

избежать контакт с внешней средой, исключить возможное попадание инородных тел в брюшную полость.

Цель исследования: очертить показания к проведению раннего лапароскопического адгезиолиза после разрешения спаечной кишечной непроходимости консервативными методами лечения.

Материалы и методы

В исследуемую группу вошли 15 пациентов в возрасте от 21 до 60 лет, у которых на фоне консервативного лечения явления спаечной кишечной непроходимости были разрешены и большие после дообследования оперированы лапароскопически. Мужчин — 6, женщин — 9.

Всем больным проводился комплекс консервативных мероприятий, включающий инфузионную терапию, медикаментозную стимуляцию кишечника, декомпрессию и промывание желудка, паранефральную блокаду — 4 пациента, продленную перидуральную анестезию — 5, очистительные клизмы.

После разрешения явлений спаечной кишечной непроходимости, помимо клинических и лабораторных исследований, оценивали выраженность спаечного процесса в брюшной полости путем ее УЗИ, проведения пассажа бария по кишечнику, в 2 случаях выполняли ирригоскопию с целью не только определения степени вовлечения в спаечный процесс толстой кишки, но и дифференциальной диагностики с опухолью толстой кишки.

Выбор точки введения первого троакара в 80% случаев был определен по данным УЗИ брюшной полости. У 20% больных произведена «открытая» лапароскопия по типу методики Хассена, первый троакар введен после пальцевой ревизии брюшной полости. Во время выполнения лапароскопической ревизии определяли локализацию спаечного процесса, виды сращений, состояние органов, объем предполагаемого лапароскопического вмешательства и возможность его проведения.

Лапароскопический адгезиолиз заключался в тупой и острой диссекции спаек, отделении сращений от послеоперационного рубца с применением монокоагуляции и биполяра. У 12 пациентов на участки диссекции наносили тонким слоем противоспаечный гель «Мезогель» (n=8), Interoas Gel (n=4).

Результаты и обсуждение

Причиной возникновения спаечной непроходимости служили: сращения кишечника с маткой и придатками после гинекологических операций — 4 пациента, локально сращение в правой подвздошной области с вовлечением петель тонкой кишки, слепой кишки, париетальной брюшины, единичных сращений кишки в виде «двустволки» (в анамнезе аппендэктомии) — 7, деформация петель тонкой кишки, толстой кишки, сальника множественными спайками, конгломераты петель кишечника, наличие на большом протя-

жении висцеропаритетальных сращений (перенесшие срединную лапаротомию) — 4.

Во время лапароскопического адгезиолиза следовали принципу сочетания радикальности и наименьшей травматичности операции. Диссекции подвергали спайки, деформирующие петли тонкой кишки, толстую кишку и тем самым влияющие на пассаж кишечного содержимого. Пленчатые и плоскостные фланговые и газозовые спайки толстой кишки, не влияющие на пассаж кишечного содержимого, не лизировали. Висцеропаритетальные спайки области правого надпеченочного пространства расщепляли при наличии в анамнезе периодически возникающих болей в правом подреберье и правой половине живота. Так же при вовлечении в спаечный процесс матки с придатками, сальпингоовариолизис проводили только у женщин репродуктивного возраста.

Осложнений во время и после операций не было. Конверсия произведена у 3 больных в связи с наличием массивного спаечного процесса, конгломератов петель кишечника и плотных висцеропаритетальных сращений с вовлечением петель тонкой кишки. Ранний лапароскопический адгезиолиз у больных с разрешенной спаечной непроходимостью показан при наличии локального спаечного процесса с послеоперационным рубцом париетальной брюшины, единичных сращений кишки по типу «двустволки», наличие в анамнезе рецидивов острой спаечной кишечной непроходимости. Противопоказанием к лапароскопическому вмешательству является массивный спаечный процесс, конгломераты петель кишечника, плотные висцеропаритетальные сращения с вовлечением петель тонкой кишки.

Выводы

Консервативными мероприятиями устранить морфологический субстрат, лежащий в основе инцидента кишечной непроходимости, невозможно. В связи с этим у больных с разрешенной спаечной кишечной непроходимостью показан лапароскопический адгезиолиз с целью профилактики ее рецидива.

Литература

1. Бова Л.С., Семенов Н.М., Фальмес Н.М. (1989) Спаечная болезнь — обзор. Клиническая хирургия. 6: 57-59
2. Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Михин И.В. с соавт. (2003) Спаечная болезнь брюшной полости. Эндоскопическая хирургия. 1: 51-63
3. Мирингоф А.Л., Новиков В.В., Суковатых Б.С. с соавт. (2007) Новый подход к профилактике и лечению послеоперационного спайкообразования. Эндоскопическая хирургия. 6: 34-35
4. Мининдлин М.М. (2004) Усовершенствование методов диагностики и комплексного лечения больных с ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимостью. Диссертация ... канд. мед. наук. (Казань), 122 с.
5. Сухопара Ю.Н., Майстренко Н.А., Тришин В.М. (2003) Основы неотложной лапароскопической хирургии. (Санкт-Петербург). «ЭЛБИ-СПб». 192 с.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ КАК МЕТОД СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Бондарев Р.В., Бондарев В.И., Маслов Я.Я., Чибисов А.Л., Селиванов С.С.

Кафедра хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии ГЗ, Луганский государственный медицинский университет, Украина

Введение

Несмотря на совершенствование методов хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости, вопросы диагностики ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений не утратили своей актуальности.

Наибольшее число повторных оперативных вмешательств проводится по поводу развившегося послеоперационного перитонита [3,6]. Резекция участка тонкой кишки с формированием энтеро-энтероанастомоза является одной из наиболее распространенных операций в абдоминальной хирургии. Недостаточность швов межкишечных анастомозов (ШМА) остается типичным осложнением резекции кишки, выполненной в экстренном порядке и встречается в 4,3-69% [8,11]. Высокий процент несостоятельности швов анастомозов обусловлен развитием перитонита, в условиях которого происходит резекция кишки и формирование анастомоза. Летальность при несостоятельности швов анастомоза достигает 70% и не имеет тенденции к снижению [7,10].

Высокие цифры летальности при перитоните обусловлены в основном его поздней диагностикой [5,9]. Атипичность клинической картины послеоперационных осложнений часто приводит к несвоевременному выполнению релапаротомии и является главной причиной их неблагоприятного исхода [1]. Отсутствие или слабая выраженность симптоматики объясняется тем, что перитонит развивается у больных, находящихся в тяжелом состоянии, при котором симптоматика этого осложнения наслаивается на явления операционной травмы. Кроме того, на клинику перитонита оказывает влияние послеоперационная интенсивная терапия, включающая антибактериальное лечение [4].

В настоящее время наиболее эффективным методом диагностики послеоперационного перитонита является лапароскопия [2,5]. Сегодня не сформулированы четко показания и сроки проведения лапароскопии с целью предупреждения развития послеоперационного перитонита как причины несостоятельности швов анастомоза.

Цель исследования: определить тактику выполнения динамической диагностической лапароскопии для предупреждения развития послеоперационного перитонита при несостоятельности ШМА.

Материалы и методы

Диагностическая лапароскопия в послеоперационном периоде с целью оценки состояния целостности ШМА проведена у 9 больных, оперированных по поводу распространенного перитонита, причиной которого явились: ущемленная грыжа — 3 пациента, травма живота — 2, острая язва тонкой кишки — 1, заворот тонкой кишки — 2, острая спаечная кишечная непроходимость — 1. Возраст больных был от 32 до 68 лет, мужчин — 6, женщин — 3.

Всем больным выполнялась резекция тонкой кишки с анастомозом по типу «бок в бок». У 6 больных уровень резекции кишки, определяли основываясь на результаты морфологического исследования структурных изменений микроциркуляции в стенке кишки в месте предполагаемого формирования анастомоза. Используемые морфологические критерии и их числовые значения при наличии энтеро-энтероанастомоза были следующие: удельный объем сосудов МГПЦ — $0,4578 \pm 0,0217$, воспалительный инфильтрат ПМЯЛ $26,14 \pm 1,16\%$, очаги некроза — $0,0247 \pm 0,0135$. В трех случаях резекция тонкой кишки с формированием межкишечного анастомоза проведена традиционно.

Всем больным в послеоперационном периоде проводился комплекс консервативных мероприятий, включающий инфузионную терапию, продленную перидуральную анестезию, медикаментозную стимуляцию кишечника, декомпрессию и промывание желудка, селективную деконтаминацию кишечника, очистительные клизмы. Помимо клинических и лабораторных исследований, проводили динамический мониторинг УЗИ брюшной полости.

Лапароскопия выполнена для исключения стертой формы несостоятельности ШМА на 4 сутки у всех больных, повторно — на 6 сутки, у двоих. Показания к выполнению диагностической лапароскопии были: нерезающийся парез кишечника, задержка стула и газов, вечернее повышение температуры тела, слабость, периодические ознобы, отсутствие четких перитонеальных симптомов и кишечного отделяемого по дренажам. Так же учитывали сроки возможной несостоятельности швов с момента операции — на 4-7 сутки.

Результаты и обсуждение

Проведенная лапароскопия на 4 сутки послеоперационного периода у 9 больных с отсутствием четких перитонеальных симптомов позволила в 8 случаях исключить несостоятельность ШМА. По показаниям на 6 сутки двум пациентам выполнена релапароскопия, из которых несостоятельность ШМА диагностирована у одного больного. В обоих случаях, когда диагностирована была несостоятельность ШМА, определено отсутствие развития послеоперационного перитонита. После релапаротомии, в одном случае (4 сутки) произвели ушивание недостаточности швов анастомоза, во втором (6 сутки) — реанастомозирование в связи с недостаточностью швов анастомоза и неубедительностью состоятельности швов на большей протяженности анастомоза. Формирование реанастомоза производили с учетом результатов морфологического исследования структурных изменений микроциркуляции в стенке кишки. Больным с состоятельностью ШМА и больным после релапаротомии с устранением несостоятельности ШМА продолжена была консервативная терапия.

Среди наблюдаемых пациентов летальных исходов не было.

Выводы

Таким образом, диагностическая лапароскопия после экстренных операций с формированием межкишечного анастомоза является компонентом комплексного лечения, позволяющего избежать напрасных релапаротомий, а так же во время диагностировать несостоятельность ШМА до развития послеоперационного перитонита.

Литература

1. Абдулжалилов М.К., Нажмутдинов З.З., Абдуллаев У.М. (2005) Анализ причин релапаротомий в больнице скорой медицинской помощи. Сб. тр. Международного хирургического конгресса. с. 109
2. Ашфаров Р.В., Давыдов М.И. (2000) Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение. Вестник хирургии. 159: 5: 114-118
3. Березицкий С.С., Николашин В.А. (2001) Диагностическая ценность телелапароскопии внутрибрюшных осложнений после традиционных операций. Эндоскоп. хирургия. 1: 28-30
4. Вишневецкая А.Н., Стегний К.В., Раковка В.Г. (2011) Лапароскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита. Тихоокеанский медицинский журнал. 1: 34-36
5. Ефименко Н.А., Степанов А.А., Чурсин В.В. с соавт. (2006) Послеоперационная диагностическая и оперативная лапароскопия. Эндоскоп. хирургия. 2: 46
6. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К., Глушков П.С. и соавт. (2003) Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений. Хирургия. 8: 19-23
7. Савец М.Г., Авижик В.В. (1986) Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии. 191 с.
8. Фетюков А.И., Ушаков Н.Д., Шорников В.А. с соавт. (2003) Назонистинальная деконпрессия и детоксикация в лечении тяжелых форм острых перитонитов. Тез. докл. Всероссийская конференция хирургов. с. 81-82
9. Халилов А.Д., Галиев С.Д., Сафаров А.О. (2001) Ультразвуковое исследование в диагностике послеоперационного перитонита. Хирургия. 1: 28-29
10. Шаманский Н.Е. (1992) Декомпрессия кишечника и коррекция метаболических нарушений при распространенных перитонитах и острой кишечной непроходимости. 22 с.
11. Behrman S.W., Bertken K.A., Stefanacci H.A., Parks S.N. (1998) Breakdown of intestinal repair after laparotomy for trauma: incidence, risk factors, and strategies for prevention. J. Trauma. 45: 2: 227-233