

Проф. Абдуллаев С.А.
Бомировдов Б.Б.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ.

Кафедра хирургических болезней (зав.каф дотц. Бабажанов А.С.) педиатрического факультета САММИ (ректор-проф. А.М. Шамсиев) и Самаркандское городское мед объединение (И.О. главный врач Эльбобоев О.М.)

Актуальность проблемы: Значительный прогресс абдоминальной хирургии, наблюдаемые за последние десятилетия привели к высокому росту числа плановых и экстренных операций на органах брюшной полости (2,3,5). Это позволяло увеличению количества больных со спаечной болезнью и частоты острой спаечной кишечной непроходимости (6,9). По данным разных авторов частота возникновения спаечного процесса после оперативных вмешательств на органах брюшной полости встречается в пределах 20-75% (2,4,8.). Проблема лечения спаечной непроходимости кишечника и других проявлений спаечного абдоминального синдрома постоянно находится в поле зрения специалистов хирургического профиля. Количество больных с острой спаечной кишечной непроходимостью достигает 3,5% общего числа хирургических больных в стационаре(5).

По данным международного спаечного общества (International Adhesion society) по поводу спаечной болезни ежегодно в хирургических отделениях лечатся около 2% прооперированных ранее больных, у 50-75% этой категория больных развивается кишечная непроходимость, смертность от которой составляет от 13 до 55% (9,10).

В связи с этим профилактика спаечной болезни является ещё далеко неразрешенной проблемой абдоминальной хирургии. Наиболее эффективные методы профилактики послеоперационных спаек до настоящего времени отсутствуют.

По литературным данным профилактики спаечной болезни один из самых сложных проблем абдоминальной хирургии.(3,6). Выше указанные аспекты диктуют необходимость в изучении и поиски новых путей профилактики спайкообразования. В

последние годы возрос интерес на ограничение десерозированных поверхностей органов после операций в брюшной полости. Многими авторами (2,7,6 Изучены эффективности внутрибрюшинного введения высокомолекулярных декстранов. Одним из таких препаратов являются мезогель.

Целью нашей работы является усовершенствовать тактики лечения и профилактики спаечной болезни брюшной полости.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 65 больных поступивших в хирургических отделений со спаечной болезнью Самаркандского медицинского Объединения в период 2010 по 2014годы.

Распределении больных по полу показал, что боль- ществ пациентов женского пола 41 (63%), а мужчин 24 (37%).

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ВОЗРАСТАМ

Возраст	16-21	23-60	61-73	Всего
Мужчин	2	20	2	24
женщин	3	37	1	41

Из таблицы видно что, возраст больных колебался от 18до 73 лет, и из них более 98% были люди трудоспособного возраста Впервые по поводу острой спаечной кишечной непроходимости были госпитализированы 21%, повторно 22,7% пациентов, у 56,3% больных в анамнезе имелось от 2 до 5 госпитализаций по поводу спаечной кишечной непроходимости. Ранее многие больные были неоднократно оперированы на органах живота в экстренном и в плановом порядке. Количество операций составляло от 1 до 5, причем в 60 % наблюдений (39 пациентов) в анамнезе имелось более 1 лапаротомии. У всех больных при поступлении в клинику были клинических проявления острой спаечной кишечной непроходимости.

Постоянными симптомами были схваткообразные боли, многократная рвота, задержка стула и неотхождение газов.

Диагностика острой кишечной непроходимости при поступлении больных в стационар установлена на основании общеклинических методов исследования.

Мы придерживаемся в клинической практики классификацию предложенной В.С.Савельевым(1996г) три стадии заболевание острой спаечной кишечной непроходимости.

Все больные с острой спаечной кишечной непроходимости были распределены на 2 группы: В первую группу вышли (контрольная группа) 25 (38%) больных получивших общепринятое традиционные лечения. В

вторую (основную группу) составили 40 (62%) пациентов, направленных на ликвидацию острой кишечной непроходимости и коррекции гемодинамики, детоксикационная терапия, декомпрессия желудочной-кишечного тракта назогастральным зондом, новокаиновые блокады . Лечение проводилось по усовершенствованной методике. Для подавление повторного спайкообразования и лизиса выпавший в брюшную полость фибрина в конце операции все участки брюшной полости об- работинны мезогелем. В течение 3-4 дня раннего послеоперационного периода в брюшную полость через полихлорвиниловые дренажные трубки вводили мезогель, в количестве 100-200мл.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУППАХ.

	Методы лечения	Количество	о / о
Контрольная группа	Традиционное лечение	25	38%
Основную группа.	У совершенствованной методике и брюшная полость обработана мезогелем .	40	62%

При использовании хирургического метода лечения дискуссионным остается вопрос о необходимости полного устранения спаек брюшной полости. С одной стороны, имеется угроза рецидива непроходимости из-за оставленных спаек, с другой травматичность тотального разделения сращений может обуславливать повторное спайкообразование.

Все оперативные вмешательства выполняли под интубационным наркозом с применением миорелаксантов и искусственной вентиляции легких, использовали срединную лапаротомию. При необходимости операционную рану расширяли вверх и вниз. После лапаротомии устанавливали и устраняли причину кишечной непроходимости, частично или полностью ликвидируя внутрибрюшные сращения.

Во время вмешательства обнаруживали различные варианты сращений в брюшной полости. Висцеро-висцеральные и висцеропариетальные спайки встречались практически с одинаковой частотой. Все больные ранее были оперированы на органах брюшной полости и 18 (27,7%) пациент более одного раза. Среди перенесенных оперативных вмешательств чаще всего встречались: Аппендэктомия - 9 (14%) гинекологические операции - 10 (15%), операции на желудке - 13 (20%), холецистэктомия - 15 (23%), Профилактика образования спаек после операций на органах брюшной полости остается основной задачей в

проблеме спаечной болезни. В последние годы отмечается рост числа больных со спаечной кишечной непроходимостью, что объясняется увеличением количества и объема оперативных вмешательств. Это заставляет искать новые пути предупреждения патологического спайкообразования в брюшной полости. В связи с многообразием причин спайкообразования профилактика его должна быть комплексной. Наряду с ранним распознаванием заболевания, своевременным щадящим оперативным вмешательством, борьбой с послеоперационным парезом кишечника в настоящее время широко применяются внутрибрюшные введения различных средств и физиотерапевтическое лечение.

В комплекс лечебных мероприятий у основной группы больных заключались введение в брюшную полость противоспаечный мезогель. Назоинтестинальный и трансректальный интубация кишечника.

Введения в брюшную полость для подавления повторного спайкообразования и лизиса выпавший в брюшную полость фибрина нами патогенетический обоснован в предидущих работах являются внутривнутрибрюшного введения протеолитических ферментов, гидрокартизона 125 мг, фибринолизина 20000 ЕД и гемодез 200мл.

В комплекс лечебных мероприятий у основной группы больных заключались введение в

брюшную полость противоспаечный мезогель 200-250мл, назоинтестинальный, интубация кишечника через стомы и трансректальной интубация кишечника.

Результаты и обсуждение.

Анализ наших наблюдений показало что спаечной процесс в брюшной полости отличается полиморфизмом. Зависимости от возраста и причины возникновения спаечной процесс были различными. Клинически спаечной болезни зависит от локализации спаечного процесса брюшной полости, степени распространения, срока образования и типа морфологического строения.

1. Спаечная болезнь - без явления кишечной непроходимости. Спаечной процесс плоского характера локализуются в разных участках брюшной полости- в области желудка, 12-перстной кишке, желчного пузыря, тонкой и толстой кишки

2. Первичные проявления острой кишечной непроходимости. Спайки могут быть единичные или множественные. Когда спайки располагается между тонкой и толстой кишки кишечной трубка части деформируется, Процевят кишки значительно суживается

3. Проявлении спаечной кишечной непроходимости частыми рецидивами. Спайка основном шнуравидного характера, иногда плоские и обширного характера между петлями тонкого и толстого кишечника, и часто деформируют кишечной трубки особенно когда имеются спайка циркулярными

характера. Отмечается сужении процвети отдельных участках кишечника трубки и происходит дилатация проксимальной отдела петли кишечника.

4. Обтурационная спаечной кишечной непроходимость .Из-за спайки Процевят кишечника полностью закрывается, деформируются петли кишечника в некоторых случаях петли кишечника образуют угол. Если шнуровидная спайки здавливают стенки кишечника и её сосудистой нервный пучок то быстро отмечаются некроза стенки кишечника.

5. Странгуляционная спаечная кишечная непроходимость. Отмечается между петлями тонкой и толстой кишки массивные коллагене широкие спайки иногда траксионного характера. Петли кишечника между собой заворачивается осбонной когда в процесс вовлекается брыжейки кишечника. Часта здавлиются кровеносное сосуды и нервы и приводит быстрому развитию некротического изменения стенках кишечника.

При использовании хирургического метода лечения дискуссионным остается вопрос о необходимости полного устранения спаек брюшной полости. С одной стороны, имеется угроза рецидива непроходимости из-за оставленных спаек, с другой травматичность тотального разделения сращений может обуславливать повторное спайкообразование .

Изучены результаты следующих вариантов оперативного лечения спаечной кишечной непроходимости:

полное разделение всех сращение в брюшной полости(тотальный адгезиолиз) .Аналізу подвергнуты отдаленные результаты 8 таких операций (12,3% наблюдений).

Частичное разделение сращений в брюшной полости (частичный адгезиолиз) устранение

причинной спайки, вызывающей кишечную непроходимость, и отдельных участков грубых деформаций кишечника.

Все оперативные вмешательства выполняли под интубационным наркозом с применением миорелаксантов и искусственной вентилиции легких, использовали срединную лапаротомию. При необходимости операцию рану расширяли вверх и вниз . После лапаротомии устанавливали и устраняли причину кишечной непроходимости, частично или полностью ликвидируя внутрибрюшные сращения.

Во время вмешательства обнаруживали различные варианты сращений в брюшной полости. Висцеро- висцеральные и висцеропариетальные спайки встречались практически с одинаковой частотой. Все больные ранее были оперированы на органах брюшной полости и 18 (27,7%) пациент более одного раза. Среди перенесенных оперативных вмешательств чаще всего встречались: Аппендэктомия - 9 (14%) гинекологические операции - 10 (15%), операции на желудке - 13 (20%), холецистэктомия - 15 (23%), Профилактика образования спаек после операций на органах брюшной полости остается основной задачей в проблеме спаечной болезни. В последние годы отмечается рост числа больных со спаечной кишечной непроходимостью, что объясняется увеличением количества и объема оперативных вмешательств. Это заставляет искать новые пути предупреждения патологического спайкообразования в брюшной полости. В связи с многообразием причин спайко - образования профилактика его должна быть комплексной. Наряду с ранним распознаванием заболевания, своевременным щадящим оперативным вмешательством, борьбой с по-

слеоперационным парезом кишечника в настоящее время широко применяются внутрибрюшинные введения различных средств и физиотерапевтическое лечение.

В комплекс лечебных мероприятий у основной группа больных заключались введение в брюшной полости противоспаечный мезогель. Назоинтестинальный и трансректальный интубация кишечника.

Введения в брюшную полость для подавления повторного спайкообразования и лизиса выпавший в брюшную полость фибрина нами патогенетический обоснован в предидущих работах являются внутривнутрибрюшного введения протеолитических ферментов, гидрокартизона 125 мг, фибринолизина 20000 ЕД и гемодез 200мл.

В комплекс лечебных мероприятий у основной группы больных заключались введение в брюшную полость противоспаечный мезогель 200-250мл, назоинтестинальный, интубация кишечника через стомы и трансректальной интубация кишечника.

По нашим данным около 87-88% случаях спайки были после операционные, 10-12% были после воспалительного процесса брюшной полости и 1,5-1,8% посттравматические и вражеского характера.

В настоящее время хирургического метода лечения остаётся дискуссионным вопрос о необходимости полного устранения спаек брюшной полости. С одной стороны, имеется угроза рецидива непроходимости из-за оставленных спаек, с другой травматичность тотального разделения сращений может обуславливать повторное спайкообразование.

Полное разделение всех сращений брюшной полости нами произведено в 8

случаях, частично разделения сращений брюшной полости и устранения перинной спайки, вызывающей кишечную непроходимость и грубых деформации кишечника 21 операции.

При наличии некротических изменений стенки кишечника и с явлением перитонита произведены резекции петли кишечника с видением илиостомы и интубация кишечника по Житнюку у 11 больных. В комплекс лечебных мероприятий у основной группы больных заключались введение в брюшную полость противо-спаячный мезогель, назоинтестинальный и трансректальный интубация кишечника.

При сравнительном изучении полученных данных между контрольной

и основной группы больных отмечена значительное благоприятное течение послеоперационного периода у основной группы. В контрольной группе у 15 пациентов отмечались стойкие признаки спаечной болезни, чего не наблюдалось в основной группе. Лучшие исходы были у больных которые получили полноценное дезинтоксикационное лечение, введения брюшной полости мезогеля и декомпрессионная интубация кишечника.

Вывод: Внутрибрюшное профилактическое применение мезогеля в комплексы лечения спаечной кишечной непроходимости предотвращает повторное формирование спаек брюшной полости.

Литература.

- 1 Женческий Р.А. Спаечная болезнь. Москва, Медицина 1989г 192стр.
- 2 Клещевникова В.П. Меженин А.М. - О лечении и профилактике спаечной кишечной непроходимости. В кн: Абдоминальная спаечная болезнь. Ленинград, 2002.
- 3 Коморовский Ю.Т. Корчинский И.Ю. - Спорные вопросы спаечной болезни брюшины в свете успехов и неудач оперативного лечения. - Вестн.хир., 2008, 1, 84-89.
- 4 Кригер А.Г. Диагностика и лечение острой спаечной тонко кишечной непроходимости. Хирургия, 2005, 7, 25-29стр.
- 5 Минаев С.В. Немилова Т.К. Кнорринг Г.Я. Полиферментная терапия в профилактике спаечного процесса в брюшной полости у детей. Вестник хирургия, 2006, том 165, 1, 49-54стр.
- 6 Симонян КС. Спаечная болезнь; Медицина, 2006.
- 7 Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. М: ГЭОТАР-МЕД 2003.
- 8 Шоназаров И.Ш. Абдуллаев С.А. Битишма касаллигини даволаш ва профилактика муаммола-ри. Услуги кулланма, Самарканд 2004, 21стр.
- 9 Attard Jo-Anne p Maclean A R Adhesive small bowel obstruction epidemiology biology and prevention: Can J Surg -2007
- 10 Fisher C., Doherty D. laparoscopic approach to small bowel obstruction. Semi Laparoscopy Surg 2002.