

© М. Е. Тимофеев^{1,3},
С. В. Штыров^{1,3},
И. П. Марченко^{1,3},
В. Н. Крецу⁴,
С. Г. Шаповальянц^{1,3}

¹Российский национальный
исследовательский медицинский
университет им. Н. И. Пирогова, г. Москва;

²Городская клиническая больница № 31,
г. Москва;

³ФГБОУ ВПО «Российский университет
дружбы народов», г. Москва

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

УДК: 618.1-089-06:616.341-007.274-089

■ В статье представлены результаты лапароскопического лечения 8 пациенток с острой ранней спаечной тонкокишечной непроходимостью (ОРСТКН), развившейся после гинекологических операций, выполненных лапароскопическим доступом. Диагностическая лапароскопия оказалась безопасным и наиболее информативным диагностическим методом, позволившая подтвердить диагноз ОРСТКН и определить выбор метода оперативного лечения. Успешное лапароскопическое разрешение ОРСТКН удалось выполнить у 5 пациенток, и у 3 пациенток использована традиционная лапаротомия: у одной из них по поводу рецидива ОРСТКН и у двух при прогрессировании пельвиоперитонита.

■ **Ключевые слова:** лапароскопия; острая спаечная тонкокишечная непроходимость; гинекологические заболевания; осложнения.

Актуальность

Острая ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость (ОРСТКН) после оперативных вмешательств на органах брюшной полости наблюдается от 0,09 до 1,9% больных и составляет в структуре ранних послеоперационных осложнений 6,1–25,7% [1, 3, 4, 6, 9, 10]. Лапароскопические вмешательства на современном этапе развития медицины, являются основной методикой лечения широкого спектра гинекологических заболеваний в плановой и неотложной гинекологии. Однозначно отмечены преимущества лапароскопического доступа по сравнению с лапаротомией. В тоже время после лапароскопических операций в 0,04–1,6% наблюдений отмечены случаи ОРСТКН, что несколько ниже, чем после традиционных оперативных вмешательств [3, 7, 8, 10, 12]. К ранней ОРСТКН мы, как и некоторые авторы, относим развитие непроходимости в сроки до 1 месяца от момента выполненной операции, что соответствует завершению процесса спайкообразования в брюшной полости [3, 6, 13]. ОРСТКН встречается с разной частотой в плановой и неотложной оперативной гинекологии и зависит как от объема оперативного вмешательства, так и от характера заболевания, по поводу которого оно было выполнено [2, 5, 11].

Диагностика ОРСТКН представляет большие трудности, что обусловлено отсутствием специфической клинической симптоматики, приемом анальгетических препаратов, парезом желудочно-кишечного тракта, часто на фоне общего тяжелого состояния больных в послеоперационном периоде. В первые 3–5 суток после операции ОРСТКН необходимо дифференцировать с паралитической тонкокишечной непроходимостью, которая не требует повторной операции. До настоящего времени основным методом лечения ОРСТКН остается традиционная лапаротомия и лишь в единичных клиниках применяются современные лапароскопические вмешательства [2, 3, 5, 11, 14].

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилась оценка возможностей и эффективности лапароскопических вмешательств в диагностике и лечении острой ранней спаечной тонкокишечной непроходимости после лапароскопических гинекологических операций.

Материалы и методы

В нашей клинике за период с 1993 по 2012 годы лапароскопическим доступом оперировано 8 пациенток с ОРСТКН, развившейся после гинекологических операций, выполненных лапароскопическим доступом. Возраст больных колебался от 24 лет до 51 года, в среднем составил $37,7 \pm 5,7$ лет. У 3 из 8 пациенток (45, 49 и 51 года) была выявлена сопутствующая патология со стороны желудочно-кишечного тракта в стадии ремиссии и сердечно-сосудистой системы в стадии компенсации. Вопрос о предстоящей лапароскопической операции в послеоперационном периоде с целью диагностики и лечения ОРСТКН у всех пациенток решался в консилиуме с гинекологом, хирургом и анестезиологом. Показанием к первой операции лапароскопическим доступом были: миома матки с субмукозным узлом и менометроррагия, анемия II (2); острый двусторонний сальпингофорит, серозно-фибринозный пельвиоперитонит (1); двусторонний гнойный сальпингит (1); аденомиоз, эндометриома левого яичника, атрезия цервикального канала (1); атипичная гиперплазия эндометрия (1); правосторонняя трубная беременность (1); дисплазия шейки матки 2 ст., лейкоплакия шейки матки, миома матки (1). Лапароскопические операции были выполнены в плановом у 6 и в экстренном порядке у 2 пациенток. Объем оперативных вмешательств у пациенток, оперированных в плановом порядке был следующим: экстирпация матки с придатками (2); надвлагалищная ампутиация матки (НАМ) без придатков (2); тубэктомия и аднексэктомия справа (1); адгезиолизис, надвлагалищная ампутиация матки с левыми придатками, санация и дренирование брюшной полости (1). В экстренном порядке были прооперированы две пациентки: лапароскопия, санация брюшной полости (1) и тубэктомия справа (1). Послеоперационный период у обследованных пациенток осложнился ОРСТКН на 2, 4, 5, 7, 11, 12, 18, 19-е сутки от первичной гинекологической операции

Продолжительность заболевания составила от 3 часов до 13 суток. У пациенток с развитием клинической картины на 2, 4, 5, 7-е сутки сразу после первичных операций отмечались явления пареза желудочно-кишечного тракта. Консервативная медикаментозная терапия с целью разрешения пареза у этих пациенток оказалась неэффективной. У пациенток с развитием ОРСТКН через 11, 12, 18, 19-е сутки после операции имел место благоприятный послеоперационный период с восстановлением жизненно важных функций организма, и у 3 пациенток непроходи-

мость развивалась практически на фоне полного благополучия. Три пациентки развитие непроходимости связывали с приемом большого количества растительной пищи.

Клиническая картина ОРСТКН у 8 пациенток имела разнообразную, неспецифическую клиническую картину и не во всех наблюдениях позволила однозначно высказаться в пользу ОРСТКН. Это частично можно объяснить развитием ОРСТКН на фоне перенесенного карбоксиперитонеума и явлениях пареза желудочно-кишечного тракта, приемом анальгетических и антибактериальных препаратов. Основные проявления симптоматики у большинства пациенток были представлены дискомфортом (7), болями различной интенсивности в верхних (2), средних (2) и нижних (6) отделах живота, схваткообразного характера (2), позывами на рвоту (7), задержкой газов (7) и стула (7), отрыжкой (2), вздутием живота (4), тошнотой (3), периодической рвотой (2), многократной рвотой (2). При осмотре живота отмечалось вздутие (5), усиленная перистальтика (4), шум «плеска» (2), ослабленная перистальтика (4), болезненность при пальпации (7), симптомы раздражения брюшины (1). У одной пациентки отмечалась слабость, озноб, гипертермия до 38. Еще одна пациентка, переведенная в 31 ГКБ на 18-е сутки после перенесенной плановой лапароскопической операции из другого лечебного учреждения, на протяжении всего послеоперационного периода отмечала умеренные боли в нижних отделах живота, запоры, тошноту, вздутие живота и периодически рвоту.

Диагностика ОРСТКН базировалась на оценке клинической картины (8), данных лабораторных анализов (8), рентгенографии брюшной полости (8) и ультразвукового исследования брюшной полости (4). При лабораторном исследовании у 3 из 8 пациенток отклонений в общем анализе мочи, крови не было выявлено. У 5 пациенток, оперированных по поводу воспалительных заболеваний органов малого таза, в анализе крови отмечался лейкоцитоз 12000–13400. У одной пациентки, оперированной по поводу миомы матки и анемии (произведена надвлагалищная ампутиация матки), было выявлено снижение гемоглобина до 78–90 г/л, эритроцитов до $3,3 \times 10^6/\text{мм}^3$. Диагноз ОРСТКН рентгенологически был установлен у 7 из 8 пациенток: единственный уровень в мезогастррии справа у 1, слева у 2, раздутые петли тонкой кишки с горизонтальными уровнями жидкости в левой половине брюшной полости до 3–4 см у 1, множественные уровни в различных отделах брюшной полости у 3 обследованных. Рентгенологические призна-

ки ОРСТКН отсутствовали у одной пациентки, непроходимость у нее развилась на 5-е сутки от операции.

При УЗИ брюшной полости у 3 из 4 пациенток был установлен диагноз ОРСТКН. Основными УЗ-признаками непроходимости было выявление расширения диаметра петель тонкой кишки, с жидкостью в просвете и маятникообразными движениями кишки, со свободной жидкостью между петель тонкой кишки. У одной из трех пациенток в левой подвздошной ямке в проекции введения троакара рубца был обнаружен дефект апоневроза до 11 мм, в котором была ущемлена петля тонкой кишки с признаками ОРСТКН, которая не была выявлена при осмотре и пальпации живота. У одной пациентки был выявлен пневматоз толстой кишки без признаков ОРСТКН. Гинекологический осмотр у 7 из 8 пациенток не выявил каких-либо отклонений со стороны органов малого таза. У одной пациентки (после неотложной лапароскопической санации брюшной полости по поводу острого двустороннего сальпингоофорита, серозно-фибринозного пельвиоперитонита) исследование и тракция шейки матки были болезненными, вероятнее всего за счет положительных симптомов раздражения брюшины. Кроме того, у этой больной при гинекологическом двуручном исследовании создавалось впечатление о наличии тугоэластического образования в малом тазу справа.

Анализируя результаты комплексной клинко-инструментальной диагностики были сформулированы диагнозы в послеоперационном периоде следующим образом. У 5 из 8 пациенток однозначно был установлен диагноз ОРСТКН. У 2 пациенток необходимо было проводить дифференциальный диагноз между ОРСТКН или воспалительным инфильтратом малого таза. У одной пациентки о диагнозе ОРСТКН не подразумевали и проводили дифференциальный диагноз между разрывом кисты желтого тела правого яичника и обострением хронического сальпингоофорита с образованием tuboovариальной опухоли справа, пельвиоперитонитом.

Лечебная тактика при острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН), принятая в клинике, оправдывает себя уже много лет и представляется следующим образом [5]. Пациенты с подозрением на странгуляционную форму ОСТКН должны быть экстренно оперированы в течение 2–3 часов от начала заболевания, при необходимости возможно проведение кратковременной предоперационной подготовки в условиях хирургического отделения или реанимации. При обструкции («простой» форме) ОСТКН возможно проведение предоперацион-

ной, консервативной терапии в течение 10–15 часов с клинко-инструментальным динамическим наблюдением. При неэффективности консервативной терапии проводится неотложное оперативное лечение. Однако в раннем послеоперационном периоде имеются значительные трудности в диагностике ОРСТКН и еще большие трудности в верификации формы непроходимости. Следует отметить, что, по данным ряда авторов, странгуляционная форма ОРСТКН встречается крайне редко [2, 6, 7, 9, 10]. Среди обследуемых пациенток по клинко-инструментальной картине на дооперационном этапе диагноз странгуляции не выставлялся. Таким образом, у 7 из 8 пациенток подразумевали обструкцию («простую» форму) непроходимости. Консервативная стандартная терапия (назогастральный зондом, сифонная клизма, медикаментозная стимуляция ЖКТ, коррекция водно-электролитных нарушений и кислотно-щелочного состояния) проводилась в отделении у 6 пациенток продолжительностью от 12 до 24 часов. У одной пациентки с выраженной сопутствующей патологией, предоперационная подготовка проводилась в реанимационном отделении в комплекс которой входила эндоскопическая назоинтестинальная декомпрессия (ЭНИД). ЭНИД — это патогенетически обоснованный метод, цель которого осуществить декомпрессию проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта и позволяющий решить следующие задачи: 1) разрешение ОСТКН и 2) подготовка больного к неотложному вмешательству. Зонд для декомпрессии был установлен на 50 см от связки Трейца через широкий канал эндоскопа ХТ-30 (Олимпас) с последующим выполнением динамической энтерографии через 3, 6 часов. Применение ЭНИД позволяет уменьшить время динамического наблюдения за счет введения контрастного вещества через назоинтестинальный зонд в начальные отделы тонкой кишки, что сокращает время транзита его по тонкой кишке [5, 9, 11].

Результаты и обсуждение

Лапароскопическое вмешательство началось с диагностической лапароскопии под эндотрахеальным наркозом с интраабдоминальным давлением 8–12 мм рт. ст. Все операции выполнялись двумя хирургами (7+1). Лапароскопический доступ у всех пациенток осуществлялся с учетом клинко-инструментальной картины и у 4 на основании данных ультразвукового сканирования висцеропариеетальных сращений. Карбоксиперитонеум осуществлялся по игле Вереша в точках выше пупочного кольца по срединной линии (1), параумбиликально

снизу по старому доступу (2), в левом подреберье на 2 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии (1), в правой подвздошной области (1). В трех наблюдениях устанавливали троакар для лапароскопа через послеоперационную рану по предварительно установленному безопасному проводнику, а затем уже накладывали карбоксиперитонеум. Дополнительные два 5 мм троакара для инструментов были установлены в левой и правой подвздошных областях (5) и в мезогастральных областях слева и справа (3). Время операции продолжалось от 30 до 80 минут, у большинства больных составляло около 60 минут.

Анализируя данные лапароскопической ревизии, у обследованных больных обнаружено: мутный выпот с геморрагическим оттенком у 1, прозрачный выпот без фибрина и других примесей у 4, светлый выпот с геморрагическим оттенком у 3 пациенток. Одной из основных задач при инструментальной ревизии было определение локализации и причины ОРСТКН с обязательной оценкой области ранее перенесенной операции. Наиболее часто причины ОРСТКН располагались в малом тазу и области ранее перенесенной операции (7). У одной больной после неотложной лапароскопической санации брюшной полости по поводу острого, двустороннего сальпингоофорита, серозно-фибринозного пельвиоперитонита была выявлена странгуляционная форма непроходимости, причиной которой явился штранг. В 30 см от илеоцекального угла петля тонкой кишки на участке 30 см вместе с брыжейкой была сдавлена единичным штрангом плотной, соединительнотканной структуры, идущим от брыжейки терминального отдела подвздошной кишки к брыжейке тонкой кишки, длиной 8 см, шириной 3 мм. Оценивая плотный, соединительнотканый характер штранга, можно предположить, что он не был устранен при первой лапароскопической операции и привел к развитию ОРСТКН.

Механизмы развития непроходимости были представлены различными вариантами деформации тонкой кишки. У 4 больных встретились ангуляции тонкой кишки, фиксированные рыхлыми фибринозными спайками в малом тазу к области посткоагуляционного некроза в месте перенесенной операции, к стенкам малого таза и прямой кишке. В одном наблюдении (после плановой лапароскопической НАМ с левыми придатками, частичного рассечения спаек, санации и дренирования брюшной полости, выполненной по поводу аденомиоза, эндометриомы левого яичника и спаечного процесса в брюшной полости) после разделения свежих, рыхлых

сращений в малом тазу дополнительно проводилось выделение петель тонкой кишки из более глубоких отделов малого таза. В результате был обнаружен старый, плотный, спаечный конгломерат из петель тонкой кишки, сложенных в виде ангуляций и ротаций в 30 см от илеоцекального угла, который не был разделен при первой операции.

У одной больной (после плановой лапароскопической экстирпации матки с придатками, оперированной по поводу атипической гиперплазии эндометрия) практически весь малый таз был заполнен множественными ангуляциями, фиксированными между собой, сигмовидной кишкой и стенками малого таза. У одной пациентки (в возрасте 48 лет после плановой лапароскопической тубэктомии и аднексэктомии справа по поводу гнойного сальпингита, гнойного расплавления правого яичника) петля тонкой кишки в 1 метре от илеоцекального угла была фиксирована на 1/2 просвета кишки (по типу Рихтеровского ущемления) в спаечном процессе в расширенном доступе левой подвздошной области (через него удалялся макропрепарат). Во всех наблюдениях вышележащие отделы тонкой кишки были расширены на всем протяжении до 35 мм у 3, от 40 до 50 мм у 4, от 50 до 55 мм у 1, пневмотизированы и содержали жидкостной компонент. Нижележащие отделы тонкой кишки и толстая кишка у всех обследованных находились в спавшемся состоянии или были слегка пневмотизированы.

По распространенности спаечный процесс был локальным у 4, диффузным у 4 больных. Пораженные петли тонкой кишки при «простом» типе непроходимости имели вялую перистальтику, были отечны, с очаговой гиперемией серозного покрова, покрытые рыхлыми фибринозными спайками (7). При странгуляционной непроходимости (1 пациентка) на ущемленной петле и брыжейке определялась странгуляционная борозда без признаков выраженной ишемии или некроза. При осмотре области операции в малом тазу были выявлены умеренные воспалительные изменения у 4 и выраженные воспалительные изменения у 3 в виде отека, гиперемии ткани и наложений нитей фибрина. У одной пациентки после лапароскопической санации по поводу острого двустороннего сальпингоофорита, серозно-фибринозного пельвиоперитонита отмечено прогрессирование воспалительных изменений в придатках, заключающееся усилением отека, гиперемии органов малого таза и увеличением количества выпота.

Лапароскопическое лечение ОРСТКН производилось разными способами в зависимо-

сти от механизма непроходимости и характеристики спаечного процесса. Единичный штранг у одной больной был рассечен и удален из брюшной полости при помощи ножниц без коагуляции. У одной пациентки, при ущемлении петли тонкой кишки в троакарной ране на фоне спаечного процесса, вмешательство выполнялось в комбинации лапароскопии и минидоступа (3 см), произведенного через предыдущий доступ. Предварительно лапароскопически были рассечены спайки в области фиксированной петли и малого таза, а затем со стороны минидоступа была выделена петля из области ущемления с последующим грыжесечением с пластикой грыжевых ворот собственными тканями. В одном наблюдении разделение рыхлых спаек выполнялось мягкими зажимами и при помощи гидропрепаровки, а старые спайки были пересечены при помощи ножниц без коагуляции. В остальных 5 наблюдениях разделение рыхлых фибриновых спаек и выделение петель тонкой кишки из малого таза производилось при помощи мягких зажимов и гидропрепаровки с использованием аспирационно-промывной трубки. Достоверными признаками эффективного лапароскопического лечения считали выравнивание диаметров петель приводящих и отводящих отделов тонкой кишки, появление отчетливой перистальтики всей тонкой кишки, включая пораженный участок, который положительно изменял окраску, с отчетливой пульсацией на сосудах брыжейки. У 3 больных без отчетливой перистальтики петель тонкой кишки после выделения их из сращений операцию завершали блокадой брыжейки тонкой кишки из 2 точек 0,25% раствором новокаина. У всех больных выполнялась санация малого таза физиологическим раствором с диоксидином. Наиболее тщательную санацию 1,5–2 литрами физиологического раствора с диоксидином выполняли у 3 больных с серозно-фибринозным пельвиоперитонитом и последующим дренированием малого таза 10 мм дренажем. Интраоперационных осложнений не было.

В послеоперационном периоде всем оперированным больным проводилась консервативная терапия, включающая парентеральное питание, инфузионную, кардиореспираторную терапию, стимуляцию ЖКТ, профилактику острых язв желудочно-кишечного тракта и тромбозов легочной артерии, антибиотикотерапию. У 4 больных с сопутствующей патологией и пельвиоперитонитом лечение выполнялось в условиях реанимационного отделения у остальных пациенток и в условиях хирургического отде-

ления. Течение послеоперационного периода протекало без особенностей у 5 из 8 пациенток. У 3 пациенток с ОРСТКН на фоне пельвиоперитонита отмечались явления пареза желудочно-кишечного тракта. Дренажи удалялись на 2–3-е сутки. Восстановление функции желудочно-кишечного тракта (появление перистальтики, отхождение газов и стула) было отмечено на 1–2-е сутки. Швы были сняты на 5–6-е сутки. Выписка 5 пациенток, успешно пролеченных лапароскопически производилась на 6–7-е сутки после последней лапароскопии. Койко-день у этих пациенток составил 8, 11, 18, 20, 21 сутки за счет дооперационного обследования и послеоперационного периода после первичных операций.

Послеоперационные осложнения были выявлены в 3 наблюдениях. У пациентки Ш., 34 лет, через сутки после лапароскопически разрешенной ОРСТКН возникшей на 19-е сутки после экстренной лапароскопической тубэктомии справа по поводу правосторонней трубной беременности отмечена рецидивная ОРСТКН, подтвержденная клинически, по данным энтерографии и УЗИ. Ей была выполнена традиционная лапаротомия, при которой подтверждена непроходимость в виде двух ангуляций вновь фиксированных в малом таза в области зоны посткоагуляционного некроза. Произведено выделение петель тонкой кишки из области малого таза и назоинтестинальная декомпрессия тонкой кишки. Выписана с выздоровлением на 11-е сутки после лапаротомии.

Больной С., 45 лет, после плановой лапароскопической надвлагалищной ампутации матки без придатков и осложнившийся на 11-е сутки лапароскопически разрешенной ОРСТКН на фоне послеоперационного пельвиоперитонита через 18 часов на фоне ухудшения клинической картины была выполнена релапароскопия, при которой был выявлен перикюльтит, двухсторонний сальпингит, разлитой фибринозной перитонит. Была произведена срединная лапаротомия, экстирпация культи шейки матки с придатками, назоинтестинальная декомпрессия, санация и дренирование брюшной полости. В последующем выполнены две санационные лапаротомии, выписка с выздоровлением на 14-е сутки от последней лапаротомии.

Больной П., 51 года, после плановой лапароскопической экстирпации матки с придатками по поводу дисплазии шейки матки 2 ст., лейкоплакии шейки и миомы матки на 11-е сутки была лапароскопически разрешена ОРСТКН. Через 20 часов на фоне ухудшения клинико-

инструментальной картины, была выполнена релaparоскопия, при которой выявлен рецидив ОРСТКН на фоне разлитого серозно-фибринозного перитонита. Затем были выполнены две санационные лапаротомии и третья экстренная лапаротомия с перевязкой тромбированной вены левого параметрия по поводу эрозивного внутрибрюшного и влагалищного кровотечения. Следует отметить, что у этой больной при анализе мазка из влагалища отмечен обильный рост *Enterococcus faecium* (*Streptococcus faecium*), *Enterococcus faecalis* (*Streptococcus faecalis*), *Morganella morganii* (лактозо-негативная), *Morganella morganii* (лактозо-позитивная). Посев мочи — *Escherichia coli* — 10^9 КОЕ/МЛ, *Pseudomonas aeruginosa* — 10^8 . Кровь на стерильность — стерильна. При исследовании выпота из брюшной полости выявлен обильный рост *Enterococcus faecalis* (*Streptococcus faecalis*) и *Morganella morganii*. Все это в определенной мере объясняет прогрессирование перитонита и тяжесть течения заболевания. Выписка на 12-е сутки после последней лапаротомии в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, ОРСТКН может возникнуть после лапароскопических операций по поводу различных заболеваний органов гениталий независимо от объема проведенной операции, как, в первые 7 суток послеоперационного периода, так и в более поздние сроки.

Наиболее информативным методом диагностики ОРСТКН является лапароскопия, которая позволяет в 100% наблюдений диагностировать непроходимость, дать ее полную характеристику, провести ревизию малого таза и органов брюшной полости.

Лапароскопия позволяет успешно провести малоинвазивную коррекцию нарушений в брюшной полости и малом тазу при ОРСТКН с соблюдением всех принципов лапароскопической хирургии в 62,5% наблюдений.

При завершении лапароскопических операций необходимо выполнять удаление единичных штранных с целью профилактики развития острой спаечной тонкокишечной непроходимости и тщательно ушивать троакарные доступы с целью профилактики развития ущемленных грыжи.

Литература

1. Классификация интраоперационных осложнений лапароскопических операций. Емельянов С. И. [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 1999. — № 2. — С. 19–21.
2. Кулаков В. И., Адамян Л. В. Эндоскопия в гинекологии: руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. — 384 с.
3. Матвеев Н. Л., Арутюнян Д. Ю. Внутрибрюшные спайки — недооцениваемая проблема // Эндоскопическая хирургия. — 2007. — № 5. — С. 60–69.
4. Милонов О. Б., Тоскин К. Д., Жебровский В. В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. — М.: Медицина, 1990. — 560 с.
5. Многолетний опыт применения неотложных видеолaparоскопических вмешательств при острой спаечной тонкокишечной непроходимости. / Тимофеев М. Е. [и др.] // XI съезд хирургов Российской Федерации: сборник тезисов, 25–27 мая, 2011. — Волгоград, 2011. — С. 336–337.
6. Осложнения в хирургии живота: руководство для врачей/ Жебровский В. В. [и др.]. — М.: МИА, 2006. — 448 с.
7. Сазонова Е. О. Осложнения лапароскопических операций на органах малого таза у женщин // Эндоскопическая хирургия. — 2007. — № 5. — С. 49–56.
8. Слесаренко С. С., Федоров А. В., Коссович М. А. Эволюция операционного доступа в абдоминальной хирургии // Хирургия. — 1999. — № 5. — С. 31–33.
9. Шуркалин Б. К., Фаллер А. П., Горский В. А. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения в неотложной хирургии. — М.: Колос, 2010. — 256 с.
10. Guidelines for Management of Small Bowel Obstruction/ Diaz J. J. [et al.] // Journal Trauma. — 2008. — Vol. 64. — P. 1651–1664.
11. Harms B. A., Heise C. P. Pharmacologic management of postoperative ileus: the next chapter in GI surgery // Ann. Surg. — 2007. — Vol 245, N 3. — P. 364–365.
12. Operative Laparoscopy Study Group: Postoperative adhesion development after operative laparoscopy: Evaluation at early second-look procedures // Fertil. Steril. — 1991. — Vol. 55. — P. 700–704.
13. Romagnolo C., Minelli L. Small-bowel occlusion after operative laparoscopy: our experience and review of the literature // Endoscopy. — 2001. — Vol. 33, N 1. — P. 88–90.
14. The use of laparoscopy in abdominal emergencies / Kirshtein B. [at al] // Surgical Endoscopy. — 2003. — Vol. 17. — P. 1118–1124.

Статья представлена В. Ф. Беженарем,
ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

LAPAROSCOPIC DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE EARLY ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION AFTER GYNECOLOGICAL OPERATIONS PERFORMED BY LAPAROSCOPIC ACCESS

Timofeyev M. E., Shtyrov S. V., Marchenko I. P., Kretsu V. N., Shapovalyants S. G.

■ **Summary:** The Results of treatment of 8 female patients with early acute adhesive small bowel obstruction (AASBO) after laparoscopic gynecological surgery are presented. Diagnostic laparoscopy appeared to be the most helpful and the

safest diagnostic technique, confirming the AASBO diagnosis and helping to choose operative treatment mode. In 5 patients AASBO was successfully treated using laparoscopic method, while in 3 patient median laparotomy was required: 1 patient with AASBO relapse, and 2 patients with pelvic peritonitis progression.

■ **Key words:** laparoscopy; acute adhesive small bowel obstruction; gynecology diseases; complications.

■ Адреса авторов для переписки

Тимофеев Михаил Евгеньевич — старший научный сотрудник научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. Городская клиническая больница № 31. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1. 119415, Россия, Москва, ул. Лобачевского, д. 42.
E-mail: metimofeev@mail.ru.

Timofeyev Mikhail Yevgenyevich — senior research associate. Research and educational centre of abdominal surgery and endoscopy. N.I. Pirogov Russian State Medical University, City Clinical Hospital N 31. 117997, Moscow, Ostrovityanova St., 1, Russia. 119415, Moscow, Lobachevskogo St., 42, Russia.
E-mail: metimofeev@mail.ru.

Штыров Сергей Вячеславович — профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. Городская клиническая больница № 31. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1. 119415, Россия, Москва, ул. Лобачевского, д. 42. **E-mail:** 7630122@mail.ru.

Shtyrov Sergey Vyacheslavovich — professor. Department obstetrics and gynecology. N.I. Pirogov Russian State Medical University, City Clinical Hospital N 31. 117997, Moscow, Ostrovityanova St., 1, Russia. 119415, Moscow, Lobachevskogo St., 42, Russia.
E-mail: 7630122@mail.ru.

Марченко Игорь Петрович — доцент научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. Городская клиническая больница № 31. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1. 119415, Россия, Москва, ул. Лобачевского, д. 42.
E-mail: dr.marchello@yandex.ru.

Marchenko Igor Petrovich — assistant professor, research and educational centre of abdominal surgery and endoscopy. N.I. Pirogov Russian State Medical University, City Clinical Hospital N 31. 117997, Moscow, Ostrovityanova St., 1, Russia. 119415, Moscow, Lobachevskogo St., 42, Russia. **E-mail:** dr.marchello@yandex.ru.

Крещу Виталий Николаевич — ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский университет дружбы народов» (РУДН). 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.
E-mail: vkretsu14@gmail.com.

Kretsu Vitaliy Nikolayevich — resident. Department of Obstetrics and Gynecology. People's Friendship University of Russia. 117198, Moscow, Miklukho-Maklaya St., 6, Russia. **E-mail:** vkretsu14@gmail.com.

Шаповальянц Сергей Георгиевич — д. м. н., профессор заведующий научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. Городская клиническая больница № 31. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1. 119415, Россия, Москва, ул. Лобачевского, д. 42. **E-mail:** sgs31@mail.ru.

Shapovalyants Sergey Georgiyevich — M.D., Ph.D., professor, head of research and educational centre of abdominal surgery and endoscopy. N.I. Pirogov Russian State Medical University, City Clinical Hospital N 31. 117997, Moscow, Ostrovityanova St., 1, Russia. 119415, Moscow, Lobachevskogo St., 42, Russia.
E-mail: sgs31@mail.ru.