

© Коллектив авторов, 2009

УДК 616.34-007.274-06::616.34-007.272-089:616.381-072.1

С.Ф.Багненко, Г.И.Синенченко, В.Г.Чуприс

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе
(дир. — чл.-кор. РАМН проф. С.Ф.Багненко)

Ключевые слова: острая спаечная кишечная непроходимость, лапароскопический адгезиолизис, диагностика, лечение.

Введение. Одна из важнейших и трудных задач, которая постоянно волнует хирургов, — это ранняя диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и, в частности, острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Несмотря на значительный прогресс медицины, процент диагностических ошибок остается еще высоким, что бесспорно влияет на выбор тактики ведения больных, приводящей, порой, к плачевному результату. Еще нередко диагностические сомнения разрешаются только на операционном столе, а само хирургическое лечение иногда применяется в запущенной стадии, когда эффект его становится сомнительным.

Рутинная диагностика острой кишечной непроходимости основана в основном на данных клинического, рентгенологического и ультразвукового методов исследования. Однако в начальных стадиях заболевания они не всегда убедительны и достоверны. Частота диагностических ошибок составляет 10–30% [1, 6, 7]. Поэтому в последние годы в диагностике острой кишечной непроходимости используют инструментальные методы [3, 5]. Однако, несмотря на положительные результаты и потенциальные преимущества, лапароскопический адгезиолизис и сегодня вызывает несколько преувеличенное, на наш взгляд, беспокойство хирургов и не находит широкого применения в практической работе [4]. Некоторые исследователи считают лапароскопию очень опасной и малоэффективной при наличии раздутых петель кишечника или спаечного процесса после ранее перенесенных операций.

Материалы и методы. За последние девять лет (1998–2006 гг.) в СПбНИИ СП им. И.И.Джанелидзе лапароскопические вмешательства по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) выполнены

54 больным в возрасте от 18 до 68 лет с целью уточнения диагноза, выбора рационального метода лечения, а также с лечебной целью. Показаниями к лапароскопическому способу выполнения операций являлись: ранняя спаечная непроходимость, ОСТКН при наличии в анамнезе единичных операций, присутствие «акустического окна» для пункции брюшной полости у пациентов с множественными операциями на органах живота. У всех пациентов диагноз был установлен на основании клинико-рентгенологического и лапароскопического обследования.

При определении степени спаечного процесса мы придерживаемся классификации О.И.Блиникова [2]. В связи с наличием спаечного процесса IV степени с выраженной деформацией тонкой и толстой кишки (n=5) и образованием спаечных конгломератов с признаками деструкции тонкой кишки в условиях спаечного процесса III степени (n=3) мы были вынуждены отказаться от лапароскопического адгезиолизиса у 8 (14,8%) пациентов, оперированных в срочном порядке и перейти на открытую операцию.

Лапароскопическое вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом. Вхождение в брюшную полость осуществлялось по открытой методике Hasson: разрез кожи длиной 2 см, под контролем глаза вскрывается апоневроз, брюшина и троакар тупо вводятся в брюшную полость. После осуществления предварительного панорамного обзора прилежащих порту органов, в зависимости от распространенности спаечного процесса, определяем точки введения дополнительных троакаров. Особое внимание обращаем на состояние кишечных петель. Оцениваем изменения размеров, формы и цвета органов, состояние их серозного покрова. Под контролем эндовидеосистемы определяем уровень и степень кишечной непроходимости. Другими словами, на диагностическом этапе операции верифицируем диагноз и определяем хирургическую тактику — либо лапароскопическая операция, либо лапароскопически-ассистированная операция, либо переход на открытую операцию.

Для выполнения операции достаточно создания внутрибрюшного давления не выше 12 мм рт. ст. Как и в открытой хирургии, использование техники «тяги—противотяги» кишечника является основным элементом успешной работы. Для обеспечения этого момента операции можно ввести дополнительный 5 мм троакар. Это позволит не только хорошо дифференцировать сращения, но и безопасно пересечь их в бессосудистой зоне. При использовании высокочастотных электрических инструментов следует руководствоваться двумя основными правилами:

1) бранши инструментов не должны смыкаться непосредственно на кишке и всегда находиться в поле зрения оператора;

2) оператор должен четко ориентироваться в пространстве и времени. Эти правила позволяют проводить коагуляцию без лишнего риска ожога и перфорации кишки.

У 13 больных (24,1%) на начальных этапах лапароскопической операции выявлены следующие противопоказания к дальнейшему продолжению вмешательства данным методом: сомнения в жизнеспособности измененного сегмента кишки (у 5), наличие плотных сращений с формированием массивного конгломерата из кишечных петель (у 8). Всем этим пациентам произведены операции традиционным полостным способом с благоприятным исходом. У 36 пациентов для устранения ОСТКН выполнен лапароскопический адгезиолизис, а у 5 (9,3%) больных — лапароскопически-ассистированный. Во время лапароскопической операции во всех случаях заводился эндоскопический зонд ЗКС-21 для декомпрессии тонкой кишки.

Результаты и обсуждение. Наш опыт показал, что опасность повреждения кишечника при лапароскопическом адгезиолизисе преувеличена и надумана. В целях профилактики осложнений соблюдаем следующие условия. Исследование выполняет только квалифицированный эндовидеохирург совместно с ассистентом, имеющие опыт неотложной лапароскопии, владеющие в совершенстве лапароскопической техникой. Обязательно присутствие на лапароскопической операции ответственного дежурного хирурга.

Принципиальное значение в лапароскопической хирургии имеет адекватный гемостаз в ходе операции. Присутствие «кровянистой росы» не только затрудняет работу оператора, но и нарушает общий вид операционного поля для хирурга. Определенную пользу в этом случае могут принести этапные промывания брюшной полости 0,9% раствором NaCl.

Наиболее характерным лапароскопическим признаком механической кишечной непроходимости является одновременное обнаружение раздутых и спавшихся петель кишечника.

При лапароскопическом обследовании брюшной полости у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью мы выявили следующие причины кишечной обструкции.

1. *Ущемление тяжем (штрангом).* У этих больных непроходимость обычно определяется в области подвздошной кишки или реже в среднем отделе тонкой кишки.

При детальной лапароскопической ревизии обнаруживаются штранги — фиброзные спаечные тяжи, нередко перекрученные, один из концов которых фиксируется к париетальной брюшине, другой — связан с кишкой или ее брыжейкой.

Лапароскопическая операция в таких случаях сводилась к выделению штранга. Его прослеживали на всем протяжении, выделяли с помощью

диссектора и пересекали ножницами близко к стенке кишки, обычно после биполярной или монополярной коагуляции. При наличии длинного штранга необходимо иссечь его на всем протяжении. Это необходимо для профилактики нового спаения в послеоперационном периоде.

2. *Ущемление в окне.* Ущемление такого рода редко сопровождается значительными расстройствами микроциркуляции.

Лапароскопическая операция в подобном случае требует, прежде всего, тщательной ревизии места кишечной обструкции для отчетливой визуализации петель кишки, образующих окно, петли, ущемленной в нем, а также имеющейся короткой, не более 1 см, спайки, вызывающей непроходимость. После детальной ревизии этих анатомических образований с помощью диссектора спайку выделяли по всей окружности, а затем осторожно пересекали ножницами, чаще без предварительной коагуляции или с использованием осторожной биполярной коагуляции. Вследствие близости кишечной стенки использование монополярной коагуляции в таких случаях считается опасным.

3. *Заворот кишечника фиксированной спайкой.* Эндоскопически в брюшной полости определялись одна или несколько кишечных петель, находящихся в перекрученном состоянии. Заворот вызывается одиночными спайками, висцеро-висцеральными или висцеропариетальными, которые фиксируют аномальное положение кишки.

Спайки могут быть связаны с брыжейкой, и тогда они располагаются у основания перекрученных кишечных петель. Использование методики ревизии с применением двух атравматических зажимов позволяет подойти к месту прикрепления спайки к кишке, выделить фиксирующую спайку и пересечь ее, после чего заворот легко расправляется.

4. *Ущемление фиксированным салъником.* В этих случаях кишечная обструкция возникает вследствие ущемления петли кишки пряжкой салъника, фиксированной к париетальной брюшине, кишечной стенке или брыжейке.

Лапароскопическая операция сводилась в этом случае к выделению пряжки салъника, вызывающей ущемление, до места ее фиксации к кишке, брыжейке или париетальной брюшине, отсечению спайки после коагуляции, обычно биполярной, а затем резекции этой пряжки салъника в пределах здоровых тканей путем биполярной коагуляции и пересечения ножницами.

5. *«Двустволка».* При ревизии обнаруживается, что обструкция вызывается деформацией тонкой кишки в виде двустволки. Отчетливо прослеживаются вздутый отдел, предшествующий

перегибу, и спавшийся отводящий отдел кишки. Выраженные циркуляторные расстройства обычно отсутствуют.

В этих случаях тупым и острым путем разделяли все деформирующие петлю спайки и производили выделение всей петли кишки от ее спавшегося отдела до вздутого.

6. *Деформация множественными спайками.* При ревизии брюшной полости, чаще в области послеоперационного рубца, определяется конгломерат хаотично спаянных между собой кишечных петель. Отделы кишки, расположенные выше этого конгломерата, как правило, раздуты, ниже — спавшиеся. Множественные спайки деформируют кишечные петли в виде «двустволок». При этом определить точное место обструкции, не разделив этот конгломерат, бывает невозможно. В этом случае лапароскопически выполняли последовательный висцеролиз всей кишки, находящейся в конгломерате, начиная с дистального, спавшегося отдела, проксимально с разделением всех встретившихся спаек, деформирующих кишечную трубку. В 9 наблюдениях избежать вскрытия просвета тонкой кишки удалось посредством ее отсечения вместе с участком прилегающей париетальной брюшины.

Из 41 больного, оперированного лапароскопическим и лапароскопически-ассистированным способами, летальных исходов и осложнений не было. Осложнений, связанных с лапароскопическим адгезиолизисом, не отмечено.

Таким образом, лапароскопическое исследование, предпринятое при сомнительном течении ОСТКН, позволило значительно сократить продолжительность клинко-рентгенологического обследования больных, установить правильный диагноз у 100% из них, назначить раннее патогенетическое лечение.

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. Лапароскопия особенно показана у больных с острой кишечной непроходимостью при отсутствии операций в анамнезе и у пациентов с малыми лапаротомиями. В таких случаях лапароскопия применяется как диагностический метод, а при подтверждении диагноза спаечной непроходимости перерастает в эндохирургическую операцию.

Преимущества лапароскопического адгезиолизиса 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 сут, тогда как после «открытого» вмешательства — более 10 дней. Значительно более легкое течение послеоперационного периода, быстрое восстановление функции кишечника, ранняя активизация больных и меньшая длительность пребывания в стационаре являются важными преимуществами лапароскопической техники.

С другой стороны, по мере накопления опыта хирургического лечения этой сложной патологии было выявлено, что возможности лапароскопического метода ограничены. Это привело к появлению видеоассистированных вмешательств, когда лапароскопия дополняется мини-лапаротомией. Видеоассистированные операции показаны при наличии «мобильного» конгломерата кишечных петель и возможности его выведения на переднюю брюшную стенку, при показаниях к резекции кишки или в связи с высоким риском повреждения кишечной стенки во время лапароскопического разделения спаек.

В ряде случаев приходится прибегать к конверсии и переходу на открытую операцию. 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. В связи с этим лапароскопический доступ может значительно увеличить длительность операции. Конверсия «по благоразумию» показана при невозможности ревизии всех петель тонкой кишки, сомнениях в хорошей проходности деформированных петель в конгломерате кишки, неудачном висцеролизисе.

Недостатком лапароскопического метода лечения непроходимости кишечника является отсутствие возможности интубации и шинирования тонкой кишки длинными зондами при наличии паралитического илеуса.

Выводы. 1. Лапароскопический адгезиолизис обладает преимуществом перед открытой хирургической техникой в лечении острой спаечной кишечной непроходимости и может, безусловно, являться методом выбора при хирургическом лечении спаечных послеоперационных осложнений. При этом важным моментом является определение критериев отбора пациентов для лапароскопического адгезиолизиса.

2. Незначительная травматизация брюшины во время лапароскопических операций сводит до минимума риск повторного образования межорганных сращений, снижает вероятность рецидива спаечной болезни брюшной полости и позволяет избежать гнойных осложнений в послеоперационном периоде. Сроки пребывания больных в стационаре не превышают 5–7 дней за счет ранней реабилитации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Воробьев А.А. и др. Лапароскопические операции при спаечной болезни // Хирургия.— 2004.—№ 6.—С. 27–30.
2. Блинников О.И. Лапароскопия в диагностике и лечении спаечной кишечной непроходимости у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—М., 1988.—20 с.
3. Дуданов И.П., Соболев В.Е. Лапароскопия в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости // Сложные и нерешенные вопросы диагностики и лечения острого аппендицита, острой кишечной непроходимости и сочетанной травмы: Всерос. конф. хирургов.—СПб., 2004.—С. 87–88.
4. Козлов О.А., Троян В.В. Лапароскопические технологии в диагностике и лечении спаечной кишечной непроходимости и спаечной болезни у детей / Белорусская медицинская академия последипломного образования.—Минск, 2007.—41 с.
5. Кошелев П.И., Глухов А.А., Лейбельс В.Н. и др. Видеолапароскопическое лечение ранней спаечной кишечной непроходимости // Сложные и нерешенные вопросы диагностики и лечения острого аппендицита, острой кишечной непроходимости и сочетанной травмы: Всерос. конф. хирургов.—СПб., 2004.—С. 93–94.
6. Cheadle W.G., Garr E.E., Richardson J.D. The importance of early diagnosis of small bowel obstruction // Amer. Surg.—1988.—Vol. 54, № 9.—P. 565–569.
7. Jones P.F., Munro A. Recurrent adhesive small bowel obstruction // World J. Surgery.—1985.—Vol. 9, № 6.—P. 868–875.

Поступила в редакцию 19.03.2008 г.

S.F.Bagненко, G.I.Sinchenko, V.G.Chupris

LAPAROSCOPIC DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

The authors presented materials on treatment of acute adhesive obstruction in the St.Petersburg Research Institute of Emergency Medicine for 8 years. Operations were performed on 54 patients. A conclusion was made that laparoscopic adhesiolysis had advantages over open surgery methods but with due regard for the selection of patients for the procedure, and for better rehabilitation after operation.

Е.И.Зайцев, А.А.Будко, Г.Б.Шикалов

Некоторые юбилейные даты отечественной медицины в 2009 г.
(по материалам Военно-медицинского музея и другим источникам)

225 лет (1784 г.)

• Вышел Сенатский указ «О недозволении составлять и продавать целительные бальзамы без разрешения Сената» (начало борьбы с фальсификацией лекарств).

• Изданы Именные указы: «О свидетельствовании врачей, не имеющих дозволения от Медицинской коллегии на лечение»;

«О дозволении лекарям, лекарским и аптекарским ученикам вступать для усовершенствования в медицине в Санкт-Петербургскую Хирургическую школу и о признании выдаваемых из сей школы аттестатов действительными».

• В Санкт-Петербурге основана Обуховская больница. Со времени основания Петербурга (1703 г.) длительное время в городе не было больниц для гражданского населения. Были созданы только военный и морской госпитали. 6 мая 1779 г. генерал-полицмейстер сообщил в Медицинскую коллегию: «По высочайшему соизволению учреждается в Санкт-Петербурге для пользования больных и сумасшедших больница идольхауз, которые в скором времени открыты будут». Начальник столичной полиции просил для работы в больнице четырех подлекарей. Больницу назвали «Обуховской», поскольку она располагалась вблизи от «Обуховского моста через реку Фонтанку». Мост же назывался по фамилии подрядчика-строителя. Больница имела 60 коек в деревянных домиках рядом со «смирительным арестантским домом» и числилась при полицейском управлении. Через год больница была открыта для всего населения. Каменные здания больницы были заложены в 1782 г. Проект фасада здания, выходившего к Фонтанке, разработал архитектор Кваренги, строительством руководил архитектор Русска. Число больничных коек с течением времени сильно увеличилось, Обуховская больница стала крупным лечебным и учебным учреждением. В ней работали многие известные хирурги. В разные годы она являлась клинической и учебной базой для 3-го Ленинградского медицинского института, Военно-морской медицинской академии, Военно-медицинской академии, некоторых других учреждений.

Продолжение см. на стр. 53