

ВОЗМОЖНОСТИ УЗИ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Степанюк А.А.¹, Завада Н.В.²

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»¹,
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»²,
Могилев, Минск, Республика Беларусь

По данным Международного общества изучения спаек (International Adhesion Society), послеоперационный спаечный процесс в брюшной полости является самым частым осложнением абдоминальных хирургических вмешательств. По поводу спаечной болезни ежегодно в хирургических отделениях лечится 1% прооперированных ранее больных, у 50% из которых развивается острая кишечная непроходимость с послеоперационной летальностью от 10 до 15 % [1, 2].

Открытая лапаротомия и адгезиолизис с устранением кишечной непроходимости долгое время были основным методом оперативного вмешательства при острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН). Но они не предотвращали последующее развитие спаечного процесса в брюшной полости [3].

Лапароскопический доступ с его минимальной травматизацией мягких тканей создает условия для образования меньшего количества, по сравнению с открытыми операциями, спаек в брюшной полости. Он более косметичен и менее травматичен для пациента [4].

Сложным вопросом остается установление до операции распространенности спаечного процесса в брюшной полости и выбор метода хирургического лечения пациентов с данной патологией [5].

Долгое время основным в диагностике острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) являлась обзорная рентгенография органов брюшной полости [6]. Однако её диагностическая достоверность при данной патологии не превышает 67–82% [7]. При этом основной недостаток – высокая рентгеннагрузка на пациента и невозможность оценить распространенность

спаечного процесса в брюшной полости.

В последнее время большое внимание в диагностике непроходимости тонкой кишки уделяется ультразвуковому исследованию (УЗИ), как простому, безопасному [8]. Однако данный метод не получил широкого практического применения ввиду отсутствия адекватной ультразвуковой семиотики кишечной непроходимости и возможности использования ультразвукового исследования при выборе метода хирургического лечения пациентов с ОСТКН.

Цель исследования: изучить возможности УЗИ в выборе метода хирургического лечения пациентов с ОСТКН.

Материалы и методы. За период с января 2011 по сентябрь 2012 года в УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи» было оперировано 42 пациента по поводу ОСТКН. Из них женщин – 24 (57,2%), мужчин – 18 (42,8%). При выборе метода хирургического лечения у 22 (52,3%) пациентов мы использовали обзорную рентгенографию органов брюшной полости с пассажем бария по кишечнику и у 20 (47,7%) пациентов – ультразвуковой метод. При УЗИ использовался датчик с частотой 3,5 МГц. При помощи данного метода определялось наличие сращений между петлями кишечника и большого сальника, а также наличие спаечного процесса между петлями тонкой кишки и передней брюшной стенкой.

Результаты. При использовании рентгенологического метода нам не удалось оценить распространенность спаечного процесса в брюшной полости. По этому, 20 (47,6%) пациентов оперированы открытым методом и 2 (4,8%) пациентам потребовался переход на лапаротомию.

В группе пациентов, которым проводилась УЗИ, 6 (14,3%) пациентов оперированы лапароскопически и 14 (33,3%) пациентам выполнена лапаротомия. У 3 (15%) пациентов выявлен конгломерат, состоящий из петель тонкой кишки (оперированы открытым методом), у 2 (10%) пациентов – спайка, передавливающая кишку (оперированы лапароскопически), у 6 (30%) – спаечный процесс с областью послеоперационного рубца (из них 2 пациента оперированы лапароскопически). Данные УЗИ были подтверждены во время операции. Перехода на открытую лапаротомию данной группе не было.

Заключение. Использование ультразвукового метода позволило определить у 55% пациентов распространенность спаечного процесса в брюшной полости. Это способствовало выбору оптимального метода хирургического лечения пациентов с ОСТКН и избежать послеоперационных осложнений, перехода на лапаротомию.

Литературные ссылки

1. Воробьев, А.А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А.А. Воробьев, А.Г. Бебуришвили. – Волгоград: Гос.учреждение "Издатель". – 2001. – 240 с.
2. Liokakos T. et al. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology, and clinical significance. // Dig. surgery, 2001, -№ 18, – P. 260–273.
3. Багненко, С.Ф., Синенченко, Г.И., Чуприс В.Г. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2009. – Т. 168, № 1. – С. 27–30.
4. Гушул, А.В., Михин, И.В., Бебуришвили А.Г. Лапароскопический адгезиолизис в лечении болевых форм спаечной болезни брюшной полости // Альманах Института хирургии им. Вишневского. – 2010. – Том 5. – № 1. – С. 10–11.
5. Dallemagne B. Small bowel obstruction and adhesiolysis // Laparoscopic surgery / New York: McGraw-Hill, 2003. – P.301–303.
6. Мойсеенко, А.И., Огородова, Л.М., Капилевич, Л.В. Оптимизация рентгенконтрастных методов диагностики острой спаечной кишечной непроходимости \ Материалы VIII конгресса молодых ученых и специалистов – Томск: СибГМУ. – 2007. – 273 с.
7. Schein M. Early Postoperative Intestinal Obstruction // Current surgery. – 2002. – Vol. 53, № 3. – P.289–293.
8. Завада, Н.В., Шорох, Г.П. Хирургическая тактика при спаечной кишечной непроходимости. Материалы 12 съезда хирургов Республики Беларусь. В 2-х частях. Часть 1. – Минск, 2002. – С.116–117.