

Левин Л. А., Малышкин П. О., Байрагдарова Б. Э.

Возможности лапароскопической диагностики и устранения острой спаечной кишечной непроходимости

ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; ГБУЗ «Александровская больница», г. Санкт-Петербург

Levin L. A., M.D., Malyshkin P. O., Bayragdarova B. E.

Possibilities of laparoscopic diagnosis and elimination of acute adhesive intestinal obstruction

Резюме

Исследование предпринималось для оценки диагностических и лечебных возможностей видеолапароскопии и причин неудач лапароскопических вмешательств у больных острой спаечной кишечной непроходимостью в условиях городской многопрофильной больницы. Представлен ретроспективный анализ лапароскопических вмешательств у 110 пациентов. В 14 (12,7%) случаях исследование позволило исключить конкурирующие диагнозы и разобраться в истинной причине заболевания. В 19 (17,3%) случаях попытка лапароскопической диагностики оказалась безуспешной. В 28 (25,5%) наблюдениях лапароскопические попытки устранения непроходимости оказались неэффективными. В 20 (18%) наблюдений после лапароскопической оценки сразу был избран лапаротомный способ лечения без попыток лапароскопического адгезиолизиса. Лапароскопически устранить спайки, явившиеся причиной болезни, удалось в 29 (26,4%) случаях. При этом имеется потенциальная возможность увеличения этого показателя до 50% при своевременном лапароскопическом вмешательстве (до развития чрезмерной дилатации кишки). В тех случаях, где лапароскопические операции удались, они обладали всеми преимуществами малоинвазивных вмешательств.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, лапароскопическая диагностика кишечной непроходимости, лапароскопический адгезиолизис

Summary

The study was undertaken to assess the diagnostic and therapeutic possibilities of video laparoscopy and the reasons for the failure of laparoscopic interventions in patients with acute adhesive intestinal obstruction in a city multi-field hospital. A retrospective analysis of laparoscopic interventions in 110 patients is presented. In 14 (12.7%) cases, the study allowed to exclude competing diagnoses and understand the true cause of the disease. In 19 (17.3%) cases, an attempt at laparoscopic diagnosis was unsuccessful. In 28 (25.5%) cases, laparoscopic attempts to eliminate obstruction were ineffective. In 20 (18%) cases after laparoscopic evaluation, a laparotomic method of treatment was immediately selected without attempting laparoscopic adhesiolysis. Laparoscopically, the adhesions that caused the disease were eliminated in 29 (26.4%) cases. At the same time, there is a potential possibility of increasing this indicator by up to 50% with timely laparoscopic intervention (before the development of excessive dilatation of the intestine). In cases where laparoscopic surgery was successful, they had all the advantages of minimally invasive interventions.

Key words: adhesive intestinal obstruction, laparoscopic diagnosis of intestinal obstruction, laparoscopic adhesiolysis

Введение

В структуре ургентной хирургической патологии острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) занимает пятое место среди семи форм острого живота и составляет от 3 до 5% поступлений больных в хирургические стационары. Среди всех наблюдений механической кишечной непроходимости на острую спаечную тонко-

кишечную непроходимость приходится от 64,3 до 80% случаев. Традиционные методы лечения ОСКН остаются неудовлетворительными. Летальность при данной патологии колеблется от 5,1 до 8,4%. [2],[3],[4]. Предполагается, что использование малоинвазивных вмешательств должно улучшить результаты лечения и качество жизни больных острой спаечной кишечной непроходимостью.

Цель и задачи исследования

Настоящее исследование было предпринято, чтобы оценить диагностические и лечебные возможности видеолапароскопии и причины неудач лапароскопических вмешательств у больных острой спаечной кишечной непроходимостью в условиях городской многопрофильной больницы.

Материалы и методы

В статье представлен ретроспективный анализ хирургического лечения пациентов с диагнозом «острая спаечная кишечная непроходимость», поступивших в хирургические отделения СПб ГБУЗ «Александровская больница» за пятилетний период 2012-2016 гг. Полученные данные сопоставлены с аналогичными данными десятилетней давности в период 2002-2006 гг. Таким образом, было сформировано две группы: основная (исследуемая) и группа сравнения.

Исследуемая группа представлена 236 больными, оперированными по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. Среди них было 133 (56,4%) женщины и 103 (43,6%) мужчины. Возраст больных варьировал от 20 до 89 лет, средний возраст составил $58,5 \pm 18,8$ лет.

В группе сравнения было 311 человек, оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, – 167 (53,7%) женщин и 144 (46,3%) мужчины. Возраст больных варьировал от 18 до 89 лет, средний возраст составил $56,2 \pm 14,3$ лет. Исследуемая группа и группа сравнения оказались сопоставимы по половому и возрастному составу. Показаниями к операции служили: безуспешные попытки консервативного лечения; подозрение на странгуляцию; запущенность случая.

У больных с тяжелой сопутствующей патологией лапароскопию ни с лечебной, ни с диагностической целью не применяли.

Результаты и обсуждение

Больные основной группы были госпитализированы в различные сроки от начала заболевания – от 2 часов до 4 суток. Давность заболевания менее 12 часов до момента поступления в стационар отмечена только у 59 (25%) больных. Большинство пациентов госпитализировано в более поздние сроки: от 12 до 24 часов – 96 (40,7%), до 2х суток – 48 (20,3%) пациентов, до 3х суток – 17 (7,2%), более 3х суток – 16 (6,8%) пациентов.

Лапароскопия с диагностической и лечебной целью была предпринята у 110 пациентов с острой кишечной непроходимостью – 52 (47%) мужчин и 58 (53%) женщин в возрасте от 21 и до 89 лет. Предпочтение отдавалось доступу по Hassen.

В 14 (12,7%) случаях, где первоочередной целью лапароскопии являлась дифференциальная диагностика причины «острого живота», исследование позволило исключить конкурирующие диагнозы и разобраться в истинной причине заболевания. При этом в 4 случаях выявлены визуальные признаки локального нарушения кровообращения в кишке вследствие странгуляции, а именно: выпот в брюшной полости с геморрагическим

компонентом, отек, цианоз, субсерозные петехии на стенке кишки. При этом лапароскопически точно определен уровень препятствия в подвздошной кишке.

В 19 (17,3%) случаях попытка лапароскопической диагностики оказалась безуспешной из-за обилия спаек в брюшной полости и/или из-за значительной дилатации тонкой кишки. Всем этим больным выполнена лапаротомия с целью устранения спаечной кишечной непроходимости.

В 28 (25,5%) наблюдениях лапароскопия выявила те или иные признаки спаечной кишечной непроходимости, но лапароскопические попытки ее устранения оказались либо неэффективными, либо представлялись слишком сложными и опасными. В этих случаях хирурги предпочли конверсию доступа. А в остальных 20 (18%) наблюдениях после лапароскопической оценки интраабдоминальной ситуации сразу был избран лапаротомный способ лечения без попыток лапароскопического адгезиолизиса.

Следует отметить что мы понимаем под термином «конверсия». Этим словом называем переход на лапаротомную операцию после безуспешных попыток ее выполнения эндохирургическим способом. В тех случаях, когда попыток эндохирургического лечения не предпринималось и после лапароскопической ревизии отдано предпочтение лапаротомии, мы говорим о выборе способа операции на основании результатов лапароскопической ревизии. Подобным образом поступали, когда на основании лапароскопической ревизии были очевидны значительные технические сложности и/или опасность адгезиолизиса эндоскопическим способом, когда общесоматический статус пациента повышал опасность лапароскопической операции, когда обнаруживались показания к дренированию кишки.

У 29 (26,4%) больных лапароскопия позволила не только конкретизировать диагноз спаечной кишечной непроходимости, но и устранить спайки, явившиеся причиной болезни.

При подозрении на странгуляционный характер непроходимости сразу ставились показания к лапароскопии, которую выполняли после непродолжительной предоперационной подготовки. В случае ОСКН без признаков странгуляции лечение начинали консервативными методами при динамическом наблюдении за больными, проводили повторные лабораторные и инструментальные исследования.

В последние годы видеолапароскопический метод диагностики и лечения при ОСКН в Александровской больнице стал применяться чаще, чем в прошлом. Так, среди 236 больных, оперированных по поводу ОСКН в пятилетний период 2012-2016 гг., операции были начаты с лапароскопии в 110 (46,6%) случаях, а в аналогичный период 2002-2006 гг. – в 97 (31,2%) случаях их 311. Но при этом процент успешного лапароскопического устранения спаечной кишечной непроходимости за эти годы существенно не увеличился – 29 (26,4%) из 110 лапароскопических вмешательств против 22 (22,6%) из 97, несмотря на улучшение технической оснащенности стационара и возросший опыт хирургов.

Продолжительность лапароскопических операций составила от 30 минут до 45 минут, в среднем $35,8 \pm 5,8$ минут, в то время как традиционные операции продолжались от 60 минут до 6 часов, в среднем $120 \text{ мин} \pm 27 \text{ мин}$. Лапароскопические операции удались в тех случаях, где непроходимость была вызвана локальным сращением кишок с брюшной стенкой или между собой в виде двустволок, либо одиночными шнуровидными тяжами, сдавливавшими кишку. Осложнений после лапароскопического устранения спаечной кишечной непроходимости не отмечалось.

По результатам интраоперационной ревизии при лапаротомных операциях установлено, что причиной острой кишечной непроходимости в 50 (24,3%) случаях явились единичные спайки, которые могли бы быть устранены лапароскопическим способом, если операции были бы предприняты в более ранние сроки, до появления сильного вздутия кишечника.

Ретроспективно установлено, что у 97 (47,3%) пациентов в общем анализе крови выявлен лейкоцитоз ($12-15 \cdot 10^9$) и в подавляющем большинстве таких случаев предпочтение было отдано традиционным способам операции.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре после лапароскопических операций по поводу ОСКН составила $5,8 \pm 1,4$ койко-дней, при традиционных операциях – $12 \pm 2,1$ койко-дней. Важно отметить, что после лапароскопического устранения ОСКН больные в лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии не нуждались.

Из 25 штатных сотрудников хирургических отделений Александровской больницы техникой лапароскопического оперирования уверенно владеют 10 хирургов. Они не избегали ее использования при ОСКН, но в большинстве случаев ограничились лапароскопической диагностикой и предпочли перейти на лапаротомный метод операции. Выбор лапаротомного способа операции после лапароскопии чаще всего был связан либо с запущенностью процесса, либо с отсутствием у оператора уверенности в успешности эндохирургического адгезиолизиса. Наиболее частой причиной перехода на традиционную операцию оказалась невозможность лапароскопической ревизии брюшной полости из-за обширных сращений и/или значительной дилатации тонкой кишки. В значительно меньшей степени на это влиял тяжелый общесоматический статус больных.

Самой частой операций у пациентов в анамнезе, после которой возникала спаечная кишечная непроходимость, являлась традиционная аппендэктомия. В анализируемый отрезок времени 2012-2016 гг. не было случаев ранней спаечной кишечной непроходимости, в то время как в предшествующий период имелся ряд таких наблюдений. Мы связываем это с тем, что в больнице широко внедрены лапароскопическая диагностика и лапароскопические операции в хирургической и гинекологической практике, в частности при остром аппендиците.

Помимо спаечной причины кишечной непроходимости диагностическая лапароскопия выявляла и другие

этиологические факторы кишечной непроходимости: фито bezoary, рецидивы опухолей, прораставших в тонкую кишку, опухоли толстой кишки, обтурацию просвета тонкой кишки желчными камнями. Поскольку такие причины кишечной непроходимости не рассматривались в настоящем исследовании, мы их не учитывали, но сочли необходимым отметить эти факты, так как они шире демонстрируют диагностические возможности лапароскопии при ОСКН.

Судя по научным публикациям [1],[3],[5] число случаев успешного лапароскопического лечения при ОСКН возрастает по мере накопления эндохирургического опыта.

Следует обратить внимание на результаты интраоперационной ревизии при лапаротомных операциях, которая выявила, что причиной острой кишечной непроходимости в 50 (24,3%) случаях явились единичные спайки, легко устранимые лапароскопическим способом в ранние сроки заболевания до появления сильного вздутия кишечника. Это свидетельствует о потенциальной возможности увеличения процента успешных лапароскопических операций адгезиолизиса при своевременном оперативном вмешательстве. Появление лейкоцитоза уменьшает шансы на успех лапароскопической операции.

По результатам нашего исследования процент успешных лапароскопических операций адгезиолизиса при ОСКН оказался небольшим. Мы находим этому следующие объяснения. Настоящее исследование проводилось в Санкт-Петербурге, где каждый третий житель является пенсионером по возрасту, среди них многие отягощены сопутствующей соматической патологией в стадии суб- или декомпенсации, повышающей риск пневмоперитонеума. К тому же исследование проводилось на материале муниципальной больницы, где научные и иные интересы оттесняются на второй план экономическими соображениями. В этих условиях лишь материальная заинтересованность лечебного учреждения, а, следовательно, и его сотрудников являются стимулом к внедрению прогрессивных лечебных технологий.

Ярким примером тому может служить экономическое поощрение лапароскопических способов лечения острого аппендицита, острого и хронического калькулезного холецистита, перфоративных гастродуоденальных язв, которые стали быстро вытеснять открытые способы операции. Так, согласно Генеральному тарифному соглашению (ГТС) на 2017 год, за традиционную аппендэктомию при неосложненном аппендиците (5493,3 руб.) и стационарное лечение пациента в течение 8 койко-дней (1523,1*8) больница получает от страховой компании 17678,1 рублей, а за лапароскопическую аппендэктомию (17348,3 руб.) и 4 койко-дня ($1523,1 \cdot 4$) – 23440,7 рублей, что дает выгоду в 5762, 6 руб. и вдвое увеличивает оборот койки.

Но в отношении острой спаечной кишечной непроходимости механизм экономической стимуляции не действовал. Более того, внедрение лапароскопических операций при ОСКН происходит в ущерб экономическим интересам лечебных учреждений. Так, согласно приложе-

нию №4 к ГТС на 2017 год, тариф одного койко-дня при острой непроходимости кишечника составляет 3980,9 руб. (код тарифа КСГ 321050). Приложение №10 к ГТС устанавливает тарифы на операции при острой кишечной непроходимости: для лапаротомных операций (код тарифа по КСГ 650867) – 17348,3 руб., для эндоскопического рассечения спаек при спаечной кишечной непроходимости (код тарифа по КСГ 641311) – 10227,4 руб.

Выводы

1. Среди больных, оперированных по поводу ОСТКН, лапароскопию удалось выполнить в 83% случаев. При этом во всех наблюдениях безошибочно диагностирован тонкокишечный вид непроходимости, а при странгуляции кишки обнаружены ее признаки.

2. Лапароскопическое устранение острой спаечной кишечной непроходимости оказалось успешным в 26,4% случаев. При этом имеется потенциальная возможность увеличения этого показателя до 50% при своевременном лапароскопическом вмешательстве (до развития чрезмерной дилатации кишки).

3. Обширные брюшинные сращения и сильное вздутие кишки в значительной степени ограничивают возможность выполнения лапароскопического адгезиолизиса у больных острой спаечной кишечной непроходимостью, однако в тех случаях, где лапароскопические операции удаются, они обладают всеми преимуществами малоинвазивных вмешательств.

4. Необходимо пересмотреть пункты ГТС, касающиеся лечения спаечной кишечной непроходимости, и экономически стимулировать внедрение лапароскопических операций в этих случаях. ■

Левин Л. А. д.м.н., Малышкин П.О., Байрагдарова Б.Э. , Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова; Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Александровская больница». Автор, ответственный за переписку — Малышкин Павел Олегович, Санкт-Петербург, Приморский проспект 143/2 кв.6; pavel.malyshkin.2012@mail.ru

Литература:

1. Андрейцев И.Л. Острая спаечная кишечная непроходимость. Диагностика и лечение: Автореф. дис. канд.мед.наук. – М., 2005. – 24 с.
2. Ерюхин И.А., Петров В.П. Ханевич М.Д., Кишечная непроходимость. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1999. – 443 с.
3. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии. – М., 2004. – 640 с.
4. Ситников В.Н. Применение эндохирургии в лечении спаечной болезни, осложненной острой кишечной непроходимостью/ В.Н.Ситников, М.В. Турбин, В.А. Бондаренко, В.Н. Найденов// Эндоскоп. хирургия, 2005. - Т. 11, № 1. - С. 139.
5. Ступин В.А. Оценка результатов лапароскопического лечения рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости/ В.А.Ступин, Р.Р. Мударисов, В.А. Хабиши, С.Р. Алиев// Эндоскоп. хирургия, 2005. - Т. 11, № 1. - С. 136