

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

Д. А. Евтушенко

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

PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF ADHESIVE DISEASE OF PERITONEUM

D.A.Yevtushenko

Kharkiv National Medical University,
Zaytsev Institute of General and Emergency Surgery NAMS of Ukraine, Kharkov

По данным литературы, у 55 – 70% пациентов после хирургического вмешательства на органах брюшной полости возникает спаечный процесс, что обуславливает такое тяжелое осложнение, как спаечная ОНК [1, 2]. Послеоперационная летальность при неблагоприятном течении спаечной ОНК составляет 16 – 25% [3].

Тяжелые осложнения, обусловленные образованием спаек, послужили стимулом для разработки многочисленных методов предупреждения их возникновения [4]. Тем не менее, этиология и патогенез спаек брюшины недостаточно изучены, большинство предложенных противоспаечных методов и средств профилактики не используют в клинической практике из-за низкой эффективности или сложности применения. Наиболее сложной задачей является предупреждение рецидива спаечной ОНК, частота которого составляет 60 – 70% [5].

Поэтому поиск надежных методов профилактики СББ является актуальной проблемой абдоминальной хирургии [6, 7].

Целью оперативного лечения пациентов по поводу СББ является восстановление адекватного функционирования пищеварительного канала, устранение повышенного внутрибрюшного давления, предупреждение адгезиогенеза. Положительный эффект достигается путем адекватного выбора доступа, объема висцеролиза, его прецизионности, уменьшения длительности оперативного вмешательства.

Реферат

По поводу спаечной болезни брюшины (СББ) висцеролиз выполнен у 235 больных, из них у 47 – тотальный, при вовлечении в рубцово-спаечный процесс большого сальника у 33 – осуществлена резекция пряди большого сальника. Объем и техника оперативного вмешательства зависели от выраженности СББ, числа ранее выполненных операций, изменений кишечника. Индивидуализированный подход к выбору метода хирургического лечения позволил существенно улучшить его результат при СББ, осложненной острой непроходимостью кишечника (ОНК), в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшины; острая спаечная непроходимость кишечника.

Abstract

For the adhesive disease of peritoneum (ADP) viscerolysis was performed in 235 patients, of them in 47 – a total one, while a great omentum cicatricial-adhesive involvement occurred, so in 33 – a partial omental resection was performed. The volume and technique of operative intervention have had depended on the number of operations performed and intestinal changes present. Individualized approach to choice of the surgical method of treatment have permitted to improve its result essentially in ADP, complicated by an acute ileus, in early and remote postoperative period.

Key words: adhesive disease of peritoneum; acute adhesive ileus.

Висцеролиз выполнен у 235 пациентов по поводу СББ, в том числе у 47 – тотальный, при вовлечении в рубцово-спаечный процесс большого сальника у 33 больных осуществлена резекция пряди большого сальника, у остальных – локальный висцеролиз.

При выполнении лапаротомии иссекали послеоперационный рубец. Технические сложности возникали при вхождении в брюшную полость. Этот этап операции сопровождается высоким риском повреждения (десерозации, перфорации) подлежащих к послеоперационно-му рубцу органов.

Этапы рассечения рубцово-измененного апоневроза и вскрытия брюшной полости сопровождаются высоким риском повреждения внутренних органов.

Длительность висцеролиза зависит от выраженности спаечного процесса в брюшной полости.

Корреляция между длительностью оперативного вмешательства и выраженностью спаечного процесса представлена в *табл. 1*.

При локализации спаечного процесса в надчревной области выполняли верхнюю срединную лапаротомию, в средней и подчревной – среднюю и нижнюю срединную лапаротомию.

Основное правило выбора оперативного доступа – это использование кратчайшего пути к зоне спаечного процесса в брюшной полости.

Это позволяет избежать травмы других областей брюшной полости, обеспечивает удобство манипулирования в брюшной полости.

Таблица 1. Длительность оперативного вмешательства в зависимости от тяжести спаечного процесса

Операция	Спаечный процесс			
	локальный (n=116)		распространенный (n=149)	
	n	T, мин ($\bar{x} \pm m$)	n	T, мин ($\bar{x} \pm m$)
Лапаротомия				
верхняя срединная	11	97 ± 14	19	144 ± 13
средняя срединная	50	75 ± 5	94	124 ± 4
нижняя срединная	17	73 ± 5	24	106 ± 12
ЛА	38	61 ± 9	12	81 ± 17

Примечание. ЛА – лапароскопический адгезиолизис; n – число больных; T – длительность операции.

Длительность оперативного вмешательства зависит от распространенности спаечного процесса. Лапароскопический адгезиолизис выполнен у 50 больных.

Для достижения прецизионного адгезиолизиса вводили 0,5% раствор новокаина, что обеспечивало гидропрепаровку тканей, блокирование рецепторов, улучшение микроциркуляции. Острым путем от париетальной брюшины отделяли все подпаянные к ней органы брюшной полости. Спайки и тяжи между пет-

лями кишечника и другими органами рассекали острым путем, выделяли из рубцово-спаечных сращений брыжейки тонкой кишки с ее полным расправлением.

По данным ревизии брюшной полости оценивали выраженность спаечного процесса в зависимости от распространенности сращений (табл. 2).

Выраженность спаечного процесса в брюшной полости определяет объем оперативного вмешательства (табл. 3).

Лапароскопический адгезиолизис осуществляли у 38 больных при локальном невыраженном спаечном процессе. Метод открытого введения первого троакара использовали у 12 больных. Выполняли минилапаротомию в области пупка. Проводили пальцевую ревизию брюшной полости в области доступа, визуализировали висцеральный листок брюшины, накладывали швы, вводили троакар. Края раны сближали, затягивали швы, что обеспечивало герметичность брюшной полости. Накладывали пневмоперитонеум и проводили ревизию брюшной полости для определения точек введения троакаров. При технических трудностях троакары вводили поэтапно, по мере адгезиолизиса. Ревизию большого сальника и петель кишечника проводили с применением зажимов Бэбкока и ретракторов для выявления спавшегося участка кишки. Висцеролиз в бессосудистых зонах выполняли ножницами, спайки, содержащие сосуды, рассекали с помощью биполярной коагуляции. При плотной фиксации

Таблица 2. Характеристика спаечного процесса в брюшной полости

Локализация спаек	Спаечный процесс							
	локальный		распространенный		тотальный		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Зона операции	16	6,0	7	2,6	-	-	23	8,7
Послеоперационный рубец, большой сальник	27	10,2	14	5,3	-	-	41	15,5
Зона операции, большой сальник	8	3,0	14	5,3	-	-	22	8,3
Послеоперационный рубец, тонкая кишка	30	11,3	24	9,1	-	-	54	20,4
Зона операции, тонкая кишка	28	10,6	21	7,9	-	-	49	18,5
Вся тонкая кишка	-	-	-	-	51	19,2	51	19,2
Вся брюшная полость	-	-	-	-	25	9,4	25	9,4
Итого ...	109	41,1	80	30,2	76	6,0	265	100

Таблица 3. Оперативные вмешательства, выполненные по поводу СББ, осложненной ОНК.

Операция	Число наблюдений в группах					
	основной		сравнения		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Висцеролиз, интубация тонкого кишечника	23	17,0	45	34,6	68	25,7
Висцеролиз, резекция сегмента тонкой кишки, интубация тонкого кишечника	20	14,8	33	25,4	53	20,0
Висцеролиз, обходной спаечный анастомоз	5	3,7	-	-	5	1,9
Висцеролиз, резекция толстой кишки, интубация тонкого и толстого кишечника	5	3,7	12	9,2	17	6,4
Висцеролиз, пластика грыжевых ворот	32	23,7	40	30,8	72	27,2
Лапароскопический адгезиолизис с ПСС	29	21,5	-	-	35	13,2
Этапный адгезиолизис с ПСС, использованием повторного ЛА по типу "second look"	21	15,6	-	-	15	5,7
Итого ...	135	100	130	100	265	100

Примечание. ПСС – противовоспалительное средство.

петли кишки к висцеральному листку брюшины участок фиксированной париетальной брюшины высекали.

При ревизии органов брюшной полости в области спаек наблюдали перифокальный процесс различной выраженности. Перифокальные изменения в виде рубцов выявлены у 110 больных – ограниченный перифокальный процесс; рубцово-спаечный процесс, распространяющийся на прилежащие органы, выявлен при местном распространении спаечного процесса – у 37 больных, диффузном – у 79; рубцово-спаечный процесс во всей брюшной полости с вовлечением прилежащих органов выявлен у 68 больных при тотальном спаечном процессе.

Хирургическое лечение СББ предусматривало устранение спаечно-рубцового перифокального процесса. При локальном вовлечении в процесс участков тонкой кишки у 6 (2,2%) больных выполнена резекция этого сегмента кишки.

Дуоденоюнальный анастомоз формировали над связкой Трейтца, что обеспечивало минимальное натяжение тканей в зоне анастомоза. Мобилизовали дуоденоюнальный переход. После резекции участка тонкой кишки с дефектом в пределах неповрежденных участков проксимальный и дистальный сегменты дуоденоюнальной зоны сшивали путем наложения двухрядного шва, формировали дуоденоюнальный анастомоз конец в конец или конец в бок. Зону анастомоза укрывали пластиной Тахокомб, которую фиксировали швами викриловой нитью (пат. Украины 64173).

При локализации дефекта в области илеоцекального клапана формировали илеоасцендоанастомоз. Отсепаровывали кишку от прилежащих тканей. После резекции илеоцекального сегмента с дефектом в пределах неповрежденных тканей накладывали илеоасцендостому.

Части подвздошной и восходящей ободочной кишки сшивали путем наложения трехрядного шва. Осуществляли интубацию тонкой и толстой кишки через асцендостому.

В целях декомпрессии межкишечного анастомоза через асцендостому вводили дренажные декомпрессионные трубки.

После выполнения висцеролиза эвакуировали свободную жидкость, кровь из брюшной полости, контролировали гемостаз и целостность органов. Выявленные участки десекретазии зашивали.

Нами разработаны способы изоляции поврежденных участков кишки: травмированные участки кишки изолировали с помощью пластины Тахокомб, которую фиксировали узловыми швами нитью викрил, что обеспечивало репарацию мезотелиоцитов.

Фиксированная пластина изолировала травмированный участок серозной оболочки кишки, обеспечивая отсутствие экссудации и репарацию тканей.

Вторым этапом илеоасцендостому закрывали забрюшинно (пат. Украины 65124).

При распространенном и тотальном рубцовом процессе возможно формирование спаечных конгломератов. В целях профилактики рецидива СББ нами разработан способ наложения обходного межкишечного анастомоза.

При формировании спаечного конгломерата из петель кишечника накладывали обходной еюнотрансверзоанастомоз: осуществляли висцеролиз тонкой кишки на протяжении 1 м от связки Трейтца; на поперечной ободочной кишке выделяли участок длиной 4 см и накладывали еюнотрансверзоанастомоз бок в бок на уровне свободной ленты (tenia libera) с использованием линейного сшивающего аппарата так, чтобы тонкая кишка располагалась вдоль оси поперечной ободочной кишки. Интубировали кишечник с помощью трансазально введенного за зону анастомоза зонда. После интубации кишечника зону анастомоза дополнительно укрывали пластиной Тахокомб циркулярно на протяжении всей зоны швов анастомоза и фиксировали ее к стенке кишки узловыми швами викриловой нитью, что обеспечивало изоляцию кишки от париетального листка

брюшины (пат. Украины 76766). Синергизм выполненных мероприятий позволяет предотвратить рецидив спаечной ОНК.

Анализ течения раннего послеоперационного периода проведен у всех больных.

Перистальтика в основной группе восстановилась на 1 – 2-е сутки после операции, газы начали отходить на 2 – 3-и сутки, стул был на 3 – 4-е сутки. В группе сравнения перистальтика восстановилась на 2 – 3-и сутки, газы начали отходить на 3–4-е сутки, стул был на 4 – 5-е сутки.

Продолжительность лечения пациента после операции в основной группе составила в среднем 9 – 11 дней, в группе сравнения – 13 – 14 дней.

Ранняя ОНК возникла у 3 (2,2%) больных основной группы и 7 (5,4%) – группы сравнения, им произведены релапаротомия, висцеролиз, интубация тонкой кишки.

Несостоятельность швов анастомоза отмечена у 2 (1,5%) больных основной группы и 5 (3,8%) – группы сравнения, у них выполнены релапаротомия, висцеролиз, выведение колостомы.

Перфорация острых язв тонкой кишки диагностирована у 4 (3,0%) больных основной группы и 6 (4,6%) – группы сравнения, им произведены релапаротомия, висцеролиз, резекция сегмента тонкой кишки – у 2 (1,5%) больных основной группы и 4 (3,1%) – группы сравнения; зашивание острых язв тонкой кишки (по 2 пациента в каждой группе), интубация тонкой кишки.

Нагноение операционной раны возникло у 2 (1,5%) больных основной группы и 5 (3,8%) – группы сравнения.

Пневмония после операции выявлена у 3 (2,2%) больных основной группы и 3 (2,3%) – группы сравнения.

После операции в основной группе умерли 2 (1,5%) больных, в группе сравнения – 5 (3,8%).

В отдаленном послеоперационном периоде частота клинических проявлений СББ в виде болевого синдрома уменьшилась с 11,4 до

8,6%, нарушения пассажа содержимого по пищеварительному каналу – с 4,8 до 2,8%, исключен риск повторных оперативных вмешательств.

Таким образом, использование индивидуализированного подхода к

выбору метода хирургического лечения позволило существенно улучшить его результат у пациентов при СББ, осложненной ОНК, в раннем послеоперационном периоде, позволило уменьшить продолжительность лечения больных в стациона-

ре после операции, риск возникновения ранней ОНК до 2,2%, несостоятельности швов анастомоза – до 1,5%, перфорации острых язв тонкой кишки – до 3,0%; послеоперационную летальность – до 1,5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курбонов К. М. Современные технологии в диагностике и лечении спаечной непроходимости тонкого кишечника / К. М. Курбонов, Х. Ю. Шарипов, А. Абдулмачидзода // Харк. хірург. школа. – 2009. – № 4.1 (36). – С. 239 – 241.
2. Evidence Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 / F. Catena, S. Di Saverio, M. D. Kelly [et al.] // World J. Emerg. Surg. – 2011. – Vol. 6, N 5. – P. 2125 – 2127.
3. Ранняя острая спаечная кишечная непроходимость, вопросы диагностики, хирургического лечения и профилактики рецидивов / Б. С. Запороженко, О. В. Вилюра, И. Е. Бородаев [и др.] // Укр. журн. хірургії. – 2009. – № 4. – С. 60 – 62.
4. 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.
5. Хасанов А. Г. Хирургические барьеры в профилактике послеоперационных спаек / А. Г. Хасанов, И. Ф. Суфияров // Анналы хирургии. – 2008. – № 2. – С. 22 – 24.
6. Davey A. K. Surgical adhesions: a timely update, a great challenge for the future / A. K. Davey, P. J. Maher // J. Minim. Invas. Gynec. – 2007. – Vol. 14, N 1. – P. 15 – 22.
7. 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.

