

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Василевич А. П., Неверов П. С., Куделич О. А., Карман А. Д., Есепкин А. В., Альнадфа М. Н., Жук А. С., Скипор Л. В.

1-я кафедра хирургических болезней,

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

УЗ «10-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) остается одной из сложных и актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Расширение объема оперативных вмешательств привело к увеличению количества пациентов с данной патологией. Основным методом хирургического лечения ОСКН в настоящее время остается открытая лапаротомия с адгезиолизисом, при необходимости – резекция нежизнеспособного участка кишки. Выполнение вмешательств традиционным способом неизбежно провоцирует образование новых спаек, обрекая пациента на повторные операции. На заре развития лапароскопической хирургии спаечная болезнь брюшной полости считалась абсолютным противопоказанием к малоинвазивной операции. С накоплением опыта хирургов и развитием эндовидеохирургической (ЭВХ) технологии малоинвазивные вмешательства все шире применяются в лечении ОСКН при наличии соответствующих условий.

Цель. Представить первый опыт ЭВХ операций в лечении острой спаечной кишечной непроходимости. Оценить преимущества и недостатки данной методики.

Материал и методы. В отделении экстренной хирургии УЗ «10 ГКБ» г. Минска за период с января 2015 г. по сентябрь 2016 г. прошли лечение 148 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью. Из них мужчин было 60 (40,5 %), женщин – 88 (59,5 %). Возраст пациентов составлял от 16 до 87 лет, средний $58,1 \pm 17,1$ (M \pm δ).

При выборе показаний к ЭВХ операции мы учитывали форму ОСКН, сроки от начала заболевания и распространенность спаечного процесса. Абсолютным противопоказанием к данному оперативному вмешательству мы считали значительное расширение тонкой кишки (более 4 см), наличие признаков перитонита при физикальном обследо-

ваний, тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем, число предыдущих лапаротомий – более 2. Оценка лапароскопического адгезиолизиса при ОСКН проводилась с использованием следующих параметров: длительность операции, количество интра- и послеоперационных осложнений, течение послеоперационного периода, продолжительность пребывания в стационаре.

Продолжительность ОСКН до момента госпитализации составила от 4 до 26 часов. При этом большая часть операций (62,5 %) выполнены до 12 часов от начала заболевания. С целью безопасности при пункции передней брюшной стенки мы использовали зоны, удаленные от послеоперационных рубцов, или вводили троакары в брюшную полость под контролем зрения и пальца через минидоступ. УЗИ брюшной полости на предоперационном этапе позволяет в ряде случаев выбрать наиболее безопасную точку установки первого троакара.

Для устранения непроходимости применяли набор инструментов: мягкий эндозажим, ножницы с монополярной коагуляцией и крючок, аппарат для мобилизации и лигирования сосудов «Liga Sure». При обнаружении участка спавшейся петли и зоны сдавления кишечной стенки шнуровидной спайкой, ножницами штранг пересекали и производили тщательный контроль гемостаза, а также оценку жизнеспособности сдавленного участка кишки. Рыхлые сращения разделяли без использования режущего инструментария путем distraction петель кишечника двумя эндозажимами.

Результаты и обсуждения. При поступлении всем пациентам при отсутствии признаков странгуляции и/или перитонита выполнялся лечебно-диагностический прием. Показанием к оперативному лечению считали безуспешность консервативных мероприятий в течение 2–6 часов. У 89 (60 %) пациентов на фоне консервативной терапии явления кишечной непроходимости разрешились. Остальные 59 (40 %) пациентов были оперированы. Традиционная лапаротомия и энтеролиз произведен у 27 (45,7 %) пациентов, адгезиолизис с резекцией кишки – у 24 (40,7 %). Первый лапароскопический адгезиолизис при ОСКН в нашей клинике был проведен в 2015 г., и на сегодняшний день мы имеем опыт такого лечения у 8 (13,6 %) пациентов.

Осложнений при введении троакаров в брюшную полость не было. Продолжительность ЭВХ вмешательств составила 75 ± 15 минут. При этом продолжительность лапароскопической операции варьировалась от 20 минут при простом пересечении единичной спайки до 2–2,5 часов в сложных случаях. Осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде мы также не отмечали.

Продолжительность пребывания в клинике пациентов после лапароскопической операции была короче – 4 ± 1 день, против $7,5 \pm 2,5$ дня у пациентов, перенесших лапаротомию с адгезиолизисом без резекции кишки ($P < 0,05$).

У этой же категории больных отмечено более легкое течение послеоперационного периода. Это проявилось в первую очередь более

быстрой активизацией пациентов, отсутствием выраженного болевого синдрома, нормализацией показателей крови и температуры тела в течение 3 дней против 6 в группе пациентов, перенесших традиционную операцию ($P < 0,05$).

Выводы.

1. ЭВХ вмешательства являются приемлемым методом выбора в лечении ОСКН. При этом они должны выполняться только опытным хирургом, имеющим достаточный опыт открытых операций при данной патологии.

2. Лапароскопический адгезиолизис при ОСКН успешен в тех случаях, когда его выполняют по показаниям в ранние сроки болезни с небольшим количеством предыдущих лапаротомий. Это позволяет сократить время госпитализации на 3,5 дня и избежать послеоперационных осложнений.