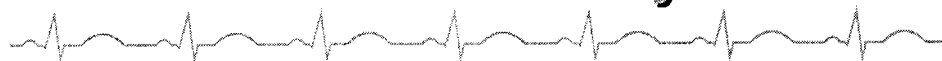




Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43
E-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных
И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано
в Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004,
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Колбаско А.В., Калентьева С.В. – ответственный секретарь,
Подолужный В.И. – зам. главного редактора, Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Селедцов А.М. (Кемерово), Сергеев А.С. (Кемерово), Сыгин Л.В. (Новокузнецк), Тё Е.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово), V. Vaks (London, Great Britain).

Обязательные экземпляры журнала находятся
в Российской Книжной Палате, в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал
и Базы данных ВИНТИ РАН

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ВСФ АНО «НИИ Эндоскопической хирургии» на базе кафедры общей хирургии ГОУ ВПО «АГМУ МЗ РФ» (зав. кафедрой проф. В.И. Оскретков) оперированы 18 больных по поводу спаечной рецидивирующей кишечной непроходимости путем выполнения видеолaparоскопического адгезиолиза. Первые операции в клинике проводили без интраоперационной профилактики возникновения спаечной болезни, в последующем применяли для этого раствор реополиглобина в количестве 400 мл в смеси с 4-5 мл гидрокортизона, последнее время использовали мезогель «Линтекс», «Адепт». Сохраняли в послеоперационном периоде карбоксиперитонеум до 3-4 мм рт. ст.

У 16 пациентов операцию видеолaparоскопического адгезиолиза выполнили в плановом порядке после купирования симптомов кишечной непроходимости. 2 больных оперировали на высоте приступа кишечной непроходимости. Среди пациентов было 6 мужчин и 12 женщин в возрасте от 19 до 77 лет. Длительность заболевания составила от 1,5 суток до 33 лет. У большинства больных частота рецидивов достигала 1 раза в месяц и количество перенесенных открытых операций в анамнезе — от 1 до 5.

В предоперационном периоде больным проводили стандартные исследования: общеклиническое обследование, пассаж бария по кишечнику, УЗИ органов брюшной полости для определения распространенности спаечного процесса и определения места для введения первого лапаропорта.

Первый лапаропорт устанавливали открытым способом по Hasson. Техника ВЛС адгезиолиза заключалась в тупой и острой диссекции спаек, используя поочередно 5 и 10 мм телескопы, вводимые через лапаропорты в разных точках. В

конце операции места сращений, брюшную полость обрабатывали антиспаечными препаратами и зашивали наглухо. У 11 больных отмечались висцеро-париетальные, висцеро-висцеральные плоскостные сращения в области послеоперационного рубца, петля кишки была фиксирована к передней брюшной стенке в виде двустволки. У 4 человек были сплошные плоскостные висцеро-париетальные, висцеро-висцеральные сращения. У 2 пациентов были шнуровидные спайки. Во время операции у одной больной наблюдался сплошной спаечный процесс брюшной полости, и попытка разделить его лапароскопически не удалась.

В послеоперационном периоде применяли раннюю активизацию больных, гипербарическую оксигенацию, назначали ингибитор синтеза коллагена D-пеницилламин (купренил) или проводилась пирогеналотерапия. Физиотерапевтические процедуры: грязелечение, парафиновые аппликации на переднюю брюшную стенку. В раннем послеоперационном периоде у одной больной возникло осложнение — разлитой вялотекущий желчный перитонит, вследствие перенесенной симультанной операции — видеолaparоскопической холецистэктомии, потребовавшей несколько санационных ревидеолaparоскопий.

Послеоперационные результаты изучены от 1 месяца до 5 лет. Отмечен один рецидив заболевания у пациентки, перенесшей вялотекущий перитонит.

Таким образом, у большинства больных видеолaparоскопический адгезиолизис является эффективным способом лечения спаечной болезни брюшной полости. Требуется дальнейшее изучение эффективности противоспаечных препаратов и определение показаний к закрытым операциям по поводу рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости.