

МОЖЛИВОСТІ ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

*М.І.Тутченко, О.В.Васильчук,
С.М.Піотрович*

**Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця МОЗ України
Київ, Україна**

Проведено аналіз лікування 22 пацієнтів з гострою кишковою непрохідністю з використанням малоінвазивних технологій. Спайковий процес як причина кишкової непрохідності був діагностований у 21 (95,5%) випадку. У 8 (38,1%) пацієнтів причиною непрохідності були поодинокі спайки, у 13 (61,9%) — спайковий процес у зоні попереднього оперативного втручання. Малоінвазивні технології з успіхом були використані у 12 (54,5%) хворих. У 10 (45,5%) випадках виникла необхідність в лапаротомії. Ефективність впровадження малоінвазивних технологій у невідкладну хірургію гострої кишкової непрохідності залежить від зваженої інтерпретації результатів обстеження до операції та об'єктивної оцінки виявлених патологічних змін у черевній порожнині.

Ключові слова: спайки, кишкова непрохідність, лапароскопія.

Вступ

Гостра кишкова непрохідність (ГКН) залишається одним з найбільш поширених та небезпечних захворювань в абдомінальній хірургії і досягає 3,8% серед усієї невідкладної патології органів черевної порожнини. У 30-50% етіологічним чинником розвитку ГКН є спайковий процес, який у 60-70% викликає непрохідність тонкої кишки [1].

Основною метою оперативного лікування кишкової непрохідності є відновлення пасажу по кишечнику. Результати лікування залежать як від швидкості прийняття рішення про необхідність

оперативного лікування, так і від правильного вибору тактики з урахуванням усіх можливих змін в організмі. Слід зазначити, що «мудре» очікування є основною причиною пізно виконаних операцій, які супроводжуються резекцією нежиттєздатної кишки і збільшують вірогідність розвитку ускладнень та летальних випадків. Від активної тактики хірурга часто утримує розуміння того, що вірогідність повторної спайкової кишкової непрохідності після кожної операції прогресивно збільшується [2]. Чи можна уникнути невідповідності між травматичністю стандартної лапаротомії й обсягом інтраабдомінального втручання, що інколи полягає в розтині поодинокі спайки, і при цьому не затягувати прийняття рішення про оперативне лікування? Усе більше хірургів намагаються відповісти на це питання за допомогою відеолапароскопії [3]. Однак чи мають потенційну перевагу лапароскопічні операції при оперативному лікуванні ГКН? Неможливість рекомендувати лапароскопічний адгезіоліз як альтернативу традиційного оперативного лікування відмічено рядом авторів [4, 5]. У той же час у літературі зустрічається думка, що лапароскопічний адгезіоліз має переваги перед відкритою хірургічною технікою і може бути методом вибору в лікуванні спайкової ГКН [6, 7].

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз лікування 22 пацієнтів з ГКН з використанням малоінвазивних технологій. Критеріями відбору хворих для виконання малоінвазивного втручання були:

- одне оперативне втручання в анамнезі;
- попереднє оперативне втручання не з верхньосерединної лапаротомії;
- тривалість захворювання менше 24 годин;
- відсутність ознак перитоніту при клінічному обстеженні.

Чоловіків було 9 (40,9%), жінок — 13 (59,1%). Вік хворих коливався в межах від 17 до 65 років. У 14 (63,6%) пацієнтів в анамнезі була апендектомія, виконана з лапаротомії в правій здухвинній ділянці, у 2 (14,3%) з них апендектомія поєднувалась із секторальною резекцією правого яєчника з того ж доступу. Оперативне втручання на внутрішніх статевих органах з нижньосерединної лапаротомії, або доступу Pfannenstiel, в минулому перенесли 8 (36,4%) пацієнток.

Алгоритм діагностики ГКН включав поєднання даних анамнезу, клінічного, рентгенологічного та ультразвукового (УЗ) обстежень.

До УЗ ознак кишкової непрохідності відносили:

- розширення просвіту кишки $>2,5$ см з феноменом «секвестрації рідини»;
- маятниковий зворотньо-поступальний рух хімусу по кишці;
- потовщення стінки тонкої кишки >4 мм та візуалізація рельєфа її слизової оболонки;
- наявність рідини між петлями кишечника та в черевній порожнині.

Для введення троакару знаходили ультразвукове «вікно», яке також слугувало місцем накладання пневмоперитонеуму. Місце постановки портів для маніпуляторів вибирали в залежності від локалізації прогнозованої причини ГКН при виконанні лапароскопії.

Результати дослідження та їх обговорення

Діагноз ГКН за даними анамнезу, результатами клінічного, рентгенологічного та УЗ обстеження був верифікований до операції в усіх 22 пацієнтів.

Однією з основних умов можливості ефективною відеолапароскопічної ліквідації непрохідності є чітка візуалізація причини обструкції. Спайковий процес як причина ГКН був діагностований у 21 (95,5%) випадку. В 1 (4,5%) жінки непрохідність зумовила інвагінація дистального відділу здухвинної кишки в сліпу. Дезінвагінація виконана лапароскопічно.

У 8 (38,1%) пацієнтів причиною непрохідності були поодинокі спайки, які у 5 (62,5%) випадках викликали обтураційну, у 3 (37,5%) — странгуляційну кишкову непрохідність. В інших 13 (61,9%) хворих непрохідність зумовив спайковий процес у зоні попереднього оперативного втручання з утворенням вісцеро-вісцеральних і вісцеро-парієтальних спайок та деформацією петель термінального відділу здухвинної кишки. Відмова від продовження ендовідеохірургічного втручання на етапі відеолапароскопії в 2 (9,1%) випадках була зумовлена вираженим метеоризмом і здуттям тонкої кишки більше 4 см, що унеможливило проведення повноцінної лапароскопічної ревізії черевної порожнини.

Лапароскопічне роз'єднання спайок намагались, по можливості, виконувати «гострим» шляхом — ножицями, без використання електрокоагуляції, особливо при площинних та шнуроподібних спайках. Розділяли тільки «причинні» спайки, уникаючи надмірного адгезіолізу, адже

мінімальний травматизм втручання є найбільш дієвим фактором захисту від утворення нових злук. Ознакою ефективності виконаного втручання вважали заповнення кишковим вмістом спалих дистальних відділів кишечника після ліквідації причини непрохідності.

Конверсія виконана у 7 (31,8%) пацієнтів при наявності множинних інтраабдомінальних зрощень з утворенням кишкового конгломерату та елементами вузлоутворення.

При ліквідації странгуляційної непрохідності важливим етапом оперативного втручання є оцінка життєздатності кишки. Некроз петлі тонкої кишки виявлено у 2 (9,1%) хворих. В одного з них, після лапароскопічного розсічення спайки, резекцію петлі кишки з формуванням ентеро-ентероанастомозу виконали з міні-доступу, через який була видалена кишка після її резекції. В іншого пацієнта, із заворотом і некрозом петлі кишки, операцію виконали з традиційного лапаротомного доступу.

Таким чином, з 22 пацієнтів із клінічним діагнозом ГКН малоінвазивні технології з успіхом були використані у 12 (54,5%) хворих. У 10 (45,5%) хворих для адекватної та безпечної ліквідації причини непрохідності виникла необхідність в лапаротомії. Протипоказаннями до використання малоінвазивних технологій при ліквідації спайкової ГКН вважаємо:

1) неможливість виконання повноцінної лапароскопічної ревізії з чіткою візуалізацією причини непрохідності;

2) множинні інтраабдомінальні зрощення з утворенням кишкових конгломератів або вузлоутворення.

Стриманий підхід до визначення показань застосування відеолапароскопії, правильна оцінка інтраопераційних даних та своєчасний перехід до конверсії дозволили уникнути інтраопераційних ускладнень під час лапароскопічних втручань у даної групи хворих. У післяопераційному періоді ускладнень не спостерігали.

Висновки

Ефективність впровадження малоінвазивних технологій у невідкладну хірургію гострої спайкової кишкової непрохідності залежить від зваженої інтерпретації результатів обстеження до операції та об'єктивної оцінки виявлених патологічних змін у черевній порожнині.

Малоінвазивні оперативні втручання у пацієнтів з гострою кишковою непрохідністю, викликану поодинокими спайками, можуть бути операцією вибору при лікуванні даного контингенту хворих.

Література

1. Внутрибрюшные спайки — недооцениваемая проблема (обзор литературы) / Н.Л.Матвеев, Д.Ю.Арутюнян // Эндоскопическая хирургия. — 2007. — №5. — С. 60-68.
2. Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction / V.T.Fevanq, J.Fevanq, S.A.Lie et al. // Ann. Surg. — 2004. — Vol. 240, № 2. — P. 193-201.
3. Острая спаечная кишечная непроходимость / А.Г.Кригер, И.Л.Андрейцев, П.К.Воскресенский // Эндоскопическая хирургия. — 2002. — №1. — С. 41-45.
4. Second-look laparoscopy after laparoscopic relief of strangulated small bowel obstruction / J.P.Pearl, M.J.Rosen // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. — 2009. — Vol.19, №3. — P. 241-243.
5. Laparoscopy for abdominal emergencies / S.Sauerland, F.Agresta, R.Bergamaschi et al. // Surg. Endosc. — 2006. — Vol.11. — P. 14-29.
6. Багненко С.Ф., Сіненченко Г.І., Чупріс В.Г. Лапароскопічна діагностика та лікування гострої спайкової тонкокишкової непрохідності // Вісник хірургії ім. І.І.Грекова. — 2009. — Т. 168, №1. — С. 27-30.
7. Feasibility of laparoscopy for small bowel obstruction / E.Farinella, R.Cirocchi, F. La Mura et al. // World J. Emerg. Surg. — 2009. — Vol. 4.

М.И.Тутченко, О.В.Васильчук, С.М.Пиотрович. Возможности эндовидеохирургии в лечении острой кишечной непроходимости. Киев, Украина.

Ключевые слова: спайки, кишечная непроходимость, лапароскопия.

Проведен анализ лечения 22 пациентов с острой кишечной непроходимостью с использованием малоинвазивных технологий. Спаечный процесс как причина кишечной непроходимости был диагностирован в 21 (95,5%) случае. У 8 (38,1%) пациентов причиной непроходимости были единичные спайки, у 13 (61,9%) — спаечный процесс в зоне первого оперативного вмешательства. Малоинвазивные технологии с успехом были использованы у 12 (54,5%) больных. В 10 (45,5%) случаях возникла необходимость в лапаротомии. Эффективность внедрения малоинвазивных технологий в неотложную хирургию острой кишечной непроходимости зависит от взвешенной интерпретации результатов обследования до операции и объективной оценки выявленных патологических изменений в брюшной полости.

M.I.Tutchenko, O.V.Vasylchuk, S.M.Piotrovich. Features endovideosurgery in the treatment of acute intestinal obstruction. Kyiv, Ukraine.

Key words: adhesions, intestinal obstruction, laparoscopy.

The analysis of treatment of 22 patients with acute intestinal obstruction with the use of low technology. Adhesive process as a cause of intestinal obstruction was diagnosed in 21 (95,5%) cases. In 8 (38,1%) patients had isolated the cause of obstruction adhesions in 13 (61,9%) — adhesive process in the area of previous surgery. Invasive technique has successfully been used in 12 (54,5%) patients. In 10 (45,5%) cases there was a need for laparotomy. Efficiency of introduction of low technology in emergency surgery of acute intestinal obstruction depends on the interpretation of survey results weighted to the operation and objective assessment of pathological changes detected in the abdominal cavity.