



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47000 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧИХ ФОРМ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

1

2

(21) u200908186

(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 лікування рецидивуючих форм спайкової кишкової непрохідності шляхом вісцеролізису, ушиття десерозованих ділянок кишки та санації черевної порожнини, який **відрізняється** тим, що на завершальному етапі оперативного втручання виконують лівобічну симпатектомію на рівні кореня брижі тонкої кишки.

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

Хірургічне лікування спайкової хвороби залишається невирішеною проблемою. Адгезиолізис, як основний оперативний метод при вимушених втручаннях, лише тимчасово ліквідує спайковий процес, який, на жаль, має тенденцію до ще більшого зростання після повторних оперативних втручань.

Відомий клінічний досвід хірургічного лікування та експериментальні дослідження свідчать, що всі відомі методи зводяться, в основному, до усунення зрощень та ліквідації кишкової непрохідності. Проте, вони не вирішують проблеми спайкоутворення, а лише знімають симптоми гострої атаки хвороби. Навіть операція Noble, яка стала класичною, є швидше операцією "смирненності" перед цією хворобою. Патогенетичного радикального методу лікування спайкоутворення не запропоновано.

Відомий спосіб лікування спайкової хвороби на основі виконання вісцеролізису, ушиття десерозованих ділянок кишки та санації черевної порожнини [Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. -М.: Медицина, 1989.- 192с.].

Проте досвід роботи практичних хірургів звернув увагу учених на надзвичайну актуальність проблеми спайкової хвороби, тому що з збільшенням оперативних втручань на органах черевної порожнини частота спайкової хвороби зростає та відповідно збільшилась смертність від неї.

В основу корисної моделі "Спосіб лікування рецидивуючих форм спайкової кишкової непрохід-

ності" поставлено завдання підвищення ефективності лікування рецидивуючих форм спайкової кишкової непрохідності шляхом виконання лівобічної симпатектомії.

Вказана задача досягається тим, що, опираючись на запропоновану концепцію патогенезу патологічного спайкоутворення черевної порожнини, нами розроблено методику кишкової лівобічної симпатектомії, яку апробовано в експерименті на лабораторних тваринах (собаках) з моделюванням спайкового процесу в черевній порожнині. Отримавши позитивні, достовірно значимі результати використання нового оперативного методу лікування спайкоутворення було вирішено застосувати його в клінічних умовах.

Суть способу полягає в тому, що спільною ознакою є виконання вісцеролізису, ушиття десерозованих ділянок кишки та санації черевної порожнини, а відмінною ознакою є виконання лівобічної симпатектомії на рівні кореня брижі тонкої кишки.

Спосіб виконують наступним чином. Після виконання серединної лапаротомії хворому з приводу спайкової кишкової непрохідності та виконання адгезиолізису зрощень черевної порожнини, десерозації місць пошкодження очеревини та ліквідації кишкової непрохідності на завершальному етапі виконують лівобічну кишкову симпатектомію.

Для виконання симпатектомії необхідно тонку кишку перевести в праву частину черевної порожнини, звільнивши корінь брижі кишки. По задній поверхні парієтальної очеревини, паралельно черевній аорті, по її латеральному краю визначається симпатичний стовбур. Він легко контурується при легкому потягуванні вниз за парієтальну оче-

(19) UA (11) 47000 (13) U

ревіну 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 розкривається парієтальна очеревина (креслення). Симпатичний стовбур в цьому місці дає прегангліонарні синаптичні відгалуження до тонкої кишки, далі утворюючи кишкове симпатичне сплетіння. Саме на цьому рівні, за допомогою дисектора або судинного затискача, необхідно обережно виділити нервовий стовбур та пересікти його на протязі 5-7мм. Парієтальну очеревину зашивають 1-2 вузловими швами. Гемостаз. Тонку кишку впорядковано розміщують в черевній порожнині. Черевну порожнину пошарово зашивають.

На кресленні наведено виділення лівого черевного кишкового стовбура при виконанні симпатектомії.

Обґрунтування способу лікування рецидивуючих форм спайкової кишкової непрохідності.

Метод застосований у 12 хворих, які лікувались в клініці госпітальної хірургії з приводу спайкової хвороби черевної порожнини та рецидивуючої спайкової кишкової непрохідності.

Серед цих хворих 7 - жінки, 5 - чоловіків. В анамнезі у хворих було від 2 до 11 оперативних втручань з приводу спайкової хвороби, в середньому кількість втручань склала 3,4 рази. Середній вік хворих склав 45,4 роки.

У 7 хворих причиною спайкової хвороби була проведена апендектомія, у 1 - перфоративна виразка 12-палої кишки, у 2- холецистектомія, 2 - закрита травма черевної порожнини з розривом селезінки. Середній термін лікування з приводу спайкової хвороби склав у хворих - 5,8 років. Хворі поступили в клініку через від 3год. до 28год. від початку больового синдрому, в середньому через - 15,8год.

Основні скарги хворих на час госпіталізації - гострий переймоподібний біль в черевній порожнині, більше в ділянці пупка, нудоту, блювоту кишковим вмістом, невідходження газів і випорожнень. Враховуючи те, що в анамнезу у хворих вже були атаки спайкової кишкової непрохідності, всі хворі цієї групи на до госпітального етапі використовували спазмолітики (но-шпу, баралгін, папаверин, спазмалгон тощо), очисні клізми та викликали блювоту після промивання шлунка. Не отримавши позитивного ефекту вони викликали бригаду швидкої допомоги і були госпіталізовані в стаціонар. 5 хворих самостійно звертались в нашу клініку, тому що були пацієнтами клініки в попередні рази загострення хвороби.

При фізикальному обстеженні хворих визначається, що у 11 хворих з 12 - знижена вага тіла. Хворі астеничного тілобудови, підвищеної збудливості з симптомами невро- та психастенії. Після збору скарг та анамнезу, обстеження хворих виявлено наявність рубців передньої черевної стінки після попередніх лапаротомій, у 6 хворих невеликі грижєві вип'ячування в ділянці лапаротомного рубця. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт приймає участь в диханні, помірно здутий за рахунок розширення петель тонкої та товстої ки-

шок. Визначається асиметрія черевної порожнини. Позитивний симптом натягіння. У 5 хворих був позитивний симптом подразнення очеревини.

Консервативні методи ліквідації кишкової непрохідності не мали позитивного ефекту і, при наростаючій картині кишкової непрохідності, хворих було вирішено оперувати.

Під ендотрахеальним комбінованим полікомпонентним знеболюванням після обробки операційного поля тричі розчином 5% йоду та спирту, виконана серединна лапаротомія з висіченням попереднього лапаротомного рубця. З великим технічними труднощами через виражений спайковий процес вдалось ввійти в черевну порожнину. Основний процес у всіх хворих локалізувався між петлями тонкої кишки. У 7 хворих тонка кишка уявляла собою щільний спайковий інфільтрат, в якому дуже важко було визначити межі петель тонкої кишки в ділянці нижче рівня непрохідності. Спайки носили щільний, плівкоподібний характер, який при роз'єднанні не викликав сильної геморагії. Проте, в деяких ділянках зрощення досягали суцільного характеру, при виділенні з яких відбувалась десерозація стінки кишки. Такі ділянки було прошито за допомогою окремих вузлових швів. Тривалість цього етапу операції займала від 80 до 90% операційного часу. Обережність та методичність в виконанні цих маніпуляцій забезпечувала герметичність стінки тонкої кишки.

Одному хворому було виконано часткову резекцію тонкої кишки в місці множинних десерозованих ділянок на протязі 40-50см. Було накладено міжкишковий анастомоз "бік в бік".

Після ліквідації кишкової непрохідності цим хворим було виконано лівобічну кишкову симпатектомію за методикою, наведеною вище. Оперативне втручання завершилось пошаровим зашиванням черевної порожнини. Відсічену частину симпатичного стовбура було направлено для гістологічного дослідження.

В післяопераційному періоді хворим було призначено парентеральне введення білкових та електролітичних розчинів з розрахунку фізіологічних потреб до 2,5-3,0л на добу, антибактеріальна терапія препаратами цефалоспоринового ряду (цефтріаксон, цефуросим) по 2г в комбінації з метронідазолом двічі на добу, наркотичні (розчин промедолу, омнопону) та ненаркотичні (трамадол, кетанов) анальгетики по схемі.

Стан хворих оцінювали за основними показниками життєдіяльності: загальний стан, стан серцево-судинної системи (пульс, артеріальний тиск), стан дихальної системи (температура тіла, частота дихання, дихальні шуми, ціаноз), відновлення функцій шлунково-кишкового тракту (відновлення перистальтики, відходження газів та випорожнень, швидкість евакуації по кишечнику контрастної маси), вираженість больового синдрому.

Для порівняння отриманих результатів провели дослідження в контрольній групі хворих (n=5), які були прооперовані з приводу спайкової хвороби черевної порожнини та гострої спайкової кишкової непрохідності. Для репрезентативності отриманих результатів в цю групу були відібрані хворі, основні вікові, статеві та анамнестичні показники

яких репрезентативні з показниками основної групи дослідження.

Серед хворих контрольної групи - 4 жінки і 1 чоловік. Середній вік склав 43,8 років. Основною причиною спайкової хвороби у цій групі була виконана в минулому апендектомія з приводу деструктивного апендициту у 2 хворих, 1 - апоплексія яєчника, перитоніт; 2 холецистектомії. Середній термін захворювання спайковою хворобою склав - 4,6 років. Кількість оперативних втручань - в середньому 1,6 раз.

Загальний стан хворих був важкий: хворі займали вимушене положення в ліжку, були неспокійні, з загостреними рисами обличчя. У трьох хворих з 5 визначається значний дефіцит маси тіла (до 10%).

Скарги були на наростаючий за інтенсивністю, періодично переймоподібний, біль в черевній порожнині, нудоту, блювоту спочатку шлунковим вмістом, а потім з неприємним запахом кишковим вмістом, спрагу, здуття живота, погане або повне невідходження газів та відсутність випорожнень протягом останньої доби. Самостійно в домашніх умовах хворі ставили очисні клізми та викликали блювоту, промиваючи шлунок.

При огляді: язик зменшеної зволоженості, обкладений білим або коричневим нальотом. На фоні тахікардії (до 100 уд. за хв.) визначався нормальний або дещо знижений (до 100/70мм рт. ст.) артеріальний тиск. В легенях - без особливих змін або дещо зменшене легеневе дихання в нижніх відділах легень.

При дослідженні живота визначаються деформуючі рубці після попередніх оперативних втручань, асиметрія черевної порожнини, яка помірно роздута за рахунок петель кишечника. На такому фоні отримано позитивний симптом подразнення очеревини.

При рентгенологічному дослідженні визначається клінічна гострої, переважно, тонкокишкової непрохідності з наявністю чаш Клойбера з широкими горизонтальними рівнями, роздутими газом петлями тонкої кишки, загальною підвищеною пневматизацією черевної порожнини.

Проведені консервативні методи ліквідації симптомів кишкової непрохідності, в яку включалися парентеральна інфузія електролітичних розчинів, гіпертонічних розчинів, спазмолітичних препаратів та очисні сифонні клізми, - позитивного ефекту не принесли. При наростаючій клініці гострої спайкової кишкової непрохідності хворих цієї групи було прооперовано.

Операція виконувалась під ендотрахеальним комбінованим полікомпонентним наркозом. Після обробки операційного поля за Пироговим розчином йоду та спирту виконана серединна лапаротомія з висіченням лапаротомного рубця. Обережне виділення черевної порожнини з висіченням спайкових зрощень. Основний спайковий процес локалізувався в ділянці тонкої кишки мезо- та гіпогастрія. Десерозовані ділянки ретельно зашивалися окремими вузловими швами. Місце виникнення непрохідності особливо було небезпечне в плані пошкодження кишки через перерозтягнутість та зміну тканин стінки. У двох хворих цієї групи було виконано резекцію ділянки тонкої кишки через множинні десерозації та пошкодження цілісності кишкової стінки. Резекцію виконано на протязі 40-50см. Неперервність відновлено за рахунок накладення міжкишкового анастомозу "бік в бік".

Після ліквідації кишкової непрохідності в товщу кореня брижі тонкої кишки було введено на 20,0мл 0,25% розчину новокаїну та 10тис. Од. гепарину. Гемостаз. Черевна порожнина пошарово зашита. Через ліву контрапертуру поставлений поліхлорвініловий трубчастий дренаж.

В післяопераційному періоді хворим було призначено перентеральне харчування, корекція водно-електролітного, білкового та вуглеводного обмінів за допомогою офіційних розчинів в кількості 2,5-3,0л, наркотичні та ненаркотичні анальгетики, вітаміни та антибіотики цефалоспоринового ряду в поєднанні з метронідазолом.

Отримані результати порівнювали з аналогічними показниками основної групи, які представлені в зведеній табл.

Таблиця

Порівняльна характеристика відновлення функцій кишечника в контрольній та основних групах дослідження

Група дослідження	Час відновлення перистальтики (год.) $M \pm m$	Час відходження газів (год.) $M \pm m$	Час відходження самостійних випорожнень (год.) $M \pm m$	Евакуація контрасту при рентген, дослідженні через 24год $M \pm m$
Основна	11,2±1,76	40,6±2,56	60,4±2,52	80±5,8%
Контрольна	40,8±5,56	76,2±3,84	105,4±6,28	10±3,2%
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

У хворих основної групи достовірно нижчими є показники відновлення функції шлунково-кишкового тракту (табл.), а саме: перистальтика кишечника відновилась в середньому через 11,2±1,76год., тоді як аналогічний показник в контрольній групі склав 40,8±5,56год., що в 3,6 рази більше, ніж в основній групі ($p < 0,05$).

Час відходження газів в основній групі становив в середньому 40,6±2,56год., що в 1,88 разів менше аналогічного показника контрольної групи ($p < 0,05$). Також відновлення самостійних випорожнень в основній групі відбувалось достовірно в коротші терміни в порівнянні з контрольною групою і склало в середньому 60,4±2,52год. проти 105,4±6,28год.

Особливо слід відзначити отриманий факт зменшення вираженості больового синдрому у хворих основної групи. Отриманий анальгезуючий ефект після виконання симплектомії дав можливість зменшити кількість використання наркотичних анальгетиків в середньому до 8,4од., тоді як в контрольній групі цей показник склав 24од., тобто, майже в 3 рази більше. Зменшення необхідності використання наркотичних анальгетиків призвів також до зменшення небажаних побічних ефектів цих препаратів, одним з яких є гальмування перистальтики кишечника і викликаний таким чином більш тривалий післяопераційний парез, що погіршує загальний стан хворих та сприяє активізації процесів спайкоутворення в черевній порожнині в ранній післяопераційний період.

Відновлення функції шлунково-кишкового тракту вплинуло суттєво не лише на якість перебігу післяопераційного періоду, а й на тривалість перебування хворих в стаціонарі. В основній групі середній ліжко-день склав $9,8 \pm 0,98$, в контрольній групі - $13,0 \pm 0,8$ ліжко-дня.

Таким чином, за результатами клінічного застосування виконання кишкової симплектомії є патогенетичним методом лікування рецидивуючих форм спайкової кишкової непрохідності, що попереджує утворення спайкового процесу в ранньому післяопераційному періоді, про що свідчать основні клінічні показники відновлення функції шлунково-кишкового тракту, а також загальні якісні характеристики перебігу післяопераційного періоду в порівнянні контрольної та основної груп спостереження.

Приклад виконання способу

Хворий М., 1949р. н., (медична карта стаціонарного хворого №1396, госпіталізований в хірургічне відділення обласної клінічної лікарні 11.08.2008р. з діагнозом: спайкова хвороба черевної порожнини. Гостра кишкова непрохідність. З анамнезу відомо, що хворіє на протязі 7 років піс-

ля операції з приводу перфоративної виразки 12-палої кишки. 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 діметиду, сифонні клізми). Проте, клініка кишкової непрохідності наростала і було вирішено оперувати хворого. 12.08.08 в 9.30 - операція: лапаротомія, розсічення спайок черевної порожнини, ліквідація кишкової непрохідності, блокада брижі тонкої кишки 0,25% розчину новокаїну. Після ліквідації кишкової непрохідності було виконано лівобічну кишкову симплектомію, для чого тонку кишку перевели в праву частину черевної порожнини, звільнивши корінь брижі кишки. По задній поверхні парієтальної очеревини, паралельно черевній аорті, по її латеральному краю знайшли симпатичний стовбур. На рівні зв'язки Трейца розітнули парієтальну очеревину. За допомогою дисектора виділили нервовий стовбур та пересікли його на протязі 5мм. Тонку кишку впорядковано розмістили в черевній порожнині. Черевну порожнину пошарово зашили. О 17год. 13.08. з'явилась активна перистальтика. Гази почали відходити о 6год. ранку 14.08. Стан хворого покращився. Температура тіла з 2 доби після операції нормалізувалась. Випорожнення на третю добу. Через 8 днів хворий виписаний в задовільному стані для подальшого амбулаторного спостереження.

Вказаний спосіб значно підвищує ефективність лікування рецидивуючих форм спайкової кишкової непрохідності, попереджує утворення спайкового процесу в ранньому післяопераційному періоді, дозволяє швидко відновити перистальтику в ранньому післяопераційному періоді. Є досить простим в виконанні. Запропонований спосіб може використовуватись в будь-якому відділенні хірургічного профілю.

