

## СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

О.С. БОЙМУРОДОВ, Ё.Б. ЁРОВ, З.Х. ГАЗИЕВ, Ш.А. ТОШЕВ

Кафедра общей хирургии № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

В статье приводятся результаты своевременной диагностики и успешного малоинвазивного хирургического лечения пациентки с острой спаечной кишечной непроходимостью. Срок поступления от начала заболевания составил 24 часа. Поводом для обращения в клинику явилось усиление болевого синдрома, вздутие живота и диспептические явления. При ультразвуковой диагностике было установлено, что свободной жидкости в брюшной полости не имеется. Для более точной топической диагностики была выполнена обзорная рентгенография брюшной полости, на которой были выявлены чаши Клойбера и кишечные арки, чем и был подтверждён диагноз кишечной непроходимости. Пациентка была прооперирована с использованием лапароскопической технологии. Интраоперационных осложнений не возникло. Продолжительность операции составила 45 минут. Дренажные трубки были удалены на 3-е сутки. В послеоперационном периоде пациентке были назначены антибиотики, спазмолитики, коллоидно-кристаллоидные растворы, ненаркотические анальгетики и рассасывающие препараты. Продолжительность госпитализации составила 5 дней. При контрольных осмотрах в течение одного месяца пациентка жалоб не предъявляла.

**Ключевые слова:** лапароскопия, спаечная кишечная непроходимость, шнуровидные спайки, адгезиолизис.

### A CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF ACUTE COMMISSURAL INTESTINAL OBSTRUCTION BY USING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGY

O.S. BOYMURODOV, YO.B. YOROV, Z.KH. GAZIEV, SH.A. TOSHEV

Department of General Surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

The article contains the results of modern diagnosis and successful minimally invasive surgical treatment of a patient with acute commissural intestinal obstruction. Timing of the entrance from the onset of the disease amounted to 24 hours. The reason for treatment at the clinic was the increased pain syndrome, bloating and dyspeptic phenomenon. When ultrasound found, free fluid in the abdominal cavity is not available. For a more accurate diagnostic topical review was performed X-rays of abdominal cavity, on which Kloyber's bowls and intestinal arches revealed, which was confirmed by the diagnosis of intestinal impassability. The patient operated using laparoscopic technology. There were no intraoperative complications. The duration of the operation was 45 minutes. Drainage tubes removed on the 3rd day. In the postoperative period, the patient prescribed antibiotics, antispasmodics, colloidal-crystalloid solutions, non-narcotic analgesics and absorbable drugs. The duration of hospitalization was 5 days. During the monitoring inspection within one month, the patient had no any complaints.

**Keywords:** Laparoscopy, intestinal commissural obstruction, cord-like adhesions, adhesion.

Спаечная кишечная непроходимость (СКН) в структуре абдоминальной хирургической патологии составляет 3,5%. Это достаточно распространённое заболевание, последние годы имеет тенденцию к росту и составляет большую часть (60-70%) от всех видов кишечной непроходимости [1]. Летальность от острой СКН, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах – от 13 до 60%. Патогенез спайкообразования и течение спаечной болезни чрезвычайно сложны и до конца не изучены. Известно, что любое механическое повреждение, ишемия, присутствие инородных тел (дренажи, марлевые тампоны, тальк и т.п.) в отношении брюшинного покрова приводят к дистрофическим процессам [2,3]. Мезотелий слущивается, и развивается асептическое, а при наличии инфекции, септическое воспаление с выпотеванием фибрина (серозно-фибринозное и соответственно гнойно-фибринозное воспаление). Выпавший фибрин склеивает рядом лежащие участки висцеральной и париетальной брюшины. Длительные послеоперационные парезы, в том числе после ликвидации острой СКН, способствуют образованию новых спаек между органами, а также приводят к синдрому кишечной недостаточности у больных от 40 до 96% случаев [4]. Ввиду этого, поиск путей минимизации механического воздействия внешних факторов на брюшинный покров, каковыми являются малоинвазивные технологии, безусловно, является актуальным в лечении спаечной болезни брюшной полости [5,6].

В статье приводятся результаты своевременной диагностики и успешного малоинвазивного хирургического лечения пациентки с острой СКН.

Пациентка Ш. 1980 г. р., поступила в приёмное отделение ГКБ № 5 г. Душанбе с жалобами на острые боли по всему животу, вздутие живота, тошноту с многократной рвотой, неотхождение газов и отсутствие стула. Срок поступления от начала заболевания составил 24 часа. Из анамнеза выяснилось, что пациентка в различные периоды была оперирована по поводу кисты яичника, кесарева сечения и острой кишечной непроходимости. Все операции были проведены в среднем и нижнем этаже брюшной полости. Вышеизложенные жалобы стали причиной для обращения в клинику. При ультразвуковом исследовании наличия свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. На обзорной рентгенографии брюшной полости были найдены чаши Клойбера и множественные тонкокишечные арки (рис. 1).

На основании анамнеза больной, общего осмотра, а также результатов дополнительных методов исследования пациентке был выставлен диагноз: «Острая спаечная тонкокишечная непроходимость».

После короткой предоперационной подготовки пациентке под эндотрахеальным наркозом была выполнена операция – лапароскопия, адгезиолизис с дренированием брюшной полости. Операция выполнена с использованием 3 троакаров, первый



**Рис. 1** Обзорная рентгенография брюшной полости

троакар был поставлен по методу Хассена на 2 см выше пупка, а два остальных – в подвздошных областях. При ревизии органов брюшной полости было обнаружено вздутие жизнеспособной петли тонкой кишки. Ориентируясь на слепую кишку и спавшуюся петлю тонкой кишки, примерно на расстоянии 70 см от илеоцекального угла, был обнаружен рубцовый штранг, идущий от брюшной стенки к илеоцекальному углу. Данная шнуровидная спайка и явилась причиной странгуляции тонкой кишки, приведшей к кишечной непроходимости (рис. 2).

В монополярном режиме, отходя на 1,5 см от петли кишечника, был проведён адгезиолизис (рис. 3), после чего отмечалось заполнение спавшейся части кишечника кишечными массами и восстановление его проходимости (рис. 4).

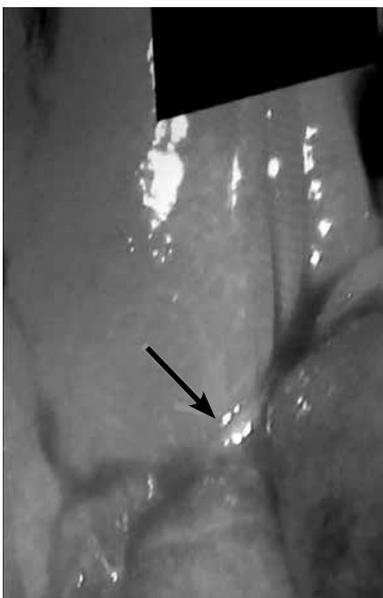
Со стороны других видимых органов брюшной полости и малого таза патологических изменений выявлено не было. Операция была завершена дренированием брюшной полости и полости малого таза полихлорвиниловыми трубками. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Продолжительность операции составила 45 минут. Дренажные трубки были удалены на третьи сутки. В послеоперационном периоде пациентке были назначены антибактериальные, спазмолитические препараты,

проведена корригирующая инфузионная терапия, ненаркотические анальгетики и рассасывающие препараты. Пациентка была выписана на 5 сутки после операции под наблюдение хирурга по месту жительства. Швы сняты на 7 сутки после операции. При контрольных осмотрах в течение одного месяца пациентка жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Спаечная кишечная непроходимость составляет 3,5% от общего числа стационарных больных в хирургии [8]. Из года в год СКН имеет неуклонный рост, и лишь за последние 20 лет число спаечной кишечной непроходимости удвоилось [9]. Повторные случаи СКН после оперативных вмешательств отмечаются от 20,3-71% [10]. Болезнь встречается чаще у лиц трудоспособного возраста. По мнению ряда авторов, более, чем у половины пациентов (52-70%), обратившихся с проблемами нарушения пассажа по ЖКТ, последние удаётся решить комплексом интенсивных консервативных мероприятий. И только 9-20% больных с тяжёлыми формами СКН, у которых имеют место необратимые ишемические изменения кишечной стенки, подвергаются оперативному лечению [11]. В то же время уверенности в том, что произведённая операция полностью избавит больного от данного недуга, нет, ввиду того, что выполненная лапаротомия является причиной нового спаечного процесса, и какими будут очередные спайки, никому не ведомо.

Вопрос о необходимости разъединения всех спаек брюшной полости, как угрозы будущей СКН, является дискуссионным [12]. С одной стороны, оставление имеющегося спаечного процесса может стать причиной СКН, с другой стороны, тотальное разъединение спаек известно своей травматичностью и неизбежностью к повторному спайкообразованию, характер которого и последствия неизвестны. Частота рецидивов спаечной болезни, связанные с лапаротомией и оперативным разъединением спаек, диктует необходимость использования новых технических возможностей. Все вышеуказанные факты не оставляют сомнений в актуальности поиска новых эффективных методов лечения этой тяжёлой патологии. Применение малотравматичных, высокотехнологичных, современных методов разъеди-



**Рис. 2** Шнуровидная спайка



**Рис. 3** Этап адгезиолизиса



**Рис. 4** Восстановление кишечной проходимости

нения спаек, каковым является лапароскопический метод, является наиболее приемлемым. Патогенез спайкообразования сложен и до конца не изучен. Считается, что основная причина образования спаек – это индивидуальная интерактивность соединительной ткани. Вследствие механического повреждения брюшины и глубже лежащих тканей возникает воспалительная реакция организма. Выраженность спайкообразования зависит от степени и продолжительности продуктивной стадии воспаления. На этой стадии происходит синтез коллагеновых волокон. Чем чаще производятся оперативные вмешательства, особенно, если брюшина подвергается открытой травматизации, тем чаще происходит образование спаек. При наличии инородных тел (дренажные трубки, марлевые тампоны, тальк, крахмал и т.п.), возникает дистрофический процесс, сопровождающийся слущением мезотелия брюшины. Это приводит к развитию асептического, а при наличии инфекции, септического воспаления, выпотеванию фибрина (серозно-фибринозная, гнойно-фибринозные формы). Выпотевающий с поврежденной или дистрофически измененной поверхности брюшины фибрин склеивает эти участки с рядом лежащими органами, образуя выраженный в той или иной степени спаечный процесс. Следовательно, количество и скорость спаечного процесса напрямую зависит от травматичности операции и индивидуальных свойств организма реагировать на внешний травмирующий агент. Известно, что после оперативных вмешательств, вследствие развития рубцовой ткани в брюшной полости, появляются перепончатые и плоскостные спайки (шнуровидные или лентовидные). Установлено, что кишечная непроходимость, развившаяся в первые 6-14 дней после оперативного вмешательства, главным образом, связана с воспалительным процессом (анастомозит, перитонит). Непроходимость, связанная с трансформацией «молодой» соединительной ткани в рубцовую, развивается позднее 3 недель после операции. Острая СКН в настоящее время составляет до 70% от всех форм кишечной непроходимости, а летальность после оперативного вмешательства по её поводу, по данным различных авторов, колеблется от 13 до 60%, что указывает на важность данной проблемы. Единого понимания процессов спайкообразования, как реакции организма, к сожалению, до настоящего времени нет. Не изучены также и особенности патологических адгезивных процессов. Способов эффективной профилактики рецидивов спайкообразования также не существует, в результате чего подходы в лечении СКН различны. Перед хирургом, оперирующим СКН, ставятся 2 задачи: 1) обеспечение пассажа по ЖКТ; 2) предупреждение повторной спаечной непроходимости [13,14]. Течение и клинические проявления СКН разнообразны и обусловлены нарушением пассажа по кишечной трубке, и степенью нарушения кровоснабжения, обусловленного странгуляцией мезентеральных сосудов. В клинике общей хирургии, при

выборе тактики лечения больных с СКН, мы придерживаемся классификации, предложенной Женчевским Р.А. (1989 г.), где выделяются следующие формы спаечной болезни:

- спаечная болезнь, протекающая с болевым синдромом и дисфункцией (дискинезией) органов без стойких признаков непроходимости кишечника;
- рецидивирующая спаечно-динамическая непроходимость (спастическая, паралитическая);
- обтурационная спаечная непроходимость (острая, хроническая);
- странгуляционная спаечная непроходимость (внутреннее ущемление, заворот и др.).

Дифференциальная диагностика проводится на основе знания клинических форм течения спаечной болезни. При этом определяют следующие возможные клинические проявления СКН в зависимости от вида спаек:

- при плоскостных спайках чаще всего развивается болевой синдром с дисфункцией органов желудочно-кишечного тракта;
- при перепончатых спайках чаще наблюдаются симптомы динамической или обтурационной непроходимости;
- странгуляционная непроходимость чаще всего обусловлена шнуровидными спайками.

По клиническим симптомам дифференцировать спаечную болезнь чрезвычайно трудно. Обусловленная кишечной коликой боль является ведущим симптомом спаечной болезни. Консервативные мероприятия, направленные на купирование боли и восстановление пассажа по ЖКТ, являются основной задачей при госпитализации больного в стационар. Диагностические исследования (УЗИ, ФГДС, лабораторные анализы) с целью уточнения диагноза проводятся параллельно. Наиболее информативным методом диагностики и дифференциальной диагностики СКН, по мнению большинства авторов, является рентгенологический, что подтверждают и наши наблюдения.

Таким образом, спаечная кишечная непроходимость является тяжёлым заболеванием, протекающим с большим диапазоном клинических проявлений, требующая интенсивных консервативных мероприятий, а в ряде случаев – неотложных оперативных вмешательств. Наш первый опыт видеолапароскопического адгезиолизиса позволяет утверждать, что, если нет абсолютных противопоказаний для использования эндоскопической методики, адгезиолизис может быть альтернативой традиционным оперативным видам лечения СКН. Залогом успеха является объективная оценка возможностей применения этих методик в каждом конкретном случае, по строгим показаниям, которые обозначены и общеизвестны.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лубянский ВБ, Комлева ИБ. Эффективность лечения конгломератных форм спаечной кишечной непроходимости с применением еунотрансверзоанастомоза. *Хирургия*. 2009;3:29-32.
2. Баранов ГА, Карбовский МЮ, Василенко ОЮ. Особенности иммунного статуса при спаечной болезни брюшной полости. *Хирургия*. 2010;12:12-4.
3. Курбонов КМ, Дзюнов БН. Современные технологии в диагностике и лечении спаечной тонкокишечной непроходимости. *Вестник Авиценны*. 2012;4:35-8.

## REFERENCES

1. Lubyanskiy VB, Komleva IB. Effektivnost' lecheniya konglomeratnykh form spaechnoy kishhechnoy neprokhodimosti s primeneniem eyunotransverzoanastomoza [The effectiveness of treatment of conglomerate forms of adhesive intestinal obstruction with the use of eunotrasversanastomosis]. *Khirurgiya*. 2009;3:29-32.
2. Baranov GA, Karbovskiy MYr, Vasilenko OYr. Osobennosti immunnogo statusa pri spachnoy bolezni bryushnoy polosti [Features of immune status in adhesive disease of the abdominal cavity]. *Khirurgiya*. 2010;12:12-4.
3. Kurbonov KM, Dzhonov BN. Sovremennyye tekhnologii v diagnostike i lechenii spaechnoy tonkokishechnoy neprokhodimosti [Modern technologies in the diagnosis and treatment of adhesive small bowel obstruction]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2012;4:35-8.

4. Холматов ПК, Назаров ШК, Дžoнов БН, Комилов Ф. Диагностика, лечение и профилактика спаечной болезни брюшины. *Вестник Авиценны*. 2012;1:155-60.
5. Кремер ПБ, Михин ИВ, Бебуришвили АГ, Акинчиц АН. Этапный лапароскопический адгезиолизис с применением противоспаечных барьерных средств. *Эндоскопическая хирургия*. 2010;1:14-6.
6. Рубанченко ДО. Современные подходы к хирургическому лечению спаечной болезни брюшины и введению противоспаечных имплантантов. *Вестник РГМУ*. 2010;2:210-2.
7. Ступин ВА, Михайлулов СВ, Мударисов РР, Алиев СР, Вербицкий ДА. Способ профилактики спаечной болезни брюшной полости. *Эндоскопическая хирургия*. 2009;1:150-2.
8. Томнюк НД. К вопросу о спайках и спаечной болезни в неотложной хирургии. *Современные наукоёмкие технологии*. 2010;10:84-5.
9. Хасанов АГ, Бадретдинов АФ, Суфияров ИФ. Видеолaparоскопия в комплексном лечении спаечной болезни брюшины. *Эндоскопическая хирургия*. 2008;14(1):22-4.
10. Хасанов АГ, Суфияров ИФ, Нигматзянов СС. Способ хирургического лечения и профилактики послеоперационных перитонеальных спаек. *Хирургия*. 2008;3:43-5.
11. Хасанов АГ, Суфияров ИФ. Лапароскопическое лечение послеоперационных перитонеальных спаек. *Хирургия*. 2008;8:49-51.
12. Хасанов АГ, Каюмов ФС, Суфияров ИФ. Способ перитонизации тонкой кишки для профилактики развития перитонеальных спаек. *Вестник хирургии*. 2008;167(5):34-6.
13. Хасанов АГ. Хирургические барьеры в профилактике послеоперационных спаек. *Анналы хирургии*. 2008;2:56-8.
14. Burton E. Laparoscopic management of a small bowel obstruction of unknown cause. *JSL*. 2008;12(3):299-302.
4. Kholmatov PK, Nazarov ShK, Dzhonov BN, Komilov F. Diagnostika, lechenie i profilaktika spaechnoy bolezni bryushiny [Diagnosis, treatment and prevention of adhesive disease of the peritoneum]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2012;1:155-60.
5. Kremer PB, Mikhin IV, Beburishvili AG, Akinchits AN. Etapnyy laparoskopicheskiy adgeziolizis s primeneniem protivospaechnykh bar'ernykh sredstv [Staged laparoscopic lysis of adhesions with the use of protivospaechnyj barrier means]. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2010;1:14-6.
6. Rubanchenko DO. Sovremennye podkhody k khirurgicheskomu lecheniyu spaechnoy bolezni bryushiny i vnedreniyu protivospaechnykh implantantov [Modern approaches to surgical treatment of adhesive disease of the peritoneum and the introduction of anti-adhesive implants]. *Vestnik RGMU*. 2010;2:210-2.
7. Stupin VA, Mikhaylusov SV, Mudarisov RR, Aliev SR, Verbitskiy DA. Sposob profilaktiki spaechnoy bolezni bryushnoy polosti [Method of prevention of adhesive disease of the abdominal cavity]. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2009;1:150-2.
8. Tomnyuk ND. K voprosu o spaykakh i spaechnoy bolezni v neotlozhnoy khirurgii [To the question of spikes and adhesive disease in emergency surgery]. *Sovremennye naukoymkie tekhnologii*. 2010;10:84-5.
9. Khasanov AG, Badretdinov AF, Sufiyarov IF. Videolaparoskopiya v kompleksnom lechenii spaechnoy bolezni bryushiny [Videolaparoscopy in the complex treatment of adhesive disease of the peritoneum]. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2008;14(1):22-4.
10. Khasanov AG, Sufiyarov IF, Nigmatzhanov SS. Sposob khirurgicheskogo lecheniya i profilaktiki posleoperatsionnykh peritoneal'nykh spaek [A method of surgical treatment and prevention of postoperative peritoneal adhesion]. *Khirurgiya*. 2008;3:43-5.
11. Khasanov AG, Sufiyarov IF. Laparoskopicheskoe lechenie posleoperatsionnykh peritoneal'nykh spaek [Laparoscopic treatment of postoperative peritoneal adhesion]. *Khirurgiya*. 2008;8:49-51.
12. Khasanov AG, Kayumov FS, Sufiyarov IF. Sposob peritonizatsii tonkoy kishki dlya profilaktiki razvitiya peritoneal'nykh spaek [A method of peritonization of the small intestine to prevent the development of peritoneal adhesive. Herald of surgery]. *Vestnik khirurgii*. 2008;167(5):34-6.
13. Khasanov AG. Khirurgicheskie bar'ery v profilaktike posleoperatsionnykh spaek [Surgical barriers in prevention of postoperative adhesive]. *Annaly khirurgii*. 2008;2:56-8.
14. Burton E. Laparoscopic management of a small bowel obstruction of unknown cause. *JSL*. 2008;12(3):299-302.

## ❶ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Боймуродов Ориф Султонович**, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Ёров Ёрмахмат Бобоевич**, ассистент кафедры общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Газиев Зафар Хакимбекович**, ассистент кафедры общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Тосhev Шахриёр Абдушукурович**, ассистент кафедры общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов**

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

**Конфликт интересов:** отсутствует.

## ❶ AUTHOR INFORMATION

**Boymurodov Orif Sultonovich**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of General Surgery № 1, Avicenna TSMU

**Yorov Yormakhmad Boboevich**, Assistant of the Department of General Surgery № 1, Avicenna TSMU

**Gaziev Zafar Khakimbekovich**, Assistant of the Department of General Surgery № 1, Avicenna TSMU

**Toshev Shahriyor Abdushukurovich**, Assistant of the Department of General Surgery № 1, Avicenna TSMU

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ёров Ёрмахмад Бобоевич  
ассистент кафедры общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139.  
Тел.: (+992) 918 446329  
E-mail: yorov-farzod@mail.ru

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Yorov Yormakhmad Boboevich  
Assistant of the Department of General Surgery № 1, Avicenna TSMU

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave., 139  
Tel.: (+992) 918 446329  
E-mail: yorov-farzod@mail.ru

**ВКЛАД АВТОРОВ**

Разработка концепции и дизайна исследования: БОС  
Сбор материала: ЁЁБ, ГЗХ, ТША  
Анализ полученных данных: БОС, ГЗХ  
Подготовка текста: ЁЁБ, ГЗХ, ТША  
Редактирование: БОС  
Общая ответственность: БОС

*Поступила* 02.11.2017  
*Принята в печать* 22.12.2017

*Submitted* 02.11.2017  
*Accepted* 22.12.2017