

Article

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ, ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

Кадилов Ш.Н.¹, Эгамов Ю.С.¹, Кадилов М.Ш.¹

1. Андижанский Государственный медицинский институт. Кафедра Общей хирургии и отделение экстренной хирургии ЦРБ Андижанского района

Аннотация. Спаечная кишечная непроходимость осложненная перитонитом является довольно распространенным и тяжелым заболеванием, требующим экстренного оперативного вмешательства и смертность от нее достигает от 9,6 – 65,7 %. Исходя из этих фактов поставлена цель снизить риск рецидива болезни, повысить уровень профилактики спаечной кишечной непроходимости осложненной перитонитом, путем применения современных методов лечения. В настоящем исследовании проведена клиническая оценка 71 больных со СКНОП пролеченных в нашей клинике за последние 5 лет. На основании достаточного клинического материала сделаны соответствующие выводы, указывающие на следующие факты, что лечение лапароскопическим методом позволяет не только устранить причину развития спаечной кишечной непроходимости осложненной перитонитом, но является эффективным методом профилактики спаечной болезни после хирургического вмешательства. Кроме того, данный метод полностью отвечает требованиям эстетической, и косметической хирургии. Самое главное, данный метод предотвращает рецидив спаечной болезни, что особенно важно больным имеющим склонность к спаечной болезни.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, перитонит.

Спаечная кишечная непроходимость осложненная перитонитом довольно распространенное и тяжелое заболевание, требующее экстренного оперативного вмешательства (1,3, 4, 6, 7, 9,). Вопросам совершенствования лечебно-диагностической помощи при спаечной кишечной непроходимости осложненной перитонитом посвящено много исследований, однако несмотря на постоянное совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения, при этом заболевании, сохраняется высокая летальность, которая по данным ряда авторов, варьирует от 9,6 до 65,7 %. Частые рецидивы, неудовлетворенность его совершенствования, (2, 5, 8, 11).

Целью работы явилось снижение риска рецидива болезни, повышение уровня профилактики спаечной кишечной непроходимости осложненной перитонитом с помощью современных методов лечения.

Задачи исследования:

- 1) совершенствование лапароскопической диагностики лечения спаечной кишечной непроходимости осложненной перитонитом,
- 2) совершенствование профилактики пареза кишечника в послеоперационном периоде,
- 3) определение показаний и противопоказаний к лапароскопическим методам лечения спаечной кишечной непроходимости осложненной перитонитом,
- 4) оценка эффективности применяемых методов.

Материал и методы. В хирургическом отделении клиники АндГосМИ и отделении экстренной хирургии ЦРБ Андижанского р-на за последние 5 лет лечилось с острой кишечной непроходимостью осложненной перитонитом. Распределение больных по полу и возрасту приведено в таблице № 1.

Из них 64 (90,1%) поступили с клиникой реактивной фазы перитонита, 6 (8,4 %) с токсической фазой.

Анализ результатов обследования, проведенного у наших больных до операции, показал, что о наличии распространенного спаечного процесса свидетельствуют мно-

жественные грубые послеоперационные рубцы деформирующие переднюю стенку, в сочетании с анамнестическими, клиническими и инструментальными данными. 21 (29,5 %) нашим пациентам пришлось отказаться от лапароскопического рассечения спаек (ЛРС), санации и дренирования брюшной полости, из-за высокого риска ятрогенного повреждения органов брюшной полости в условиях распространенного спаечного процесса. У этих больных в анамнезе имелись грубые келоидные рубцы на передней брюшной стенке после широкой срединной лапаротомии и операции по поводу спаечной острой кишечной непроходимости. При рентгенографии выявлены признаки спаечной болезни брюшной полости с нарушением пассажа по тонкой кишке. При ультразвуковом исследовании получены данные об отсутствии свободных участков на передней брюшной стенке для введения троакаров и наложения пневмоперитонеума, а также признаки тотального спаечного процесса в брюшной полости.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

| Пол | Возраст от 15-30 | 31 - 50 | 51 - 70 | 71 и выше. |
|-------|------------------|-------------|-------------|------------|
| Муж | 4 (5,6 %) | 17 (23,9 %) | 19 (26,7 %) | 5 (7,0 %) |
| Жен | - | 11 (15,4 %) | 13 (18,3 %) | 2 (2,8 %) |
| Всего | 4 (5,6 %) | 28 (39,4 %) | 32 (45,0 %) | 7 (9,8 %) |

Наш, небольшой пока, опыт лапароскопических операций позволяет рекомендовать комплекс предоперационного обследования больных со спаечной болезнью, осложненной перитонитом, включающий общий анализ крови и мочи, биохимию крови, обзорную контрастную рентгенографию брюшной полости, УЗИ брюшной полости и измерение внутрибрюшного давления.

Нами проанализирована информативность, предложенных для диагностики спаечной болезни методов. При обзорно рентгенографии выполненной всем больным при поступлении, выявлялись признаки непроходимости кишечника; чаши Клойбера и пневматизация петель тонких кишок, внутрибрюшное давление измерялось способом оценки давления в мочевом пузыре через катетер Фолея подключенный к гидромонетру аппарата Вальдмана. У больных всех групп внутрибрюшное давление составило $16,3 \pm 0,8$ мм. вод. ст что соответствовало 1 степени внутрибрюшной гипертензии. Для диагностики спаечной болезни с нарушением кишечного пассажа, мы считаем, более целесообразным использовать в динамике ультразвуковую диагностику, которая неинвазивна и безопасна. Основная задача ультразвукового исследования – определение степени тяжести спаечной болезни брюшной полости. Благодаря УЗИ у 13 из 21 больных были намечены точки для безопасного вхождения троакара в брюшную полость. Информативность УЗИ в выявлении признаков спаечной болезни достигала 71,4 % и была несколько выше, чем обзорное рентгенологическое исследование - 60 – 68 %. Измерение внутрибрюшного давления показывает степень внутрибрюшной гипертензии и фазы перитонита. Продолжительность оперативного вмешательства зависела от выраженности спаечного процесса, опыта и навыков членов хирургической бригады. Распространенность спаечного процесса на длительность оперативного вмешательства существенно не влияла, так как внутрибрюшные сращения в основном располагались в зоне послеоперационного рубца. Разделение спаек, выявляемых в других анатомических областях, санация и дренирование брюшной полости проводилось одномоментно, чаще только острым путем, на что требовалось разное время.

В ходе выполнения лапароскопического рассечения спаек (ЛРС), санации и дренирования брюшной полости, интероперационно, у наших пациентов не было ни одного осложнения. Незначительное кровотечение, которое возникало при разделении сращений, чаще всего большого сальника, останавливалось электрокоагуляцией в

биполярном и монополярном режимах. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с кровотечениями, также не отмечалось. После завершения оперативного вмешательства для профилактики спаек образования периоде, на 3 – 4 сутки в стационаре назначали электрофорез с контрадуксом, в виде геля - 5 – 7 сеансов в области послеоперационной раны. В амбулаторных условиях электрофорез с контрадуксом, на переднюю брюшную стенку, назначался в течение 15 дней, длительность сеансов на протяжении курса увеличивалась с 5 до 15 минут.

Тщательное обследование больных со спаечной болезнью, до операции позволяет выявить факторы, нарушающие пассаж. Перед операцией хирург получает информацию о распространенности спаечного процесса и его выраженности, свободных от спаек участках, на передней брюшной стенке, для безопасного вхождения в брюшную полость и степени распространенности перитонита. Комплексное обследование с включением УЗИ, измерения внутрибрюшного давления и лапароскопии позволяет выявить противопоказания к ЛРС.

21 больным, со спаечной кишечной непроходимостью осложненной перитонитом из за некроза кишечника, была проведена лапаротомия, 3 -м больным произведена резекция некротического участка кишечника и анастомоз конец в бок инвагинационным методом .

Выполнение лапароскопического рассечения спаек, санации и дренирования брюшной полости позволило всем 42 пациентам основной группы избежать интраоперационных осложнений, связанных с выполнением лапароскопической операции в условиях спаечного процесса, предупредить нарушения пассажа кишечника в послеоперационном периоде.

Наличие одной или нескольких срединных лапаротомий не являлось абсолютным противопоказанием к малоинвазивной операции.

В настоящее время лапароскопия еще не получила широкого применения в диагностике и лечении острой спаечной кишечной непроходимости осложненной перитонитом. Большинство хирургов считают ее использование в условиях параэпиплоэктазии кишечника и спаечного процесса не только нецелесообразным, но и опасным из – за возможности ятрогенного повреждения кишечника, в нашей практике во время рассечения спаек 3 больным случалось повреждение стенки кишечника. Поврежденный участок в последующем ушит двухрядным швом

Проанализировав результаты лапароскопического рассечения спаек, дренирования и санации брюшной полости, мы смогли сделать следующие выводы.

1. В настоящее время к показаниям для лапароскопии являются практически все случаи острой спаечной кишечной непроходимости осложненной перитонитом в реактивной фазе.

2. Большое значение, для повышения безопасности наиболее ответственного этапа операции – первичного вхождения в брюшную полость, имеет дооперационное определение мест припаянных к передней брюшной стенке кишечных петель, что в настоящее время возможно с помощью УЗИ брюшной полости и измерение внутри-брюшной гипертензии, а также использование безопасных способов первичного вхождения в брюшную полость (в модификации Поддубного, прямой пункции тупо-конечным троакаром) оптических троакаров, методики открытой лапароскопии по Hasson.

Современные возможности лапароскопии, наличие соответствующих инструментов практически во всех случаях позволяют;

- своевременно установить диагноз острой кишечной непроходимости кишечника осложненной перитонитом.

- выполнить адекватный по объему, иногда весьма обширный, висцеролиз с разделением спаек, вызывающих непроходимость осложненной перитонитом.

- добиться восстановления кишечной непроходимости.

- использовать малотравматичный доступ к месту патологического очага.
 - осуществить малотравматичную препаровку кишечных петель и спаек, санацию и дренирование брюшной полости.
 - добиться минимума интраоперационных осложнений, облегчить течение послеоперационного периода.
 - уменьшить количество и тяжесть послеоперационных осложнений.
- Сократить сроки госпитализации больного, быстрее восстановить его полную физическую активность.

В настоящее время, как мы подчеркивали ранее абсолютным показанием к лапароскопии являются практически все форма острой кишечной непроходимости и перитониты. Тем не менее противопоказаниями к лапароскопической операции служат:

- резкое вздутие кишечника, при массивном спаечном процессе, которое можно заподозрить с учетом характера перенесенной операции и наличие рубцов на передней брюшной стенке.
- наличие «холодного» конгломерата из множеств плотно спаянных между собой петель кишечника, при поздней спаечной кишечной непроходимости.
- необратимые расстройства кровообращения в ущемленной кишке
- токсические и терминальные фазы перитонита сопровождающиеся полиорганной недостаточностью.

Заключение. Таким образом, выполнение лапароскопического рассечения спаек и санация брюшной полости позволяет не только устранить причину развития спаечной кишечной непроходимости, но и является эффективным методом профилактики спаечной болезни, после хирургического вмешательства. Метод полностью отвечает требованиям эстетической, и косметической хирургии. Он предотвращает рецидив спайка образования, что особенно важно больным имеющим склонность к нему. Возраст и пол больного не влияют на непосредственные и отдаленные результаты лапароскопических вмешательств.

Список использованной литературы:

1. Алтиев Б.К. Атаджанов Ш.К. Исабаев Ш.Б. Проблемы диагностики и лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Вестник экстренной медицины. 2010; №1 88 -9 .
2. Багненко С.Ф. Синенченко Г.И. Чуприс В.Г. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Вестн хир 2009; №1 27 – 39
3. Баранов Г.А. Карбовский М.Ю. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости. Хирургия 2006; №7 56 – 60.
4. Бебуришвили А.Г. Михин И.В. Ворбьев А.А. и др. Современные противоспаечные барьерные средства в профилактике рецидивов острой спаечной кишечной непроходимости. Эндоскоп хир 2009; №1 170 – 171.
5. Бондарев Р.В. Бондарев В.И. Пепенин А.В. Алексеев А.В. Возможность выполнения видеолапароскопических вмешательств при острой спаечной кишечной непроходимости. 12-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии М 2008; 73-74.
6. Боур А.В. Таргон Р.И. Потлог Ф.А. Дима А.Г. Выполнение эндовидеохирургических вмешательств при наличии спаечного процесса в брюшной полости. 12-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М 2008; 79 – 81.
7. Ваккасов М.Х. Исхаков Б.Р. Исманов А.А. Рузматов А.Э. Солиев Б.Э. Видеолапароскопия в диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Хирургия Узбекистана 2006; №3 88 – 89.
8. Гостишев В.К. Сажин В.П. Авдовенко А.Л. Перитонит. М 2002; 240.
9. Емельянов С.И. Феденко В.В. Матвеев Н.Л. Федоров А.В. Прогнозирование ри-

ска пневмоперитонеума и коррекция расстройств венозного кровотока в лапароскопической хирургии. Эндоскопхир 1997; 1662-63. 10.Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространенного перитонита. Вестн хир 2004; 40 – 43.

10. Малков И.С. Шаймарданов Р.Ш. Зайнутдинов А.М. Методологические аспекты лапароскопической санации при разлитом перитоните. Вестн хир 2013; 28 – 31

11. Cueto J. Diaz O. Rodriguez M. Weler A. The efficacy of laproscopic surgery in the diagnosis and treatment of peritonitis. Experience with 107 cases in Mtxico City // Surg. Endosc – 1997. – Vol. 11, №4 – P 366 – 370.

12. Gies W.P. Kim H.C. Use of laparoscopy in the diagnosis and treatment of patients with surgical abdominal sepsis // Surg. Endosc . 1995. – Vol. 9. № 2. P. 178 - -182.