



Д. О. Євтушенко,
І. А. Тарабан, Д. В. Мінухін,
О. М. Шевченко,
Д. О. Мірошніченко

ДУ «Інститут загальної
та невідкладної хірургії
ім. В. Т. Зайцева НАМНУ»,
м. Харків

© Колектив авторів

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЛАПАРОСКОПІЧНІ МЕТОДИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТА СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ

Резюме. Переваги мініінвазивних доступів переконливо доведені в діагностиці та лікуванні гострої спайкової кишкової непрохідності та хронічного абдомінального болю.

Лапароскопічні втручання, що вживаються у зв'язку з гострими болями в животі, дозволяють своєчасно виявити і усунути странгуляційну непрохідність до розвитку незворотних ішемічних ушкоджень тонкої кишки. Лапароскопія особливо показана у хворих з гострою кишковою непрохідністю при відсутності операцій в анамнезі і у пацієнтів з «малими» лапаротоміями. У таких випадках лапароскопія застосовується як діагностичний метод, а при підтвердженні діагнозу спайкової непрохідності переходить в ендохірургічну операцію.

Недоліком лапароскопічного методу лікування непрохідності кишечника є відсутність можливості інтубації і шинування тонкої кишки довгими зондами при наявності паралітичної ілеусу.

Лапароскопічний адгезіолізис має перевагу перед відкритою хірургічною технікою в лікуванні гострої спайкової кишкової непрохідності, може бути методом вибору при хірургічному лікуванні спайкових післяопераційних ускладнень. При цьому важливим моментом є визначення критеріїв відбору пацієнтів для лапароскопічного адгезіолізісу.

Ключові слова: спайкова хвороба очеревини, хірургічне лікування спайкової хвороби очеревини.

Втілення в хірургічну практику оперативних втручань на органах черевної порожнини, проблема спайкової хвороби очеревини не втрачає своєї актуальності. Післяопераційні спайки є причиною болів в животі у 10-15 % пацієнтів, оперованих на органах черевної порожнини і малого таза. Від 20-74 % випадків безпліддя у жінок обумовлено післяопераційним адгезивним процесом малого таза [4, 7, 12].

Проблема спайкової хвороби очеревини та хірургічне лікування пов'язаної з нею гострої спайкової непрохідності кишечника залишається однією з найбільш актуальних та складних у сучасній абдомінальній хірургії.

Серед всіх видів непрохідності спайкова непрохідність кишечника зустрічається найчастіше і складає від 40,4 % до 86 % випадків. Післяопераційна летальність при цьому становить від 5,7 до 15-25 % і не має стійкої тенденції до зниження [2, 9, 19].

У хірургічному лікуванні спайкової хвороби очеревини досягнуто значних успіхів. В тому числі велика увага приділялась різним засобам консервативного лікування та профілактиці процесу спайкоутворення. Розроблено та вивчено різні методи оперативних втручань,

досліджено різні методики інтубації тонкої та товстої кишки.

З спайками очеревини пов'язано від 40 до 75 % всієї кишкової непрохідності, а летальність при цьому ускладненні як і раніше залишається на високому рівні (5-10 %) і не має тенденції до зниження [1, 8, 14].

Оперативні втручання з приводу гострої спайкової кишкової непрохідності не виключають можливість рецидиву, а часом є стимулюючим фактором спайкоутворення. При цьому адгезивний процес часто призводить до значних технічних труднощів при виконанні повторних операцій на органах черевної порожнини, збільшуючи при цьому кількість хірургічних ускладнень.

Вперше для лікування спайкової кишкової непрохідності лапароскопію застосували Bastyg et al. (1991). У 1991 р. Kolmogren K та Schulz A. вперше були представлені позитивні результати використання лапароскопічного адгезіолізіса в лікуванні хронічної абдомінальної болю і безпліддя в гінекологічній практиці [6, 13, 18].

До теперішнього часу переваги мініінвазивних доступів переконливо доведені авторами, що володіють досвідом їх застосування в діа-

гностиці та лікуванні гострої спайкової кишкової непрохідності та хронічного абдомінального болю [3, 10, 16].

Лапароскопія дозволяє не тільки уточнити діагноз непрохідності кишечника, але і успішно її усунути з мінімальною травмою для хворого. Лапароскопічні втручання, що вживаються у зв'язку з гострими болями в животі, дозволяють своєчасно виявити і усунути странгуляційну непрохідність до розвитку незворотних ішемічних ушкоджень тонкої кишки. Лапароскопія особливо показана у хворих з гострою кишковою непрохідністю при відсутності операцій в анамнезі і у пацієнтів з «малими» лапаротоміями. У таких випадках лапароскопія застосовується як діагностичний метод, а при підтвердженні діагнозу спайкової непрохідності переходить в ендохірургічну операцію.

Переваги лапароскопічного адгезіолізісу полягають в значно меншій частоті повторного розвитку спайок, невеликій частоті ранових ускладнень, рідкісному розвитку післяопераційних гриж. Середній час відновлення функції кишечника після ендоскопічної операції зазвичай становить 1-2 дні, а після відкритої - більше 6 днів. Тривалість післяопераційного лікування в разі мініінвазивного втручання дорівнює в середньому 3,5 доби, тоді як після «відкритого» втручання - більше 10 днів. Значно більш легкий перебіг післяопераційного періоду, швидке відновлення функції кишечника, рання активізація хворих і менша тривалість перебування в стаціонарі є важливими перевагами лапароскопічної техніки.

З іншого боку, у міру накопичення досвіду хірургічного лікування цієї складної патології було виявлено, що можливості лапароскопічного методу обмежені. Це призвело до появи відеоасистованих втручань, коли лапароскопія доповнюється мінілапаротомією. Відеоасистовані операції показані при наявності «мобільного» конгломерату кишкових петель і можливості його виведення на передню черевну стінку, при показаннях до резекції кишки або в зв'язку з високим ризиком ушкодження кишкової стінки під час лапароскопічного вісцеролізу.

У ряді випадків доводиться вдаватися до конверсії та переходу на відкриту операцію (6-45 % випадків). Лапароскопічні втручання при виражених внутрішньочеревних зрощеннях, підвищеному ризику пошкодження розтягнутих кишкових петель можуть стати складними і нездійсненними навіть для дуже досвідченого хірурга. У подібних ситуаціях відзначається висока частота ушкоджень кишечника (6-10 %). У зв'язку з цим лапароскопічний доступ може значно збільшити тривалість опе-

рації. Конверсія показана при неможливості ревізії всіх петель тонкої кишки, сумнівах в адекватній прохідності деформованих петель в конгломераті кишок [5, 11, 19].

Після лапароскопічних операцій з приводу гострої спайкової непрохідності тонкої кишки неускладнений перебіг післяопераційного періоду відзначається більш ніж у 70 % хворих. Частота післяопераційних ускладнень може коливатися від 7 до 30 % [15, 17, 19].

Абсолютним показанням до лапароскопії є практично всі випадки спайкової кишкової непрохідності при відсутності зазначених нижче протипоказань:

1) надмірне здуття живота, що утрудняє входження в черевну порожнину і обмежує обсяг робочого простору для виконання адекватної роботи в ній;

2) виражений перитоніт, коли потрібно резекції кишки та/або інтубації і шинування кишечника;

3) щільний запальний інфільтрат, що є причиною кишкової непрохідності;

4) наявність «холодного» конгломерату з безлічі спаяних між собою петель кишечника при пізньої спайкової непрохідності;

5) наявність кишкових свищів в анамнезі;

6) гемодинамічна нестабільність;

7) серйозні коморбідні серцеві та/або легеневі проблеми, що ускладнюють накладення пневмоперитонеума.

Ретроспективний аналіз показав, що несприятливим фактором, що утрудняє операцію внаслідок високої ймовірності розповсюдженого спайкового процесу, можуть бути багаторазові епізоди гострої непрохідності кишечника в анамнезі.

Хворі повинні бути поінформовані про велику ймовірність конверсії при виконанні лапароскопічних втручань.

Операція лапароскопічним шляхом показана при неефективності консервативних заходів протягом 2-3 годин. На думку інших авторів проведення діагностичного етапу лапароскопічної операції може бути виконано і в більш ранні терміни, після закінчення мінімальної передопераційної підготовки [4, 9, 10].

При відсутності перерахованих вище протипоказань, вважається за доцільне ставити показання до діагностичного етапу лапароскопічного втручання. Обсяг і характер цього втручання буде визначено в процесі діагностики і буде залежати від клінічного варіанту спайкового процесу у хворого.

Недоліком лапароскопічного методу лікування непрохідності кишечника є відсутність можливості інтубації і шинування тонкої кишки довгими зондами при наявності паралітичної ілеусу.



Таким чином, лапароскопічний адгезіолізіс має перевагу перед відкритою хірургічною технікою в лікуванні гострої спайкової кишкової непрохідності та може, безумовно, бути методом

вибору при хірургічному лікуванні спайкових післяопераційних ускладнень. При цьому важливим моментом є визначення критеріїв відбору пацієнтів для лапароскопічного адгезіолізісу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранов Г. А. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости / Г.А. Баранов, М.Ю. Карбовский // Хирургия. — 2006. — № 7. — С. 56—59.
2. Воробей А.В. Адгезиотомия как важное звено в тактике ликвидации временных энтеро — и колостом / А.В. Воробей, А.Н. Сивец, Н.А. Рижма // Мед. новости. — 2006. — № 1. — С. 113 — 116.
3. Запорожченко Б.С., Вилюра О.В., Бородаев И.Е., Муравьев П.Т., Шевченко В.Г. Ранняя острая спаечная кишечная непроходимость, вопросы диагностики, хирургического лечения и профилактики рецидивов. // Одесский государственный медицинский университет. Український журнал хірургії. - 2009. - N 4. - С.60-62.
4. Курбанов К.М., Шарипов Х.Ю., Абдулмачидзода А. Современные технологии в диагностике и лечении спаечной непроходимости тонкого кишечника // Харківська хірургічна школа. — 2009. — N 4.1 (36). — С. 239-241.
5. Застосування протизлукowego гелю при резекції тонкої кишки на тлі злукowego процесу в експерименті / Мішалов В.Г., Бик П.Л., Лещинин І.М., Голінко В.М. // Хірургія України. — 2013. — № 4. — С. 109-120.
6. Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф. Хирургические барьеры в профилактике послеоперационных спаек. // Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, Уфа. Анналы хирургии. — 2008. — № 2. — С. 22-24.
7. Catena F., Di Saverio S., Kelly M.D., et al. Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery. // World J. Emerg. Surg. - 2011. - Vol. 6, N 5.
8. Davey A.K. Surgical adhesions: a timely update, a great challenge for the future/ A.K. Davey, P.J. Maher // J. Minim Invasive Gynecol. — 2007. — Vol.14, №1. — P. 15-22.
9. Fazio V.W., Cohen Z., Fleshman J.W. et al. Reduction in adhesive smallbowel obstruction by Seprafilm adhesion barrier after intestinal resection. // Disc. Colon. Rectum. - 2006. - Vol. 49. - P. 1-11.
10. Fisher C. Laparoscopic approach to small bowel obstruction / C. Fisher, D. Loherty // Semin laparoscopic surg. — 2012. — №1. — P. 40 — 42.
11. Hamzaoglu I. Can laparoscopy be performed safely early after laparotomy? / I. Hamzaoglu, K. Saribeyoglu // Surg Laparosc Endosc Tech. — 2010. — Vol. 10, №6. — P.379 — 381.
12. Robbins S.B., Pofahl W.E., Gonzalez R.P. Laparoscopic ventral hernia repair reduces wound complications. // Am Surg. — 2012. — Vol.67, №9. — P.896 — 900.
13. Karabulut B., Sonmez K., Turkyilmaz Z. et al. Omentum prevents intestinal adhesions to mesh graft in abdominal infections and serodal defect. // Surg. Endosc. - 2006. - Vol. 20, N 6. - P. 978-982.
14. Koiava Z.A. Development of the postoperative adhesions in the small pelvic cavity/ Z.A. Koiava // Georgian Med News. — 2005. — Vol. 120. — P.24 — 26.
15. LeBlanc K.A, Whitaker J.M, Bellanger D.E, Rhynes V.K. Laparoscopic incisional and ventral hernioplasty: lessons learned from 200 patients. // Hernia. — 2013. — Vol.7, №3. — P.118 — 124.
16. Menzies D. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology and clinical significance. // Digestive Surgery. - 2001. - № 18. - P. 260-273.
17. Shreinemacher M.H., Ten Broek R.P., Bakkum E.A. et al. Adhesion Awareness: A National Survey of Surgeons. // World J. Surg. - 2010. Vol. 34, N 12. - P. 2805-2812.
18. Ten Broek R.P., Strik C., Issa Y., Bleichrodt R.P., van Goor H. Adhesiolysis-related morbidity in abdominal surgery. // Ann Surg. - 2013. - Vol. 258 (1). - P. 98-106.
19. The suturing concept for laparoscopic mesh fixation in ventral and incisional hernias: preliminary results. / E.Chelala, F.Gaede, V.Douillez et al. // Hernia. — 2013. — Vol.7, №4. — P.191 — 196.
20. Vant Riet M., de Vos van Steenwijk P.J., Bonthuis F. A revention of adhesion to prosthetic mesh: comparison of different barriers using an incisional hernia model. // Ann. Surg. — 2003. — Vol.237, №1. — P.123 — 128.
21. Veillette G., Mac Gillivray D., Whalen G. Practical experience with the Stoppa repair of ventral incisional hernias. // Conn Med. — 2011. — Vol.65, №2. — P. 67- 70.
22. Vlahos N.F., Zeisset A. Understanding pelvic adhesions. How to get up to date with procedures, codes. // J. AHIMA. — 2013. — Vol.74, №5. — P.74 — 77.



СОВРЕМЕННЫЙ
ВЗГЛЯД НА
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ
МЕТОДЫ В
ДИАГНОСТИКЕ И
ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ
КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ И
СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

*Д. А. Евтушенко,
И. А. Тарабан, Д. В. Минухин,
А. М. Шевченко,
Д. О. Мирошниченко*

Резюме. Преимущества миниинвазивных доступов убедительно доказаны в диагностике и лечении острой спаечной кишечной непроходимости и хронической абдоминальной боли.

Лапароскопические вмешательства, предпринимаемых в связи с острыми болями в животе, позволяют своевременно выявить и устранить странгуляционную непроходимость к развитию необратимых ишемических повреждений тонкой кишки. Лапароскопия особенно показана у больных с острой кишечной непроходимостью при отсутствии операций в анамнезе и у пациентов с «малыми» лапаротомиями. В таких случаях лапароскопия применяется как диагностический метод, а при подтверждении диагноза спаечной непроходимости переходит в эндохирургические операции.

Недостатком лапароскопического метода лечения непроходимости кишечника является отсутствие возможности интубации и шинирования тонкой кишки длинными зондами при наличии паралитического илеуса.

Лапароскопический адгезиолизис имеет преимущество перед открытой хирургической техникой в лечении острой спаечной кишечной непроходимости, может быть методом выбора при хирургическом лечении спаечных послеоперационных осложнений. При этом важным моментом является определение критериев отбора пациентов для лапароскопического адгезиолизиса.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшины, хирургическое лечение спаечной болезни брюшины.

MODERN VIEW ON
LAPAROSCOPIC METHODS
IN THE DIAGNOSIS
AND TREATMENT OF
ADHESIVE INTESTINAL
OBSTRUCTION AND
ADHESIVE DISEASE

*D. O. Yevtushenko,
I. A. Taraban, D. V. Minuhin,
O. M. Shevchenko,
D. O. Miroshnichenko*

Summary. The advantages of minimally invasive access are convincingly proven in the diagnosis and treatment of acute adhesive obstruction and chronic abdominal pain.

Laparoscopic interventions, which are used in connection with acute abdominal pains, allow to timely detect and eliminate strangulation obstruction to the development of irreversible ischemic injuries of the small intestine. Laparoscopy is especially indicated in patients with acute intestinal obstruction without a history of operations and in patients with “small” laparotomies. In such cases, laparoscopy is used as a diagnostic method, and at confirmation of the diagnosis of adhesion obstruction passes into an endosurgical operation.

The disadvantage of the laparoscopic method of treatment of intestinal obstruction is the lack of intubation and truncation of the small intestine with long probe in the presence of paralytic ileus.

Laparoscopic adhesion has an advantage over open surgical technique in the treatment of acute adhesive obstruction, may be the method of choice for the surgical treatment of adhesive postoperative complications. At the same time, the important point is to determine the criteria for the selection of patients for laparoscopic viscerolysis.

Key words: adhesive disease of the peritoneum, the surgical treatment of adhesive disease of the peritoneum.