

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗИС ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

УДК 616.34—007.272—089.81

Поступила 16.03.2009 г.



Э.И. Романов, д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней¹;
А.В. Шахов, зав. хирургическим отделением²

¹ Институт ФСБ России, Н. Новгород;

² Больница №30, Н. Новгород

Представлен краткий обзор литературы, касающейся вопросов лапароскопического разделения внутрибрюшных спаек при острой кишечной непроходимости. Метод находит все более широкое применение в неосложненных случаях спаечной кишечной непроходимости, способствуя сокращению диагностического этапа, ранней активизации больных, уменьшению числа раневых осложнений и времени пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, внутрибрюшные спайки, лапароскопический адгезиолизис.

English

Laparoscopic adhesiolysis at an acute comissural ileus

E.I. Romanov, MD, professor of the surgical disease chair¹;
A.V. Shakhov, head of a surgical department²

¹ Institute of the FSS of Russia, N. Novgorod;

² Hospital №30, N. Novgorod

A brief review of the intraabdominal comissure laparoscopic division questions at an acute ileus is presented. The method is widely used in uncomplicated cases of comissural ileus, favoring a reducing of diagnostic stage, early activation of patients, decrease of wound complications and a time of staying at a hospital.

Key words: acute ileus, intraabdominal comissures, laparoscopic adhesiolysis.

Спайки в брюшной полости долгое время считались противопоказанием к лапароскопии, хотя гинекологи уже многие годы пользовались этим методом для диагностики и лечения заболеваний органов малого таза. Тем не менее Н.Л. Куц в 1974 г. применил лапароскопию у 29 детей с подозрением на острую кишечную непроходимость [1], в том числе у 5 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН). Е.И. Финкельсон, О.Д. Гранников в 1980 г. подтвердили диагноз у 20 из 30 детей с ОСКН и у 10 купировали ее лапароскопически [2]. В диссертациях Г.М. Лукояновой [3], О.И. Блинникова [4] приводятся материалы по диагностическому и лечебному применению лапароскопии при спаечной кишечной непроходимости у детей. В последующие годы ряд авторов дали высокую оцен-

ку диагностическим и лечебным возможностям этого метода при ОСКН у детей [5, 6]. А.Ф. Дронов с соавт. [7] лапароскопически подтвердили диагноз ОСКН у 129 больных детей, из них у 13 (10,1%) лапароскопический адгезиолизис был противопоказан (некроз кишечника, абсцесс брюшной полости, распространенный спаечный процесс). Обструкция устранена лапароскопически у 79,8% больных с ОСКН без летальных исходов. Послеоперационный период протекал легче, чем при открытых операциях, количество осложнений уменьшилось в 3 раза, койко-дней — в 2 раза.

По мере накопления опыта лапароскопических исследований спайки в брюшной полости переставали быть абсолютным противопоказанием к этому вмешательству. Была показана лечебная и диагностическая

Для информации: Романов Эдуард Игоревич, дом. тел. 8(831)468-75-40; e-mail:eiromanov@mts-nn.ru

ценность лапароскопии при кишечной непроходимости у взрослых [8—14]. В связи с широким внедрением лапароскопических вмешательств в практику стал накапливаться опыт лапароскопического адгезиолизиса при спаечной болезни брюшной полости и при ОСКН [15—17].

С 31 мая по 6 июня 1998 г. в Риме (Италия) проходил 6-й Всемирный конгресс по эндоскопической хирургии. На нем обсуждались вопросы показаний, техники выполнения и отдаленные результаты лапароскопического адгезиолизиса и других форм лечения механической кишечной непроходимости. Было показано, что лапароскопия позволяет установить локализацию, причину и степень сужения кишечника, оценить его жизнеспособность и во многих случаях устранить причину непроходимости. Главными опасностями при выполнении лапароскопического адгезиолизиса являются повреждение стенки кишечника и внутрибрюшное кровотечение. Наилучшими кандидатами для лапароскопического вмешательства являются больные на начальных стадиях болезни, перенесшие ранее одну не слишком тяжелую полостную операцию. Риск осложнений резко повышается при распространенном спаечном процессе (повторные абдоминальные вмешательства, разлитой гнойный перитонит в анамнезе), а также в запущенных стадиях механической кишечной непроходимости с выраженным парезом кишечника и тяжелым эндотоксикозом. Таким образом, определен круг противопоказаний к лапароскопическому адгезиолизису.

А.И. Довгий [18] на 52 случая лечебных лапароскопий имел одну перфорацию кишки и 8 случаев перехода к лапаротомии. А.Е. Борисов и соавт. [19] перешли к открытой операции у 10 из 33 больных. Переход к лапаротомии не считается осложнением лечения, поскольку диагностическая лапароскопия позволяет выявить причину и локализацию препятствия пассажу кишечного содержимого, характер и распространенность спаечного процесса в брюшной полости, помогая определить объем вмешательства. А.Г. Бебуришвили с соавт. [20] на высоте приступа ОСКН оперировали 55 больных. У 41 из них (74,5%) операция закончилась без осложнений. В 6 случаях (10,9%) авторы воздержались от лапароскопического адгезиолизиса вследствие декомпенсированной ОСКН, спаечного процесса IV степени и мощных спаечных конгломератов. У 8 больных (14,6%) повреждения тонкой кишки стали причиной конверсии к лапаротомии. Осложнений и отказа от адгезиолизиса не было в группе из 46 больных, оперированных в плановом порядке после купирования ОСКН медикаментозными средствами.

С 90-х годов XX в. отмечается значительный рост числа публикаций по лапароскопическому адгезиолизису. Исследователей привлекает возможность малотравматичного устранения внутрибрюшных спаек — самой частой причины тонкокишечной непроходимости. Показано, что лапароскопический адгезиолизис менее травматичен, чем открытая операция, позволяет раньше активизировать больных, сокращает сроки восстановления перистальтики кишечни-

ка и пребывания больного в стационаре, уменьшает число раневых осложнений, снижает стоимость лечения [21—23]. В то же время он связан с повышенной опасностью повреждения сосудов, дилатированного кишечника и других органов брюшной полости при разделении сращений, с трудностями осмотра полости при выраженном спаечном процессе и метеоризме. Основными причинами конверсии к открытой операции являются технические трудности при разделении висцеральных сращений и обширных конгломератов спаянных петель тонкой кишки, повреждения стенки кишки и ее нежизнеспособность. В литературе появились статьи, посвященные вопросам безопасности лапароскопического адгезиолизиса [24—27].

В.М. Седов и соавт. [28] оперировали эндоскопически 96 больных с ОСКН в возрасте от 19 до 62 лет. Безопасное место введения первого троакара определялось с помощью полипозиционной эхоскопии по наличию «акустического окна» на брюшной стенке, свободного от висцеропариетальных сращений. Осторожное проведение адекватного характеру спаек поэтапного адгезиолизиса позволило избежать развития осложнений у большинства больных. Интраоперационные осложнения отмечены у 8 пациентов, раневая инфекция троакарных ран — у 7, контрольная динамическая лапароскопия при сомнении в жизнеспособности кишки выполнена через установленную в конце операции гильзу у 6 человек. Применяемая методика позволила сократить диагностический этап обследования больных. Во всех случаях установлено разрешение кишечной непроходимости. Все больные на 1—2-е сутки переводились на активный двигательный режим. Выписка из стационара проводилась на 5—7-й день. Летальных исходов не было.

Опыт лапароскопического адгезиолизиса у многих авторов невелик, и метод в нашей стране не нашел еще широкого применения. Авторы признают, что лапароскопическое лечение больных с непроходимостью кишечника представляет наибольшие трудности в неотложной хирургии. Не выработано общепризнанных показаний и противопоказаний к лапароскопическому вмешательству при ОСКН, решаются вопросы техники разделения спаек, профилактики осложнений, оценки отдаленных результатов [29, 30]. Однако возможность снизить риск развития спаечной болезни брюшной полости при более широком использовании лапароскопических вмешательств вызывает большой интерес.

Литература

1. Куц Н.Л. Лапароскопия в диагностике кишечной непроходимости. В кн.: Материалы 3-й Всесоюзной конференции детских хирургов. Алма-Ата; 1974; с. 317—318.
2. Финкельсон Е.И., Гранников О.Д. Лапароскопия при кишечной непроходимости у детей. Вестн хир им. И.И. Грекова 1980; 5: 95—98.
3. Лукоянова Г.М. Прогнозирование и профилактика спаечной кишечной непроходимости у детей. Дис. ... канд. мед. наук. Горький; 1985; 141 с.

4. Блинников О.И. Лапароскопия в диагностике и лечении спаечной кишечной непроходимости у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М; 1988.
5. Аверин В.И. Возможности лапароскопии в детской хирургии. Мед новости 2000; 4: 36—38.
6. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Блинников О.И. Лапароскопия в лечении острой спаечной непроходимости у детей. Хирургия 1985; 7: 11—14.
7. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей. Хирургия 2001; 2: 37—42.
8. Дуданов И.П., Соболев В.Е., Андреев Ю.В. Лапароскопия при острой кишечной непроходимости. Эндоскоп хир 2006; 2: 40.
9. Клевакин Э.Л. Роль лапароскопии в лечении больных острой спаечной кишечной непроходимостью. Эндоскоп хир 2006; 2: 58—59.
10. Кунпан И.А. Лечение острой спаечной кишечной непроходимости. Эндоскоп хир 2006; 2: 71.
11. Ситников В.Н., Турбин М.В., Бондаренко В.А., Найденов В.Н. Применение эндохирургии в лечении спаечной болезни, осложненной острой кишечной непроходимостью. Эндоскоп хир 2005; 11(1): 139.
12. Agresta F., Piazza A., Michele I. et al. Small bowel obstruction: laparoscopic approach. Surg Endosc 2000; 14: 154—156.
13. Fischer C.P., Doherty D. Laparoscopic approach to small bowel obstruction. Semin Laparosc Surg 2002; 9: 40—45.
14. Rosin D. Shabtai M., Ayalon A., Kuriansky J., Bar Zakai B.J. et al. Laparoscopic approach to small-bowel obstruction. Laparoendosc Adv Surg Tech 2000; 10: 253—257.
15. Соболев В.Е. Лапароскопия при острой непроходимости кишечника. Эндоскоп хир 2007; 13(2): 18—20.
16. Franklin M.E., Gonzalez J.J., Miter D.B. et al. Laparoscopic diagnosis and treatment of intestinal obstruction. Surg Endosc 2004; 18: 26—30.
17. Nagle A., Ujiki M., Denham W., Murayama K. Laparoscopic adhesiolysis for small bowel obstruction. Amer J Surg 2004; 187(4): 464—470.
18. Довгий А.И. Опыт лапароскопической диагностики и лечения острой спаечной непроходимости. В кн.: Всерос. конф. хирургов «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии». Пятигорск; 1997; с. 132—133.
19. Борисов А.Е., Левин Л.А., Митин С.Е., Старосельцев К.Л. Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении кишечной непроходимости. В кн.: IX Всероссийский съезд хирургов. Материалы съезда. Волгоград, 20—22 сентября 2000 г. Волгоград; 2000; с. 147—148.
20. Бебуришвили А.Г., Михин А.А., Воробьев И.В. и др. Лапароскопические операции при спаечной болезни. Хирургия 2004; 6: 27—30.
21. Рудин Э.П., Андреев В.Г., Карнаушенко П.В. Лапароскопические операции у больных со спаечным процессом в брюшной полости. Эндоскоп хир 2005; 11(1): 113—114.
22. Шахов А.В., Романов Э.И. Первый опыт лапароскопического лечения острой спаечной кишечной непроходимости. В кн.: Новые технологии в неотложной хирургии и гинекологии. Под ред. А.Е. Борисова. СПб; 1999; с. 68—70.
23. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Андрейцев И.Л. и др. Результаты лечения спаечной кишечной непроходимости миниинвазивными способами. В кн.: Актуальные проблемы современной хирургии. Труды международного хирургического конгресса. М; 2003; с. 66.
24. Баранов Г.А., Карбовский М.Ю. Вопросы безопасности адгезиолиза при спаечном абдоминальном синдроме. Эндоскоп хир 2006; 2: 14.
25. Воробьев А.А., Бебуришвили А.Г. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек. Волгоград: Государственное учреждение «Издатель»; 2001; 240 с.
26. Никитенко А.И. Система безопасности эндовидеохирургических вмешательств. Эндоскоп хир 2006; 2: 93—94.
27. Панцырев Ю.М., Ноздрачев В.И., Трофимов М.Е. и др. Что определяет успех неотложных лапароскопических вмешательств при острой тонкокишечной непроходимости. Эндоскоп хир 1998; 4(3): 55.
28. Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. и др. Возможности эндовидеохирургии в лечении больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. Вестн хир им. И.И. Грекова 2008; 167(3): 72—74.
29. Ступин В.А., Мударисов Р.Р., Хабши В.А. и др. Оценка результатов лапароскопического лечения рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости. Эндоскоп хир 2005; 11(1): 136—137.
30. Суфияров И.Ф. Тактические принципы лечения острой спаечной кишечной непроходимости. Эндоскоп хир 2007; 13(1): 144—145.