

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Д. А. Евтушенко

Харьковский национальный медицинский университет,
Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины, г. Харьков

PROPHYLAXIS OF AN ACUTE ADHESIVE ILEUS RECURRENCE

D. A. Evtushenko

Спайкообразование в брюшной полости обуславливает возникновение спаечной болезни брюшины, у 40% пациентов ее клиническим проявлением является хроническая абдоминальная боль. Спаечная болезнь является одной из ведущих причин стойкой утраты трудоспособности, ее частота составляет 20,3%. После операций на органах брюшной полости спайки образуются у 55 — 86,5% больных [1, 2].

Висцеро—висцеральные спайки выявляют у 50%, висцеро—париетальные — у 80% больных, оперированных на органах брюшной полости. По поводу острой спаечной непроходимости тонкой кишки оперируют до 30,4% пациентов, рецидив ОСНК выявляют у 60 — 70% [3 — 5].

По мнению некоторых авторов, наличие спаек является противопоказанием к проведению лапароскопии, риск ее применения при наличии других методов не оправдан. С появлением новых технологий в эндоскопической хирургии и разработкой безопасных способов создания лапароскопического доступа в условиях релаксации, а также с применением ультразвукового исследования (УЗИ) для визуализации висцеро—париетальных спаек возможности метода значительно расширились, уменьшилась частота осложнений [6 — 8].

Наиболее эффективными методами профилактики спаечной болезни брюшины считают использование малотравматичных хирургических технологий во время операций, а также лекарственных средств, позволяющих предотвратить образование спаек брюшины в послеоперационном периоде [9, 10].

Реферат

Изучены результаты лечения 56 пациентов, у которых по поводу спаечной болезни брюшной полости, осложненной острой спаечной непроходимостью кишечника (ОСНК), произведен адгезиолизис с введением в брюшную полость противоспаечных средств (ПСС) Мезогеля, Дефенсала, и 42 больных, оперированных в неотложном порядке общепринятым способом по поводу ОСНК. Применение видеолапароскопии (ВЛС) дает возможность контролировать спаечный процесс в раннем послеоперационном периоде, что необходимо для предупреждения спаечной болезни. Использование разработанного нами устройства позволило осуществить прецизионный висцеролиз благодаря четкой визуализации органов, патологически—измененных и непораженных тканей. Применение разработанных методик в целях профилактики рецидива способствовало уменьшению риска возникновения ОСНК до 1,8%, нарушения пассажа содержимого по пищеварительному каналу (ПК) в сроки до 1 года до 3,6%.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшины; острая спаечная непроходимость кишечника; рецидив; профилактика; противоспаечные средства.

Abstract

The results of treatment of 56 patients were studied, in whom for adhesive abdominal disease, complicated by an acute adhesive ileus (AAI), the adhesiolysis with intraabdominal introduction of antiadhesive measures, named Mezogel, Defensal were conducted, as well as in 42 patients, operated on in emergency for AAI, using a routine method. Application of videolaparoscopy gives a possibility to control the adhesive process in the early postoperative period, what is necessary for prophylaxis of the adhesive disease occurrence. Application of the apparatus, we have elaborated, permitted to conduct a precisional viscerolysis due to good visualization of organs, pathologically changed and healthy tissues. Application of the procedures elaborated for prophylaxis of the AAI recurrence have promoted the reduction of risk for the AAI occurrence down to 1.8%, and of disorders of the gut contents transit in terms up to 1 yr — to 3.6%.

Key words: adhesive peritoneal disease; acute adhesive ileus; recurrence; prophylaxis; antiadhesive measures.

Цель работы: изучить эффективность профилактики рецидива ОСНК у пациентов при спаечной болезни брюшины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основную группу включены 56 пациентов, у которых по поводу спаечной болезни брюшной полости и ее осложнений произведен адгезиолизис с введением в брюшную полость ПСС Мезогеля, Дефенсала. Возраст пациентов от 20 до 69 лет.

У 15 (26,8%) больных после лапаротомии и адгезиолизиса с введением ПСС в сроки от 3 до 7 сут осуще-

ствляли ВЛС по типу second look, этапный адгезиолизис с повторным введением ПСС.

Ранее ОСНК отмечали у 41 (73,2%) пациента, у 35 (62,5%) — в анамнезе были сведения о выполнении лапаротомии по поводу ОСНК.

Продолжительность лечения пациентов в стационаре после успешно выполненных операций составила в среднем 6,1 дня — после одномоментной операции; 15,3 дня — после двухэтапных операций с применением барьерных ПСС.

В группу сравнения включены 42 больных, оперированных в неотложном порядке общепринятым

способом по поводу ОСНК. Продолжительность лечения пациентов в стационаре после операции составила в среднем 14,5 дня. Рецидив ОСНК в сроки до 1 года возник у 17 (34,0%) пациентов, 9 (18,0%) из них повторно оперированы.

Висцеро—париетальные спайки образуются в области послеоперационных рубцов, точка введения иглы Вереша должна быть на расстоянии от них. Если больному ранее выполняли аппендэктомию с применением доступа Волковича—Дьяконова, пневмоперитонеум накладывали параумбиликальным доступом и отсюда же вводили троакары с лапароскопом. После выполнения средней срединной или нижней срединной лапаротомии наиболее безопасной и удобной является точка Мак—Бурнея в левой паховой области. Если и в этой зоне предполагали наличие спаек, например, после дренирования брюшной полости, точку выбирали произвольно, в свободной от рубцов области передней брюшной стенки под контролем УЗИ. Иглу Вереша вводили перпендикулярно брюшной стенке, ориентируясь на прохождение ее слоев по характерным щелчкам иглы и ощущению провала при попадании в брюшную полость.

При ВЛС троакары устанавливали с учетом локализации послеоперационного рубца, при выраженном спаечном процессе — открытым способом, через небольшой послойный разрез передней брюшной стенки, достаточный для введения пальца и определения свободного пространства в проекции разреза. По данным обзорной лапароскопии определяли распространенность и выраженность спаечного процесса и возможность осуществления лапароскопического адгезиолизиса.

В целях определения четкой анатомической картины, отделения спаек от неповрежденных тканей, выполнения прецизионного висцеролизиса, а также уменьшения частоты послеоперационных осложнений разработано устройство, включавшее троакар со стилетом и иглу с вентильным клапаном, гибкой трубкой и наконечником. Троакар выполнен с внутренним каналом, изо-

гнут под углом 150 — 160°, стилет и наконечник иглы изогнуты под тем же углом.

Изогнутая под углом 150 — 160° форма внутреннего канала троакара, стилета и иглы позволяла прецизионно подводить иглу к зоне спаечного процесса, точно манипулировать в нем, что обеспечивало прецизионный висцеролиз (пат. Украины 76580, 76581).

ППС Мезогель применили у 17 (30,4%) больных. Первичные лапароскопические вмешательства выполнены у 5 из них, открытые и этапные — у 12.

Во время лапароскопического адгезиолизиса препарат Мезогель заливали в брюшную полость через троакар диаметром 10 мм с помощью шприца Жане как завершающий этап операции.

Течение послеоперационного периода у пациентов при применении ППС Мезогель без осложнений. С первых суток после операции периодически открывали улавливающий дренаж, выпускали до 30 мл жидкости, оценивали ее характер, затем дренаж перекрывали. Ультразвуковой мониторинг наличия свободной жидкости в брюшной полости осуществляли со вторых суток и повторяли через день. Препарат создает эффект гидрофлотации в брюшной полости, как минимум, на 3 — 4 сут, т. е. на весь критический период образования межорганных спаек. Максимальное количество препарата сохранялось в брюшной полости в течение 4 сут после его введения. В последующем остатки свободной жидкости определяли по данным УЗИ еще в течение 7 — 14 сут. При этом отмечено более быстрое выведение препарата у пациентов после лапароскопического адгезиолизиса, чем после открытого, что обусловлено различной тяжестью операционной травмы брюшины.

Применение барьерного ППС Мезогель возможно как при лапароскопических, так и открытых вмешательствах, оно практически не влияет на продолжительность наркоза и операции. Особое внимание при этом следует уделять герметичной зашиванию брюшной полости

в целях предотвращения утечки препарата через брюшную стенку после операции. Дренажи после установки в брюшную полость должны быть перекрыты.

ППС Дефенсаль применили у 14 пациентов, в том числе у 7 — при общепринятом адгезиолизисе, у 7 — во время этапного адгезиолизиса. Препарат Дефенсаль во время адгезиолизиса заливали в брюшную полость с помощью шприца Жане как завершающий этап операции. Переднюю брюшную стенку герметично зашивали, улавливающие дренажи перекрывали.

Течение послеоперационного периода у пациентов при применении препарата Дефенсаль без осложнений. С первых суток временно открывали улавливающий дренаж, оценивали характер отделяемого из брюшной полости. У 4 больных открытое вмешательство с применением препарата Дефенсаль сопровождалось резекцией тонкой кишки. Несостоятельность швов анастомоза после операции не наблюдали.

Со вторых суток осуществляли УЗИ брюшной полости для выявления свободной жидкости и оценки состояния тонкой кишки. При этом достоверные различия динамики уменьшения количества свободной жидкости при выполнении лапароскопических и открытых вмешательств не выявлены. Препарат Дефенсаль удобен в применении, при этом не требуется использование дополнительного оборудования, не увеличивается длительность основного вмешательства. Достоинством препарата является возможность его использования при наложении межкишечных анастомозов.

Программная лапароскопия с этапным адгезиолизисом и применением ПСС осуществлена у 11 пациентов после открытого лапароскопического адгезиолизиса. Выбор сроков вмешательства зависел от состояния пациентов, восстановления пассажа содержимого по ПК, динамики уменьшения количества свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ.

При выполнении в динамике лапароскопии пневмоперитонеум на-

кладывали через ранее установленный улавливающий дренаж. Первый порт устанавливали через рану после удаления дренажа, второй — в зоне, максимально свободной от послеоперационных рубцов: в 8 наблюдениях — в левой подчревной области, у 3 — по срединной линии на 3 см ниже пупка. После введения оптики выполняли ревизию брюшной полости, удаляли улавливающий дренаж, при необходимости устанавливали дополнительные порты. Свободную жидкость аспирировали. Осуществляли ревизию тонкой кишки на протяжении. У 7 больных (у 4 — после введения препарата Мезогель, у 3 — Дефенсаль) выявлены вновь образованные рыхлые висцеро—париетальные спайки тонкой кишки в зоне послеоперационного рубца, что соответствовало спаечному процессу I—II степени. Спайки тупым способом разделяли, при этом кишку легко отделяли от передней брюшной стенки, кровотечения в зоне адгезиолизиса не было. После рассечения спаек осуще-

ствляли подготовку к повторному введению ПСС в брюшную полость: в 3 наблюдениях — повторно введен препарат Дефенсаль, в 4 — Мезогель.

Течение послеоперационного периода у пациентов после этапного адгезиолизиса с применением ПСС без осложнений. Пассаж содержимого по ПК восстанавливался на 2—е — 3—и сутки. Продолжительность лечения пациентов в стационаре после этапного лапароскопического адгезиолизиса с применением ПСС составила в среднем (15,3 ± 4) дня.

Контрольное обследование в сроки от 6 мес до 1 года проведено всем пациентам основной группы. По данным УЗИ висцеро—париетальные спайки не обнаружены. У 2 пациентов после применения ПСС Мезогель и 2—Дефенсаль проведена диагностическая лапароскопия, висцеро—париетальные спайки не выявлены.

В основной группе ранняя ОСНК возникла у 1 (1,8%) пациентки. По поводу нарушения пассажа содер-

жимого по ПК в сроки до 1 года госпитализированы 2 (3,6%) пациента, устранено консервативным путем. Рецидив ОСНК в группе сравнения в срок до 1 года возник у 17 (34,0%) пациентов, 9 (18,0%) из них повторно оперированы.

Таким образом, применение ВЛС дает возможность контролировать спаечный процесс в раннем послеоперационном периоде, что необходимо для предупреждения образования спаек. Использование разработанного устройства позволило осуществить прецизионный висцеролиз благодаря четкой визуализации органов, патологически—измененных и интактных тканей. Применение разработанных методик в целях профилактики рецидива ОСНК позволило уменьшить риск возникновения ОСНК до 1,8%, нарушения пассажа содержимого по ПК в сроки до 1 года — до 3,6%. Рецидив в группе сравнения в сроки до 1 года возник у 17 (34,0%) пациентов, 9 (18,0%) из них повторно оперированы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С. Ф. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости / С. Ф. Багненко, Г. И. Синенченко, В. Г. Чуприс // Вопросы общей и частной хирургии; под ред. С. Ф. Багненко. — СПб., 2009. — С. 27 — 30.
2. Тотиков В. З. Лечебно—диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / В. З. Тотиков, М. В. Калицова, В. М. Амриллаева // Хирургия. — 2006. — № 2. — С. 38 — 43.
3. Использование лапароскопии при острой спаечной кишечной непроходимости у детей / Х. А. Акилов, А. А. Абдурахмонов, Х. П. Алимова [и др.] // Вестн. экстрен. медицины. — 2008. — № 3. — С. 16 — 18.
4. Лапароскопические технологии в лечении острой спаечной кишечной непроходимости / Г. В. Ходос, С. В. Ларин, Д. Н. Панченков [и др.] // Эндоск. хирургия. — 2006. — № 4. — С. 36 — 43.
5. Treutner K. H. Prevention of adhesions. Wish and reality / K. H. Treutner, V. K. Schumpelick // Chirurg. — 2000. — Bd. 7, N. 5. — S. 510 — 517.
6. Методи профілактики спайкової хвороби очеревини / М. Г. Гончар, Я. М. Кучірка, І. К. Чурпій, К. Л. Чурпій // Шпитал. хірургія. — 2004. — № 4. — С. 211 — 212.
7. Bencini L. Learning curve for laparoscopic ventral hernia repair / L. Bencini, L. J. Sanchez // Am. J. Surg. — 2004. — Vol. 187, N 3. — P. 378 — 382.
8. Fewer intraperitoneal adhesions with use of hyaluronic acid carboxymethylcellulose membrane: a randomized clinical trial / W. W. Vrijland, L. N. Tseng, H. J. Eijkman [et al.] // Ann. Surg. — 2002. — Vol. 235, N 2. — P. 193 — 199.
9. Первый опыт применения противоспаечного рассасывающегося полимерного средства "Мезогель" при остром аппендиците / В. А. Лазаренко, Б. С. Суковатых, А. И. Бежин [и др.] // Человек и его здоровье. — 2011. — № 1. — С. 51 — 55.
10. Adhesiolysis—related morbidity in abdominal surgery / R. P. Ten Broek, C. Strik, Y. Issa [et al.] // Ann. Surg. — 2013. — Vol. 258, N 1. — P. 98 — 106.

