

Лапароскопическое лечение спаечной болезни брюшной полости

Р. Р. Шавалеев В. В. Плечев П. Г. Корнилаев Р. М. Гарипов С. Е. Дунюшкин С. А. Пашков

На основании опыта лечения более 3000 пациентов со спаечной болезнью брюшной полости разработаны и применяются в клинике новые методы диагностики, профилактики и хирургического лечения этого сложного заболевания. Комплекс диагностических исследований, позволяющий надежно верифицировать локализацию и выраженность спаечного процесса, дает в ряде наблюдений возможность выполнить оперативное лечение с помощью техники миниинвазивного вмешательства. Предложен и использован новый вид пленочного аллобрюшинного трансплантата с противомикробным и антиадгезивным свойствами для профилактики спаечных сращений. Применение описанного подхода позволяет значительно снизить процент послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Спаечная болезнь брюшной полости представляет одну из сложных и до конца не решенных актуальных проблем абдоминальной хирургии 1, 2, 10, 14. При определенных успехах в лечении этого заболевания отдельные вопросы хирургической тактики, лечения, профилактики требуют дальнейшего изучения 3, 4, 8, 13. В клинике госпитальной хирургии Башкирского государственного медицинского университета на основании опыта лечения более 3000 пациентов со спаечной болезнью брюшной полости разработаны и нашли широкое применение новые методы диагностики, профилактики и хирургического лечения этого сложного заболевания. Наиболее информативными диагностическими методами, позволяющими оценить выраженность спаечного процесса в брюшной полости, является пневмопариетография на фоне пассажа бария или контрастной клизмы 10, а также использование контрастной капсулы для диагностики стенозов тонкой кишки, вовлеченной в спаечный процесс^[1]. Комплекс диагностических исследований, позволяющий надежно верифицировать топический диагноз, дает возможность выполнить оперативное лечение с помощью техники миниинвазивного вмешательства при наличии качественной эндоскопической аппаратуры и определенного опыта врачей. Всякий раз при планировании эндоскопического вмешательства подразумевалась вероятность перехода на широкий лапаротомный доступ. При лапароскопической ревизии органов брюшной полости удается более точно установить локализацию, виды спаечных сращений и оценить состояние других органов 7. Во время рассечения спаек больной подвержен минимальной хирургической агрессии 8,12,16, которая и является одним из основных провоцирующих факторов в развитии и рецидиве спаечной болезни. Эта процедура позволяет перейти к более ранней и эффективной активизации больных в послеоперационном периоде. Несмотря на явные преимущества метода, существуют и отрицательные моменты, присущие любому виду оперативного вмешательства. Так, после разделения спаечных сращений зачастую образуются десерозированные участки, которые повышают опасность нового спайкообразования. Для их перитонизации может стать перспективным применение аллогенной брюшины 5 с антиадгезивным и противомикробным свойствами 6, 9, 11, 15^[2]. В настоящее время в клинике проведены биохимические, морфологические, бактериологические и лабораторные исследования этого пленочного материала, позволившие начать его клинические испытания. Выполнено 14 лапароскопических операций висцеролиза с применением лоскута аллогенной брюшины для перитонизации десерозированных поверхностей, в частности матки и париетальной брюшины передней брюшной стенки. Фиксация алломатериала достигалась при помощи медицинского клея "Сульфакрилат". Пяти больным выполнены симультанные операции: цистовариктомия (3), аппендэктомия (2), резекция измененного большого сальника (4). В послеоперационном периоде применяли методы медикаментозной профилактики спаечной болезни брюшины, принятые в клинике. С целью контроля эффективности данной методики на 3-5-и сутки после вмешательства в 5 наблюдениях была выполнена динамическая лапароскопия и в 9 - контрольная пневмоперитонеография.

Рецидива спаечного процесса в области фиксации лоскутов аллобрюшины не выявлено. Все больные были выписаны по выздоровлении на 7-10-е сутки.

Применение описанного подхода дает возможность значительно снизить процент послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Изучение отдаленных результатов показало, что хорошие и удовлетворительные исходы лечения имеют место в 84% наблюдений.

Таким образом, значительный клинический опыт лечения больных спаечной болезнью брюшной полости, разработанный в клинике диагностический комплекс, позволяющий провести достоверную оценку локализации и выраженности спаечных сращений, наличие необходимого эндоскопического оснащения создают в показанных случаях возможность эффективного применения миниинвазивных методов лапароскопического висцеролиза и профилактики рецидива заболевания.

[1] Патент РФ №1424797.

[2] Решение о выдаче патента на изобретение ФИПС от 21.05.04, заявка №2003115798/14 (016783) с приоритетом от 16.05.03.

Литература

1. *Бова Л.С., Семенюта Н.М., Фульмес Н.М.* Спаечная болезнь (обзор). *Клин хир* 1989; 6: 57-59.
2. *Женчевский Р.А.* Спаечная болезнь. М: Медицина 1989; 186.
3. *Захарова И.Б.* Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной болезни органов брюшной полости, проявляющейся болевым синдромом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1994.
4. *Камаганцева А.Л.* Лапароскопическая диагностика и лечение поздней спаечной непроходимости кишечника у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа 1999.
5. *Петелин В.И.* Хирургическое лечение спаечной кишечной непроходимости с использованием лиофилизированной гомобрюшины. Материалы научно-практической конференции врачей Забайкальской ж.д. Ч. 1. Чита 1972; 37-40.
6. *Платэ Н.А., Васильев А.Е.* Физиологически активные полимеры. М: Химия 1986; 293.
7. *Сибяев В.М.* Лапароскопические методы лечения и профилактики брюшинных спаек: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа 1999.
8. *Сотников В.Н., Ерохин П.Г., Захаров И.Б.* Возможности эндоскопического метода при спаечной болезни брюшины. *Хирургия* 1994; 6: 25-28.
9. *Торопов Ю.Д.* Внутрибрюшинное введение фибринолизина, гидрокортизона и новокаина для предупреждения рецидивов спаечной непроходимости кишечника. *Клин хир* 1977; 7: 63-66.
10. *Хунафин С.Н.* Спаечная болезнь (диагностика, профилактика, лечение, реабилитация): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1986.
11. *Fukasawa M., Girgis W., di Zerega G.S.* Inhibition of postsurgical adhesion in a standardizer rabbit model: II. Intraperitoneal treatment with heparin. *Int J Fertil* 1991; 36: 5: 296-301.
12. *Kleinhaus S.* Laparoscopic lysis of adhesions for postappendectomy pain. *Gastrointest/Endoscopy* 1984; 30: 5: 304-305.
13. *Pijlman B.M., Door P.Y., Brommer E., Vemer H.M.* Clinical evaluation adhesion prevention gel for the reduction of adhesion following peritoneal cavity surgery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994; 53: 3: 155-163.
14. *Stewardson R.H., Bombeck C.T., Nyhus L.M.* Critical operative management of small bowel obstruction. *Ann Surg* 1978; 187: 5: 189-193.

15. *Tanzawa H., Mori Y., Harimiya N. et al.* Preparation and evaluation of a new athrombogenic heparinized hydrophilic polymer for use in cardiovascular system. *ASAIO Trans* 1973; 19: 3: 188-194.
16. *Tuma J., Teyscahl O.* Initial experience with laparoscopic treatment of ileus conditions and lysis of adhesions in children. *Rozhl Chir* 1996; 75: 10: 477-479.