

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

А. А. Орехов, Р. В. Бондарев

Луганский государственный медицинский университет

## OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS IN AN ACUTE ADHESIVE ILEUS

A. A. Orekhov, R. V. Bondarev

**П**роблема спайкообразования после выполнения оперативных вмешательств, несмотря на развитие эндоскопии, внедрение новых фармакологических средств, направленных на уменьшение образования спаек, актуальна. ОСНК выявляют у 3,5% пациентов, которых госпитализируют в хирургический стационар [1], она составляет от 50 до 93,3% всех видов механической непроходимости кишечника неопухолевого генеза [2, 3].

Мануальные манипуляции во время операций по поводу ОСНК обуславливают повторное массивное спайкообразование, что делает операции крайне нежелательными в прогностическом плане. Повторные операции с использованием того же доступа могут быть чрезвычайно сложными, рискованными и потенциально опасными. Проведение адгезиолизиса увеличивает продолжительность операции, наркоза и реабилитации, обуславливает дополнительный риск для пациента: кровопотерю, повреждение внутренних органов, образование свища [4]. Поэтому лечение ОСНК начинают с консервативных мер. По данным литературы, у 20 — 79% больных ее удается устранить без операции [5, 6]. При отсутствии эффекта консервативного лечения показано неотложное хирургическое вмешательство.

В течение длительного времени основным методом лечения пациентов по поводу ОСНК являлся открытый адгезиолизис с восстановлением проходимости кишечника. Внедрение лапароскопии позволило достичь хороших результатов при применении ЛА по поводу

### Реферат

Проанализированы результаты лечения 157 больных по поводу острой спаечной непроходимости кишечника (ОСНК). Обоснованы показания к проведению лапароскопического (ЛА) и открытого адгезиолизиса. Установлено, что ЛА эффективен у больных при спаечном процессе (СП) I — II степени на высоте приступа. Проведение ЛА после устранения ОСНК консервативными методами у больных при СП I — III степени эффективно и является одним из методов профилактики рецидива спаечной болезни и ОСНК.

**Ключевые слова:** острая спаечная непроходимость кишечника; лапароскопический адгезиолизис.

### Abstract

The results of treatment of 157 patients, suffering an acute adhesive ileus (AAI), were analyzed. Indications for laparoscopic and open adhesiolysis were substantiated. There was established, that laparoscopic adhesiolysis is effective in patients in adhesions process (AP) of I — II stages on the height of a seizure. Conduction of laparoscopic adhesiolysis after AAI elimination, using conservative methods in patients with AP I — III stages is effective and constitutes one of prophylactic methods for the adhesions disease recurrence and AAI.

**Key words:** acute adhesive ileus; laparoscopic adhesiolysis.

ОСНК [7, 8]. Причиной частой конверсии является трудность визуализации спаек вследствие уменьшения операционного поля из-за расширения тонкой кишки, а также невозможность определить распространенность СП до операции [9, 10]. Поэтому некоторые исследователи считают лапароскопию опасной и малоэффективной при наличии раздутых петель кишечника или СП после ранее выполненных операций.

Разработка рациональной хирургической тактики при ОСНК, обоснование показаний к операции, выбор метода оперативного лечения представляются актуальными.

Цель исследования: разработать хирургическую тактику с применением ЛА у больных при ОСНК.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 157 больных по поводу

ОСНК. Мужчин было 86, женщин — 71. Возраст больных от 18 до 82 лет. Больные ранее оперированы, резекция желудка выполнена у 12, устранение ОСНК — у 39, операции по поводу опухоли толстой кишки — у 5, перфорации язвы двенадцатиперстной кишки — у 11, осложненного холецистита — у 4, острого аппендицита — у 28, острого осложненного аппендицита — у 24, закрытой и открытой травмы живота — у 12, гнойного панкреатита — у 3; множественные оперативные вмешательства произведены 10, экстирпация матки с придатками — 9.

При определении распространенности СП прилежались классификации О. И. Блинникова. СП I степени диагностирован у 5 больных, II степени — у 51, III степени — у 46, IV степени — у 55.

Диагностическая программа включала: клинические и биохимические анализы, рентгенологические методы исследования, ультра-

звуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости в динамике, осмотр смежными специалистами. Энтерографию у 88 больных выполняли параллельно с консервативной терапией, у 69 — после устранения ОСНК.

Консервативная терапия проведена в объеме: коррекция нарушений водно—электролитного баланса, кислотно—основного состояния, микроциркуляции, введение спазмолитиков, ненаркотических анальгетиков, инфузионно—детоксикационная терапия, паранефральная или продолженная эпидуральная блокада, медикаментозная стимуляция кишечника, гипертонические клизмы, декомпрессия верхних отделов пищеварительного канала с помощью назогастрального зонда.

Хирургическое вмешательство по показаниям выполняли с использованием открытого или лапароскопического метода. У больных при наличии значительно раздутых петель тонкой кишки осуществляли одномоментную назоинтестинальную декомпрессию и лаваж кишечника с использованием солевых растворов.

Для селективной деконтаминации кишечника применяли адаптированные бактериофаги: пиобактериофаг, поливалентный (секстофаг), колипротейный, интестибактериофаг. При ЛА придерживались общепринятых принципов выполнения лапароскопических вмешательств в условиях СП.

После операции в комплекс лечения обязательно включали ферментную терапию, стимуляцию кишечника, продолженную эпидуральную блокаду, физиопроцедуры. Антибиотикопрофилактику и антибактериальную терапию проводили в соответствии с принятыми схемами. Осуществляли динамический мониторинг УЗИ брюшной полости в целях контроля функции кишечника.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Показанием к оперативному вмешательству считали отсутствие положительной динамики в течение 2 — 3 ч, неблагоприятные изменения по данным УЗИ брюшной полости ("секвестрация жидкости" в просвет кишки, гиперпневматоз кишечника, возвратно—поступательные движения содержимого кишечника, утолщение стенок кишки до 3,5 мм, увеличение керкринговых складок до 4 мм), а также прекращение продвижения контрастного вещества по тонкой кишке при проведении энтерографии.

При установлении диагноза странгуляционной непроходимости кишечника выполняли экстренное хирургическое вмешательство.

ЛА проводили на высоте приступа у 19 больных при отсутствии признаков выраженного пареза кишечника, наличии возможности адекватной ревизии брюшной полости и проведения необходимых манипуляций. Эффективность ЛА отмечена у всех 15 больных при СП I и II степени. Устраняли спайки, обуславливающие непроходимость кишечника, и отдельные участки спаек, деформирующих кишечник. Из 4 больных при СП III степени конверсия потребовалась у 2 вследствие трудности визуализации спаек из—за расширения приводящих отделов тонкой кишки и отсутствия убедительных данных о полном устранении спаек, обусловивших непроходимость кишечника.

Открытое вмешательство с адгезиолизисом по поводу ОСНК выполнено у 77 больных при наличии признаков перитонита, выраженного пареза кишки, ранее оперированных по 2 — 3 раза, СП IV степени, неэффективности консервативной терапии, при недостаточной эффективности ЛА из—за расширения тонкой кишки, при рубцовой деформации передней брюшной стенки после ранее выполненных множественных оперативных вмешательств.

Особого внимания заслуживает группа больных, у которых проведение консервативного лечения обеспечило устранение ОСНК. Больным предложено после дополнительного обследования выполнение ЛА. Получено согласие и подготовлены для планового ЛА 43 (71,5%) больных, при СП II степени — 23, III степени — 14, IV степени — 6. Произведен ЛА спаек, деформировавших кишечник. При болевой форме спаечной болезни осуществляли полное разделение всех спаек в брюшной полости. Конверсия произведена у 1 пациента при СП III степени в связи с наличием спаечного конгломерата петель, что потребовало его резекции, а также у 5 пациентов при СП IV степени из—за наличия множественных плотных спаек, при разделении которых высока угроза повреждения полых органов. К тому же, не оправдана и длительность операции адгезиолизиса при такой распространенности СП. Таким образом, ЛА у больных при СП IV степени неэффективен, конверсия в открытый адгезиолизис чревата массивной неоправданной операционной травмой с последующим увеличением образования спаек и рецидивом ОСНК.

Осложнений во время и после ЛА не было. Парез кишечника после ЛА по поводу ОСНК устраняли консервативными методами в течение 1 — 3 сут, после планового ЛА он возник у 36 больных, устранен через 1 — 2 сут. В сроки наблюдения от 6 мес до 6 лет рецидив ОСНК после ЛА возник у 1 (1,4%) из 51 (82,3%) больного, рецидив спаечной болезни — у 3 (4,1%).

Таким образом, ЛА по поводу ОСНК эффективен у больных при СП I — II степени на высоте приступа. Проведение ЛА после устранения ОСНК с помощью консервативных методов у больных при СП I — III степени эффективно и является одним из методов профилактики рецидива спаечной болезни и ОСНК.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Тимофеев М. Е. Методика диагностической видеолaparоскопии при острой спаечной тонкокишечной непроходимости / М. Е. Тимофеев, С. Г. Шаповальянц // Эндохирургия сегодня. — 2013. — № 3. — С. 17.
2. Филенко Б. П. Тактика хирурга при рецидивной спаечной кишечной непроходимости / Б. П. Филенко, С. М. Лазарев, С. В. Ефремова // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2010. — Т. 169, № 6. — С. 75 — 79.
3. Тотиков В. З. Лечебно—диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / В. З. Тотиков, М. В. Калинин, В. М. Амриллаева // Хирургия. — 2006. — № 2. — С. 38 — 43.
4. Матвеев Н. Л. Внутрибрюшные спайки — недооцениваемая проблема (обзор литературы) / Н. Л. Матвеев, Д. Ю. Арутюнян // Эндоск. хирургия. — 2007. — № 5. — С. 60 — 69.
5. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии / А. С. Ермолов, А. А. Гуляев, П. А. Ярцев [и др.] // Хирургия. — 2007. — № 7. — С. 57 — 59.
6. Федоров В. Д. Избранные лекции при эндовидеохирургии / В. Д. Федоров. — СПб.: Коста, 2004. — 216 с.
7. Багненко С. Ф. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости / С. Ф. Багненко, Г. И. Синенченко, В. Г. Гуприс // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2009. — Т. 168, № 1. — С. 27 — 30.
8. Завода Н. В. Актуальные вопросы диагностики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости / Н. В. Завода, А. А. Степанюк, А. Р. Гуревич // Экстрен. медицина. — 2013. — № 3 (07). — С. 19 — 30.
9. Binenbaum S. J. Inadvert enterotomy in minimally invasive abdominal surgery / S. J. Binenbaum, A. Goldfarb // JSLS. — 2006. — Vol. 10. — P. 336 — 340.
10. Laparoscopic management of acute small bowel obstruction / B. Kirshtein, A. Roy—Shapira, L. Lantsberg [et al.] // Surg. Endosc. — 2005. — Vol. 19. — P. 464 — 467.



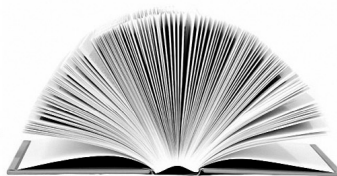
## НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО “ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» (м. Київ) запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).



ТОВ «Ліга-Інформ», 03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30.  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.