
УДК 616.34-007.272-089

**М.М. Магомедов, Д.М. Алигаджиев,
П.М. Магомедова**

E-mail: muxuma@mail.ru

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Дагестанская государственная медицинская
академия, г. Махачкала

ВВЕДЕНИЕ

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) является одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний в абдоминальной

хирургии. ОСКН, по данным [3–4], в 7 – 10% наблюдений приобретает прогрессирующий характер, обуславливая клиническую картину рецидивирующего стойкого болевого абдоминального синдрома. Надежные средства консервативного лечения и профилактики спаечного процесса в брюшной полости до сих пор отсутствуют. После экстренных полостных оперативных вмешательств по поводу спаечной кишечной непроходимости рецидивы наступают в 32–71% случаев. Видеолапароскопические технологии, получившие развитие в последние годы, постепенно вносят существенные коррективы в сложившееся за многие годы традиционное лечение (ОСКН). По данным современной литературы, видеолапароскопический адгезиолизис уменьшил на 70–80% вероятность образования спаек в брюшной полости, что может быть профилактикой дальнейшего спайкообразования. Причинами возникновения спаечного процесса брюшной полости многие исследователи считают большую травматичность традиционного открытого лапаротомного доступа, наличие в брюшной полости

инфекции и длительный парез кишечника послеоперационного периода [1, 9].

По нашим данным, тяжелые странгуляционные формы (ОСКН) с необратимой клиникой ишемией встречаются всего в 7–16 %, а по данным других авторов [7, 10], – в 9–20,1 % наблюдений. В данной работе мы провели сравнительное изучение результатов (ОСКН) у 91 оперированного больного: лапараскопическим, мини-доступом, и традиционными хирургическими методами в клинике госпитальной хирургии Дагестанской государственной медицинской академии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты успешного лечения 91 больного ОСКН в сроки от 2 до 5 лет после операции. Среди оперированных были 56 мужчин в возрасте от 16 до 82 лет и 35 женщин в возрасте от 15 до 75 лет. Впервые по поводу ОСКН были госпитализированы 28 % больных, повторно – 20,1 %, и у 51,9 % больных в анамнезе имелось от 2 до 6 госпитализаций по поводу спаечной кишечной непроходимости. Причинами первичной ОСКН в 68,7% случаев были хирургические заболевания, и в 31,3% – гинекологические заболевания. Для оценки результатов лечения ОСКН нами выделены две группы больных. В основную группу вошли 47 больных, которым были выполнены эндохирургические операции по поводу ОСКН, а во вторую группу контроля – 38 больных, которым по поводу ОСКН были произведены традиционные хирургические операции, и 6 больных оперированы из мини-доступа.

В качестве операционного доступа в контрольной группе применялась срединная лапаротомия, 12 % – параректальных разрез и 6,8 % – мини – доступ. При I–II степени распространенности спаечного процесса по классификации Ф.И. Блинникова оперировано 34 больных – 81,2%. Всем больным для подтверждения диагноза выполнили рентгенологические и ультразвуковые исследования. Изучены результаты следующих вариантов оперативного лечения ОСКН у контрольной группы:

- полное разделение всех сращений брюшной полости (тотальный адгезиолизис), подвергнуты операции 26 больных – 68,4%.
- частичное разделение сращений брюшной полости (частичный адгезиолизис),
- устранение кишечной непроходимости на отдельных участках с грубой деформацией кишечника у 9 больных – 23,7%.
- наложение межкишечных анастомозов в обход спаечных конгломератов у 3 больных – 7,8 %.

В качестве метода обезболивания применялся эндотрахеальный наркоз с ИВЛ. После лапаротомии устанавливали и устраняли причину ОСКН. Уровень и характер препятствия определяли по границе между дилатированным и спавшимся участком кишечника, раздутые петли кишки освобождали от содержимого через назоинтестинальный зонд. При выполнении

эндовидеохирургической операции наиболее ответственным этапом является первичное вхождение в брюшную полость и введение троакаров. Методика проведения пункции брюшной полости тупоконечным троакарком фирмы «Karl Storz» позволяет практически полностью избежать возникновения наиболее тяжелых пункционных осложнений. Оптимизация отдельных моментов видеолапароскопической техники дает возможность максимальной технической безопасности выполнения манипуляций, не уступающей открытой лапаротомной хирургии. Послеоперационное ведение всех больных обеих групп осуществлялось по единой общеизвестной тактике.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке эффективности изменения видеолапароскопии нами проведено сравнение основной и контрольной групп больных в ближайшем послеоперационном периоде. Основными критериями ближайшего послеоперационного периода мы считаем: общее состояние больных, их физическую активность, температуру тела, пульс, время появления активной перистальтики, отделяемые из назоинтестинального зонда, время появления стула, количество койко – дней в стационаре послеоперационного периода.

Видеолапароскопический адгезиолизис по сравнению с традиционным оперативным вмешательством характеризовался минимальной интраоперационной кровопотерей при малой продолжительности операций ($68,8 \pm 15,6$ мин), тогда как при традиционном методе операции длятся $98,9 \pm 16,7$ мин. Надо отметить, что при мини-доступе продолжительность операции составила $57,9 \pm 14,7$ мин.

Тщательно проведенный анализ клинического наблюдения и лабораторного анализа убедительно доказал, что малотравматичность видеолапароскопических и мини-доступных операций в сравнении с традиционными оперативными вмешательствами положительно отражается в клиническом течении послеоперационного периода. Минимальная травма органов брюшной полости и передней брюшной стенки способствует благоприятному течению послеоперационного периода.

В послеоперационном периоде болевой синдром не был выражен у 88,7 % больных и легко купировался одно-двукратным введением анальгетиков.

Трехкратное введение анальгетиков требовалось 11,3 % больным. У больных, оперированных традиционным методом, болевой синдром был у всех больных и сохранялся достаточно долго, около 4–5 суток. Уменьшение болевого синдрома способствовало достаточно быстрому восстановлению физической активности больных. После лапароскопических и мини-доступных операций больные начали ходить на 1–е–3–и сутки. Двигательная активность контрольной группы больных была значительно снижена. На 2–е–3–и сутки вставали с постели и начинали ходить только 13,7 % больных, на 3–и–4–е сутки – 42,1% больных, на

4-е–5-е сутки–23,6%, остальные 18,6% больных – на 6-е –7-е сутки.

Наиболее отчетливым преимуществом видеолaparоскопической методики являлось быстрое восстановление нормальной перистальтики кишечника, значительно меньшая выраженность послеоперационного пареза. Следует отметить, что только в 25,5% случаев проводилась интубация тонкой кишки.

Периферические электрогастроэнтеромиографические показатели у основной группы нормализовались на 2-е–3-и сутки, а в контрольной группе – на 5-е–6-е сутки. У основной группы ранее энтеральное питание было возможным на 2-е–3-и сутки, а у контрольной – на 4-е–5-е сутки. Появление стула в основной группе отмечено в сроки $2,8 \pm 0,8$ суток после операции, а в контрольной – $4,5 \pm 0,6$ суток.

В связи с более гладким течением послеоперационного периода в основной группе сократились сроки пребывания больных в отделениях реанимации на $1,8 \pm 0,9$ суток, тогда как в контрольной группе время пребывания больных в отделении реанимации составило $2,1 \pm 0,9$ суток. Значительно сократились сроки пребывания в послеоперационном периоде при видеолaparоскопическом вмешательстве, что составило $7,1 \pm 1,8$ суток, при мини-доступе – $8,2 \pm 2,1$ суток, традиционном методе – $13,8 \pm 1,7$ суток.

Использование возможностей видеолaparоскопической хирургии позволило значительно снизить возможность возникновения послеоперационных осложнений. Как видно из табл., общее количество послеоперационных осложнений в контрольной группе было почти в 4,5 раза больше по сравнению с основной группой, это соответственно 28,6% и 6,4%, а при мини-доступе только одно осложнение.

Необходимо отметить высокий процент таких осложнений, как интраоперационное вскрытие просвета кишки, эвентрация и нагноение послеоперационной раны. У одного больного интраоперационно было вскрытие просвета кишки. Выполнив мини-лапа-

ротомию в проекции интимовисцеро-париетальных сращений, нам удалось успешно закончить операцию с интубацией кишечника. Больной без дальнейшего осложнения выздоровел. Следовательно, применение видеолaparоскопической технологии и мини-доступа в комплексном лечении больных с ОСКН позволило сократить затраты на интенсивную терапию в реанимационном и хирургическом отделениях и дало определенный экономический эффект по сравнению с традиционным методом лечения.

По нашим данным, показанием к экстренной операции видеолaparоскопического адгезиолизиса считается наличие «акустического окна» для пункции брюшной полости при множественных операциях на органах живота и достоверных признаков ОСКН.

Абсолютным противопоказанием для видеолaparоскопического вмешательства служат:

- наличие признаков некроза кишки;
- наличие запущенной кишечной непроходимости (перитонит);
- наличие множества рубцов передней брюшной стенки, отсутствие «акустического окна»;
- легочно-сердечная недостаточность;
- наличие спаечных конгломератов кишечника с грубой деформацией его просвета.

Сравнительный анализ видеолaparоскопического и традиционного методов лечения показал, что эндоскопический адгезиолизис имеет существенные преимущества перед традиционной лапаротомией.

На диагностическом этапе верифицировали диагноз, определяли хирургическую тактику – лапароскопическую операцию, мини-доступ, переход на открытую операцию. Видеолaparоскопическое рассечение спаек с ликвидацией ОСКН у 39 больных не представляло технических трудностей, у 7 больных в процессе разделения спаек были выявлены кишечные конгломераты без грубой деформации его просвета.

Зонд для декомпрессии тонкой кишки заводился эндоскопически во всех случаях. Лапароскопический

Таблица

После операционные осложнения острой спаечной кишечной непроходимости

Осложнения		Группа оперированных больных и вид оперативного вмешательства					
		Лапароскопические операции		Операции из мини-доступа		Традиционные операции	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Интраоперационное вскрытие просвета кишки	1	2,13	-	-	2	5,2
2	Ранняя спаечная непроходимость	1	2,13	-	-	2	5,2
3	Эвентрация	-	-	-	-	2	5,2
4	Инфильтрат брюшной полости	-	-	1	16,6	1	2,6
5	Кишечный свищ	-	-	-	-	1	2,6
6	Нагноение послеоперационной раны	-	-	-	-	2	5,2
7	Лигатурные свищи	1	2,13	-	-	1	2,6
8	Итого	3	6,4	1	16,6	11	28,6

адгезиолизис, выполненный только по показаниям, позволил уменьшить травматичность и длительность операций. Летальности в основной группе больных нет, в контрольной группе – 10,5 %.

ВЫВОДЫ

1. Выполнение оперативного вмешательства из традиционного открытого оперативного доступа при ОСКН связано с высоким риском рецидива спаечного процесса в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

2. Широкая лапаротомия и тотальный адгезиолизис способствуют не только усилению спайкообразования, но и возникновению других осложнений (эвентрация, ранняя спаечная непроходимость, нагноение послеоперационной раны), что приводит к удлинению послеоперационного периода.

3. Ограничением лапароскопического адгезиолизиса при ОСКН являются межкишечные сращения и спаечные конгломераты кишечника с грубой деформацией его просвета, что приводит к ограничению возможности эндохирургического вмешательства у 38,8% больных.

4. Эндоскопическая методика позволяет максимально щадяще восстановить проходимость кишечника, обеспечивая снижение количества абдоминальных осложнений, сокращение послеоперационного периода и быстрое восстановление полной физической активности больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов Г.А., Парунов С.И. Лапароскопический адгезиолизис перспективы в хирургии кишечника // Эндоскоп хир. 2001; 2: 8 – 9.
2. Бебурашвили А.Г., Михин И.В., Воробьев А.А. Малоинвазивные технологии хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости. Неотложная и специализированная помощь. // Тезисы докладов. Первый конгресс московских хирургов. М; 2005. – С. 42 – 43.
3. Ермолов А.С., Попова Т.С., Пахомова Г.В. Синдром кишечной недостаточности. М.: ООО «Мед Экспорт Пресс». 2005. – С. 422.
4. Норкин К.Г., Бояринцев Н.И., Ташкинов Н.В. Роль лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационных абдоминальных осложнений в плановой хирургии. Материалы V Российского научного форума. Хирургия 2004. М.; 140-141.
5. Смирнов А.Д., Белов Е.Н., Назопа В.А. и др. Противопоказание к применению видеолапароскопии при острой спаечной кишечной непроходимости. Новые технологии в хирургии: // Труды междунар. хирургического конгресса. Ростов-на-Дону, 2005; - С. 240.
6. Татаршаев М.Б., Борлаков А.М., Аслануков П.А. Тактика хирургического лечения больных с острой спаечной непроходимостью тонкого кишечника. Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции хирургов. Пятигорск, 2003: С. 134 – 135.
7. Чернов В.Н., Белик Б.М., Мареев Д.В. Острая непроходимость кишечника с современных позиций патогенеза. Материалы Всероссийского научного форума. Хирургия 2005. М.; 193-194.
8. Fisher C., Doherty D Laparoscopic approach to small bowel obstruction. Semin Laparosc Surg, 2002; 1: 40 – 42.
9. Franclin M. E. Dorman J. P. Farand D. Laparoscopic Surgery in Acute Small Bowel Obstruction. Surg Laparoscopy & Endoscopy, 1995;4:4:289 – 296.
10. Levinson C.J. Swolin K Microsurgical adhesiolysis // Prog. Clin. Biol. Res. – 1990. № 358 – P. 45 – 58.
11. Schafer M. Compasion of adhesion formation in open and Laparoscopic Surgery // Dur. Surg. – 1998 – №15 – P. 2.
12. Velasco J.M. Postolaparoscopic small bowel obstruction Rethinking its management // Surg Endosc.- 1998 – № 8 – P. 12 – 20.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF ACUTE ILEUS OPERATIVE TREATMENT

**M.M. Magomedov, D.M. Aligajiev,
P.M. Magomedova**

SUMMARY

Long-term results (from 2 to 5 years) of acute ileus surgeries were studied in 91 patients including 38 patients as controls. Total number of postoperative complications in controls was by 4.5 times more than in main group of patients. Laparoscopic adheolysis which was performed merely based upon indications allowed to decrease traumas and duration of surgeries. None of patients died in main group compared to controls (10.5%).