



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47001 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ

1

2

(21) u200908187

(22) 03.08.2009

(24) 11.01.2010

(46) 11.01.2010, Бюл.№ 1, 2010 р.

(72) ПОКИДЬКО МАРІЯ ІВАНІВНА, ШЕВЧУК ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ, ПІВТОРАК КАТЕРИНА ВОЛОДИМИРІВНА, БОГАЧУК МАКСИМ ГРИГОРОВИЧ, ФЕДЖАГА ІРИНА ВОЛОДИМИРІВНА

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб профілактики післяопераційної спайкової хвороби, що включає введення протизапальної речовини після завершення планового ендоскопічного оперативного втручання, який відрізняється тим, що на завершальному етапі оперативного втручання виконують блокаду симпатичного стовбура спирто-новокаїновою сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки зліва.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургічних способів лікування і може використовуватись для профілактики спайкової хвороби черевної порожнини хірургічних хворих.

Операції поки що є й залишаються основною причиною спайкоутворення. Операції - це абсолютна необхідність в багатьох випадках лікування, де не існує альтернативи інших методів неінвазивної корекції. Одним із шляхів профілактики утворення післяопераційних спайок є не просто розробка найбільш раціональних методів оперативних втручань з використанням ендоскопічної техніки, операційних мікроскопів, мікрохірургічних інструментів, лазерів, електро- та термокоагуляторів, більш фізіологічних шовних матеріалів та сучасних полімерів, а також пошук нових підходів до самої операції, яка базується на принципах попередження післяопераційних зрощень. Ці принципи виражаються в проведенні по можливості найменш травматичної операції, збереженні природного взаєморозташування органів черевної порожнини, в застосуванні засобів, які покращують перебіг репаративних процесів та зменшують термін симпатонії. Слід відзначити, що методи ендоскопічної хірургії дають кращі результати, ніж традиційні методи реконструктивних операцій, і сприяють зменшенню утворення спайок. В наш час все ширше впроваджуються нові методи малоінвазивної терапії - лапароскопічна, ендоваскулярна хірургія, проте, для кожного з цих методів вже зараз зрозумілий найбільш раціональний діапазон можливостей, так званий "золотий стандарт". З метою профілактики спайкової хвороби надається велике

значення зменшенню травми очеревини в комплексі з іншими профілактичними заходами, надається перевага тільки раціональній та обережній хірургічній техніці. З цією метою застосовують лапароскопічні операції [Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей // Хирург. журнал им. Н. И. Пирогова. - 2001. - №2. - С. 37-42]. Проте, при наявності у пацієнтів схильності до спайкоутворення при повторних оперативних втручаннях можливості лапароскопічних методів значно скорочуються.

Відомі способи попередження спайкової хвороби на основі нових досягнень біотехнології [Montz F.J., Fowler J.M., Wolff A.J., Lacey S.M., Mohler M. The ability of recombinant tissue plasminogen activator to inhibit post-radical pelvic surgery adhesions in the dog model // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1991. - Vol. 165(5). - P. 1539-1542 та Kolmorgen K., Schulz A. M. Results of laparoscopic lysis of adhesions in patients with chronic pelvic pain // Zentralbl. Gynecol. - 1991. - Vol. 113(6). - P. 291-295] за допомогою фотоіндукуючих матеріалів. Введення в черевну порожнину гіалуронової кислоти та хондроїтинсульфату в поєднанні з фотоактивним цинамоном та тиміном, опроміненим ультрафіолетом, викликало у хворих утворення захисної плівки на пошкоджених поверхнях очеревини.

В основу корисної моделі "Спосіб профілактики післяопераційної спайкової хвороби" поставлено завдання підвищення ефективності профілактики післяопераційної спайкової хвороби шляхом

(19) UA (11) 47001 (13) U

блокади симпатичного стовбура.

Поставлене завдання досягається способом, що передбачає введення протизапальної речовини після завершення планового ендоскопічного оперативного втручання, згідно з корисною моделлю, як завершальний етап оперативного втручання виконують блокаду симпатичного стовбура спирт-новокаїною сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки зліва.

Суть способу полягає в тому, що після виконання оперативного втручання та санації черевної порожнини виконують лівобічну блокаду симпатичного стовбура спирт-новокаїною сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки.

Спосіб виконують таким чином. Операції виконують під ендотрахеальним наркозом. Пневмоперитонеум створюється за допомогою голки Вереша, яку вводять в черевну порожнину в пупковій ділянці. Після створення пневмоперитонеума через параумбілікальний троакар (10мм) вводять лапароскоп і виконують візуальну оцінку положення і стану сальника та органів живота, наявності в черевній порожнині випоту. Органи черевної порожнини оглядають послідовно (за годинниковою стрілкою), починаючи з правого піддіафрагмального простору. Стан жовчного міхура, товстої кишки, тазових органів, передньої поверхні шлунку і печінки може бути оцінений без утруднень. Для детального огляду інших органів змінюють положення тіла і через додатковий п'ятиміліметровий троакар вводять маніпулятор. Після ревізії органів черевної порожнини і малого тазу атравматичними щипцями через латеральний доступ (точка 2) захоплюють тонку кишку та переводять в праву частину черевної порожнини, звільнивши корінь брижі кишки. По задній поверхні парієтальної очеревини, паралельно черевній аорті, по її латеральному краю визначають симпатичний стовбур. Він легко контурується при легкому потягуванні вниз за парієтальну очеревину у вигляді еластичного щільного тяжу, діаметром від 2 до 3мм. Визначивши симпатичний стовбур, необхідно візуально відслідкувати його вище до верхнього полюсу кореня брижі тонкої кишки. На рівні зв'язки Трейца розкривають парієтальну очеревину. Симпатичний стовбур в цьому місці дає прегангліонарні синаптичні відгалуження до тонкої кишки, далі утворюючи кишкове симпатичне сплетіння. Саме на цьому рівні, зліва на рівні кореня брижі тонкої кишки, виконують блокаду симпатичного стовбура шляхом алкохолізації нервових закінчень 3,0-4,0мл спирт-новокаїною суміші: у відношенні 1:4 для пролонгації дії блокади (склад суміші: 8мл 2% розчину новокаїну і 2мл спирту етилового).

Тонку кишку впорядковано розміщують в черевній порожнині. Виконують десуфляцію. Троакари витягають. Апоневроз у області пупка ушивають одним швом. По одному шву накладають на шкіру кожного доступу.

Приклад виконання способу

Хворий К., 1967р.н., мед. картка №37, госпіталізований в хірургічне відділення обласної лікарні 4.01.2000р. з приводу спайкової хвороби черевної

порожнини гострої кишкової непрохідності. З анамнезу відомо, що хворіє протягом 4 років після виконання апендектомії. Це вже повторна атака спайкової кишкової непрохідності. Перша закінчилась оперативним втручанням в районній лікарні. Після обстеження хворому було проведено консервативні заходи для ліквідації кишкової непрохідності (прозерин в/м, 10% гіпертонічний розчин NaCl в/в, компреси на передню черевну стінку з розчином димексиду). Проте, клініка кишкової непрохідності наростала і було вирішено оперувати хворого.

4.01. - Операцію виконували під ендотрахеальним наркозом. Після створення пневмоперитонеума лапароскопічно провели візуальну оцінку положення і стану сальника і органів живота, наявності в черевній порожнині спайок. Провели розсічення спайок черевної порожнини, ліквідували кишкову непрохідність, виконали блокаду брижі тонкої кишки 0,25% розчину новокаїну. Зліва на рівні кореня брижі тонкої кишки, виконали блокаду симпатичного стовбура введенням 3,0мл спирт-новокаїною суміші.

Відновлення в'ялої перистальтики зафіксовано через 12год. після оперативного втручання, проте активна перистальтика встановилась вже через добу. Гази відійшли на кінець другої доби (через 32год. після операції). Стан хворого стабільний. Температура тіла з третьої доби нормалізувалась. Випорожнення на третю добу. Через 8 днів хворий виписаний додому в задовільному стані з рекомендаціями щодо профілактики спайкової хвороби в амбулаторних умовах і повторної консультації через 1міс.

Вказаний спосіб значно підвищує ефективність профілактики післяопераційної спайкової хвороби, дозволяє швидко відновити перистальтику в ранньому післяопераційному періоді і має тривалу післядію. Є досить простим в виконанні.

Такий спосіб використаний нами у 22 хворих з допомогою лапароскопічного втручання. У всіх хворих зареєстроване раннє відновлення перистальтики кишечника (в середньому через 10,6±0,6год.) після операції. Спосіб використаний у хворих, яким під час оперативного втручання виконувалось розсічення спайок з резекцією великого чепця або без його резекції. Під час використання даної методики не відмічено побічних дій або ускладнень.

Виконання лівобічної блокади симпатичного стовбура спирт-новокаїною сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки стійко та радикально виключає початковий пусковий механізм спайкоутворення, а саме: ішемію тканин очеревини, зменшення ексудативної та проліферативної фаз запалення, парез кишечника за рахунок гальмівного впливу на моторику через ентерометасимпатичну нейронну сітку, інгібування активатора плазміногену та виникнення первинного та вторинного зниження фібринолітичної активності тканин та перитонеальної рідини.

Запропонований спосіб може використовуватись в будь-якому відділенні хірургічного профілю.

