроля состояния ущемленной петли тонкой кишки, которая вновь была признана жизнеспособной. В другом случае повторная, запланированная лапароскопия была выполнена через 13 суток в отсроченном порядке с целью ушивания дефекта в брыжейке тонкой кишки, рассечения спаек в нижнем этаже брюшной полости. Так как на первой операции из-за выраженного расширения петель тонкой кишки от выполнения этого объема вмешательства воздержались, чтобы избежать неоправданных осложнений.

Заключение

Лапароскопия является основным методом уточняющей и завершающей диагностики у пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью без операций в анамнезе. Она позволяет

Послеоперационное осложнение в виде прогрессирования пельвиоперитонита и рецидива ОСТКН на 2-е сутки после первого вмешательства было отмечено у больной с «простой» формой ОСТКН, развившейся на фоне 2-х стороннего гнойного сальпингита. Пациентке была выполнена лапаротомия, разделение рыхлых сращений, двусторонний сальпингоовариолизис, назоинтестинальная декомпрессия, санация и дренирование брюшной полости; выздоровление. К особенностям послеоперационного периода после лапароскопических операций следует отнести минимальный болевой синдром, быстрое восстановление перистальтики с отхождением газов, стула на 1–2 сутки и выраженный косметический эффект. Средний койко-день после лапароскопии составил 6,4 ± 1,6 суток.

Послеоперационное осложнение общего характера было диагностировано у пациентки 76 лет после разрешения странгуляционной ОСТКН лапаротомным доступом (без резекции кишки). На фоне выраженной сопутствующей патологии (ИБС, постинфарктный коронаро-кардиосклероз, стенокардия напряжения, 3 ФК, гипертоническая болезнь 3 ст, НК 2 А, ЦВБ, дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст, остаточные явления ОНМК, хронический пиелонефрит, ХПН в стадии субкомпенсации) было отмечено прогрессирование тяжёлой острой догоспитальной правосторонней верхнедолевой пневмонии и дыхательной недостаточности, которая привела к летальному исходу на 8 сутки послеоперационного периода.

Таким образом, лапароскопические вмешательства, предпринятые у 38 пациентов с ОСТКН без перенесенных операций на органах брюшной полости у 24 (63,2%) пациентов закончились лечебным малоинвазивным вмешательством, с одним послеоперационным осложнением (4,1%), без летальных исходов. У 14 (36,8%) пациентов после определения показаний к конверсии на основании данных лапароскопической ревизии были выполнены традиционные операции с одним с одним послеоперационным осложнением общего характера (7,1%), приведшим к летальному исходу. Общая летальность составила 2,6% (1/38).

установить правильный диагноз ОСТКН в 100% наблюдений и в 63,2% выполнить малоинвазивное разрешение непроходимости с минимальным числом осложнений и летальных исходов.

Литература

1. Матвеев Н. Л., Арутюнян Д. Ю. Внутривнутрибрюшные спайки — недооцениваемая проблема (обзор литературы). // Эндоскопическая хирургия, 5, — 2007. — С. 60–69
2. Пахомова Г. В., Ярцев П. А., Гуляев А. А. и соавт. Совершенствование методов лечения кишечной непроходимости // Омский научный вестник. — 2004; — С. 99–102.
3. Петров В. П., Ерюхин И. А. Кишечная непроходимость. — М. Медицина. — 1989. — С. 286.
4. Timofeev M. E., Sharovalyanz S. G., Fedorov E. D., et al. Urgent laparoscopic interventions for acute adhesive small bowel obstruction: lessons of 16 years of clinical application in a single center. Emergency Surgery and Flexible Surgery. S06. 18 — th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery. Geneva, Switzerland. 16–19 June 2010
5. Федоров И. В., Сигал Е. И., Одинцов В. В. // Эндоскопическая хирургия. — М.: Гэотар — Медицина. — 1998. — С. 350.
6. Шуркалин Б. К., Андрейцев И. Л., Ржебаев К. Е. и другие. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии // Эндоскопическая хирургия. — 2010; 3; — С.46–50

7. *Levard H, Boudet MJ, Msika S, Molkhou JM, Hay JM, Laborde Y, Gillet M, Fingerhut A.* Laparoscopic treatment of acute small bowel obstruction: a multicentre retrospective study. *ANZ J Surg.* 2001 Nov;71 (11):641-6;
8. *Senthilkumar M. P., Dreyer J. S.* Peritoneal adhesions: pathogenesis, assessment and effects // *Trop. Gastroenterol.* 2006. — Vol.27 (1). — P.1 118
9. *Kirshstein B., Roy-Shapira A., Mandel S., Avinoach E., Mizrahi S.* The use of laparoscopy in abdominal emergencies // *Surgical Endoscopy.* -2003. -17: — P 1118-1124.
10. *Farinella E., Ciocchi R., La Mura F., M. et al.* Feasibility of laparoscopy for small bowel obstruction // *World Journal of Emergency Surgery.* 2009. 4:3. 10.1186/1749-7922-4-3.
11. *Jose J. Diaz, Faran Bokhari, Nathan T. Mowery* Guidelines for Management of Small Bowel Obstruction. // *J. Trauma.* 2008; 64:1651-1664
12. *Nagle A., Ujiki M., Denham W., Murayama K.* Laparoscopic adhesiolysis for small bowel obstruction. // *The American Journal of Surgery.* 2004. 187 (4): P 464-470.
13. *Suter M, Zermatten P, Halkic N, et al.* Laparoscopic management of mechanical small bowel obstruction: are there predictors of success or failure? // *Surg Endosc.* 2000; May; 14 (5): 478-483.
14. *Zerey M, Sechrist CW, Kercher KW, et al.* Laparoscopic management of adhesive small bowel obstruction. // *Am Surg.* 2007 Aug; 73 (8): 773-778
15. *Navez B, Arimont JM, Guit P:* Laparoscopic approach in acute small bowel obstruction. A review of 68 patients. *Hepatogastroenterology* 1998, 45:2146-2150
16. *Vallicelli C, Coccolini F, Catena F, et al.* Small bowel emergency surgery: literature's review, *World Journal of Emergency Surgery* 2011; 6:1.

К статье

Лапароскопия как метод завершающей диагностики острой спаечной тонкокишечной непроходимости у ранее неоперированных пациентов (стр. 49–55).

Этапы лапароскопической диагностики и лечения ОСТКН у больной, ранее неоперированной на органах брюшной полости и забрюшинного пространства



Рисунок 1.
Лапароскопические признаки ОСТКН: выпот, расширенные петли тонкой кишки выше препятствия, спавшиеся петли тонкой кишки ниже препятствия и спавшаяся сигмовидная кишка.



Рисунок 2.
В полости малого таза визуализируются выпот, матка, измененные петли тонкой кишки и зона странгуляции.



Рисунок 3.
При дальнейшей ревизии из малого таза выделена расширенная петля тонкой кишки багрового цвета.



Рисунок 4.
Лапароскопическое устранение единичного штранга, сдавливающего петлю тонкой кишки с её брыжейкой при помощи безопасного зажима.



Рисунок 5.
Петля тонкой кишки выделена из спаечного процесса. Видна странгуляционная борозда и изменения стенки кишки.



Рисунок 6.
Оценка состояния пораженной петли тонкой кишки в конце операции. Отмечается постепенное восстановление окраски, а по данным лапароскопической ревизии — появление перистальтики, отчетливая пульсация сосудов брыжейки — кишка признана жизнеспособной.