**Особенности миниинвазивных методик лечения больных спаечной болезнью брюшины**

Евтушенко Д.А.

**Резюме.** С целью улучшения эффективности лечения больных спаечной болезнью нами были изучены результаты хирургического лечения 138 пациентов. В основной группе 76 пациентов со СББ, выполнен адгезиолизис с введением в брюшную полость ПСС:«Мезогель», «Дефенсаль».

У 21 (27,6%) больных, перенесших ЛА с введением ПСС в сроки от 3 до 7 суток осуществляли ЛА по типу second look - этапный адгезиолизис с повторным введением ПСС.

В связи с высоким риском повреждения внутренних органов при лапароскопии 26 выполнены лапаротомия, адгезиолизис и введение ПСС.

В группу сравнения вошли 62 больных, оперированных в ургентном порядке традиционным способом по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

Контрольное обследование в срок от 6 месяцев до 1 года прошли 76 (100%) пациентов основной группы. При УЗИ признаков висцеро - париетальных сращений не обнаружили. У 4 пациентов после применения ПСС «Мезогель» (n=2) и «Дефенсаль» (n=2), в срок от 6 месяцев до одного года выполнили диагностическую лапароскопию, при которой констатировали отсутствие висцеро - париетальных сращений. Применение разработанных методик, направленных на снижение риска рецидива спаечной болезни брюшины, позволило уменьшить случаи нарушения пассажа по желудочно-кишечному тракту с 11,3 % до 4,2 %, острой спаечной кишечной непроходимости с 4,8 % до 1,3 %.

**Ключевые слова.** Спаечная болезнь брюшины, хирургическое лечение спаечной болезни брюшины

**Особливості малоінвазивних методів лікування хворих спайковою хворобою очеревини**

Євтушенко Д.О.

**Резюме.** З метою поліпшення ефективності лікування хворих спайковою хворобою нами були вивчені результати хірургічного лікування 138 пацієнтів. В основній групі 76 пацієнтів зі СХО, виконаний адгезіолізіс з введенням в черевну порожнину ПЗЗ: «Мезогель», «Дефенсаль».

У 21 (27,6%) хворих, які перенесли ЛА з введенням ПСС в терміни від 3 до 7 діб здійснювали ЛА за типом second look - етапний адгезіолізіс з повторним введенням ПЗЗ.

У зв'язку з високим ризиком ушкодження внутрішніх органів при лапароскопії 26 виконані лапаротомія, адгезіолізіс і введення ПЗЗ.

До групи порівняння увійшли 62 хворих, оперованих в ургентному порядку традиційним способом з приводу гострої спайкової кишкової непрохідності.

Контрольне обстеження в термін від 6 місяців до 1 року пройшли 76 (100%) пацієнтів основної групи. При УЗД ознак висцеро - парієтальних зрощень не виявили. У 4 пацієнтів після застосування ПЗЗ «Мезогель» (n = 2) і «Дефенсаль» (n = 2), у термін від 6 місяців до одного року виконали діагностичну лапароскопію, при якій констатували відсутність висцеро - парієтальних зрощень. Застосування розроблених методик, спрямованих на зниження ризику рецидиву спайкової хвороби очеревини, дозволило зменшити випадки порушення пасажу по шлунково-кишковому тракту з 11,3% до 4,2%, гострої спайкової кишкової непрохідності з 4,8% до 1,3%.

**Ключові слова**. Спайкова хвороба очеревини, хірургічне лікування спайкової хвороби очеревини

**Features of minimally invasive treatments for patients with adhesive disease of the peritoneum**

Yevtushenko D.A.

**Summary**. In order to improve the effectiveness of treatment of patients with adhesive disease we studied the results of surgical treatment of 138 patients. In the study group of 76 patients with the ADP, adhesiolysis is made with the introduction of AAS in the abdominal cavity, "Mezogel", "Defensal."

In 21 (27.6%) patients after the LA with the introduction of AAS in the period from 3 to 7 days was carried out on the aircraft type second look - landmark adhesiolysis with the re-introduction of AAS.

Due to the high risk of damage to internal organs during laparoscopy 26 laparotomy, adhesiolysis and the introduction of AAS.

The comparison group included 62 patients operated in the traditional way of urgent procedure for acute adhesive intestinal obstruction.

Follow-up care in the period of 6 months to 1 year held 76 (100%) patients of the main group. Ultrasound signs viscero - parietal adhesions were found. 4 patients after application of the AAS "Mezogel» (n = 2) and "Defensal» (n = 2), in a period of 6 months to one year fulfilled a diagnostic laparoscopy, in which noted the absence of viscero - parietal adhesions. Application of the developed methods to reduce the risk of recurrence of adhesive disease of the peritoneum, allowed to reduce violations of passage through the gastrointestinal tract from 11.3% to 4.2%, acute adhesive intestinal obstruction from 4.8% to 1.3%.

**Keywords.** Adhesive disease of the peritoneum, the surgical treatment of adhesive disease of the peritoneum

Спаечная болезнь брюшной полости – тяжелое заболевание, часто встречающееся в трудоспособном возрасте. В основном при типичных клинических ситуациях диагностика спаечной болезни не представляет каких-либо трудностей, а выбор способа лечения зависит от наличия или отсутствия кишечной непроходимости [2, 3, 8].

Несмотря на интенсивное развитие миниинвазивных технологий, которые существенно снизили травматичность оперативных вмешательств, количество ближайших и отдаленных осложнений, вызванных спаечным процессом, не уменьшается [4, 6].

Стремительный рост передовых технологий в малоинвазивной хирургии, биологии, химии, фармакологии и других парамедицинских областях науки и техники позволяют внедрять в практику новые способы и средства профилактики, диагностики и лечения спаечной болезни. Патогенетически обоснованным направлением в профилактике и лечении СББП является применение различных средств, препятствующих сближению и адгезии травмированных поверхностей брюшины [1, 5, 7].

С целью улучшения эффективности лечения больных спаечной болезнью нами были изучены результаты хирургического лечения 138 пациентов.

В основной группе 76 пациентов со СББ, выполнен адгезиолизис с введением в брюшную полость ПСС:«Мезогель», «Дефенсаль» (табл.1.)

Виды оперативных вмешательств с использованием ПСС

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид оперативного вмешательства | Введение ПСС Мезогель», | Введение ПСС «Дефенсаль» | Всего |
| Лапароскопический адгезиолизис с ПСС | 6 (7,9%) | 23 (30,3%) | 29 (38,2%) |
| Этапный адгезиолизис с ПСС, с использ. повторного ЛСА | 7 (9,2%) | 14 (18,4%) | 21 (27,6%) |
| ЛСА с конверсией и введением ПСС:  - с резекцией кишки  - без резекции | - 8 (10,5%) | 8 (10,5%) 10 (13,2%) | 8 (10,5%) 18 (23,7%) |
| Всего | 21 (27,6%) | 55 (72,4%) | 76 (100%) |

У 21 (27,6%) больных, перенесших ЛСА с введением ПСС в сроки от 3 до 7 суток осуществляли ЛА по типу second look - этапный адгезиолизис с повторным введением ПСС.

В связи с высоким риском повреждения внутренних органов при лапароскопии 26 больным выполнены лапаротомия, адгезиолизис и введение ПСС.

Ранее приступы ОСКН перенёс 58 (76,3%) пациент основной группы; у 37 (48,7%) больных в анамнезе были лапаротомии по поводу спаечной кишечной непроходимости.

Сроки нахождения пациентов основной группы в стационаре после операций составило в среднем 8,1 дней после одноэтапной операции; 12,3 дней после двухэтапных операций с применением противоспаечных барьерных средств.

В группу сравнения вошли 62 больных, оперированных в ургентном порядке традиционным способом по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

Пребывание пациентов группы сравнения в стационаре после операции составило в среднем 14,2 дней.

Во время висцеролиза определяли распространенность спаечного процесса, синтопию сращенных петель кишечника, степень подвижности их, дилятацию кишечных петель, состояние стенок кишечника, наличие и характер выпота в брюшной полости, наличие и степень выраженность перифокальных изменений. Ведущей целью было определение зоны обструкции кишечника. Эндоскопическими критериями кишечной непроходимости считались раздутые петли кишечника за счет жидкости и газа, выпот в брюшной полости, воспалительные изменения брюшины, дисциркуляторные изменения стенок кишечника, малой подвижности или фиксация спаянных петель кишечника, деформация за счет спаек сегмента тонкой кишки на фоне расширенных петель кишечника проксимальнееи спавшихся петель кишечника дистальнее этой зоны.

Ревизию тонкой кишки выполняли с применением двух зажимов от илеоцекального отдела кишечника в проксимальном направлении к зоне деформации кишки с признаками расширения петель кишечника (лапароскопическая ревизия кишечника по ретроградному типу) с направлением осматриваемого участка кишечника по отношению к инструменты был около 45**°**

При распространенном спаечном процессе в брюшной полости с деформациями петель кишечника применялся поэтапный лапароскопический висцеролиз, включающий висцеролиз кишечника с целью достижения зоны деформации кишки спайками, вызвавшей обструкцию кишечника.

На фармакологическом этапе интраоперационной профилактики спаек необходимо использование противоспаечных гелей (мезогель, дефенсаль), препятствующих образованию спаек.

Антиадгезивное средство **«Мезогель»** мы применили у 21 больного. Количество вмешательств, первично исполненных нами лапароскопически составило 6, открытых – 8, этапных лапароскопических операций – 7.

При применении **«Мезогель»** во время лапароскопического адгезиолизиса препарат заливали в брюшную полость через 10 мм троакар.

Послеоперационный период у пациентов, которым мы применили противоспаечное средство **«Мезогель»,** протекал гладко. С первых послеоперационных суток выполняли периодическое открытие дренажа, выпуская 20 - 30 мл жидкости и оценивали ее характер, после чего дренаж перекрывали. УЗ-контроль содержания и характера жидкости в брюшной полости проводили со вторых послеоперационных суток с последующим контролем на каждые 2е сутки. Препарат создает эффект гидрофлотации в брюшной полости минимум на 3 - 4 дня, на весь критический период образования межорганных сращений. По нашим данным, максимальное количество препарата содержится в брюшной полости в течение 4 суток после введения. В последующем, остатки свободной жидкости определяются при УЗИ еще в течение 7 - 14 дней. Отмечено более быстрое выведение препарата у пациентов после лапароскопического адгезиолизиса по сравнению с открытыми вмешательствами, что связано с различной степенью операционной травмы брюшины.

Применение ПСС **«Мезогель»** может осуществляться как при лапароскопических, так и при открытых вмешательствах, практически не влияет на продолжительность наркоза и операции. Особое внимание при этом должно быть уделено герметичному ушиванию брюшной полости с целью предотвращения утечки препарата через брюшную стенку в послеоперационном периоде. Дренажи, после установки в брюшную полость перекрывались.

Применили противоспаечное средство **«Дефенсаль»** у 55 пациентов, при этом у 18 больных произвели открытым доступом адгезиолизис с введением ПСС, 14 осуществили во время этапного адгезиолизиса. При применении **«Дефенсаль»** во время адгезиолизиса препарат заливали в брюшную полость завершающим этапом операции. Переднюю брюшную стенку герметично ушивали с перекрытием дренажей (патент Украины № 102103, 2015).

Послеоперационный период у пациентов, которым мы применили **«Дефенсаль»** протекал гладко. Начиная с первых суток кратковременно открывали улавливающий дренаж для оценки характера отделяемого из брюшной полости. Необходимо отметить, что из 17 открытых вмешательств с применением **«Дефенсаль»** 8 сопровождались резекцией тонкой кишки. Несостоятельности анастомозов в послеоперационном периоде не было выявлено.

Начиная со 2 суток выполняли УЗ-контроль брюшной полости на предмет наличия свободной жидкости и состояния кишечника. При этом значимого различия между лапароскопическими и традиционными вмешательствами в динамике уменьшения количества свободной жидкости периоде не было.

Выполненили программную лапароскопию с этапным адгезиолизисом и применением ПСС у 14 пациентов, перенесших ЛА с введением ПСС. Выбор срока вмешательства зависел от общего состояния пациентов, восстановления пассажа по ЖКТ, динамике уменьшения количества свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ.

При выполнении динамической лапароскопии пневмоперитонеум накладывали через ранее установленный улавливающий дренаж. Первый порт устанавливали через рану после удаления дренажа, второй - в зоне максимально свободной от послеоперационных рубцов. После введения оптики выполняли ревизию брюшной полости, удаляли дренаж, при необходимости устанавливали дополнительные порты. Свободную жидкость аспирировали. Осущетвляли ревизию тонкой кишки на протяжении. У 7 (4 - после введения «Мезогель», 3 - после «Дефенсаль») больных выявили вновь образованные рыхлые висцеро-париетальные сращения тонкой кишки в зоне послеоперационного рубца, что соответствовало спаечному процессу I-II степени. Сращения тупо разделяли, при этом кишка легко отделялась от передней брюшной стенки, кровотечения в зоне адгезиолизиса не было ни у одного пациента. После рассечения спаек вводили ПСС в брюшную полость: в 3 наблюдениях повторно вводили «Дефенсаль», у 4 пациентов - «Мезогель».

Послеоперационный период у пациентов после этапного адгезиолизиса по типу second look с применением ПСС протекал без осложнений. Пассаж восстанавливался на 2 - 3 сутки. Средний послеоперационный койко-день в стационаре после этапного лапароскопического адгезиолизиса с применением ПСС составил 12,3±2 дней.

Контрольное обследование в срок от 6 месяцев до 1 года прошли 76 (100%) пациентов основной группы. При УЗИ признаков висцеро - париетальных сращений не обнаружили. У 4 пациентов после применения ПСС «Мезогель» (n=2) и «Дефенсаль» (n=2), в срок от 6 месяцев до одного года выполнили диагностическую лапароскопию, при которой констатировали отсутствие висцеро - париетальных сращений.

Таким образом, применение разработанных методик, направленных на снижение риска рецидива спаечной болезни брюшины, позволило уменьшить случаи нарушения пассажа по желудочно-кишечному тракту с 11,3 % до 4,2 %, острой спаечной кишечной непроходимости с 4,8 % до 1,3 %.

**Литература**

1. Лечебно — диагностические аспекты острой спаечной тонкокишечной непроходимости / И.С. Малков, В.Л. Эминов, И.И. Хамзин, В.Н.Гараев // Каз. мед. журнал. — 2009. —Том. 90, №2 — С. 193 — 197.
2. Новое в диагностике и хирургическом лечении острой спаечной непроходимости / В. В. Плечев, С. А. Пашков, П. Г. Корнилаев и др. // Здравоохр. Башкортостана. — 2004. — № 1. — С. 123-129.
3. Гушул А.В. Современные барьерные средства для профилактики образования послеоперационных сращений брюшной полости / А.В. Гушул, Е.А. Минаева // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. — Волгоград. — 2007. — С.72.
4. Методы профилактики брюшинных спаек при острой спаечной кишечной непроходимости / С.Н. Хунафин, Г.А. Мурзин, A.A. Нуриахметов, И.Х. Гаттаров // Новые технологии в хирургии: Здравоохранение Башкортостана. — 2004. — №3, спец. выпуск. — С.110 — 111.
5. Reduction in adhesive smallbowel obstruction by Seprafilm adhesion barrier after intestinal resection / V.W. Fazio, Z. Cohen, J.W. Fleshman et al. // Dis. Colon. Rectum. – 2006. – Vol. 49. – P. 1-11.
6. The incidence and risk factors of post-laparotomy adhesive small bowel obstruction/ G. Barmparas, B.C. Branco, B. Schnuriger et.al // J. Gastrointest. Surg. – 2010. – Vol. 14, N 10. – P. 1619 – 1628.
7. William W. Failure of mesenteric defect closure after roux-en-y gastric

bypass / W. William, M.D. Hope, F.S. Ronald, D.O. Albert, Y. Chen// JSLS.

– 2010. № 14. – P. 213-216.

1. Xiao-Li C. A prospective randomized trial of transnasal ileus tube vs

nasogastric tube for adhesive small bowel obstruction / C. Xiao-Li, J. Feng,

L. Qi, C. Yi-Peng, L. Jian-Jiang // World Journal of Gastroenterology. –

2012. – V. 18, № 16. – P. 1968-1974.