



Р.В. Бондарев, А.А. Орехов,
А.Л. Чибисов, С.С. Селиванов

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ГЗ «Луганский государственный
медицинский университет»

Кафедра хирургии
с основами абдоминальной
и эндоскопической хирургии

© Коллектив авторов

Резюме. Представлены результаты лечения 39 больных со спаечной болезнью органов брюшной полости. Лапароскопический адгезиолизис успешно выполнен у 34 пациентов. Конверсия произведена в 5 случаях. Определены противопоказания к выполнению лапароскопического адгезиолизиса. Установлено, что лапароскопический адгезиолизис, дополненный медикаментозным лечением и физиотерапией, направленных на профилактику спайкообразования, является эффективным методом лечения спаечной болезни брюшной полости.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшной полости, лапароскопический адгезиолизис, профилактика спайкообразования.

Введение

Спаечная болезнь (СБ) брюшной полости представляет одну из сложных и до конца не решенных актуальных проблем абдоминальной хирургии. Спайки развиваются в 50-100 % случаев после всех хирургических вмешательств на органах брюшной полости [6, 8]. Со спайками связано более 40 % всей кишечной непроходимости и 60-70 % — тонкокишечной [7, 9]. В большинстве случаев единственным действенным способом лечения СБ является выполнение хирургического вмешательства. Однако, выполняя оперативное вмешательство, хирург своими манипуляциями неизбежно провоцирует образование новых спаек в еще большем количестве, обрекая пациента на повторные вмешательства, риск которых возрастает с каждой последующей операцией [1, 2]. Несмотря на эффективное применение как эндоскопической техники, так и других новых методов хирургических вмешательств, частота образования послеоперационных спаек остается высокой [4]. Тем не менее, по мнению многих авторов, применение лапароскопических технологий приводит к снижению частоты развития послеоперационных спаек, а при плановых хирургических вмешательствах лапароскопический адгезиолизис является операцией выбора [2, 3, 5]. Оптимизации только хирургической техники, без вспомогательной медикаментозной терапии, недостаточно для улучшения результатов лечения больных со СБ брюшной полости.

Цель исследования

Улучшить качество лечения больных со СБ брюшной полости путем применения миниинвазивной лапароскопической хирургии и дифференцированной медикаментозной терапии.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ результатов лечения 39 пациентов со СБ брюшной полости. Мужчин — 16, женщин — 23, в возрасте от 21 до 62 лет.

У 8 больных оперативное вмешательство выполнено по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН), в 31 случае операция проведена в плановом порядке. Показанием к выполнению лапароскопического адгезиолизиса (ЛА) в плановом порядке явились: болевая форма СБ, клинические признаки хронической спаечной кишечной непроходимости, рецидивирующее течение спаечной кишечной непроходимости. У 16 больных ЛА произведен после разрешения спаечной кишечной непроходимости консервативными методами лечения. В комплекс обследования в дооперационном этапе были включены клинический осмотр, осмотр смежными специалистами, лабораторные методы исследования, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, по показаниям: эзофагогастродуоденоскопия, обзорная рентгенография брюшной полости, энтерография, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригография.

По распространенности спаечного процесса использовали классификацию О.И. Блинникова (1993): I степени соответствует локальный спаечный процесс, ограниченный областью рубца; II степени — локальный в сочетании с одиночными спайками в других областях; III — занимающий этаж брюшной полости; IV — распространенный на 2/3 брюшной полости и более.

Технические аспекты адгезиолизиса соответствовали общепринятым принципам выполнения лапароскопических вмешательств в условиях спаечного процесса. Диссекции подвергали сращения с париетальной брюшиной



передней брюшной стенки для хорошей визуализации брюшной полости, а также спайки, деформирующие кишечник и влияющие на пассаж кишечного содержимого.

Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия проводились в соответствии с принятыми схемами. В зависимости от проведения в послеоперационном периоде методов консервативной терапии больные были распределены на две группы. В I группе (n=20, включая с ОСТКН n=4) проводилась продленная эпидуральная анестезия; применяли нестероидные противовоспалительные препараты; препарат с протеолитической активностью – трипсин 10 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней с повторением курса амбулаторно. Медикаментозная стимуляция кишечника включала: прозерин подкожно 0,05 % по 0,5 мл 3 раза с интервалом в 30 мин и постановкой клизмы с гипертоническим раствором натрия хлорида объемом до 500 мл, церукал (метоклопрамид) внутримышечно 10 мг 2-3 раза в сутки. С целью коррекции энергетического обмена в мускулатуре кишечника и улучшения микроциркуляции в кишечной стенке назначались внутривенно глюкозо-солевые растворы, трентал, АТФ, витамины группы В, витамин С, антикоагулянты, спазмолитики, также проводилась симптоматическая терапия. С целью раннего восстановления перистальтики кишечника и профилактики рецидива СБ предусматривали после операции активное поведение больного на койке, а через сутки – подъем и передвижение в палате.

Во II группе (n=19, с ОСТКН n=4) к медикаментозной стимуляции кишечника добавлен трибутат (тримебутин) 100 мг 3 раза в сутки, увеличена доза введения церукала – 20 мг 2-3 раза в сутки. В качестве препарата с протеолитической активностью использовали лонгидазу с гиалуронидазной активностью 3000 МЕ внутримышечно или свечи ректально 1 раз в 3 дня продолжительностью до 14 дней с проведением в дальнейшем длительной поддерживающей терапии. В комплексное лечение включены физиотерапевтические процедуры. Положительный эффект отметили при применении ультразвукового фонофореза с 1 % гидрокортизоновой мазью, электрофорез с лидазой на переднюю брюшную стенку, на область проекции проведенного адгезиолизиса. Курс составлял 10–14 сеансов с дальнейшим амбулаторным продлением лечения. С целью электростимуляции моторной функции кишечника использовали аппарат «Амплипульс-3». Стремилась к более ранней активации больного – подъем и передвижение по палате через 12 часов после операции.

Результаты исследования и их обсуждение

Осложнений во время и после операций не было. У 15 больных I группы в послеоперационном периоде наблюдали парез кишечника, который разрешен консервативными методами лечения в течении 1-3 суток, у больных с ОСТКН – 2-4 суток. Напротив, во II группе парез кишечника был отмечен у 10 (52,6 %) пациентов и был разрешен в течении 1-2 суток (с ОСТКН – 2-3 суток) после операции.

В первые сутки после ЛА больные начинали пить регидрон, негазированную минеральную воду. Прием пищи осуществляли после разрешения пареза кишечника. Большинство пациентов II группы спустя сутки не нуждались во введении анальгетиков в связи с незначительным болевым синдромом или полным отсутствием болей.

Согласно классификации О.И. Блинникова, больные распределились следующим образом: I степень выявлена в 4 случаях, II – 16, III – 13, IV – 6. По распространенности спаечного процесса больные в обеих группах были сопоставимы.

Конверсия произведена у 5 (12,8 %) больных с IV степенью распространенности спаечного процесса. Причинами конверсий были: массивный спаечный процесс, наличие плоскостных спаек на большом протяжении между стенкой кишки и париетальной брюшиной, рубцовое перерождение спаек.

Результаты эффективности лечения прослежены у 34 (87,2 %) больных в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Рецидив СБ отмечен у 6 (17,6 %) пациентов, из которых 4 получили лечение в составе I группы наблюдаемых. Больные предъявляли жалобы на периодически возникающие боли, вздутие живота, запоры. Рецидив СБ подтвержден при УЗИ органов брюшной полости (n=6), энтерографии (n=4).

Лапароскопическое исследование, выполняемое как первый этап операции, позволяло предоставить самую достоверную информацию о состоянии органов брюшной полости, наличии, локализации и распространенности спаечного процесса. Поэтому лапароскопический метод хирургического вмешательства применили во всех случаях независимо от количества перенесенных полостных операций.

В ходе исследования установлены противопоказания к ЛА: массивный спаечный процесс в брюшной полости, плоскостные спайки между стенкой кишки и париетальной брюшиной на большом протяжении, признаки рубцового перерождения спаек, резкое увеличение в диаметре (более 5 см) тонкой кишки, некроз петли кишки. Этому свидетельствует отсутствие технической возможности произвести ЛА



у 5 больных с IV степенью распространенности спаечного процесса, которым выполнена конверсия.

Оценивая проводимый ЛА в комплексе с медикаментозной терапией (дополненной препаратами трибурат, лонгидаза, большими дозами церукала) и физиотерапией (включающей фонофорез с 1 % гидрокортизоновой мазью, электрофорез с лидазой, электростимуляцию моторной функции кишечника) следует, что указанный лечебный комплекс оказывает хорошие обезболивающий, рассасывающий,

противовоспалительный, спазмолитический, фибринолитический эффекты и способствует профилактике рецидива СБ.

Вывод

Таким образом, комплексное лечение больных со СБ брюшной полости, включающее ЛА, дополненный медикаментозным лечением и физиотерапией, направленных на профилактику спайкообразования, является эффективным способом лечения больных данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А.А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А.А. Воробьев, А.Г. Бебуришвили. Волгоград: Издатель, 2001. – 240 с.
2. Коссович М.А. Особенности лапароскопического адгезиолизиса при спаечном процессе в брюшной полости / М.А. Коссович, С.Н. Коршунов. В.В. Кузовахо // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – № 1 (19). – С. 97-102.
3. Лечебно-диагностические аспекты острой спаечной тонкокишечной непроходимости / И.С. Малков, Эминов В.Л. оглы, Хамзин И.И. [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90, № 2. – С. 193-197.
4. Матвеев Н.Л. Адьювантная терапия при лечении и профилактике спаечного процесса в практической гинекологии / Н.Л. Матвеев, Ш.Т. Попхадзе, Л.Д. Леонидзе // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 2. – С. 42-44.
5. Михин И.В. Лечение болевых форм спаечной болезни брюшной полости лапароскопическим способом / И.В. Михин, А.Г. Бебуришвили, А.В. Гушул // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. – 2010. – № 2. – С. 40-44.
6. Новый подход к профилактике и лечению послеоперационного спайкообразования / А.Л. Миригоф, В.В. Новиков, Б.С. Суковатых [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 6. – С. 34-35.
7. Ellis H. The magnitude of adhesion related problems / H. Ellis // Ann. Chir. Gynaecol. – 1998. – Vol. 87, № 1. – P. 9-11.
8. Intra-abdominal adhesions: definition, origin, significance in surgical practice, and treatment options / D. Bruggmann, G. Tchatchian, M. Wallwiener [et al.] // Dtsch. Arztebl. Int. – 2010. – Vol. 107, № 44. – P. 769-775.
9. Postoperative adhesions: ten-year follow-up of 12,584 patients undergoing lower abdominal surgery / M.C. Parker, H. Ellis, B.J. Moran [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2001. – Vol. 44. – P. 822-830.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЗЛУКОВОЇ ХВОРОБИ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

*Р.В. Бондарев, О.А. Орехов,
О.Л. Чибісов, С.С. Селіванов*

Резюме. Надано результати лікування 39 хворих на спайкову хворобу органів черевної порожнини. Лапароскопічний адгезіолізис вдало виконано у 34 пацієнтів. Конверсія виконана у 5 випадках. Визначені протипоказання до виконання лапароскопічного адгезіолізису. Встановлено, що лапароскопічний адгезіолізис, який доповнено медикаментозним лікуванням та фізіотерапією, які спрямовані на профілактику злукоутворення, є ефективним методом лікування спайкової хвороби черевної порожнини.

Ключові слова: спайкова хвороба черевної порожнини, лапароскопічний адгезіолізис, профілактика злукоутворення.

OPTIMIZATION OF COMPLEX TREATMENT OF ADHESIVE ABDOMINAL DISEASE

*R.V. Bondarev, A.A. Orekhov,
A.L. Chibisov, S.S. Selivanov*

Summary. Results of treatment of 38 patients with adhesive disease of the abdominal cavity was performed. Laparoscopic adhesiolysis successfully was made in 33 patients. Conversion was performed in 5 cases. Contraindications to laparoscopic adhesiolysis has defined. Laparoscopic adhesiolysis, which is completed by medicamentous treatment and physiotherapies which found as a prophylactic of adhesions are an effective treatment for adhesive disease of the abdominal cavity.

Key words: adhesive abdominal disease, laparoscopic adhesiolysis, prophylactic of adhesion formation.