**Особенности техники хирургического лечения спаечной болезни брюшины**

Евтушенко Д.А.

По данным литературы, у 55 - 70% пациентов, после абдоминального хирургического вмешательства развивается спаечный процесс в брюшной полости, который способен привести к такому грозному осложнению, как острая спаечная кишечная непроходимость [2,4]. Послеоперационная летальность при неблагоприятном течении острой спаечной кишечной непроходимости достигает 16 - 25% [1].

Тяжелые осложнения, которые могут развиться вследствие образования спаек, послужили стимулом для большого количества исследований методов предупреждения их возникновения [6]. Тем не менее, этиология и патогенез развития брюшинных спаек до сих пор недостаточно изучены, а большинство из предлагаемых противоспаечных методов и средств профилактики не находят применения в клинической практике из-за низкой эффективности или сложности применения. Наиболее сложной задачей в клинике является профилактика рецидива острой спаечной кишечной непроходимости, который достигает 60 - 70% [3]. Поэтому поиск надежных методов профилактики развития спаечной болезни брюшины остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии [5, 7].

Целью оперативного лечения больных СББ являются восстановление адекватного функционирования желудочно-кишечного тракта, ликвидация повышенного внутрипросветного давления, предупреждение адгезиогенеза. Положительный эффект достигается адекватным выбором доступа, объёма висцеролиза, прецинзионностью висцеролиза, сокращением длительности оперативного вмешательства.

Висцеролиз был выполнен 235 больным СББ, 47 больным выполнен тотальный висцеролиз, при вовлечении в рубцово-спаечный процесс большого сальника выполнили 33 больным резекцию пряди большого сальника.

Объем и техника оперативного вмешательства зависело от выраженности проявлений спаечной болезни (выраженность и характер спаечного процесса, состояние брюшины), количества раннее перенесенных операций, изменений кишечника.

При выполнении лапаротомии иссекался послеоперационный рубец. Технические сложности сопровождают вхождение в брюшную полость. Этот этап операции сопровождается высоким риском повреждения (десерозации, перфорации) подлежащих органов к послеоперационному рубцу.

Этапы рассечение рубцово-измененного апоневроза и вскрытие брюшной полости сопровождается высоким риском повреждения внутренних органов.

Длительность висцеролиза зависит от выраженности спаечного процесса в брюшной полости.

Корреляция между длительностью оперативного вмешательства и выраженности спаечного процесса представлена в таблице (табл. 1).

Таблица 1

Длительность оперативного вмешательства в зависимости от спаечного процесса

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Спаечный процесс | Продолжительность операции | | | | | | | |
| верхнесрединная | | среднесрединная | | нижнесрединная | | ЛА | |
| n | t | n | t | n | T | n | t | |
| Единичные  Локальный  n =116 | 11 | 97±14 | 50 | 75±5 | 17 | 73±5 | 38 | 61±9 | |
| Распространенный  Диффузный  n =149 | 19 | 144±13 | 94 | 124±4 | 24 | 106±12 | 12 | 81±17 | |

n — число больных, t — время операции (мин)

При локализации спаечного процесса в эпигастральной области выполняли верхнесрединную лапаротомию, в мезогастрии и гипогастрии – среднесрединная и нижнесрединная лапаротомия соответственно. Главное правило выбора операционного доступа – это использование кратчайшего пути к зоне спаечного процесса в брюшной полости. Это обеспечивает исключение травмы других областей брюшной полости, удобство манипуляций в брюшной полости.

Длительность оперативного вмешательство связано с распространенностью спаечного процесса. При распространенном (диффузном) и тотальном спаечном процессе длительность оперативного вмешательства составило 124±4мин, при единичных спайках и локальном спаечном процессе - 75±5 мин. Лапароскопический адгезиолизис выполнен 50 больным.

Для достижения прецинзионного адгезиолизиса вводился 0,5% раствор новокаина, что обеспечивало в месте введения гидропрепаровку тканея для прецинзионного адгезиолизиса, а также блокирование рецепторов и улучшение микроциркулярного кровообращения.

На рисунке показан последовательный этап адгезиолизиса, острым путем, при котором от париетальной брюшины отделяются все подпаянные к ней органы брюшной полости. Спайки и тяжи между петлями кишечника и другими органами рассекали острым путем, выделяли из рубцово-спаечных сращений брыжейки тонкой кишки с полным ее расправлением.

Результатом ревизии брюшной полости стала оценка степени выраженности спаечного процесса согласно распространению сращений. Характер распространения спаек по данным интраоперационной ревизии представлен в табл. 2.

Таблица 2

Характеристика спаечного процесса в брюшной полости у больных СББ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Локализация спаек | Локальный | Распространенный | Тотальный | Всего |
| Зона операции | 16 (6,0%) | 7 (2,6%) | - | 23 (8,7%) |
| Послеоперационный рубец, большой сальник | 27 (10,2%) | 14 (5,3%) | - | 41 (15,5%) |
| Зона операции, большой сальник | 8 (3,0%) | 14 (5,3%) | - | 22 (8,3%) |
| Послеоперационный рубец, тонкая кишка | 30 (11,3%) | 24 (9,1%) | - | 54 (20,4%) |
| Зона операции, тонкая кишка | 28 (10,6%) | 21 (7,9%) | - | 49 (18,5%) |
| Вся тонкая кишка | - | - | 51 (19,2%) | 51 (19,2%) |
| Тотальный | - | - | 25 (9,4%) | 25 (9,4%) |
| Всего | 109 (41,1%) | 80 (30,2%) | 76 (6,0%) | 265 (100%) |

В представленной таблице представлена характеристика спаечного процесса в брюшной полости, который определяет вид основного этапа операции. Связь между видом операции и выраженностью спаечного процесса представлена в таблице 3.

Таблица 3

Распределение больных с СББ, осложненной ОКН, по виду выполненных оперативных вмешательств

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид операции | Основная группа (І.А) | Группа сравнения (ІІ.А) | Всего |
| Висцеролиз, интубация тонкого кишечника | 23 (17,0%) | 45 (34,6%) | 68 (25,7%) |
| Висцеролиз, резекция сегмента тонкой кишки, интубация тонкого кишечника | 20 (14,8%) | 33 (25,4%) | 53 (20,0%) |
| Висцеролиз, обходной спаечный конгломерат анастомоз | 5 (3,7%) | - | 5 (1,9%) |
| Висцеролиз, резекция толстой кишки, интубация тонкого кишечника, интубация толстого кишечника | 5 (3,7%) | 12 (9,2%) | 17 (6,4%) |
| Висцеролиз, пластика грыжевых ворот | 32 (23,7%) | 40 (30,8%) | 72 (27,2%) |
| Лапароскопический адгезиолизис с ПСС | 29 (21,5%) | - | 35 (13,2%) |
| Этапный адгезиолизис с ПСС, с использ. повторного ЛСА по типу ''second look '' | 21 (15,6%) | - | 15 (5,7%) |
| Всего | 135 (100%) | 130 (100%) | 265 (100%) |

Лапароскопический адгезиолизис выполнялся у 38 больных с локальным невыраженным спаечным процессом. Метод открытого вхождения первого троакара мы использовали у 12 больных с СББ. Выполняли минилапаротомию в области пупка. Проводили пальцевую ревизию брюшной полости в области доступа, визуализировали висцеральный листок брюшины и накладывали швы, вводили троакар. Края раны соединяли затягивая наложенные швы, что в свою очередь обеспечивало герметичность брюшной полости. Накладывали пневмоперитонеум и проводили ревизию брюшной полости, что обеспечивало определение точек введения троакаров. При технических трудностях поэтапно вводили троакары по мере адгезиолизиса. Ревизию большого сальника и петель кишечника выполняли с применением зажимов Бэбкокка и ретракторов. Целью первично становилось выявление спавшегося участка кишечника. Висцеролиз в бессосудистых зонах выполняли ножницами, спайки, содержащие сосуды, мы рассекали с помощью биполярной коагуляции. В случаях плотной фиксации петли кишки к висцеральному листку брюшины мы высекали участок фиксированной париетальной брюшины.

При ревизии органов брюшной полости в области спаечного процесса наблюдался различной степени выраженности перифокалный процесс. Перифокальные изменения в виде рубцов выявлены у 110 больных – ограниченный перифокальный процесс; рубцово-спаечный процесс распространяющийся на прилежащие органы был выявлен при местном распространении спаечного процесса у 37 больных и у 79 больных с диффузным спаечный процессом; рубцово-спаечный процесс во всей брюшной полости с вовлечением прилежащих органов был выявлен у 68 больных с тотальным спаечным процессом в брюшной полости.

В нашу задачу хирургического лечения СББ входило ликвидация спаечно-рубцового перифокального процесса. Иногда при локальном вовлечении в этот процесс участков тонкой кишки мы выполняли резекцию этого сегмента кишки (в нашем материале - у 6 – 2,2% больных).

Дуоденоеюнальный анастомоз формировали над связкой Трейца, что обеспечивало минимальное натяжение тканей в зоне анастомоза. Способ выполняли следующим образом: мобилизиовали дуоденоеюнальный переход.

После резекции участка тонкой кишки с дефектом в пределах неповрежденных участков проксимальный и дистальный ее сегменты дуоденоеюнальной зоны сшивали двухрядным швом с формированием дуоденоеюнального анастомоза по типу конец в конец или конец в бок. При этом анастомоз формировали над связкой Трейца, достигая таким образом минимального натяжения тканей в зоне анастомоза. Зону анастомоза укрывали пластиной Тахокомб с ее фиксацией викриловыми швами (патент Украины № 64173).

При локализации дефекта в области илеоцекального сегмента формировали илеоасцендоанастомоз следующим образом. Отсепаровывали кишку от прилегающих тканей. После резекции илеоцекального сегмента с дефектом в пределах здоровых частей накладывали илеоасцендостому.

Части подвздошной кишки и восходящего отдела ободочной кишки сшивали трехрядным швом. Выполняли интубацию тонкой и толстой кишки через асцендостому. С целью декомпрессии межкишечного анастомоза вводили дренажные декомпрессионные трубки через асцендостому.

После выполнения висцеролиза эвакуировали свободную жидкость, кровь из брюшной полости, проверяли гемостаз и целостность органов. Выявленные участки десерозации ушивались.

Нами разработаны способы изоляции поврежденных участков кишки: изолировали травмированные участки кишки пластиной Тахокомба, фиксированной узловыми швами нитью Викрил, что обеспечивало репарацию мезотелиоцитов.

Фиксированная пластина изолирует травмированный участок серозного слоя кишки, обеспечивая этим самым отсутствие экссудата травмированной кишки в брюшной полости, что в свою очередь, что ведет к репарации тканей.

Вторым этапом илеоасцендостому закрывали забрюшинно (патент Украины № 65124).

Распространенный и тотальный рубцовый процесс может приводить к формированию спаечных конгломератов. С целью профилактики рецидива симптомокомплекса СББ мы разработали способ наложения обходного межкишечного анастомоза.

При формировании спаечного конгломерата из кишечных петель, мы накладывали обходной еюнотрансверзоанастомоз: висцеролиз тонкой кишки выполняли на протяжении 1м от связки Трейтца; выделяли на поперечноободочной кишке участок 4см и накладывали еюнотрансверзоанастомоз бок о бок на уровне tenia libera, с использованием линейного сшивающего аппарата, таким образом, чтобы тонкая кишка располагалась вдоль оси поперечноободочной кишки. Интубировали кишечник трансназально за зону анастомоза. После интубации кишечника зону анастомоза дополнительно покрывали пластиной Тахокомба циркулярно на протяжении всей зоны швов анастомоза путем фиксирования к стенке кишки узловыми викриловимы швами, что способствовало изоляции кишки от париетального листка брюшины (Патент Украины № 76766). Синергизм выполненных мероприятий предотвращает рецидив спаечной кишечной непроходимости.

Анализ результатов раннего послеоперационного периода (в течении пребывания больного в стационаре) был проведен нами у всех больных основной группы и группы сравнения.

Восстановление перистальтики в основной группе наблюдали на 1-2 послеоперационные сутки, газы начали отходить на 2-3 послеоперационные сутки, стул был на 3-4 послеоперационные сутки. Восстановление перистальтики в группе сравнения наблюдали на 2-3 послеоперационные сутки, газы начали отходить на 3-4 послеоперационные сутки, стул был на 4-5 послеоперационные сутки.

Средний послеоперационный койко-день в основной группе составил 9-11 дней; в группе сравнения – 13-14 дней.

Ранняя острая кишечная непроходимость развилась у 3 (2,2%) больных в основной группе и у 7 (5,4%) больных в группе сравнения, которым была выполнена релапаротомия, висцеролиз, интубация тонкой кишки.

Несостоятельность анастомоза развилась у 2 (1,5%) больных в основной группе и у 5 (3,8%) больных в группе сравнения, в связи с чем им была выполнена релапаротомия, висцеролиз, выведение колостомы.

Перфорация острых язв тонкой кишки диагностированы у 4 (3,0%) больных в основной группе и у 6 (4,6%) больных в группе сравнения, в связи с чем им была выполнена релапаротомия, висцеролиз, резекция сегмента тонкой кишки – 2 (1,5%) больным в основной группе и у 4 (3,1%) больных в группе сравнения; ушивание острых язв тонкой кишки (по 2 пациента в каждой группе), интубация тонкой кишки.

Нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 2 (1,5%) больных в основной группе и у 5 (3,8%) – в группе сравнения.

Пневмония развилась в послеоперационном периоде у 3 (2,2%) больных в основной группе и у 3 (2,3%) – в группе сравнения.

Послеоперационная летальность составила 2 (1,5%) больных в основной группе и у 5 (3,8%) – в группе сравнения.

В отдаленном послеоперационном периоде частота клинических проявлений СББ в виде болевого синдрома снижена с 11,4% до 8,6%, нарушения пассажа по ЖКТ с 4,8% до 2,8%, исключить риск повторных оперативных вмешательств.

Таким образом, использование нашей тактики оперативного, то есть индивидуализированный подход к выбору метода хирургического лечения, позволяет существенно улучшить ее благоприятный результат у больных спаечной болезнью брюшины, осложненной острой кишечной непроходимостью в раннем послеоперационном периоде позволило сократить средний послеоперационный койко-день; снизить риск развития ранней острой кишечной непроходимости до 2,2%, развития несостоятельность анастомоза – до 1,5%, перфорации острых язв тонкой кишки диагностированы – до 3,0%; снизить послеоперационную летальность – до 1,5% . В отдаленном послеоперационном периоде частота клинических проявлений СББ в виде болевого синдрома снижена до 8,6%, нарушения пассажа по ЖКТ до 2,8%, исключить риск повторных оперативных вмешательств.

Литература

1. 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. - C.60-62.
2. Курбонов К.М., Шарипов Х.Ю., Абдулмачидзода А. Современные технологии в диагностике и лечении спаечной непроходимости тонкого кишечника. // Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе. Харківська хірургічна школа N 4.1 (36). - 2009. - C. 239-241.
3. Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф. Хирургические барьеры в профилактике послеоперационных спаек. // Башкирский государсивенный медицинский университет Росздрава, Уфа. Анналы хирургии. - 2008. - № 2. - С. 22-24.
4. Catena F., Di Saverio S., Kelly M.D., et al. Bologna Guidelines for Diagnosis and Managment 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. P. 2125-2127.
5. 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.l4, №l. — P. 15 — 22.
6. 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.
7. 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.

**Особенности техники хирургического лечения спаечной болезни брюшины**

**Евтушенко Д.А.**

Харьковский национальный медицинский университет

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины»

**Аннотация:** Висцеролиз был выполнен 235 больным СББ, 47 больным выполнен тотальный висцеролиз, при вовлечении в рубцово-спаечный процесс большого сальника выполнили 33 больным резекцию пряди большого сальника. Объем и техника оперативного вмешательства зависело от выраженности проявлений спаечной болезни, количества раннее перенесенных операций, изменений кишечника. Использование нашей тактики оперативного, то есть индивидуализированный подход к выбору метода хирургического лечения, позволяет существенно улучшить ее благоприятный результат у больных спаечной болезнью брюшины, осложненной острой кишечной непроходимостью в раннем и отдаленном послеоперационном периоде

**Ключевые слова:** спаечная болезнь брюшины, острая спаечная кишечная непроходимость

**Особливості техніки хірургічного лікування спайкової хвороби очеревини**

**Євтушенко Д.О.**

Харківський національний медичний університет

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України »

**Анотація:** Вісцероліз був виконаний 235 хворим СББ, 47 хворим виконано тотальний вісцероліз, при залученні в рубцево-спайковий процес великого сальника виконали 33 хворим резекцію пасма великого сальника. Обсяг і техніка оперативного втручання залежало від вираженості проявів спайкової хвороби, кількості раннє перенесених операцій, змін кишечника. Використання нашої тактики оперативного, тобто індивідуалізований підхід до вибору методу хірургічного лікування, дозволяє істотно поліпшити її сприятливий результат у хворих спайковою хворобою очеревини, ускладненої гострою кишковою непрохідністю в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді

**Ключові слова**: спайкова хвороба очеревини, гостра спайкова кишкова непрохідність

**Features art surgical adhesive disease of the peritoneum**

**Yevtushenko D.A.**

Kharkiv National Medical University

SI "Institute of General and Emergency Surgery V.T. Zaitsev NAMS of Ukraine "

**Abstract**: Vistserolysis was performed 235 patients SBB, 47 patients underwent total vistserolysis, with involvement of the scar-adhesions greater omentum resection was performed in 33 patients with strands of the greater omentum. Volume and machinery surgery depended on the severity of the manifestations of adhesive disease, the number of early surgeries, bowel changes. Using our operational tactics, that is, an individualized approach to the choice of surgical treatment method can significantly improve its favorable outcome in patients with adhesive disease of the peritoneum, complicated by acute intestinal obstruction in the early and late postoperative period

**Keywords**: adhesive disease of the peritoneum, the acute adhesive intestinal obstruction

Евтушенко Денис Александрович

кандидат медицинских наук,

ассистент кафедры «Хирургия №1» ХНМУ,

врач-хирург, ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины

м.т. 0675845410