

*На правах рукописи*

Маншетов Владимир Владимирович

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ  
БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ  
С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ**  
(клинико-экспериментальное исследование)

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Барнаул – 2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, доцент **Ганков Виктор Анатольевич**

**Официальные оппоненты:**

**Лубянский Владимир Григорьевич** доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО АГМУ Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой госпитальной хирургии

**Вильгельм Николай Павлович** кандидат медицинских наук, доцент, НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Барнаул ОАО «РЖД», хирургическое отделение, ординатор

**Ведущее учреждение**

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2012 года в 10<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета Д 208.002.02 при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (656038, г. Барнаул, пр-т Ленина, 40).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2012 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

**Цеймах Евгений Александрович**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность проблемы

Спаечная болезнь брюшной полости (СББП) является одним из тяжелых заболеваний, что обусловлено сложностью её лечения и профилактики. Частота развития СББП после оперативных вмешательств составляет от 67 до 93% (А.Г. Кригер, 2005; А.С. Ермолов, 2006; Н.Л. Матвеев и соавт., 2007; С.N. Gutt, 2004). Заболевание встречается преимущественно у лиц наиболее трудоспособного возраста, что представляет собой значительную медицинскую и социальную проблему (А.В. Федоров, 2005; Д.А. Вербицкий, 2004; В.И. Ишанкулов, 2000). СББП является наиболее частой причиной острой кишечной непроходимости и составляет почти 60% от всех её видов (А.П. Радзиховский, 2010; С. Cartanese, 2009). По данным отечественных исследователей, летальность при осложнениях острой спаечной кишечной непроходимости составляет от 16 до 21% (А.Ф. Дронов, 2006; Д.В. Есипов, 2004). По сведениям Международного спаечного общества (International Adhesion Society, Dallas, USA), основанного в 1996 г., летальность достигает от 13 до 55% и не имеет тенденции к снижению (М.Р. Senthilkumar, 2006).

Консервативное лечение больных СББП малоэффективно (J.M. Becker, 1996; F. Bittinger, 1999), а после оперативных вмешательств ее рецидивы составляют от 32 до 71% (А.Л. Власов и соавт., 2003; Э.И. Романов и соавт., 1998; S. Eubanks, 1997). Многие авторы указывают на отсутствие надежных средств профилактики рецидива спаечного процесса брюшной полости (СПБП) (А.А. Воробьев, 2001; G.S. Di Zerega, 1997; N.F. Ray, 1993). Неудовлетворенность специалистов результатами лечения больных СББП диктует необходимость дальнейшего исследования этого вопроса. За последние семь лет предложено большое количество препаратов для профилактики рецидива СПБП как местного, так и общего воздействия

(Б.С. Суковатых, 2008; D. Menzies, 2006; D. Kruschinski, 2006). Поэтому очевидна необходимость исследования эффективности различных методов профилактики рецидива СББП и клинической их апробации.

В связи с активным использованием миниинвазивных технологий в хирургии возникла необходимость определения показаний и противопоказаний, а также сравнительной оценки результатов лечения СББП традиционным и видеолапароскопическим (ВЛС) доступом.

Рост числа оперативных вмешательств, высокая частота развития СББП и большая доля её рецидивов диктуют необходимость поиска новых и усовершенствования существующих способов реабилитации больных СББП после оперативного лечения с целью получения более высокой эффективности восстановления функций желудочно-кишечного тракта и организма в целом.

### **Цель исследования**

Улучшить результаты лечения больных спаечной болезнью брюшной полости путём дифференцированного подхода к выбору методов лечения и профилактики спаечного процесса.

### **Задачи исследования**

1. Сравнить антиадгезивную эффективность различных лекарственных препаратов и противоспаечных барьеров в эксперименте.
2. Определить показания к оперативному лечению традиционным и ВЛС доступом у больных СББП, разработать программу их послеоперационной реабилитации.
3. Оценить ближайшие и отдаленные результаты, а также качество жизни больных после консервативного и оперативного лечения СББП с использованием методов профилактики внутрибрюшных сращений.

## **Научная новизна исследования**

1. Доказана эффективность этапного лечения больных СББП с использованием комплекса консервативных методов (приём пенициллина, диетотерапии, физиолечения, лечебной физкультуры), а в последующем, при необходимости оперативного вмешательства, выполнение адгезиолизиса с использованием ВЛС технологий при I-II степени спаечного процесса (СП) и гелиевых антиспаечных барьеров, что существенно улучшает качество жизни больных.
2. Выполнена сравнительная оценка антиадгезивной эффективности различных лекарственных препаратов (гидрокортизон, октреотид, пенициллин) и противоспаечных барьеров (перфторан, адепт, линтекс-мезогель, интеркот). Впервые установлено, что интраоперационная профилактика внутрибрюшных сращений гелиевыми барьерами (Линтекс-Мезогель, Интеркот) и пероральное введение пенициллина в послеоперационном периоде, по экспериментальным данным, значительно уменьшает частоту рецидивов СП на 40,0% и его выраженность в 3,5 раза.

## **Практическая значимость работы**

Разработаны методы консервативного лечения больных СББП с использованием пенициллина, физиотерапевтических (комбинация ультразвука с мазью гидрокортизон и электрофореза раствора димексида и лидазы) и реабилитационных мероприятий (диетотерапии, лечебной физкультуры, массажа живота).

Установлены показания и противопоказания к оперативному лечению СББП, доказана целесообразность выполнения адгезиолизиса ВЛС доступом, после предварительного курса консервативного лечения и частыми рецидивами СББП у больных с I-II степенью СПБП.

Разработан способ профилактики рецидива СПБП с интраперитонеальным введением гелиевых антиспаечных барьеров и

применением пенициллина, местных физиотерапевтических воздействий, реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Адгезиолизис ВЛС доступом позволяет восстановить проходимость тонкой кишки у пациентов с I-II степенью СББП.
2. Интраперитонеальное введение гелиевого антиспаечного барьера «Линтекс-Мезогель» после адгезиолизиса и пероральное введение пенициллина в послеоперационном периоде значительно уменьшают частоту рецидивов СП и его выраженность.
3. Комплексный подход к лечению больных СББП с применением ВЛС адгезиолизиса уменьшает частоту послеоперационных осложнений и летальность. Применение ВЛС техники благодаря возможности ранней активизации больных позволяет ускорить реабилитацию оперированных больных и сохранить их трудоспособность.
4. Пациенты со СББП после традиционного консервативного лечения имеют более низкие показатели качества жизни по сравнению с больными, у которых консервативное лечение было дополнено применением пенициллина. Оперативное лечение больных СББП с использованием методов профилактики СББП позволяет достоверно повысить качество жизни у этих больных, как по физическому, так и психологическому компонентам здоровья.

### **Внедрение результатов исследования в практику**

Основные положения диссертации внедрены в работу хирургического и гастроэнтерологического отделений КГБУЗ «Городская больница №12 города Барнаула», используются в преподавании студентам, интернам, клиническим ординаторам, аспирантам, а также хирургам, проходящим специализацию по

эндовидеохирургии в клинике общей хирургии ГБОУ ВПО АГМУ Минздравсоцразвития России.

### **Апробация материалов диссертации**

Результаты исследования и основные положения диссертации доложены и обсуждены на региональной конференции врачей-хирургов «Послеоперационные осложнения и актуальные вопросы гнойной хирургии» (Горно-Алтайск, 2009 г.), итоговой научной конференции вуза, посвященной Дню российской науки (Барнаул, 2009 г., 2010 г.), краевой итоговой научно-практической конференции хирургической службы Алтайского края (Барнаул, 2011 г.), совместном заседании кафедр общей хирургии, госпитальной хирургии, факультетской хирургии им. профессора И.И. Неймарка с курсом хирургии ФПК и ППС, оперативной хирургии и топографической анатомии (Барнаул, 2012 г.).

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 9 печатных работ, из них: 1 полнотекстовая статья – в центральной рецензируемой печати, рекомендованной ВАК для опубликования материалов кандидатских и докторских диссертаций.

### **Структура и объём диссертации**

Диссертация изложена на 159 страницах машинописного текста, состоит из введения, четырёх глав, включающих аналитический обзор литературы, материалы и методы исследований, анализы результатов экспериментальных и клинических исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. Диссертация иллюстрирована 11 рисунками и 28 таблицами, список литературы содержит 305 источников (173 отечественных и 132 зарубежных автора).

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Экспериментальные исследования проведены на 200 белых линейных крысах-самцах «Wistar». В стерильных условиях под наркозом всем особям стандартно моделировали СПБП. Через 30 дней животные оперированы повторно, в контрольной группе выполнили лапаротомию и адгезиолизис, операции в опытных группах дополнены профилактикой рецидива СПБП препаратами общего (гидрокортизон, октреотид, пеницилламин) и местного (перфторан, адепт, линтекс-мезогель, интеркот) воздействия. Через 30 дней, после повторных вмешательств, все группы выведены из эксперимента, выполнена сравнительная оценка антиадгезивной эффективности препаратов.

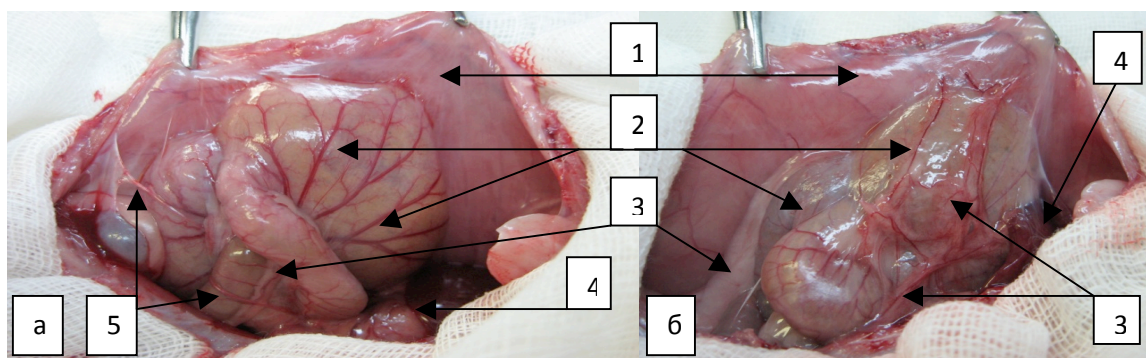
Клиническая часть исследования представлена результатами обследования и лечения 171 больного СББП. Критерии включения в исследование: больные СББП с нарушением пассажа по кишечнику. Критерии исключения из исследования: больные СББП без нарушения пассажа по кишечнику, больные с онкологическими заболеваниями. Консервативное лечение было применено у 105 больных. Из них у 75 человек использовали традиционные консервативные методы, остальным 30 пациентам были проведены разработанные нами методы лечения СББП, которые включали пероральный приём пеницилламина, местное физиотерапевтическое воздействие на СПБП (комбинация ультразвука с мазью гидрокортизон и электрофореза раствора димексида и лидазы) и реабилитационные мероприятия (диетотерапия, лечебная физкультура, массаж живота). Среди оперированных преимущественно с ОСКН 66 больных, у 34 пациентов была применена традиционная тактика – лапаротомия с адгезиолизисом. Другим 32 больным выполнен ВЛС адгезиолизис с разработанным комплексом профилактических мероприятий, направленных на уменьшение рецидива СПБП (применение



антиспаечных барьеров, общего медикаментозного антиспаечного воздействия, физиолечения и лечебной физкультуры в до- и послеоперационном периодах). Для оценки качества жизни пациентов в отдалённые сроки лечения использованы результаты анкетирования по короткой версии опросника здоровья – 12 (J. Ware et al., 1995).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Адгезиолизис без профилактики СП исследуемыми препаратами вызывал наиболее распространенный по площади рецидив внутрибрюшных сращений (рис. 1).



**Рисунок 1. Рецидивный СПБП после адгезиолизиса без профилактики** (а-рецидивный СПБП II степени; б-рецидивный СПБП III степени; 1-брюшная стенка; 2-слепая кишка; 3-сальник; 4-печень; 5-шнуровидная спайка)

Площадь СП несколько уменьшилась при пероральном введении пенициллина, и более существенно при приеме этого препарата после адгезиолизиса (табл. 1). При интраперитонеальном и внутримышечном введении гидрокортизона у  $23,5 \pm 1,2\%$  животных рецидива СП не было, а у остальных почти в два раза уменьшилась его площадь. После адгезиолизиса и интраперитонеального введения эмульсии перфторан СП отсутствовал у  $4,5 \pm 0,5\%$  животных, а у других средняя площадь СП оказалась несколько меньше, что было статистически сопоставимо со средней площадью СП у животных второй группы после адгезиолизиса и перорального введения пенициллина. Наличие СП наблюдали у всех животных шестой группы после адгезиолизиса и интраперитонеального

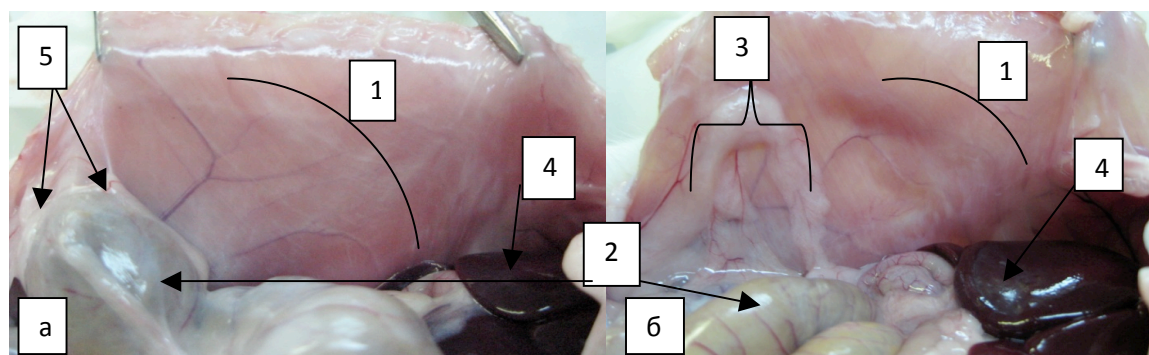
введения адепта, но средняя его площадь была меньше в полтора раза, чем у животных контрольной группы. Отсутствие СП наблюдали у  $15,0 \pm 0,9\%$  животных седьмой группы после адгезиолизиса и интраперитонеального введения геля «Линтекс-Мезогель», у остальных животных почти в два с половиной раза сократилась площадь рецидива СП.

Таблица 1

Распределение животных по площади рецидивного СПБП

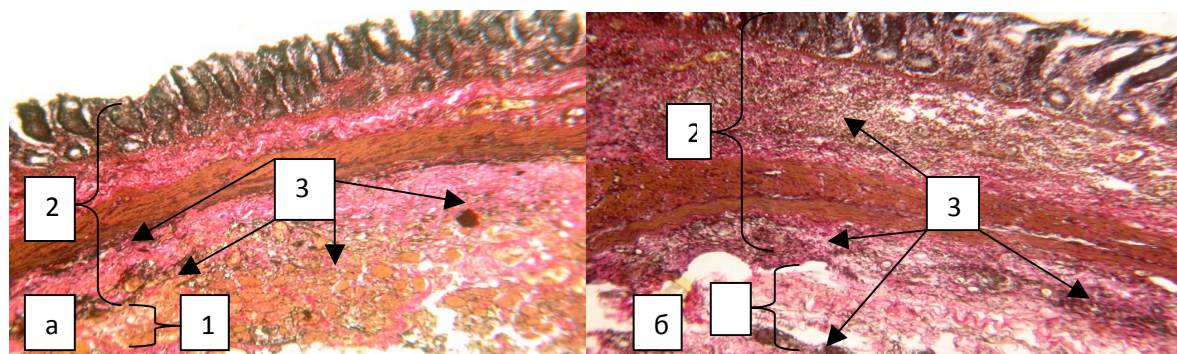
Группы животных со спаечным процессом	Воздействие на спаечный процесс	Средняя площадь спаечного процесса $M \pm m, \text{см}^2$
1	2	3
Контрольная (n=26), p <sub>1</sub>	адгезиолизис	8,76±0,2
Опытная № 1 (n=20), p <sub>2</sub>	пеницилламин	8,20±0,2
Опытная № 2 (n=20), p <sub>3</sub>	адгезиолизис + пеницилламин	7,53±0,5
Опытная № 3 (n=15), p <sub>4</sub>	адгезиолизис + октреотид	8,38±0,3
Опытная № 4 (n=13), p <sub>5</sub>	адгезиолизис + гидрокортизон	4,78±0,1
Опытная № 5 (n=21), p <sub>6</sub>	адгезиолизис + перфторан	7.80±0.2
Опытная № 6 (n=20), p <sub>7</sub>	адгезиолизис + адепт	5.52±0.3
Опытная № 7 (n=17), p <sub>8</sub>	адгезиолизис + мезогель	3.68±0.2
Опытная № 8 (n=9), p <sub>9</sub>	адгезиолизис + интеркот	1.31±0.1
Опытная № 9 (n=12), p <sub>10</sub>	адгезиолизис + мезогель + пеницилламин	2.43±0.2
Достоверность различий между группами	p <sub>1</sub> - p <sub>5</sub> ; p <sub>1</sub> - p <sub>7</sub> ; p <sub>1</sub> - p <sub>8</sub> ; p <sub>1</sub> - p <sub>9</sub> ; p <sub>1</sub> - p <sub>10</sub> ; p <sub>2</sub> - p <sub>5</sub> ; p <sub>2</sub> - p <sub>7</sub> ; p <sub>2</sub> - p <sub>8</sub> ; p <sub>2</sub> - p <sub>9</sub> ; p <sub>2</sub> - p <sub>10</sub> ; p <sub>3</sub> - p <sub>5</sub> ; p <sub>3</sub> - p <sub>8</sub> ; p <sub>3</sub> - p <sub>9</sub> ; p <sub>3</sub> - p <sub>10</sub> ; p <sub>4</sub> - p <sub>5</sub> ; p <sub>4</sub> - p <sub>8</sub> ; p <sub>4</sub> - p <sub>9</sub> ; p <sub>4</sub> - p <sub>10</sub> ; p <sub>5</sub> - p <sub>6</sub> ; p <sub>5</sub> - p <sub>8</sub> ; p <sub>5</sub> - p <sub>9</sub> ; p <sub>5</sub> - p <sub>10</sub> ; p <sub>6</sub> - p <sub>7</sub> ; p <sub>6</sub> - p <sub>8</sub> ; p <sub>6</sub> - p <sub>9</sub> ; p <sub>6</sub> - p <sub>10</sub> ; p <sub>7</sub> - p <sub>8</sub> ; p <sub>7</sub> - p <sub>9</sub> ; p <sub>7</sub> - p <sub>10</sub> ; p <sub>8</sub> - p <sub>9</sub> ; p <sub>8</sub> - p <sub>10</sub> ; p <sub>9</sub> - p <sub>10</sub>	<0,001
	p <sub>1</sub> - p <sub>6</sub> ; p <sub>3</sub> - p <sub>7</sub>	<0,01
	p <sub>1</sub> - p <sub>2</sub> ; p <sub>1</sub> - p <sub>3</sub> ; p <sub>4</sub> - p <sub>7</sub> ; p <sub>5</sub> - p <sub>7</sub>	<0,05
	p <sub>1</sub> - p <sub>4</sub> ; p <sub>2</sub> - p <sub>3</sub> ; p <sub>2</sub> - p <sub>4</sub> ; p <sub>2</sub> - p <sub>6</sub> ; p <sub>3</sub> - p <sub>4</sub> ; p <sub>3</sub> - p <sub>6</sub> ; p <sub>4</sub> - p <sub>6</sub>	>0,05

При комплексном воздействии на СП, интраперитонеальном введении геля «Линтекс-Мезогель» и пероральном введении пенициллина наблюдали сокращение количества рецидивов внутрибрюшных сращений у  $40,0 \pm 11,0\%$  животных (рис. 2). У животных, со спаечными сращениями после комплексного воздействия, средняя площадь распространения СП была меньше в три с половиной раза, чем у животных контрольной группы.



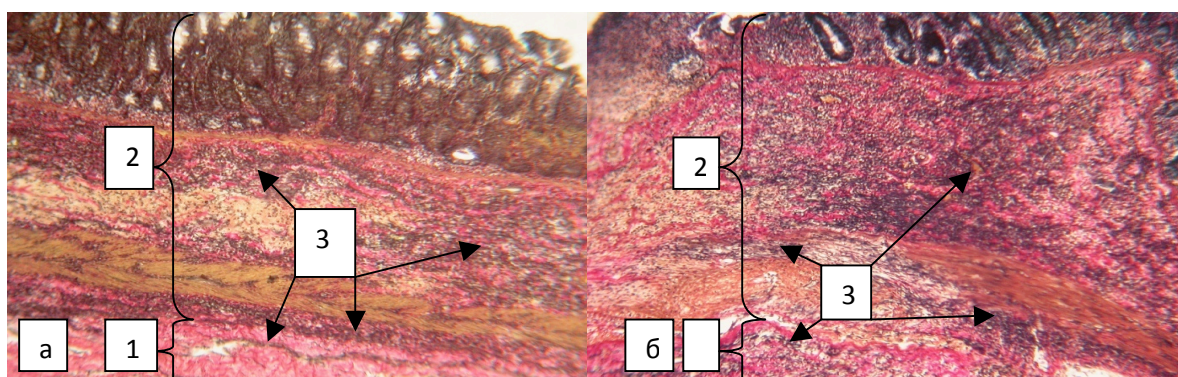
**Рисунок 2. Рецидивный СПБП после адгезиолизиса и комплексного воздействия на СП «Линтекс-Мезогель» + пенициллин (а-рецидивный СПБП I степени; Б - рецидивный СПБП I степени; 1 -брюшная стенка; 2-слепая кишка; 3-сальнико-париетальное сращение; 4 -печень; 5-цекопариетальное сращение)**

При морфологическом исследовании в зоне СП минимальную и умеренную клеточную воспалительную инфильтрацию определили в группах с применением гидрокортизона, пенициллина, а также у животных девятой группы с комплексной профилактикой СП (рис. 3).



**Рисунок 3. Клеточная воспалительная инфильтрация в зоне рецидивного цекопариетального СПБП (а-после адгезиолизиса и воздействия гидрокортизона, воспалительная инфильтрация I степени; б-после адгезиолизиса и комплексного воздействия «Линтекс-Мезогель» + пенициллин, воспалительная инфильтрация II степени; 1-брюшная стенка; 2-слепая кишка; 3-клеточная воспалительная инфильтрация. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение  $\times 200$ )**

Наиболее выраженная клеточная воспалительная инфильтрация (III степени) была у большинства животных контрольной группы (рис. 4б), после местного и общего воздействия октреотида, а также в группах с интраоперационным введением эмульсии «Перфторан» и раствора «Адепт». После обработки кишечных петель и передней брюшной стенки гелиевыми барьерами «Интеркот» и «Линтекс-Мезогель» выявлена клеточная воспалительная инфильтрация преимущественно II и в меньших значениях III степени (рис. 4а).



**Рисунок 4.** Клеточная воспалительная инфильтрация тканей в зоне рецидивного цекопариетального СПБП (а-после адгезиолизиса и введения «интеркот», воспалительная инфильтрация II степени; б-после адгезиолизиса, воспалительная инфильтрация III степени; 1-брюшная стенка; 2-слепая кишка; 3-клеточная воспалительная инфильтрация. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение  $\times 200$ )

Таким образом, применение пенициллина приводит к уменьшению клеточной воспалительной инфильтрации в спаечных сращениях и сокращению доли коллагеновых волокон, что позволяет рекомендовать его для предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде у больных спаечной болезнью брюшной полости. Интраоперационная профилактика внутрибрюшных сращений гелиевыми барьерами значительно уменьшает частоту и выраженность рецидивного спаечного процесса. Комплексное профилактическое воздействие после адгезиолизиса гелиевым антиспаечным барьером «Линтекс-Мезогель» и пероральное введение пенициллина усиливает антиспаечный эффект.



## РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В зависимости от оперативного доступа больные были разделены на две подгруппы. Подгруппа ПА состояла из 34 человек, оперированных лапаротомным доступом, подгруппа ПБ из 32 человек, оперированных ВЛС доступом. Особенности основного и сопутствующих заболеваний, при которых выполнить ВЛС было невозможно, в связи с высоким риском развития осложнений, являлись противопоказаниями к ВЛС адгезиолизису.

Таблица 2

Показания и противопоказания к адгезиолизису ВЛС доступом  
на основании данных ВЛС

ПОКАЗАНИЯ*	n=18	СББП с наличием СП I-II степени, являющегося причиной ОСКН
	56.2±8,8%	
n=32 (48.5±6.2%)	n=14	ОСКН с наличием СП III степени, при условии его небольшой плотности и податливости инструментальному манипулированию
	43.8±8,8%	
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ*	n=10	Чрезмерное вздутие кишечника
	38,5±9,1%	
	n=3	Признаки некроза кишки, распространенного перитонита (вследствие странгуляции тонкой кишки с развитием некроза в области странгуляционной борозды или на большем расстоянии).
	11,5±1,9%	
	n=13	Ригидный СП III степени или СП IV степени
	50,0±9,1%	
n=26 (39.4±6.0%)		

Примечание: \* p>0.05

Из таблицы 2 следует, что в нашем исследовании, на основании данных ВЛС, статистически достоверных различий по количеству

показаний и противопоказаний к проведению адгезиолизиса ВЛС доступом получено не было.

Было отмечено, что количество времени, затраченного на выполнение оперативного вмешательства, зависело от степени распространения СПБП и вида оперативного доступа (табл. 3). Так, при СП I-II степени для выполнения адгезиолизиса ВЛС доступом потребовалось почти на 1/3 времени меньше, чем при лапаротомии. У пациентов с III степенью СП преимуществ в продолжительности выполнения адгезиолизиса ВЛС и лапаротомным доступом не отмечено. При IV степени СП ВЛС адгезиолизис был невыполним.

Таблица 3

Средняя длительность оперативного вмешательства в зависимости от степени СПБП и вида оперативного доступа

Степень спаечного процесса	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП				p	ВСЕГО	
	n	Лапаротомный M±m, мин.	n	ВЛС M±m, мин.		n	x±m, %
I-II	15	74.2±6.1	18	52.8±7.1	<0,05	33	50.0±6.2
III	11	130.5±13.0	14	110.8±19.6	>0,05	25	37.9±6.0
IV	8	180.0±11.3	-	-	<0,05	8	12.1±4.0
ВСЕГО	34	128,2±12.0	32	87,1±13,3	<0,05	66	100

Абдоминальный болевой синдром почти у 1/2 больных, оперированных ВЛС доступом, не превышал более 3-4 суток, а у остальных пациентов продолжался в течение 5-12 дней (табл. 4). Вместе с тем у 1/2 пациентов, оперированных лапаротомным доступом, продолжительность болевого синдрома составила до 5-8 суток, а у остальных пациентов от 9 до 15 дней.

Таблица 4

## Продолжительность послеоперационного болевого синдрома

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД (сутки)	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП				P
	Лапаротомный		ВЛС		
	n=34	x±m,%	n=32	x±m,%	
3-4	-	-	18	56,3±8,8	<0,05
5-8	17	50,0±8,6	8	25,0±7,7	<0,05
9-12	13	38,2±8,3	6	18,8±1,8	<0,05
13-15	4	11,8±1,7	-	-	<0,001

Течение послеоперационного периода было тяжелее у больных с традиционными методами лечения СББП (адгезиолизис лапаротомным доступом), чем у больных с комплексным подходом к профилактике СББП (адгезиолизис ВЛС доступом с комплексной профилактикой рецидива СББП). Так, послеоперационный парез кишечника у больных с лапаротомным доступом сохранялся более длительно, а самостоятельное отхождение газов у большинства больных начиналось в основном на 4-5 сутки (табл. 5), т.е. в среднем на 2 суток позже, чем у больных, оперированных ВЛС доступом.

Таблица 5

## Сроки начала отхождения газов у больных СББП после операции

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД (сутки)	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП				p
	Лапаротомный		ВЛС		
	n=34	x±m,%	n=32	x±m,%	
2-3	-	-	12	37,5±8,6	<0.05
4-5	13	38,2±8,3	20	62,5±8,6	<0.05
>5	21	61,8±8,3	-	-	<0.05

Вместе с тем после ВЛС адгезиолизиса и барьерной профилактики рецидивного СП наступало более раннее отхождение газов (на 2-3 сутки после операции). Задержки отхождения газов более 5 суток не было ни у одного из больных.

Частота послеоперационных осложнений у оперированных больных ВЛС доступом была на 46,6% меньше, чем после адгезиолизиса лапаротомным доступом (табл. 6). После ВЛС операций осложнения были представлены только инфильтратами в брюшной полости.

Таблица 6

Частота послеоперационных осложнений

ОСЛОЖНЕНИЯ	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП				p	ОБЕ ПОДГРУППЫ	
	Лапаротомный		ВЛС			n=66	x±m,%
	n=34	x±m,%	n=32	x±m,%			
Перфорация острой язвы тонкой кишки	4	11,8±1,6	-	-	<0,05	4	6,1±1,1
Несостоятельность кишечного шва	1	2,9±1,7	-	-	<0,05	1	1,5±1,2
Ранняя СКН	2	5,9±1,7	-	-	<0,05	2	3,0±1,2
Абсцесс брюшной полости	1	2,9±1,7	-	-	<0,05	1	1,5±1,2
Инфильтрат брюшной полости	7	20,6±6,9	2	6,3±1,8	<0,05	9	13,6±4,2
Эвентрация	1	2,9±1,7	-	-	<0,05	1	1,5±1,2
Нагноение послеоперационных швов	2	5,9±1,7	-	-	<0,05	2	3,0±1,2
ВСЕГО	18	52,9±8,6	2	6,3±1,8	<0,05	20	30,3±5,7

У больных, оперированных ВЛС доступом, средний послеоперационный койко-день на 7 дней был меньше, чем среднее количество послеоперационных койко-дней у оперированных лапаротомным доступом.

Отдаленные результаты консервативного и оперативного лечения СББП изучены в сроки от 6 месяцев до 11 лет. Способами контроля было изучение



качества жизни больных СББП после их лечения с использованием анкетных данных международного опросника SF-12 (120 пациентов,  $70,2 \pm 3,5\%$ ) и объективного осмотра (60 человек,  $35,1 \pm 3,6\%$ ). В таблице 7 представлены показатели качества жизни, полученные после анкетирования больных СББП, где для удобства подгруппы пациентов обозначены символами: IA пациенты после традиционного консервативного лечения, в подгруппе IB больные после консервативного лечения с применением пенициллина, в подгруппе IIА пациенты после лапаротомии и адгезиолизиса, в подгруппе IIБ пациенты после адгезиолизиса ВЛС доступом и комплексной профилактики рецидива СП.

Таблица 7

Показатели качества жизни у больных СББП после проведенного  
лечения

КОМПОНЕНТ ЗДОРОВЬЯ	ШКАЛА	ПОДГРУППЫ			
		IA	IB	IIА	IIБ
ФИЗИЧЕСКИЙ	GH	41,3±2,2	44,2±3,5	36,5±3,2	56,3±4,6
	PF	51,3±4,1	55,8±4,1	44,2±7,1	66,1±5,0
	RP	47,3±4,2	51,7±7,4	32,7±5,5	62,5±5,5
	BP	35,7±2,0	50,0±3,8	38,5±3,7	71,9±3,5
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ	RE	44,7±4,7	66,0±7,7	36,5±7,1	70,3±6,2
	SF	38,9±4,2	62,3±4,0	42,2±6,9	64,4±4,3
	VT	55,5±4,1	52,0±5,3	58,8±6,1	63,3±4,9
	MH	37,0±3,5	64,0±5,0	40,3±4,3	65,5±5,5

Примечания: GH - общее здоровье, PF - физическое функционирование, RP - ролевое функционирование обусловленное физическим состоянием, BP - телесная боль, RE - ролевое функционирование обусловленное эмоциональным состоянием, SF - социальное функционирование, VT - жизненная активность, MH - психологическое здоровье.

При сопоставлении полученных данных из таблицы 7 видно, что между подгруппами консервативно леченых больных имеются достоверные отличия ( $p < 0,05$ ), по показателям: интенсивность боли (более низкий показатель

свидетельствует об ограничении активности пациента из-за боли), ролевое эмоциональное и социальное функционирование, психологическое здоровье, где они больше у больных, принимавших пеницилламин. Наихудшие показатели как по физическому, так и по психологическому компонентам здоровья получены в подгруппе оперированных лапаротомным доступом пациентов без комплексной профилактики СББП. Самые низкие результаты получены в указанной подгруппе по всем шкалам опросника, за исключением показателя жизненной активности, различия которого в подгруппах недостоверные ( $p > 0,05$ ). Наиболее существенные изменения в лучшую сторону выявлены в подгруппе оперированных больных с применением ВЛС техники и комплексной профилактики рецидива СП. Отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) уменьшение интенсивности боли, улучшение физического, ролевого и социального функционирования, психологического и общего здоровья в отдаленный период после ВЛС операции с комплексной профилактикой рецидива СП по сравнению с показателями в подгруппе оперированных больных лапаротомным доступом. Почти все пациенты, оперированные ВЛС доступом с комплексной профилактикой рецидива СП, вели привычный для себя образ жизни, не соблюдали специальных ограничений в питании. В течение 6 месяцев после операции никто из них не отмечал жалоб, характерных для ОСКН.

## **ВЫВОДЫ**

1. Лечение спаечной болезни брюшной полости должно включать консервативные методы (приём пеницилламина, диетотерапия, физиолечение, лечебная физкультура), а в последующем, при необходимости оперативного вмешательства, выполнение адгезиолизиса с использованием видеолапароскопических технологий при I-II степени спаечного процесса и гелиевых антиспаечных барьеров, что существенно улучшает качество жизни больных.

2. Консервативное лечение с использованием пенициллина, щадящей диеты и режима питания, курсов физиолечения (комбинация ультразвука с мазью гидрокортизон и электрофореза раствора димексида и лидазы), в сравнении с контрольной группой, позволяет существенно повысить качество жизни по показателям: интенсивность боли на 14,3 балла, ролевое эмоциональное функционирование – на 21,3 балла, социальное функционирование – на 23,4 балла, психологическое здоровье – на 27,0 баллов.

3. Выполнение адгезиолизиса с применением эндовидеохирургических технологий у пациентов после предшествующего курса консервативного лечения и частыми рецидивами спаечной болезни выполнимо лишь при I-II степени спаечного процесса, и по сравнению с адгезиолизисом лапаротомным доступом позволяет сократить частоту послеоперационных осложнений на 46,6%, уменьшить средний послеоперационный койко-день на 7 дней, повысить качество жизни пациентов по показателям: интенсивность боли – на 33,4 балла, физическое функционирование – на 21,9 балла, ролевое и социальное функционирование – на 22,2 балла, психологическое – на 25,2 балла и общее здоровье – на 19,8 балла.

4. Интраоперационная профилактика внутрибрюшных сращений гелиевыми барьерами (Линтекс-Мезогель, Интеркот) и пероральное введение пенициллина в послеоперационном периоде, по экспериментальным данным, значительно уменьшает частоту рецидивов спаечного процесса на 40,0% и его выраженность в 3,5 раза.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Лечение больных спаечной болезнью брюшной полости необходимо начинать с консервативных методов, включающих пероральный приём пенициллина, щадящую диету и режим питания, курсы физиолечения

(комбинация ультразвука с мазью гидрокортизон и электрофореза раствора димексида и лидазы).

2. Ультразвуковое исследование передней брюшной стенке с выявлением акустических окон свободных от висцеропариетальных сращений облегчает выполнение видеолапароскопического доступа.

3. Профилактику рецидива спаечного процесса после адгезиолизиса предпочтительно проводить интраперитонеальным введением гелиевых антиспаечных барьеров. После операции необходимо назначить пеницилламин, проводить курсы физиолечения и лечебной гимнастики.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Ганков, В.А. Лечение рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости / В.А. Ганков, В.В. Маншетов. – Спорные и сложные вопросы хирургии. Ошибки и осложнения: материалы II межрегиональн. науч.-практ. конф. (23 октября 2009 г.) // Медицина в Кузбассе. – 2009. – спец. выпуск. – №8. – С. 29.
2. Ганков, В.А. Экспериментальная оценка гормональных препаратов в комплексной профилактике спаечного процесса брюшной полости / В.А. Ганков, В.В. Маншетов, И.В. Булгакова // Послеоперационные осложнения и актуальные вопросы гнойной хирургии: материалы региональн. конф. врачей-хирургов (27 ноября 2009 г.). – Горно-Алтайск, 2009. – С. 46-48.
3. Маншетов, В.В. Определение оптимального метода моделирования спаечного процесса брюшной полости / В.В. Маншетов, Е.Ю. Жарский, Н.Б. Давтян // Актуальные вопросы хирургии: материалы итоговой науч.-практ. конф. студентов ГОУ ВПО АГМУ (21 апреля 2010 г.). – Барнаул, 2010. – С.26-27.
4. Маншетов, В.В. Антиадгезивная эффективность биоабсорбируемых гелей (экспериментальное исследование) / В.В. Маншетов, Е.Ю. Жарский, Н.Б. Давтян // Материалы 74-й итоговой студенческой науч.-практ. конф. с международным участ., посвящ. 100-летию со дня рождения проф. А.М. Дыхно (20-23 апреля 2010 г.). – Красноярск, 2010. – С. 588-590.

5. Маншетов, В.В. Барьерные методы профилактики спаечного процесса брюшной полости / В.В. Маншетов, Е.Ю. Жарский, Н.Б. Давтян, И.В. Булгакова. – Материалы V международн. (XIV Всерос.) Пироговской науч. мед. конф. студентов и молодых ученых (18 марта 2010 г.) // Вестн. РГМУ. – 2010. – спец. выпуск. – №2. – С. 194-195.
6. Оскретков, В.И. Влияние пенициллина на спаечный процесс брюшной полости / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, В.В. Маншетов // Актуальные проблемы хирургии: материалы IV межрегиональн. конф., посвящ. памяти акад. РАМН, проф. Л.В. Полуэктова (13 апреля 2010г.). – Омск, 2010. – С. 32-38.
- 7. Оскретков, В.И. Сравнительная оценка антиспаечной эффективности общих и местных медикаментозных воздействий (экспериментальное исследование) / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, В.В. Маншетов, И.П. Бобров // Хирург. – 2010. – №10. – С. 9-13.**
8. Маншетов, В.В. Диагностическая ценность ультразвукового исследования висцеропариетальных сращений / В.В. Маншетов, Е.Ю. Жарский, Н.Б. Давтян // Материалы VI международн. Пироговской науч. мед. конф. студентов и молодых ученых (24 марта 2011 г.) // Вестн. РГМУ. – 2011. – спец. выпуск. – №1. – С. 328-329.
9. Маншетов, В.В. Непосредственные результаты оперативного лечения больных спаечной болезнью брюшной полости / В.В. Маншетов // Материалы VII международн. Пироговской науч. мед. конф. студентов и молодых ученых (15 марта 2012г.) // Вестн. РГМУ. – 2012. – спец. выпуск. – №1. – С.497-498.

## **ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ**

ВЛС – видеолапароскопия

СББП – спаечная болезнь брюшной полости

СП – спаечный процесс

СПБП – спаечный процесс брюшной полости

Маншетов Владимир Владимирович

Автореферат диссертации на соискание  
ученой степени кандидата медицинских наук

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ  
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ**  
(клинико-экспериментальное исследование)

14.01.17 – хирургия

---

Подписано в печать 20.06.2012  
Формат 60x90/16. Бумага офсетная.  
Печать ризографическая.  
Гарнитура Таймс Нью Роман.  
Тираж 100 экз. Объем 1,0 п. л. Заказ № 85

Алтайский государственный медицинский университет  
г. Барнаул, пр. Ленина, 40



