

Б.П. Филенко, д.м.н., профессор; В.П. Земляной, д.м.н., профессор; П.А. Котков;

Б.В. Сигуа, д.м.н., доцент; Л.В. Кюн; Д.В. Гуржий, к.м.н.; Е.М. Несвит.

Особенности диагностики и эндовидеохирургического лечения спаечной болезни
брюшной полости

B.P. Filenko, MD, professor; V.P. Zemlyanoy, MD, professor; P.A. Kotkov;

B.V. Sigua, MD, associate professor; L.V. Kjun; D.V. Gurzhij, PhD; E.M. Nesvit.

The diagnosis and laparoscopic treatment of abdominal adhesions

Кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова, Северо-Западный

государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова.

Любые вмешательства на органах живота, сопровождающиеся повреждением брюшинных покровов, в абсолютном большинстве случаев сопровождаются формированием соединительнотканых сращений, которые у 67–93% оперированных проявляются различными формами спаечной болезни – от так называемого синдрома хронических абдоминальных болей до рецидивирующего нарушения кишечного пассажа и острой спаечной кишечной непроходимости [1, 4, 5]. Выявление спаечного процесса в брюшной полости, как основной причины хронических абдоминальных болей представляет собой нелегкую диагностическую задачу [6, 8]. Бурное развитие эндовидеохирургических технологий и совершенствование мануальных навыков привели к расширению показаний к выполнению лапароскопических операций при спаечной болезни, как менее травматичных, обеспечивающих лучшие ближайшие и

отдаленные результаты [7, 9]. По данным иностранных авторов, частота успешных лапароскопических вмешательств при острой спаечной кишечной непроходимости не превышает 15% [2]. Сравнительно невысокая эффективность лапароскопических методик в лечении острой декомпенсированной кишечной непроходимости объясняется большим количеством противопоказаний к их применению (перитонит, признаки странгуляции, выраженное вздутие живота), а также частой необходимостью конверсии – при наличии распространенного спаечного процесса, необходимости резекции кишки, невозможности адекватной визуализации причины обструкции и т.д. [3]. В плановой хирургии спаечной болезни частота конверсии лапароскопического доступа колеблется в широких пределах – от 10,5 до 70%. Показаниями к смене доступа служат: выраженный рубцово-спаечный процесс с формированием кишечных конгломератов, а также ятрогенное повреждение полых органов [9]. Такой большой разброс, вероятнее всего, связан с различными критериями отбора пациентов для проведения планового лапароскопического адгезиолизиса в разных лечебных учреждениях. Как правило, кандидатами для подобного рода вмешательств выбираются пациенты с единичными оперативными вмешательствами в анамнезе, у которых, по данным дооперационного обследования, подозревается ограниченный спаечный процесс [3]. Вследствие этого применение эндовидеохирургического доступа у данной категории больных носит ограниченный характер: на настоящий момент наличие в анамнезе более 3-х оперативных вмешательств рассматривается как противопоказание к применению малоинвазивных технологий [3,8].

Приводим пример из собственной клинической практики, иллюстрирующий особенности диагностики и лапароскопического лечения спаечной болезни.

Пациентка Ч., 53 лет, поступила в клинику факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова 26.01.2017 года в плановом порядке с диагнозом направления - спаечная болезнь, болевая форма. При поступлении предъявляет жалобы на ноющие боли постоянного характера в нижних отделах живота, большие в правой подвздошной области, и задержку стула длительностью до 4 суток. Прием слабительных средств вызывает временное усиление болей с последующим их ослаблением после отхождения стула.

Из анамнеза известно, что в 2012 г. перенесла ампутацию матки с придатками по поводу субмукозной фибромиомы. С 2014 г. отметила появление периодических болей в правой подвздошной области, сопровождавшихся диспептическими явлениями. В марте 2014 г. в связи с выраженным болевым приступом в правой подвздошной области была госпитализирована в хирургическое отделение, где оперирована в экстренном порядке — выполнена аппендэктомия традиционным путем по поводу флегмонозного аппендицита. Однако, болевые приступы описанного характера сохранялись, более того, возросла их интенсивность и частота, по поводу чего неоднократно обследовалась в гастроэнтерологических клиниках, проводилась спазмолитическая, антисекреторная, эрадикационная терапия. В июне 2014 г. была в плановом порядке оперирована - выполнен лапароскопический адгезиолизис (протокол оперативного вмешательства не представлен). Впрочем, проведенное оперативное лечение на характер и выраженность болевого синдрома также не повлияло. В

октябре 2014 г. оперирована по поводу послеоперационной грыжи в области постаппендэктомического рубца — выполнена плановая аллопластическая герниопластика «on-lay». В 2015 г. на фоне сохранявшихся болей стала отмечать нарушения стула по типу задержек длительностью до 4-х суток, купировавшихся приемом слабительных средств. В декабре 2016 г. госпитализирована в экстренном порядке с явлениями субкомпенсированного нарушения кишечного пассажа в хирургический стационар, где была проведена проба Шварца, продемонстрировавшая замедление пассажа контрастного препарата без явлений декомпенсированной кишечной непроходимости. В связи с сохранением болей, рецидивирующими явлениями нарушения кишечного пассажа, низким эффектом медикаментозного лечения, поступила в клинику факультетской хирургии с целью дообследования и решения вопроса о необходимости оперативного лечения.

При осмотре: на передней брюшной стенке определяются рубцы в правой подвздошной области и по средней линии. Живот умеренно вздут, пальпаторно мягкий, болезненный в нижних отделах, больше в правой подвздошной области. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (30.01.2017) и эндоскопические исследования (эзофагогастродуодено- и колоноскопия от 14.12.2016) существенных патологических изменений не выявили. По данным Гидро-MPT кишечника от 02.03.2016 дистальные петли подвздошной кишки фиксированы в правой половине живота и малом тазу, имеют выпрямленный контур, не меняющий свою конфигурацию в ходе исследования.

Таким образом, учитывая анамнестические данные, наличие болевого синдрома с признаками нарушения кишечного пассажа, отсутствие эффекта от медикаментозного лечения и значимых органических изменений со стороны органов брюшной полости по данным обследования, а также косвенные признаки спаечного процесса по результатам Гидро-MPT, диагностирована спаечная болезнь с рецидивирующим нарушением кишечного пассажа. Принято решение о необходимости оперативного лечения в объеме адгезиолизиса. Учитывая отсутствие у пациентки абсолютных противопоказаний к формированию карбоксиперитонеума, принято решение в пользу лапароскопического доступа. Принимая во внимание неоднократные предшествующие анамнестические вмешательства на органах брюшной полости, накануне планируемого оперативного вмешательства выполнена ультразвуковая эхолакация передней брюшной стенки с целью выявления акустических окон для установки оптического троакара.

Оперативное лечение выполнено в объеме лапароскопической ревизии брюшной полости, рассечения спаек (06.02.2017). Операция начата с установки оптического 10 мм. троакара открытым путем по средней линии живота на 5 см. выше пупка. Создан карбоксиперитонеум до 12 мм. рт. ст. и установлена видеосистема. При этом была использована угловая оптика, которая, в отличие от торцевой, за счет большей функциональности и удобства при работе в двухмерном изображении, позволяет получать информацию при осмотре труднодоступных участков, не меняя точки введения инструмента. При ревизии брюшной полости — в правой подвздошной области и полости малого таза определяется спаечный процесс по

типу пленчатых и единичных фиброзных висцеропариетальных сращений, вовлекающих большой сальник. Матка с придатками отсутствуют. Спаечного процесса в других областях живота и иных патологических изменений в ходе лапароскопической ревизии не выявлено. Установлены дополнительные 10-мм. троакар в проекции левой и 5-мм. троакар в проекции правой паховой области. Операционный стол приведен в положение Тренделенбурга. Выполнен эндовидеохирургический адгезиолизис с применением лапароскопических ножниц (рис. 1).

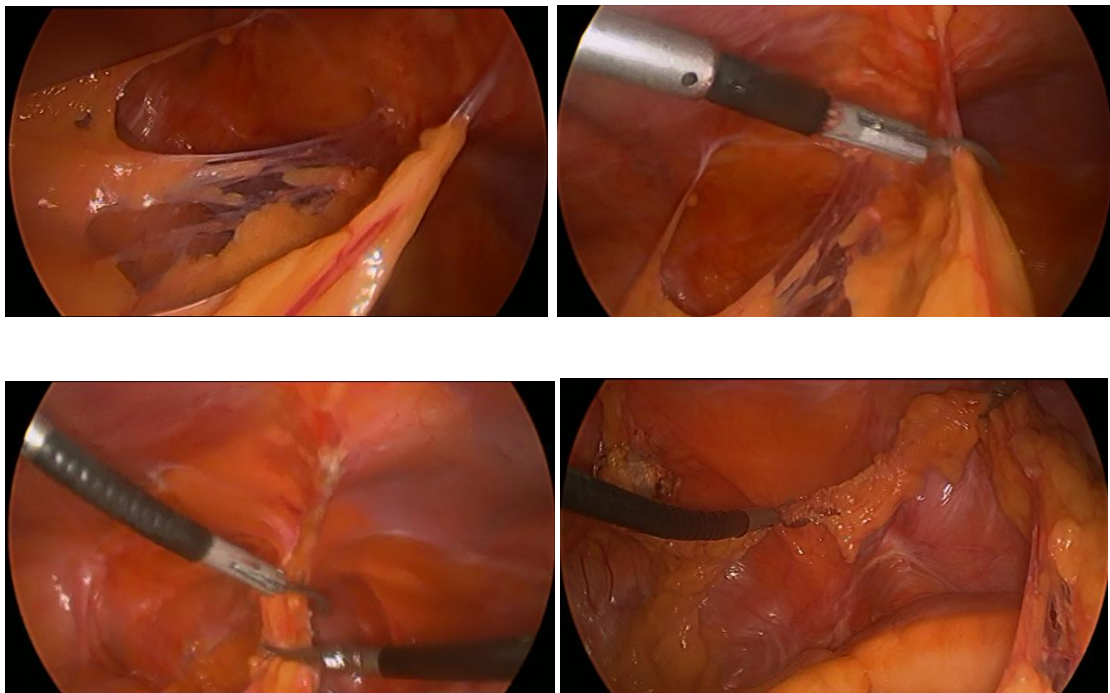


Рисунок 1. Этапы лапароскопического адгезиолизиса

Гемостаз осуществлен биполярной коагуляцией, обладающей меньшей латеральной площадью термического поражения и большей предсказуемостью электрической

дуги, и, как следствие, более безопасной по сравнению с монополярными аналогами. При дальнейшей ревизии тонкой кишки атравматичными зажимами иных возможных причин обструкции не выявлено. Учитывая локальный характер спаечного процесса по типу единичных сращений, необходимости в проведении противоспаечных профилактических мероприятий не возникло. Послойный шов ран.

Послеоперационный период протекал без особенностей: на 2-е сутки – самостоятельный оформленный стул, раны зажили первичным натяжением. Выписана на 7-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии.

Приведенный клинический пример демонстрирует трудности диагностики спаечной болезни ввиду отсутствия неинвазивных визуализирующих методик. В данной ситуации особую ценность приобретает лапароскопия, необоснованный отказ от которой ввиду множественных анамнестических оперативных вмешательств приводит к неоправданным лапаротомиям и прогрессированию спаечного процесса.

Выводы:

1. Адекватная диагностика спаечной болезни, помимо анамнестических и клинических данных, должна быть нацелена на исключение других органических заболеваний органов брюшной полости и подтверждение факта наличия спаечного процесса.

2. Существующие на настоящий момент диагностические методики, в том числе высокотехнологичные (Гидро-МРТ кишечника), позволят лишь косвенно судить о наличии и распространенности спаечного процесса в брюшной полости. Ввиду этого оперативное лечение пациентов со спаечной болезнью следует стремиться начинать с лапароскопической ревизии независимо от количества перенесенных оперативных вмешательств, во избежание неоправданных лапаротомий.

3. Применение современного арсенала лапароскопического инструментария (угловая оптика, биполярная коагуляция, атравматичные зажимы), а также соблюдение общих принципов (открытое введение первого троакара после предварительной эхолокации, смена положения операционного стола, отказ от монополярной коагуляции) позволяет осуществлять лапароскопические вмешательства при спаечной болезни в полном объеме.

Список литературы:

1	Grafen F.C., Neuhaus V., Schöb O., Turina M. Management of acute small bowel obstruction from intestinal adhesions: indications for laparoscopic surgery in a community teaching hospital. <i>Langenbecks Arch. Surg.</i> 2010;395(1): 57-63. doi: 10.1007/s00423-009-0490-z.	Grafen F.C., Neuhaus V., Schöb O., Turina M. Management of acute small bowel obstruction from intestinal adhesions: indications for laparoscopic surgery in a community teaching hospital. <i>Langenbecks Arch. Surg.</i> 2010;395(1): 57-63. doi: 10.1007/s00423-009-0490-z.
2	Kelly K.N., Iannuzzi J.C., Rickles A.S., Garimella V., Monson J.R, Fleming F.J. Laparotomy for small-bowel obstruction: first choice or last resort for adhesiolysis? A laparoscopic approach for small-bowel obstruction reduces 30-day complications. <i>Surg Endosc.</i> 2014; 28(1):65-73. doi: 10.1007/s00464-013-3162-6.	Kelly K.N., Iannuzzi J.C., Rickles A.S., Garimella V., Monson J.R, Fleming F.J. Laparotomy for small-bowel obstruction: first choice or last resort for adhesiolysis? A laparoscopic approach for small-bowel obstruction reduces 30-day complications. <i>Surg Endosc.</i> 2014; 28(1):65-73. doi: 10.1007/s00464-013-3162-6.
3	Li M.Z., Lian L., Xiao L.B., Wu W.H., He Y.L., Song X.M. Laparoscopic versus open adhesiolysis in patients with adhesive small	Li M.Z., Lian L., Xiao L.B., Wu W.H., He Y.L., Song X.M. Laparoscopic versus open adhesiolysis in patients with adhesive small

	bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis. <i>Am J Surg.</i> 2012;204(5):779-86. doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.03.005.	bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis. <i>Am J Surg.</i> 2012;204(5):779-86. doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.03.005.
4	Lin H., Li J., Xie Z., Zhang W., Lv X. Laparoscopic Versus Open Adhesiolysis for Small Bowel Obstruction: A Single-Center Retrospective Case-Control Study. <i>Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.</i> 2016; 26(3):244-7. doi: 10.1097/SLE.0000000000000259.	Lin H., Li J., Xie Z., Zhang W., Lv X. Laparoscopic Versus Open Adhesiolysis for Small Bowel Obstruction: A Single-Center Retrospective Case-Control Study. <i>Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.</i> 2016; 26(3):244-7. doi: 10.1097/SLE.0000000000000259.
5	Paajanen P, Fagerström A, Paajanen H. Laparoscopic Adhesiolysis in Chronic Abdominal Pain: 15-Year Follow-up Study. <i>J. Clin. Gastroenterol.</i> 2017; doi: 10.1097/MCG.0000000000000787.	Paajanen P, Fagerström A, Paajanen H. Laparoscopic Adhesiolysis in Chronic Abdominal Pain: 15-Year Follow-up Study. <i>J. Clin. Gastroenterol.</i> 2017; doi: 10.1097/MCG.0000000000000787.
6	Sajid M.S., Khawaja A.H., Sains P., Singh K.K., Baig M.K. A systematic review comparing laparoscopic vs open adhesiolysis in patients with adhesional small bowel obstruction. <i>Am J Surg.</i> 2016 Jul;212(1):138-50. doi: 10.1016/j.amjsurg.2016.01.030.	Sajid M.S., Khawaja A.H., Sains P., Singh K.K., Baig M.K. A systematic review comparing laparoscopic vs open adhesiolysis in patients with adhesional small bowel obstruction. <i>Am J Surg.</i> 2016 Jul;212(1):138-50. doi: 10.1016/j.amjsurg.2016.01.030.
7	Saribeyoglu K., Pekmezci S., Korman U., Kol	Saribeyoglu K., Pekmezci S., Korman U., Kol

	E., Baca B., Gunay S. Selective laparoscopic adhesiolysis in the management of acute and chronic recurrent adhesive bowel obstruction. <i>Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.</i> 2008; 14(1): 28-33.	E., Baca B., Gunay S. Selective laparoscopic adhesiolysis in the management of acute and chronic recurrent adhesive bowel obstruction. <i>Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.</i> 2008; 14(1): 28-33.
8	Vettoretto N., Carrara A., Corradi A., De Vivo G. et. al. Laparoscopic adhesiolysis: consensus conference guidelines. <i>Color Dis.</i> 2012; 14:208-215. doi: 10.1111/j.1463-1318.2012.02968.x.	Vettoretto N., Carrara A., Corradi A., De Vivo G. et. al. Laparoscopic adhesiolysis: consensus conference guidelines. <i>Color Dis.</i> 2012; 14:208-215. doi: 10.1111/j.1463-1318.2012.02968.x.
9	Wang Q., Hu Z.Q., Wang W.J., Zhang J., Wang Y., Ruan C.P. Laparoscopic management of recurrent adhesive small-bowel obstruction: Long-term follow-up. <i>Surg. Today.</i> 2009;39(6): 493-499. doi: 10.1007/s00595-008-3906-4.	Wang Q., Hu Z.Q., Wang W.J., Zhang J., Wang Y., Ruan C.P. Laparoscopic management of recurrent adhesive small-bowel obstruction: Long-term follow-up. <i>Surg. Today.</i> 2009;39(6): 493-499. doi: 10.1007/s00595-008-3906-4.