



Д. А. Евтушенко

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМН
Украины», г. Харьков

© Евтушенко Д. А.

ОСОБЕННОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШИНЫ

Резюме. С целью улучшения эффективности лечения больных спаечной болезнью нами были изучены результаты хирургического лечения 138 пациентов. В основной группе 76 пациентов со СББ, выполнен адгезиолизис с введением в брюшную полость ПСС: «Мезогель», «Дефенсаль».

У 21 (27,6 %) больных, перенесших ЛА с введением ПСС в сроки от 3 до 7 суток осуществляли ЛА по типу secondlook – этапный адгезиолизис с повторным введением ПСС.

В связи с высоким риском повреждения внутренних органов при лапароскопии 26 пациентам выполнены: лапаротомия, адгезиолизис и введение ПСС.

В группу сравнения вошли 62 больных, оперированных в ургентном порядке традиционным способом по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

Контрольное обследование в срок от 6 месяцев до 1 года прошли 76 (100 %) пациентов основной группы. При УЗИ признаков висцеропариетальных сращений не обнаружили. У 4 пациентов после применения ПСС «Мезогель» (n=2) и «Дефенсаль» (n=2), в срок от 6 месяцев до одного года выполнили диагностическую лапароскопию, при которой констатировали отсутствие висцеропариетальных сращений. Применение разработанных методик, направленных на снижение риска рецидива спаечной болезни брюшины, позволило уменьшить случаи нарушения пассажа по желудочно-кишечному тракту с 11,3 до 4,2 %, острой спаечной кишечной непроходимости с 4,8 до 1,3 %.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшины, хирургическое лечение спаечной болезни брюшины.

Ведение

Спаечная болезнь брюшины (СББ) – тяжелое заболевание, часто встречающееся в трудоспособном возрасте. В основном при типичных клинических ситуациях диагностика спаечной болезни не представляет каких-либо трудностей, а выбор способа лечения зависит от наличия или отсутствия кишечной непроходимости [1, 4, 8].

Несмотря на интенсивное развитие миниинвазивных технологий, которые существенно снизили травматичность оперативных вмешательств, количество ближайших и отдаленных осложнений, вызванных спаечным процессом, не уменьшается [3, 6].

Стремительный рост передовых технологий в малоинвазивной хирургии, биологии, химии, фармакологии и других парамедицинских областях науки и техники позволяют внедрять в практику новые способы и средства профилактики, диагностики и лечения спаечной болезни. Патогенетически обоснованным направлением в профилактике и лечении СББ является применение различных средств, пре-

пятствующих сближению и адгезии травмированных поверхностей брюшины [2, 5, 7].

Материалы и методы исследований

С целью улучшения эффективности лечения больных спаечной болезнью нами были изучены результаты хирургического лечения 138 пациентов.

В основной группе 76 пациентов со СББ, выполнен лапароскопический адгезиолизис (ЛА) с введением в брюшную полость ПСС: «Мезогель», «Дефенсаль» (табл.)

У 21 (27,6 %) больного, которые перенесли ЛСА с введением противоспаечного средства ПСС в сроки от 3 до 7 суток осуществляли ЛА по типу secondlook – этапный адгезиолизис с повторным введением ПСС.

В связи с высоким риском повреждения внутренних органов при лапароскопии 26 больным выполнены: лапаротомия, адгезиолизис и введение ПСС.

Ранее приступы острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) перенесли 58 (76,3 %) больных основной группы; у 37 (48,7 %) паци-



Таблица

Виды оперативных вмешательств с использованием ПСС

Вид оперативного вмешательства	Введение ПСС «Мезогель»		Введение ПСС «Дефенсаль»		Всего	
	абс.	отн., %	абс.	отн., %	абс.	отн., %
Лапароскопический адгезиолизис с ПСС	6	7,9	23	30,3	29	38,2
Этапный адгезиолизис с ПСС, с использ. повторного ЛСА	7	9,2	14	18,4	21	27,6
ЛСА с конверсией и введением ПСС: - с резекцией кишки - без резекции	— 8	— 10,5	8 10	10,5 13,2	8 18	10,5 23,7
Всего	21	27,6	55	72,4	76	100

ентов в анамнезе были лапаротомии по поводу спаечной кишечной непроходимости.

Сроки нахождения пациентов основной группы в стационаре после операций составило в среднем 8,1 дня после одноэтапной операции; 12,3 дня после двухэтапных операций с применением противоспаечных барьерных средств.

В группу сравнения вошло 62 больных, оперированных в ургентном порядке традиционным способом по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

Пребывание пациентов группы сравнения в стационаре после операции составило в среднем 14,2 дней.

Результаты исследований и их обсуждения

Во время висцеролиза определяли распространенность спаечного процесса, синтопию сращенных петель кишечника, степень подвижности их, дилатацию кишечных петель, состояние стенок кишечника, наличие и характер выпота в брюшной полости, наличие и степень выраженность перифокальных изменений. Ведущей целью было определение зоны обструкции кишечника. Эндоскопическими критериями кишечной непроходимости считались раздутые петли кишечника за счет жидкости и газа, выпот в брюшной полости, воспалительные изменения брюшины, дисциркуляторные изменения стенок кишечника, малой подвижности или фиксация спаянных петель кишечника, деформация за счет спаек сегмента тонкой кишки на фоне расширенных петель кишечника проксимальнее и спаившихся петель кишечника дистальнее этой зоны.

Ревизию тонкой кишки выполняли с применением двух зажимов от илеоцекального отдела кишечника в проксимальном направлении к зоне деформации кишки с признаками расширения петель кишечника (лапароскопическая ревизия кишечника по ретроградному типу) с направлением осматриваемого участка кишечника по отношению к инструментам был около 45°.

При распространенном спаечном процессе в брюшной полости с деформациями петель ки-

шечника применяли поэтапный лапароскопический висцеролиз, включающий висцеролиз кишечника с целью достижения зоны деформации кишки спайками, вызвавшей обструкцию кишечника.

На фармакологическом этапе интраоперационной профилактики спаек необходимо использование противоспаечных гелей («Мезогель», «Дефенсаль»), препятствующих образованию спаек.

Антиадгезивное средство «Мезогель» мы применили у 21 больного. Количество вмешательств, первично исполненных нами лапароскопически составило 6, открытых — 8, этапных лапароскопических операций — 7.

При применении «Мезогель» во время лапароскопического адгезиолизиса препарат заливали в брюшную полость через 10 мм троакар.

Послеоперационный период у пациентов, которым мы применили противоспаечное средство «Мезогель», протекал гладко. С первых послеоперационных суток выполняли периодическое открытие дренажа, выпуская 20–30 мл жидкости и оценивали ее характер, после чего дренаж перекрывали. УЗ-контроль содержания и характера жидкости в брюшной полости проводили со вторых послеоперационных суток с последующим контролем на каждые 2-е сутки. Препарат создает эффект гидрофлотации в брюшной полости минимум на 3–4 дня, на весь критический период образования межорганных сращений. По нашим данным, максимальное количество препарата содержится в брюшной полости в течение 4 суток после введения. В последующем, остатки свободной жидкости определяются при УЗИ еще в течение 7–14 дней. Отмечено более быстрое выведение препарата у пациентов после лапароскопического адгезиолизиса по сравнению с открытыми вмешательствами, что связано с различной степенью операционной травмы брюшины.

Применение ПСС «Мезогель» может осуществляться как при лапароскопических, так и при открытых вмешательствах, практически не влияет на продолжительность наркоза и операции. Особое внимание при этом должно

быть уделено герметичному ушиванию брюшной полости с целью предотвращения утечки препарата через брюшную стенку в послеоперационном периоде. Дренажи, после установки в брюшную полость перекрывались.

Применили противоспаечное средство «Дефенсаль» у 55 пациентов, при этом у 18 больных произвели открытым доступом адгезиолизис с введением ПСС, 14 осуществили во время этапного адгезиолизиса. При применении «Дефенсаль» во время адгезиолизиса препарат заливали в брюшную полость завершающим этапом операции. Переднюю брюшную стенку герметично ушивали с перекрытием дренажей (патент Украины № 102103, 2015).

Послеоперационный период у пациентов, которым мы применили «Дефенсаль» протекал гладко. Начиная с первых суток кратковременно открывали улавливающий дренаж для оценки характера отделяемого из брюшной полости. Необходимо отметить, что из 17 открытых вмешательств с применением «Дефенсаль» 8 сопровождалась резекцией тонкой кишки. Несостоятельности анастомозов в послеоперационном периоде не было выявлено.

Начиная со 2 суток выполняли УЗ-контроль брюшной полости на предмет наличия свободной жидкости и состояния кишечника. При этом значимого различия между лапароскопическими и традиционными вмешательствами в динамике уменьшения количества свободной жидкости не было.

Выполнили программную лапароскопию с этапным адгезиолизисом и применением ПСС у 14 пациентов, перенесших ЛА с введением ПСС. Выбор срока вмешательства зависел от общего состояния пациентов, восстановления пассажа по ЖКТ, динамике уменьшения количества свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ.

При выполнении динамической лапароскопии пневмоперитонеум накладывали через ранее установленный улавливающий дренаж. Первый порт устанавливали через рану после удаления дренажа, второй — в зоне максималь-

но свободной от послеоперационных рубцов. После введения оптики выполняли ревизию брюшной полости, удаляли дренаж, при необходимости устанавливали дополнительные порты. Свободную жидкость аспирировали. Осуществляли ревизию тонкой кишки на протяжении. У 7 (4 — после введения «Мезогель», 3 — после «Дефенсаль») больных выявили вновь образованные рыхлые висцеропаритетальные сращения тонкой кишки в зоне послеоперационного рубца, что соответствовало спаечному процессу I-II степени. Сращения тупо разделяли, при этом кишка легко отделялась от передней брюшной стенки, кровотечения в зоне адгезиолизиса не было ни у одного пациента. После рассечения спаек вводили ПСС в брюшную полость: в 3 наблюдениях повторно вводили «Дефенсаль», у 4 пациентов — «Мезогель».

Послеоперационный период у пациентов после этапного адгезиолизиса по типу second-look с применением ПСС протекал без осложнений. Пассаж восстанавливался на 2–3 сутки. Средний послеоперационный койко-день в стационаре после этапного лапароскопического адгезиолизиса с применением ПСС составил $(12,3 \pm 2)$ дней.

Контрольное обследование в срок от 6 месяцев до 1 года прошли 76 (100 %) пациентов основной группы. При УЗИ признаков висцеропаритетальных сращений не обнаружили. У 4 пациентов после применения ПСС «Мезогель» (n=2) и «Дефенсаль» (n=2), в срок от 6 месяцев до одного года выполнили диагностическую лапароскопию, при которой констатировали отсутствие висцеропаритетальных сращений.

Выводы

Таким образом, применение разработанных методик, направленных на снижение риска рецидива спаечной болезни брюшины, позволило уменьшить случаи нарушения пассажа по желудочно-кишечному тракту с 11,3 до 4,2 %, острой спаечной кишечной непроходимости с 4,8 до 1,3 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гушул А. В. Современные барьерные средства для профилактики образования послеоперационных сращений брюшной полости / А. В. Гушул, Е. А. Минаева // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. — Волгоград. — 2007. — 72 с.
2. Лечебно-диагностические аспекты острой спаечной тонкокишечной непроходимости / И. С. Малков, В. Л. Эминов, И. И. Хамзин, В. Н. Гараев // Каз. мед. журнал. — 2009. — Т. 90, № 2. — С. 193-197.
3. Методы профилактики брюшинных спаек при острой спаечной кишечной непроходимости / С. Н. Хунафин, Г. А. Мурзин, А. А. Нуриахметов, И. Х. Гаттаров // Новые технологии в хирургии: Здоровохранение Башкортостана. — 2004. — № 3, спец. выпуск. — С. 110-111.
4. Новое в диагностике и хирургическом лечении острой спаечной непроходимости / В. В. Плечев, С. А. Пашков, П. Г. Корнилаев [и др.] // Здоровохранение Башкортостана. — 2004. — № 1. — С. 123-129.
5. Reduction in adhesive smallbowel obstruction by Seprafilm adhesion barrier after intestinal resection / V. W. Fazio, Z. Cohen, J. W. Fleshman [et al.] // Dis. Colon. Rectum. — 2006. — Vol. 49. — P. 1-11.
6. The incidence and risk factors of post-laparotomy adhesive small bowel obstruction / G. Bamparas, B. C. Branco, B. Schnuriger [et.al] // J. Gastrointest. Surg. — 2010. — Vol. 14, N 10. — P. 1619-1628.



7. William W. Failure of mesenteric defect closure after roux-en-y gastric bypass / W. William, M. D. Hope, F. S. Ronald, [et. al] // JSLS. – 2010. – № 14. – P. 213-216.
8. Xiao-Li C. A prospective randomized trial of transnasal ileus tube vs nasogastric tube for adhesive small bowel obstruction / C. Xiao-Li, J. Feng, L. Qi, C. Yi-Peng, L. Jian-Jiang // World Journal of Gastroenterology. – 2012. – Vol. 18, № 16. – P. 1968-1974.

ОСОБЛИВОСТІ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СПАЙКОВУ ХВОРОБУ ОЧЕРЕВИНИ

Д. О. Євтушенко

Резюме. З метою поліпшення ефективності лікування хворих на спайкову хворобу нами були вивчені результати хірургічного лікування 138 пацієнтів. В основній групі 76 пацієнтів із СХО, виконано адгезіолізис з введенням у черевну порожнину ПЗЗ: «Мезогель», «Дефенсаль».

У 21 (27,6 %) хворого, що перенесли ЛА з введенням ПСС в терміни від 3 до 7 днів здійснювали ЛА за типом secondlook – етапний адгезіолізис з повторним введенням ПЗЗ.

У зв'язку з високим ризиком ушкодження внутрішніх органів при лапароскопії 26 пацієнтам виконано: лапаротомію, адгезіолізис і введення ПЗЗ.

До групи порівняння ввійшло 62 хворих, оперованих в ургентному порядку традиційним способом з приводу гострої спайкової кишкової непрохідності.

Контрольне обстеження в термін від 6 місяців до 1 року пройшли 76 (100 %) пацієнтів основної групи. При УЗД ознак висцеропарієтальних зрощень не виявили. У 4 пацієнтів після застосування ПЗЗ «Мезогель» (n = 2) і «Дефенсаль» (n = 2), у термін від 6 місяців до одного року виконали діагностичну лапароскопію, при якій констатували відсутність висцеро - парієтальних зрощень. Застосування розроблених методик, що спрямовані на зниження ризику рецидиву спайкової хвороби очеревини, дозволило зменшити випадки порушення пасажу по шлунково-кишковому тракту з 11,3 до 4,2 %, гострої спайкової кишкової непрохідності з 4,8 до 1,3 %.

Ключові слова: спайкова хвороба очеревини, хірургічне лікування спайкової хвороби очеревини

FEATURES OF MINIMALLY INVASIVE TREATMENTS OF PATIENTS WITH ADHESIVE DISEASE OF THE PERITONEUM

D. A. Yevtushenko

Summary. In order to improve the effectiveness of treatment of patients with adhesive disease we studied the results of surgical treatment of 138 patients. In the study group of 76 patients with the ADP, adhesiolysis is made with the introduction of AAS in the abdominal cavity, «Mezogel», «Defensal».

In 21 (27.6 %) patients after the LA with the introduction of AAS in the period from 3 to 7 days was carried out on the aircraft type second look – landmark adhesiolysis with the re-introduction of AAS.

Due to the high risk of damage to internal organs during laparoscopy 26 laparotomy, adhesiolysis and the introduction of AAS.

The comparison group included 62 patients operated in the traditional way of urgent procedure for acute adhesive intestinal obstruction.

Follow-up care in the period of 6 months to 1 year held 76 (100 %) patients of the main group. Ultrasound signs visceroparietal adhesions were found. 4 patients after application of the AAS «Mezogel» (n = 2) and «Defensal» (n = 2), in a period of 6 months to one year fulfilled a diagnostic laparoscopy, in which noted the absence of visceroparietal adhesions. Application of the developed methods to reduce the risk of recurrence of adhesive disease of the peritoneum, allowed to reduce violations of passage through the gastrointestinal tract from 11.3 to 4.2 %, acute adhesive intestinal obstruction from 4.8 to 1.3 %.

Key words: adhesive disease of the peritoneum, the surgical treatment of adhesive disease of the peritoneum