

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕЩАТЕЛЬСТВ ПРИ НАЛИЧИИ БЕССИМПТОМНОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Р.В.Бондарев, А.А.Орехов, С.С.Селиванов

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»
Луганск, Украина

Представлены результаты лечения 92 больных с наличием бессимптомного спаечного процесса брюшной полости. Конверсия произведена у одного больного с хроническим калькулезным холециститом в связи с выраженным рубцово-спаечным процессом в подпеченочном пространстве. Напротив, в 91 случае лапароскопические вмешательства позволили выполнить перед основным этапом операции лапароскопический адгезиолизис без значимого увеличения времени и травматичности операции и снизить риск образования спаек и их осложнений.

Ключевые слова: спаечный процесс брюшной полости, спаечная болезнь, лапароскопический адгезиолизис.

Введение

Спаечная болезнь (СБ) брюшной полости является одним из наиболее частых осложнений хирургических операций, травм и воспалительных заболеваний органов брюшной полости. Спайки развиваются в 50-100% случаев после всех хирургических вмешательств на брюшной полости [1, 2, 3, 4, 5]. Вместе с тем повторное оперативное вмешательство наносит дополнительную травму, что приводит к усилению спайкообразования [6, 7, 8, 9, 10]. В 91-92% случаев межорганные сращения клинически не проявляются, являются бессимптомными. Они могут быть как висцеро-висцеральными (ВВ), так и висцеро-париетальными (ВП). Спайки брюшной полости мо-

гут существовать годами и при этом не вызывать функциональных нарушений органов брюшной полости и до определенного момента не иметь каких-либо клинических проявлений.

Благодаря активному внедрению в практику современной лапароскопической технологии, отмечается снижение частоты развития послеоперационной спаечной патологии брюшной полости. Наряду с этим клинический интерес представляет применение лапароскопических методов операций у больных с наличием бессимптомных спаек, которые создают технические трудности при создании пневмоперитонеума, постановке троакаров, доступе к оперируемому органу, санации и дренировании брюшной полости. Перспективным является вопрос о лапароскопическом хирургическом вмешательстве с сохранением принципа мини-инвазивности операции у ранее оперированных больных.

Целью исследования было определить хирургическую тактику лапароскопического вмешательства у больных с бессимптомным спаечным процессом (СП).

Материалы и методы исследования

В исследуемую группу вошло 92 пациента в возрасте от 18 до 75 лет, которым для обеспечения оперативного пространства, адекватной ревизии, санации и дренирования брюшной полости осуществлено рассечение бессимптомных межорганых сращений, образовавшихся после перенесенных традиционных (87 больных) и малоинвазивных (5 больных) хирургических и гинекологических вмешательств. Мужчин — 17, женщин — 65. Причинами бессимптомных спаек явились следующие ранее выполненные операции: аппендэктомия (включены формы, осложненные перитонитом) — 21, резекция желудка — 12, грыжесечение послеоперационной ventральной грыжи — 24, лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости при ферментативном перитоните — 3, холецистэктомия по поводу деструктивных форм холецистита, осложненная образованием инфильтрата, развитием перитонита, — 14, спленэктомия — 2, вмешательства на органах малого таза — 15, оперативное вмешательство по поводу абсцесса печени — 1.

В вопросах терминологии и классификации СБ и СП не существует однозначного мнения. Классификация должна облегчать решение диагностических и тактических вопросов. В связи с чем в своей работе по распространенности спаечного процесса как наиболее

практичную для рабочей классификации использовали классификацию О.И.Блинникова (1993): I степени соответствует локальный спаечный процесс, ограниченный областью рубца, II степени — локальный в сочетании с одиночными спайками в других областях, III — занимающий этаж брюшной полости, IV — распространенный на 2/3 брюшной полости и более.

Также в дальнейшем мы использовали термин СП в брюшной полости, так как пока бессимптомные спайки не нарушают нормальную жизнедеятельность и работоспособность человека, применение слова болезнь (лат. *morbus*) в терминологии СБ для бессимптомного СП считаем некорректным.

Диагностическая программа до начала лечения включала сбор жалоб и анамнеза, осмотр смежными специалистами, общеклинические исследования, ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, обзорная рентгенограмма брюшной полости по показаниям.

Точку введения первого троакара, используя УЗИ брюшной полости, четко удалось определить у 17 (18,5%) больных. В остальных случаях, в связи с отсутствием убедительных данных о наличии свободного от спаек «окна» передней брюшной стенки, первый троакар был введен по типу методики Хассена после пальцевой ревизии брюшной полости.

Среди наблюдаемых больных были выполнены следующие лапароскопические вмешательства: холецистэктомия — 56, аппендэктомия — 13, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки — 5, операции на органах малого таза — 18.

Проводимая в послеоперационном периоде комплексная консервативная терапия, соответствующая определенному заболеванию, также включала ферментотерапию и физпроцедуры.

Результаты исследования и их обсуждение

I-II степень СП отмечены у 61 больного. Определялись как ВВ сращения, так и ВП. Среди них плоскостные и пленчатые спайки — 16 больных, плоскостные и тяжевидные — 18, сальниковые — 34. Лизис бессимптомных спаечных сращений в зонах, где выполнялись манипуляции, проводился в полном объеме. В отдаленных от зоны манипуляций областях адгезиолизис не проводили.

СП III степени отмечен у 23 пациентов. У всех наблюдался выраженный спаечный процесс в зоне послеоперационного рубца,

интимные малоподвижные межорганные сращения. Сальниковые спайки, удельный вес которых у данных больных составил 65,2%, препятствовали выполнению основного этапа операции, были лигированы.

СП IV степени отмечен у 8 пациентов. Массивные сальниковые спайки локализовались к области послеоперационного рубца, между петлями тонкой кишки, толстой, с желудком, печенью. Несмотря на то, что рубцово-спаечная деформация и дислокация внутренних органов ограничивали оперативное пространство, повышали травматичность и вероятность повреждения полых органов, рассечение бессимптомных спаек с выполнением запланированной операции завершено лапароскопически у 7 больных. Конверсия произведена у одного пациента с хроническим калькулезным холециститом, ранее перенесшего оперативное вмешательство по поводу абсцесса печени. Причиной конверсии явился рубцовый спаечный процесс в области подпеченочного пространства.

У больных с III и IV степенью СП адгезиолизис старались выполнять ограничено, его объем составлял только создание доступа к оперируемому органу. При локализации СП вне зоны манипуляций рассечение спаек не проводили. В 4 случаях оперативное вмешательство выполнено из 5-ти точек.

Результаты хирургического лечения оценивали по характеру осложнений во время и после операции, течения и длительности послеоперационного периода. Осложнений во время проведения операции и в послеоперационном периоде не отмечено. Среднее время выполнения лапароскопического адгезиолизиса у больных с IV степенью СП составило около 28 мин. У 2 больных с IV степенью СП в первые сутки послеоперационного периода наблюдали парез кишечника, который в течение суток был разрешен консервативными методами лечения. Большинство больных спустя 1 сутки не нуждались во введении анальгетиков в связи с незначительным болевым синдромом или полным отсутствием боли. Исключение составили больные с IV степенью СП, которым проводили введение анальгетиков в течение 2-3 суток.

Все больные после лапароскопического вмешательства спустя сутки после операции самостоятельно вставали и принимали жидкую пищу.

Летальных исходов не было.

В сроки от 1 до 5 лет контрольное обследование прошли 56

(60,7%) пациентов. Клинических признаков проявления СБ не выявлено.

Таким образом, выполнение лапароскопических вмешательств у больных с бессимптомным спаечным процессом в брюшной полости целесообразно и не зависит от степени СП. Проводимый минимальный лапароскопический адгезиолизис перед основным этапом операции позволяет снизить травматичность операции, уменьшить риск развития рецидива спаек и проявления в дальнейшем клинических признаков СБ.

Вывод

Лапароскопические вмешательства у больных с наличием бессимптомного спаечного процесса брюшной полости позволяют выполнить адгезиолизис перед основным этапом операции без значимого увеличения времени и травматичности вмешательства, снизить риск образования спаек и их осложнений, тем самым улучшить качество жизни больного.

Литература

1. Intra-abdominal adhesions: definition, origin, significance in surgical practice, and treatment options / D. Bruggmann, G. Tchertchian, M. Wallwiener [et al.] // Dtsch. Arztebl. Int. — 2010. — Vol. 107, № 44. — P. 769-775.
2. DiZerega G.S. Contemporary adhesion prevention / G.S.DiZerega // Fertil. Steril. — 1994. — Vol. 61. — P. 219-235.
3. Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction / H.Ellis // Eur. J. Surg. — 1997. — Vol. 577 — P.5-9.
4. Risberg B. Adhesions: preventive strategies / B.Risberg // Eur. J. Surg. — 1997. — Vol. 577. — P. 32-39.
5. Scott-Coombes D. Human intraperitoneal fibrinolytic response' to elective surgery / D.Scott-Coombes, S.Whawell, M.N.Vipond // Br. J. Surg. — 1995. — Vol. 82 (3). — P. 414-417.
6. Воробьев А.А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А.А.Воробьев, А.Г.Бебуришвили. — Волгоград: Издатель, 2001. — 240 с.
7. Ковалев М.М. Сенсбилизация организма к кишечной микрофлоре (E.coli) как фактор развития послеоперационной спаечной болезни / М.М.Ковалев, В.П.Рой, В.В.Поканевич // Общая и неотложная хирургия. — 1983. — Вып. 13. — С. 33-37.
8. Parker J. Microlaparoscopic left upper quadrant entry in patients at high risk of periumbilical adhesions / J.Parker, G.Reid, F.Wong // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. — 1999. — Vol. 39, №1. — P. 88-92.

9. Peritoneal lavage fluid protease levels after in vivo administration of tolmetin in hyaluronic acid / H.Abe, J.D.Campeau, K.E.Rodgers [et al.] // J. Surg. Res. — 1993. — Vol. 55, №4. — P. 451-456.
10. Коссович М.А. Особенности лапароскопического адгезиолизиса при спаечном процессе в брюшной полости / М.А.Коссович, С.Н.Коршунов, В.В.Кузовахо // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2008. — №1 (19). — С. 97-102.

Р.В.Бондарев, О.А.Орхов, С.С.Селіванов. Хірургічна тактика лапароскопічних втручань при наявності безсимптомного злукового процесу черевної порожнини. Луганськ, Україна.

Ключові слова: злуковий процес черевної порожнини, злукова хвороба, лапароскопічний адгезіолізис.

У роботі наведені результати лікування 92 хворих із наявністю безсимптомного злукового процесу черевної порожнини. Конверсія відбулася в одного хворого на хронічний калькульозний холецистит у зв'язку з вираженим рубцово-злуковим процесом у підпечінковому просторі. Навпаки, у 91 випадку лапароскопічні втручання дозволили виконати перед основним етапом втручання лапароскопічний адгезіолізис без значного збільшення часу та травматичності втручання та знизити ризик утворення спайок та їх ускладнень.

R.V.Bondarev, A.A.Orekhov, S.S.Selivanov. Surgical laparoscopic tactics in case of asymptomatic adhesive process of abdominal cavity. Lugansk, Ukraine.

Key words: abdominal adhesions, adhesive disease, laparoscopic adhesiolysis.

Results of treatment of the 92 patients with asymptomatic abdominal adhesions process were presented. Conversion was performed in 1 patient with chronic calculous cholecystitis due to the severe scarring adhesions process in the subhepatic space. In 91 cases, laparoscopic procedures have allowed to perform in front of the main stage laparoscopic adhesiolysis without a significant increase the time and trauma operation and reduce the risk of the formation of adhesions and their complications.