

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Облакулов З.Т.¹, Нарзуллаев С.И.², Мизамов Ф.О.³, Шоназаров И.Ш.⁴,
Муродуллаев С.О.⁵, Тухтаев Б.Х.⁶

¹Облакулов Захриддин Тулкинович – резидент магистратуры;

²Нарзуллаев Санат Иноятович – доцент;

³Мизамов Фуркат Очилович – ассистент;

⁴Шоназаров Искандар Шоназарович – ассистент;

⁵Муродуллаев Сардор Олимжон угли – резидент магистратуры;

⁶Тухтаев Бобомурод Хакимович – резидент магистратуры,
курс хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии,
факультет постдипломного образования,

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: спаечная тонкокишечная непроходимость (СТнКН) на сегодняшний день является причиной экстренных госпитализаций в 4-15% случаев, а в 20% - экстренных абдоминальных хирургических вмешательств. Случаи рецидива заболевания по сей день остаются высокими, составляя 30%, частота послеоперационной летальности в пределах от 2 до 36% в зависимости от тяжести состояния больных, формы и длительности заболевания. Использование минимально-инвазивных вмешательств обеспечивает в послеоперационном периоде более раннее восстановление моторной функции кишечника, более короткие сроки койко-дней, снижение риска образования последующих перитонеальных спаек и послеоперационных вентральных грыж. Таким образом, большое число больных со СТнКН, часто рецидивирующий характер заболевания, трудности диагностики, высокий процент инвалидизации, отсутствие стандартных алгоритмов выбора хирургического доступа и показаний к лапароскопии является актуальной проблемой современной ургентной абдоминальной хирургии.

Ключевые слова: спаечная болезнь, спаечная тонкокишечная непроходимость, лапароскопия.

Актуальность. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТКН) - достаточно распространенная хирургическая патология, диагностика и лечение которой до сих пор представляет значительные трудности. Несмотря на имеющиеся достижения современной медицины, летальность остается высокой и составляет от 5,2 до 28,4% [1, 5]. Плохие результаты имеют вполне объективную основу и чаще всего связаны с поздней диагностикой, неадекватным лечением и развивающимися послеоперационными осложнениями. Атипичная клиническая картина, связанная с многообразием форм, сложностью патогенетических механизмов заболевания, отсутствие информативных лабораторных признаков механической непроходимости, объясняют высокий процент диагностических ошибок на догоспитальном и раннем госпитальном этапе. Добавив к этому ограниченность сроков обследования пациента в ургентной ситуации, становится ясным актуальность и важность проблемы диагностики ОСТКН. В настоящее время хирургу уже недостаточна лишь констатация факта кишечной непроходимости. Не менее важна информация о причине нарушения пассажа, степени нарушения кровоснабжения в стенке кишки, ее функциональном состоянии, уровне непроходимости и наличии осложнений, которые определяют хирургическую тактику и послеоперационное лечение больных с ОСТКН. Рентгенологическое исследование является самым распространенным и рутинным способом диагностики кишечной непроходимости. Главным его преимуществом остается доступность и простота использования. Диагностическая информативность этого метода в констатации кишечной непроходимости достаточно высока и составляет по данным разных авторов от 70 до 96,5% [5]. С помощью рентгенологического исследования в некоторых случаях удается определить характер непроходимости (механическая или динамическая), локализацию препятствия. Однако метод не позволяет решить такие практически важные вопросы, как форма кишечной непроходимости (странгуляция или обструкция) и ее причина. Новым обстоятельством, повлиявшим на качество диагностики острой кишечной непроходимости, явилось внедрение и использование в клинической практике ультразвукового исследования (УЗИ).

В настоящее время методика из разряда «эксклюзивных» постепенно превращается в обязательную. Ряд авторов считают, что УЗИ самый эффективный способ диагностики кишечной непроходимости, который в перспективе полностью заменит традиционное рентгенологическое исследование [2, 8]. В противовес этому мнению [6, 9], анализируя результаты использования разных лучевых методов при острой кишечной непроходимости (рентгенологического, УЗИ, радиоизотопного), пришли к выводу, что ни один из них не является абсолютным. Сонография имеет преимущество на ранних стадиях заболевания, в то время как рентгенологическое исследование эффективнее на поздних сроках непроходимости. Максимальная диагностическая эффективность - 97,8% - достигается только при их совместном использовании. Действительно, УЗИ имеет ряд преимуществ перед рентгенологическим исследованием. Прежде всего, метод позволяет не только констатировать ОСТКН, но и более достоверно определить уровень, причину, форму непроходимости, функциональное состояние и признаки нарушения кровоснабжения кишки

(Ермолов А.С. и соавт., 2017). Однако, несмотря на широкую пропаганду, исследование пока не нашло должного места в диагностической программе при кишечной непроходимости и, самое главное, не используются все его возможности в решении клинических задач.

Использование других лучевых методов в диагностике ОСТКН (компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии) широко обсуждается на страницах литературы. Несмотря на свою малую инвазивность и высокую информативность, достигающую, по данным литературы, 87 - 100% [3], эти методы до сих пор не нашли широкого применения в клинической практике. Это связано, главным образом, с ограниченным применением их в ургентной ситуации, сложностью интерпретации данных и дороговизной использования наряду с отсутствием значимых преимуществ перед рутинными исследованиями.

Немаловажная роль, как свидетельствуют литературные данные, принадлежит лапароскопии, которая позволяет ответить на большинство интересующих хирурга вопросов. Информативность этого исследования составляет 95 - 98% [7, 9]. Однако лапароскопия имеет ограниченное применение в диагностике острой кишечной непроходимости из-за инвазивности и большого числа интраоперационных осложнений, которые возникают у 8,3-17% больных, и поэтому требует взвешенного и обоснованного подхода в определении показаний при данной патологии [5, 10].

Цель работы: показать эффективность лапароскопического устранения острой спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы. Нами выполнено 68 операций лапароскопического адгезиолиза, что составило 21,4% из 318 операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2007-2018 гг. Операция проводится под эндотрахеальным наркозом. Доступ осуществляется после наложения карбоксиперитонеума через иглу Верша, введенную на расстоянии 5-7 см от послеоперационного рубца по среднечлочичной 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 большинство 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, содержащие сосуды, пересекаем ножницами между наложенными лигатурами или 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, отступая не менее 0,5 см от его стенки, без применения электрокоагуляции. При наличии в брюшной полости обширных (III-IV) 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. Длительность операции составила от 20 до 175 минут (в среднем 60 минут).

Результаты. Летальных исходов после лапароскопического адгезиолиза не было. У одного больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 2 до 12 суток (в среднем 6,8 дня).

Выводы. 1. Для лапароскопического адгезиолиза 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 является малая травматичность, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активация больных с уменьшением риска развития спаечной болезни брюшной полости.

3. При лапароскопическом адгезиолизе в послеоперационном периоде отсутствует необходимость в наркотических анальгетиках и антибиотиках, уменьшается число послеоперационных осложнений, сокращаются сроки госпитализации.

Список литературы

1. *Абдулжалилов М.К., Муртузалиева А.С., Абдулжалилов А.М.* Лечение пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью. // Сборник научных трудов, посвященный 85-летию со дня рождения профессора А.О. Махачева. Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2012. С. 5-7.
2. Видеолапароскопия в диагностике и лечении больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью / А.С. Ермолов, С.Ж. Антонян, П.А.Ярцев, А.А. Гуляев, В.Д.Левитский, А.Г. Лебедев, И.Е. Селина, Н.Е. Кудряшова // Медицинский алфавит, 2016. Т. 3.
3. Лапароскопический доступ в диагностике и лечении больных спаечной тонкокишечной непроходимостью / П.А. Ярцев, М.Л. Рогаль, С.Ж. Антонян, А.Г. Лебедев, И.Е.Селина, В.Д. Левитский // Вестник хирургической гастроэнтерологии, 2016. № 1-2. С. 23-28.
4. Радионуклидный метод в диагностике спаечной тонкокишечной непроходимости. Н.Е. Кудряшова, А.С. Ермолов, П.А. Ярцев, А.Г. Лебедев, Е.В. Мигунова, О.Г. Синякова, И.Е. Селина, Е.Ю. Трофимова, С.Ж. Антонян // Вестник хирургической гастроэнтерологии, 2017. № 4. С. 3-8.
5. Лапароскопия при острой спаечной кишечной непроходимостью / С.Ж. Антонян, П.А. Ярцев, А.А. Гуляев, А.Г. Лебедев, В.Д. Левитский // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского, 2017.

- № 2: Тез. докл. Первого съезда хирургов Центрального Федерального округа Российской Федерации (г. Рязань, 27-29 сент. 2017 г.). С. 240-241. Тез. 174.
6. Лапароскопия при спаечной болезни брюшной полости, осложненной острой кишечной непроходимостью / А.С. Ермолов, С.Ж. Антонян, А.А. Гуляев, А.Г. Лебедев, В.Д. Левитский // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского, 2017. № 1: Тез. докл. Национальн. хирургич. конгр. совместно с XX юбилейн. съездом РОЭХ (г. Москва, 4-7 апр. 2017 г.). С. 418-419. Тез. 467.
 7. Лечебно-диагностическая тактика при непроходимости кишки / А.Г. Лебедев, С.Ж. Антонян, П.А. Ярцев, И.Е. Селина, В.Д. Левитский // Оказание скорой и неотложной медицинской помощи на современном этапе. Достижения и перспективы: материалы Всерос. конф. (г. Казань, 12-13 октября 2017 г.) / редкол. М.Ш. Хубутия, С.С. Петриков, М.Л. Рогаль, Ю.С. Гольдфарб, С.А. Кабанова. Казань, 2017. С. 70-71.
 8. Современные возможности хирургической техники в лечении больных спаечной тонкокишечной непроходимостью / С.Ж. Антонян, Ю.О. Жариков, М.И. Шкердина, П.А. Ярцев // Медицинский вестник Башкортостана, 2018. Том 13. № 6 (78). С. 79-84.
 9. Миниинвазивные методы лечения больных с острой кишечной непроходимостью / П.А. Ярцев, Б.Т. Цулеискири, М.Л. Рогаль, С.Ж. Антонян, В.Д. Левитский // Московский хирургический журнал, 2018. № 3 (61): Инновации и практика: тезисы докл. VII конгр.Московских хирургов (Москва, 29-30 мая 2018 г.). С. 27-28.
 10. Лапароскопический метод в хирургическом лечении спаечной тонкокишечной непроходимости / С.Ж. Антонян, П.А. Ярцев, А.Г. Лебедев, И.Е. Селина, В.Д. Левитский // Доказательная гастроэнтерология, 2019. Т. 8. № 2. С. 5-11.