

УДК.616.053-002.3-003.2-2-089

В.В. Скиба^{1,4,5}, В.Ф. Рибальченко^{2,4}, О.В. Іванько^{1,4,5}, Ю.Г. Демиденко⁴, В.М. Бадах³, В.П. Бочаров³

Хірургічне лікування спайкової непрохідності кишечника у підлітків з використанням струменевого гідроскальпеля

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна³Національний авіаційний університет, м. Київ, Україна⁴Київський медичний університет УАНМ, Україна⁵Київська міська клінічна лікарня №1, Україна

PAEDIATRIC SURGERY.2016.3-4(52-53):51-57; doi 10.15574/PS.2016.52-53.51

Мета – покращення результату хірургічного лікування непрохідності кишечника внаслідок спайкового процесу у підлітків з використанням струменевого гідроскальпеля при розділенні злукового процесу.

Пацієнти і методи. У хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні №1 з 2009 р. по 2016 р. знаходилось на лікуванні 16 підлітків віком 17–18 років. Хворих чоловічої статі було 9 (56,25%), жіночої – 7 (43,75%). При госпіталізації проводилось загальноклінічне обстеження крові та сечі, рентгенологічне та УЗ-дослідження органів черевної порожнини.

Результати. Причинами розвитку спайкового процесу були: перенесені апендектомії в анамнезі, з яких в осіб чоловічої статі – 9 (56,25%), жіночої – 5 (31,25%), у двох (12,5%) підлітків жіночої статі причинами першої операції були гінекологічні недуги. Термін госпіталізації: впродовж першої доби госпіталізовано 11 (68,75%), на другу добу 3 (18,75%), на третю добу 2 (12,5%) хворих. При госпіталізації загальний стан розцінено як важкий у 12 (75,0%) хворих, а вкрай важкий – у 4 (25,0%), з ознаками органної недостатності – олігурія. Аналіз клінічної картини показав, що синдром блювання мали всі 16 (100,0%) хворих, з яких у 11 (68,75%) блювання було нестерпним, з гикавкою. Абдомінальний больовий синдром мали 12 (75,0%) хворих, з них у 8 (50,0%) біль був переймоподібним, а у 4 (25,0%) – постійним. Больовий синдром був відсутнім у 4 (25,0%) пацієнтів, але вони мали відчуття важкості в епігастральній ділянці. Асиметрія передньої черевної стінки встановлена у 14 (87,5%) пацієнтів, із яких асиметрія правих та лівих відділів – у 8 (50,0%), а верхніх і нижніх – у 6 (37,5%). У 2 (12,5%) пацієнтів черевна порожнина не була здутою, але вони мали виразний абдомінальний больовий синдром переймоподібного характеру. Рентгенологічне дослідження показало, що рівні рідини мали всі (100%) хворі. За даними УЗД у 14 (87,5%) хворих встановлена відсутність перистальтики у всіх відділах кишечника, а у 2 (12,5%) – маятникоподібні рухи у лівому підребер'ї. Вільна рідина встановлена в порожнині малого тазу у 13 (81,25%) пацієнтів, а у 3 (18,75%) по правому фланку. Проведені дослідження показали, що у 25% пацієнтів була відсутня одна з чотирьох головних ознак непрохідності кишечника, що вказує на атипівість клінічної симптоматики перебігу захворювання. Усі хворі оперовані. Встановлені наступні спайки: множинні площинні у всіх 16 хворих, із яких на тлі площинних мали місце і шнуроподібні – у 8 (50,0%) хворих, а панцерне тотальне покриття із заворотом встановлено у 4 (25,0) хворих. Використання з метою розділення спайок струменевого гідроскальпеля дозволило запобігти значній кількості недоліків стандартного розділення спайок. Ускладнень при розділенні спайок не було. Таким чином, метод хірургічного лікування з використанням для розділення спайкового процесу струменевого гідроскальпеля має щадну нетравматичну дію на судини та стінку кишки при розділенні спайок, що в подальшому сприяє більш адекватному відновленню перистальтики у ранній та віддалений періоди після хірургічного лікування. Під час операції, після розділення спайкового процесу струменевим гідроскальпелем, у двох пацієнтів внаслідок странгуляції виникла необхідність у проведенні сегментарної резекції тонкої кишки в обсязі 25 см, накладений анастомоз «кінець у кінець» дворядним швом.

Висновки. Використання методу дирекції спайок струменевим гідроскальпелем у хірургічному лікуванні спайкового процесу черевної порожнини та спайкової непрохідності дозволяє прецизійне відділення органних структур від спайок та паренхіматозних органів. При цьому вдається мінімізувати крововтрати, попередити пошкодження анатомічних структур та скоротити час операції.

Ключові слова: непрохідність кишечника, діагностика, лікування, струменевий гідроскальпель.

Вступ

Непрохідність кишечника (НК) є однією з актуальних проблем сучасної наукової та практичної медицини, оскільки вона належить до найбільш складної для діагностики, вирізняється важким клінічним перебігом та складає до 25–30% хворих хірургічних відділень [5;7–9].

З літератури відомо, що найчастіше спайки утворюються після операції, що становить до 15% пацієнтів, причому доведено, що важкі і великі за обсягом хірургічні втручання набагато частіше стають причинами формування зрощень між органами черевної порожнини. У частини хворих утворюються зрощення після операції у результаті розвитку запального процесу, що виникає у відповідь на операційну травму, проникнення в черевну порожнину інфікованого вмісту кишечника або атмосферного повітря [6,9].

Дані літератури вказують, що, незважаючи на значні напрацювання в питаннях діагностики НК, у близько 50–83,8% випадків на етапах обстеження та лікування бувають діагностичні і прогностичні прорахунки, зумовлені пізньою діагностикою, що в подальшому вимагає зміни тактики ведення хворих – від консервативного до оперативного. У значної частини пацієнтів (до 21,2%) виникає необхідність проведення резекції кишечника з накладенням як міжкишкового анастомозу, так і кишкової стоми [1,3,9]. Частота неспроможності міжкишкових анастомозів становить до 32% [5,6,8].

Незважаючи на розвиток інноваційних технологій, показники летальності при НК досягають 78,5% [9].

На сьогодні в науковій та практичній хірургії відсутні роботи стосовно лікування спайкової непрохідності струменевим гідроскальпелем у хворих усіх вікових груп. Використання струменевого гідроскальпеля має лише описовий характер при пухлинах паренхіматозних органів та нервової системи [2,4,10–12].

Метою роботи є покращення результату хірургічного лікування НК, яку спричинив спайковий

процес, у підлітків з використанням струменевого гідроскальпеля при розділенні злукового процесу.

Матеріал і методи дослідження

У хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні №1 з 2009 р. по 2016 р. знаходились на лікуванні 16 підлітків віком 17–18 років. Хворих чоловічої статі було 9 (56,25%), жіночої – 7 (43,75%). При госпіталізації проводилось загальноклінічне дослідження крові та сечі; рентгенологічне дослідження – оглядова рентгенографія органів черевної порожнини у вертикальному положенні у 16 (100,0%); УЗД органів черевної порожнини – у 16 (100,0%) з дослідженням стану кровотоку в кишечнику – кольорове дуплексне картування – у 10 (62,5%) хворих.

Результати дослідження та їх обговорення

Причинами розвитку спайкового процесу були перенесені апендектомії в анамнезі, з них чоловічої статі – 9 (56,25%), жіночої – 5 (31,25%). У двох (12,5%) підлітків жіночої статі причинами першої операції були гінекологічні недуги – пельвіоперитоніт на тлі розриву кісти яєчника, була проведена симультанна апендектомія. Доступи при проведенні апендектомії: за Волковичем–Дьяконовим – у 10 (62,5%) хворих, правобічний трансректальний – у 4 (25,0%), Пфаненштилю – у 2 (12,5%). Апендектомії були проведені через наступні зміни у відростку: катаральний – у 2 (12,5%), флегмонозний – у 8 (50,0%), гангренозний без перитоніту – у 2 (12,5%), гангренозний з місцевим перитонітом – у 4 (25,0%) хворих. Вторинний оментит встановлено у 5 (31,25%) пацієнтів, з них у 4 (25,0%) були флегмонозні зміни, що потребувало проведення сегментарної резекції останнього в межах здорових тканин. У одного хворого після санації черевної порожнини великий чепець мав реактивні зміни без інфільтрації гнійного вмісту – резекція не проводилася.

За результатами дослідження встановлено наступний термін госпіталізації: впродовж першої доби госпіталізовано 11 (68,75%), на другу добу –

3 (18,75%), на третю добу – 2 (12,5%) хворих. При госпіталізації загальний стан розцінено як важкий у 12 (75,0%) хворих, а вкрай важкий – у 4 (25,0%) з ознаками органної недостатності – олігурія. Аналіз клінічної картини показав, що синдром блювання мали всі 16 (100,0%) хворих, з яких у 11 (68,75%) блювання мало нестерпний характер з гикавкою. Абдомінальний больовий синдром мали 12 (75,0%) хворих, з них у 8 (50,0%) був переймоподібний біль, а у 4 (25,0%) – постійний. Больовий синдром був відсутній у 4 (25,0%) пацієнтів, але вони мали відчуття важкості в епігастральній ділянці. На початку захворювання всі пацієнти не мали порушення випорожнень, проте через добу від початку у 7 (43,75%) хворих не було відходження кишкових газів, а у 5 (31,25%) були відсутні випорожнення. Постановка очисної клізми в приймальному відділенні була вдалою у 13 (81,25%), проте у 3 (18,75%) не було випорожнень і відходження кишкових газів. Огляд передньої черевної стінки вказував на наступне: асиметрія передньої черевної стінки встановлена у 14 (87,5%) пацієнтів, з них асиметрія правих та лівих відділів була у 8 (50,0%), а верхніх і нижніх – у 6 (37,5%). Натомість у 2 (12,5%) пацієнтів черевна порожнина не була здутою, але спостерігався виразний абдомінальний больовий синдром переймоподібного характеру. Лабораторні дані вказували на запальні зміни у всіх 16 (100,0%) пацієнтів, із яких у 5 (31,25%) були явища анемії. Результати рентгенологічного дослідження показали, що рівні рідини мали всі (100%) хворі; у 7 (43,75%) хворих петлі були значно збільшеними в стадії субкомпенсації. У нижніх відділах у 8 (50,0%) пацієнтів були відсутні як рівні, так і газ у просвіті кишечника – «німий кишечник». За даними УЗД у 14 (87,5%) хворих зафіксована відсутність перистальтики у всіх відділах кишечника, а у 2 (12,5%) – маятникоподібні рухи у лівому підребер'ї. Вільна рідина встановлена в порожнині малого тазу у 13 (81,25%) пацієнтів, а у 3 (18,75%) – по правому фланку. Кольорове картування судин кишечника вказувало на його порушення у 15 (93,75%) хворих.

Таким чином, проведені дослідження показали, що у 25% пацієнтів була відсутня одна з чотирьох головних ознак НК, що вказує на атипівність клінічної симптоматики перебігу захворювання.

Після передопераційної підготовки всі хворі були оперовані. Критерієм готовності до операції вважаємо відновлення ОЦК та наявність сечі. У передопераційному періоді всі хворі отримали анти-

бактеріальну терапію з метою профілактики інфекційних ускладнень. Усім (100,0%) хворим лапаротомія проведена із серединного доступу. За результатами лапаротомії встановлені наступні спайки: множинні площинні у всіх 16 хворих, з яких на тлі площинних мали місце і шнуроподібні у 8 (50,0%), а панцерне тотальне покриття із заворотом встановлено у 4 (25,0) хворих.

Як відомо, адгезіолізис – це основний етап операції, на якому проводиться розтин спайок. Розсічення спайок ножицями чи скальпелем може призводити до порушення цілісності просвіту кишки, оскільки інтимні зрощення не дозволяють відрізати спайку і кишку – ті межі у міліметрах, а особливо, коли тракція кишки неможлива чи проводиться неадекватно. Розсічення спайок електроножем чи іншим електроінструментом може призвести до пошкодження стінки кишки – мікронекроз, що закінчиться перфорацією. Тому розробка та впровадження ефективних методів адгезіолізу в лікуванні спайкової кишкової непрохідності є надзвичайно актуальною. У клінічній роботі використаний вітчизняний апарат «Струменевий гідроскальпель», який розроблений Національним авіаційним університетом. На рис. 1 представлено перше покоління установки струменевого гідроскальпеля (1994 р.), на рис. 2 – друге покоління установки струменевого гідроскальпеля (2010 р.). Саму установку показано на рис. 3.

Використання з метою розділення спайок струменевого гідроскальпеля дозволило запобігти значній кількості недоліків стандартного розділення спайок. Струмінь фізіологічного розчину розділяє живі тканини, які мають різну щільність та різну клітинну будову. Сутність анатомічного методу розділення тканин полягає у можливості дозованого тиску струменя розчину, що дозволяє здійснити розділення тканинних шарів різної еластичності і міцності. Таким чином, завдяки селективності дії, вдається провести щадне прецизійне анатомічне розсічення тканин у їхній межовій зоні з урахуванням конкретних анатомічних та фізичних властивостей тканин. Науковими дослідженнями встановлено, що водний струмінь фізіологічного розчину утворює простір розширення, а рідке середовище, яке надходить в цей простір, розсовує тканину, тобто розсікає її.

У всіх пацієнтів при хірургічному лікуванні з метою розділення спайок використовували струменевий гідроскальпель. Ускладнень при розділенні спайок не було.

Сучасні технології



Рис. 1. Перше покоління установки струменевого гідроскальпеля (НАУ, 1994 р.)



Рис. 3. Нові струменеві гідроскальпелі, розроблені в НАУ у 2010 році

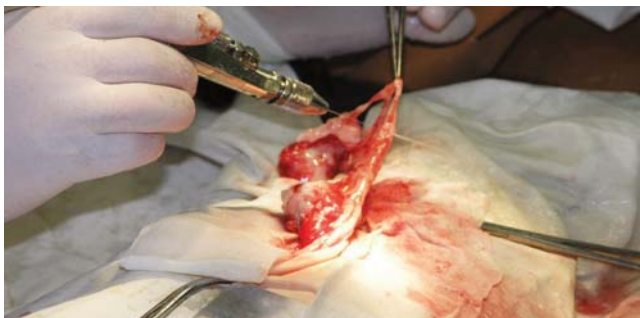


Рис. 4. Початок розділення спайок за допомогою струменевого гідроскальпеля

Клінічне спостереження

Хворий «П», 18 років, госпіталізований у хірургічне відділення через 30 годин від початку абдомінального больового синдрому. З анамнезу відомо, що за два роки перед тим він переніс операцію в ЦРЛ з причини деструктивного апендициту та місцевого перитоніту. Проводилось дренування черевної порожнини – три доби. Впродовж 10 діб після операції мав дисфункції випорожнень та дискомфорт у черевній порожнині, які проявлялись підсиленням буркотання з помірними болями. На 8 добу виписаний з лікарні в задовільному стані. Проводилась два рази на рік протиспайкова терапія, яку переносив добре. За добу до початку больового синдрому мав погіршення у харчуванні, був на дні народження, а тому невчасно звернувся по медичну допомогу. При госпіталізації загальний стан середнього ступеня важкості, температура – 37,8 °С, Ps – 112 за хвилину, ЧД – 26 за хвилину.



Рис. 2. Друге покоління установки струменевого гідроскальпеля (НАУ, 2010 р.)

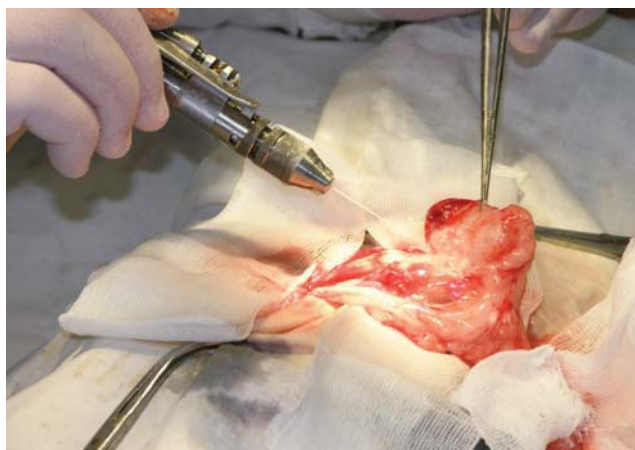


Рис. 5. Спайка, яка складається з пасма великого чепця, відділена

Шкірні покриви блідо-рожеві. Скарги на блювання, переймоподібні абдомінальні болі, відсутність випорожнень і відходження кишкових газів. Після очисної клізми відійшли залишки калу і вийшла не зміненою вода. Живіт асиметричний, майже не бере участі у диханні, при пальпації визначається болючість у правій половині черевної порожнини. Праворуч від пупка конгломерат помірної щільності болючий, а глибока пальпація неможлива. Оглядова рентгенографія черевної порожнини: чаші Клойбера у верхніх відділах, нижня частина черевної порожнини без повітря. За даними УЗД перистальтика кишечника відсутня, вільна рідина по правому фланку. Діагноз: «Гостра непрохідність кишечника спайкового генезу». Операція. Середина лапаротомія. При ревізії встановлені множинні площинні та шнуроподібні спайки. Спайковий процес у правій половині – місце апендектомії, а також заворот петлі тонкої кишки на відстані

60 см від ілеоцекального кута на 1800 без некрозу. Великий чепець у повному обсязі брав участь у спайковому процесі. За допомогою струменевого гідроскальпеля проведено розділення спайок, що дозволило запобігти значній частині механічних пошкоджень стінки кишки при розділенні спайок (рис. 4, 5). Розділений спайковий процес, пошкодження стінки кишечника не було. Враховуючи, що великий чепець брав участь у спайковому процесі, останній відділений та видалений разом зі спайками. Черевна порожнина промита та пошировано ушита наглухо. Косметичні шви на шкіру. Після операції переведений у відділення інтенсивної терапії. Перистальтика кишечника відновила на 3-ю добу. У хірургічне відділення переведений на 5-у добу. На 9-у добу виписаний з клініки.

Таким чином, метод хірургічного лікування з використанням для розділення спайкового процесу струменевого гідроскальпеля має щадну, нетравматичну дію на судини та стінку кишки при розділенні спайок, що сприяє більш адекватному відновленню перистальтики у ранній та відділений періоді після хірургічного лікування.

Під час операції, після розділення спайкового процесу струменевим гідроскальпелем, у двох пацієнтів внаслідок странгуляції виникла необхідність у проведенні сегментарної резекції тонкої кишки в обсязі 25 см; накладений анастомоз «кінець в кінець» дворядним швом.

Усі хворі після лікування виписані з клініки. Оглянуті через шість місяців та рік, скарги відсутні.

Висновки

Використання методу дирекції спайок струменевим гідроскальпелем у хірургічному лікуванні спайкового процесу черевної порожнини та спайкової непрохідності дозволяє провести прецизійне відділення органних структур від спайок та паренхіма-

тозних органів. При цьому вдається мінімізувати крововтрати, попередити пошкодження анатомічних структур та скоротити час операції.

Література

1. Аверин В. И. Лечение аппендикулярного перитонита у детей на современном этапе / В. И. Аверин, А. И. Гринь, А. И. Севковский // Хирургия. Восточная Европа. – 2015. – № 3. – С. 82–86.
2. Багмет Н. Н. Метод водоструйной диссекции при выполнении резекции печени: автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 хирургия / Н. Н. Багмет. – Москва, 2003. – 16 с.
3. Грона В. М. Етіопатогенетичні механізми розвитку первинного оментиту в дітей / В. М. Грона, Ж. Тейшейра, К. В. Грона // Здоровье ребенка. – 2009. – № 2. – С. 73–74.
4. Использование водоструйной диссекции в комплексном лечении осложненных форм диабетической стопы / Анищенко В. В., Ганичев Д. А., Басс А. А., Васильев С. Л. // Бюллетень РАМН. – 2013. – Т. 33, № 3. – С. 63–66.
5. Мельниченко М. Г. Спайкова кишкова непрохідність у дітей / М. Г. Мельниченко, В. В. Антонюк, А. А. Квашніна // XXIII з'їзд хірургів України, 21–23 жовт. 2015 р.: зб. наук. пр. – Київ: Клінічна хірургія, 2015. – С. 447–448.
6. Рибальченко В. Ф. Гострий оментит у дітей: класифікація та вибір хірургічної тактики / В. Ф. Рибальченко, П. С. Русак // Шпитальна хірургія. – 2014. – № 1 – С. 88.
7. Рибальченко В. Ф. До питання про дренажування черевної порожнини при аппендикулярному перитоніті у дітей / В. Ф. Рибальченко, П. С. Русак, О. Б. Доманський // Шпитальна хірургія. – 2014. – № 1 – С. 108.
8. Ультрасонографія в діагностиці гострого аппендициту в дітей / А. А. Переяслов, Л. Є. Борова, А. І. Бобак [та ін.] // Хірургія дитячого віку. – 2013. – № 3. – С. 59–63.
9. Хирургия детского возраста: учебник / В. И. Сушко, Д. Ю. Кривченя, В. А. Дегтярь [и др.]; под ред. В. И. Сушко, Д. Ю. Кривчени. – Киев: Медицина, 2014. – 568 с.
10. Dissecting with the high-pressure water-jet. Standards of Surgical Techniques in Liver Metastases / H. G. Rau, A. Zimmermann, C. Wardemann., F. W. Schildberg // Chirurgische Gastroenterologie. – 2003. – Vol. 19. – P. 333–339.
11. Piek J. Water-jet dissection in neurosurgical procedures: clinical results in 35 patients / J. Piek, J. Oertel, M. R. Gaab // Journal of Neurosurgery. – 2002. – Vol. 96. – P. 690–696.
12. Total mesorectal excision with the water-jet dissection. Technique and results / F. Köckerling, C. Yildirim [et al.] // Techniques in Coloproctology, Springer Milan. – 2004. – Vol. 8, Suppl. 1. – P. 217–225.

Хирургическое лечение спаечной непроходимости кишечника у подростков с использованием струйного гидроскальпеля

В.В. Скиба^{1,4,5}, В.Ф. Рыбальченко^{2,4}, А.В. Иванько^{1,4,5}, Ю.Г. Деміденко⁴, В.М. Бадах³, В.П. Бочаров³

¹Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

²Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

³Национальный авиационный университет, г. Киев, Украина

⁴Киевский медицинский университет УАНМ, Украина

⁵Киевская городская клиническая больница №1, Украина

Цель – улучшение результата хирургического лечения непроходимости кишечника по причине спаечного процесса у подростков с использованием струйного гидроскальпеля при разделении спаечного процесса.

Пациенты и методы. В хирургических отделениях Киевской городской клинической больницы №1 с 2009 г. по 2016 г. находились на лечении 16 подростков в возрасте 17–18 лет. Больных мужского пола было 9 (56,25%), женского – 7 (43,75%). При госпитализации проводилось общеклиническое исследование крови и мочи, рентгенологическое и УЗ-исследование органов брюшной полости.

Сучасні технології

Результаты. Причинами развития спаечного процесса были: перенесенные аппендэктомии в анамнезе, из которых у лиц мужского пола – 9 (56,25%), женского – 5 (31,25%). У двух подростков (12,5%) женского пола причинами первой операции были гинекологические болезни. Срок госпитализации: в течение первых суток госпитализированы 11 (68,75%), на вторые – 3 (18,75%), на третьи – 2 (12,5%) больных. При госпитализации общее состояние расценено как тяжелое у 12 (75,0%) больных, а крайне тяжелое – у 4 (25,0%), с признаками органной недостаточности – олигурия. Анализ клинической картины показал, что синдром рвоты имели все 16 (100,0%) больных, из которых у 11 (68,75%) рвота была невыносимой и с икотой. Болевой синдром имели 12 (75,0%) больных, из которых у 8 (50,0%) были схваткообразные, а у 4 (25,0%) – постоянные боли. Болевой синдром отсутствовал у 4 (25,0%) пациентов, но имелось ощущение тяжести в эпигастриальной области. Асимметрия передней брюшной стенки установлена у 14 (87,5%) пациентов, из которых асимметрия правых и левых отделов – у 8 (50,0%), а верхних и нижних – у 6 (37,5%). У 2 (12,5%) пациентов брюшная полость не была вздута, но имелся выраженный абдоминальный болевой синдром схваткообразного характера. Рентгенологическое исследование показало, что уровни жидкости имели все (100%) больных. По данным УЗИ у 14 (87,5%) больных отсутствовала перистальтика во всех отделах кишечника, а у 2 (12,5%) – маятниковые движения в левом подреберье. Свободная жидкость установлена в полости малого таза у 13 (81,25%) пациентов, а у 3 (18,75%) – по правому фланку. У 25% пациентов отсутствовал один из четырех главных признаков непроходимости кишечника, что указывает на атипичность клинической симптоматики течения болезни. Все больные оперированы. Установлены следующие спайки: множественные плоскостные у всех 16 больных, из которых на фоне плоскостных имели место и шнуровидные – у 8 (50,0%), а кольчужное полное покрытие с заворотом установлено у 4 (25,0) больных. Использование с целью разделения спаек струйного гидроскальпеля позволило предотвратить значительную часть недостатков стандартного разделения спаек. Осложнений при разделении спаек не было. Таким образом, метод хирургического лечения с использованием для разделения спаечного процесса струйного гидроскальпеля имеет щадящее нетравматична действие на сосуды и стенку кишки при разделении спаек, что в дальнейшем способствует более адекватному восстановлению перистальтики в ранний и отдаленный периоды после хирургического лечения. Во время операции, после разделения спаечного процесса струйным гидроскальпелем, у двух пациентов вследствие странгуляции возникла необходимость проведения сегментарной резекции тонкой кишки в объеме 25 см, наложен анастомоз конец в конец двухрядным швом.

Выводы. Использование метода дирекции спаек струйным гидроскальпелем в хирургическом лечении спаечного процесса брюшной полости и спаечной непроходимости позволяет прецизионное отделение органов от спаек и паренхиматозных органов. При этом удается минимизировать кровопотери, предотвратить повреждение анатомических структур и сократить время операции.

Ключевые слова: непроходимость кишечника, диагностика, лечение, струйный гидроскальпель.

Surgical treatment of the commissural intestinal obstruction in adolescents with using the jet hydro scalpel

V.V. Skiba^{1,4,5}, V.F. Rybalchenko^{2,4}, O.V. Ivanko^{1,4,5}, Yu.G. Demidenko⁴, V.M. Badakh³, V.P. Bocharov³

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

³National Aviation University, Kiev, Ukraine

⁴Kyiv Medical University of the UANM, Ukraine

⁵Kyiv City Clinical Hospital №1, Ukraine

The aim is to improve the outcome of surgical treatment of intestinal obstruction due to adhesions in adolescents using the jet hydro scalpel the separation process.

Material and methods. In the surgical department of the Kyiv city clinical hospital №1 from 2009 to 2016 was located in the treatment of 16 adolescents aged 17–18 years. Patients were 9 males (56.25%), female 7 (43.75%). At the hospital conducted a general clinical examination of blood and urine tests, X-ray and ultrasound of the abdomen.

Research results. The causes of adhesions were: a history of appendectomy of which 9 males (56.25%), female 5 (31,25%) and two female (12,5%) teenagers reasons first operations were gynecological diseases. The term hospitalization: a cont first day hospitalized 11 (68.75%), the second time of 3 (18.75%) for the third time of 2 (12.5%) patients. In general hospitalization status was classified as severe in 12 (75.0%) patients, and extremely heavy in 4 (25.0%) with signs of organ failure – oliguria. Analysis of the clinical picture showed that vomiting syndrome were all 16 (100.0%) patients, of which 11 (68.75%), vomiting bore the unbearable nature of Ikot. Abdominal of pain were 12 (75.0%) patients, of whom 8 (50.0%), cramping, and in 4 (25.0%) permanent. Of pain was absent in 4 (25.0%) patients, but had a feeling of guilt tyahotynnya in the epigastric region. The asymmetry of the anterior abdominal wall installed in 14 (87.5%) patients, of which the asymmetry of the left and right in 8 (50.0%), and upper and lower in 6 (37.5%). Instead, two patients 12.5% abdominal cavity was vzdutoyu but was pronounced abdominal cramping nature of pain. X-ray study indicated that the level of fluid in all patients. According to the US in 14 (87.5%) is set absent peristalsis in all parts of the intestine and in 2 (12.5%) in the pendulous movements pidreberri left. Set free fluid in the pelvic cavity in 13 (81.25%) patients and in 3 (18.75%) on the right flank. Studies have shown that 25% of patients were missing one of the four main features of intestinal obstruction, indicating atypical clinical symptoms, course of illness.

After preoperative preparation, all patients were operated. Adhesions, the following: multiple ploskosni in all 16 patients, of which against the backdrop ploskosnyh shnurovydni occurred in 8 (50.0%) and total coverage of pantserne twist set in 4 (25.0) patients. Use the purpose of separation of adhesions jet hydro scalpel prevented significant part drawbacks of standard separation of adhesions. Complications of adhesions separation was not. Thus the method of surgical treatment using to separate adhesions jet hydro scalpel has not schadlyvu traumatic effect on blood vessels and the intestinal wall the separation of adhesions, which further serves more adequate restoration of peristalsis and separated in the early period after surgery. During the operation, after the separation of adhesions jet hydro scalpel two patients with strangulation reason was the need for segmental resection of the small intestine in the amount of 25cm. imposed anastomosis end-to-end in-line seam.

Conclusions. Using the method of management jet hydro scalpel adhesions in the surgical treatment of adhesions in the abdominal cavity and allows precise adhesive obstruction offices of the structures of adhesions and parenchymal organs. This can not minimize blood loss, prevent damage to anatomical structures and reduce the operation.

Key words: intestinal obstruction, diagnosis, treatment, hydro jet scalpe.

Відомості про авторів

Скиба Володимир Вікторович – д.мед.н., проф., лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, засл. діяч науки і техніки України, зав. каф. хірургічних хвороб з курсом дитячої хірургії КМУ УАНМ, директор Дарницького хірургічного центру.

Рибальченко Василь Федорович – д.мед.н., проф., проф. каф. дитячої хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Іванько Олександр Вікторович – гол. лікар Київської міської клінічної лікарні № 1. Адреса: м. Київ, шосе Харківське, №121; тел. (044) 564-65-34.

Демиденко Ю.Г. – Київський медичний університет УАНМ, Чернігівська обласна дитяча лікарня.

Бадах В.М. – Національний авіаційний університет, м. Київ.

Бочаров В.П. – Національний авіаційний університет, м. Київ.

Стаття надійшла до редакції 2.11.2016 р.

ГК «МедЕксперт» ініціює проведення навчальних семінарів у рамках реалізації глобальної компанії «Антибіотики: використовуйте обережно!»

Вперше в Україні Група компаній «МедЕксперт» виступила з ініціативою провести в Україні навчальний цикл семінарів у форматі телемосту, що пройдуть по всій Україні впродовж 2017 року. Стратегічною метою даного навчального проекту є раціоналізація використання антибіотиків як в умовах стаціонару, так і в амбулаторній практиці.

До участі в семінарах запрошуємо лікарів різних спеціальностей: хірургів, анестезіологів, акушерів-гінекологів, урологів, неонатологів, пульмонологів, гастроентерологів, інфекціоністів, педіатрів, терапевтів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів державних закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління МОЗ України, співробітників профільних кафедр вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти

Запрошуємо науковців та практичних лікарів до обговорення проблеми, що склалася, як в рамках семінарів, так і на сторінках журналів ГК «МедЕксперт».

План-графік проведення навчальних семінарів у форматі телемосту «Раціональне використання антибіотиків у сучасному світі»

№	Дата проведення	Області, які беруть участь	Місце проведення
1.	31.03.2017	м. Київ, Київська, Львівська, Рівненська, Житомирська, Івано-Франківська області	м. Київ – м. Львів – м. Івано-Франківськ – м. Рівне – м. Житомир
2.	28.04.2017	м. Київ, м. Кривий Ріг, Київська, Дніпропетровська, Запорізька області	м. Київ – м. Дніпро – м. Кривий Ріг – м. Запоріжжя
3.	29.09.2017	м. Київ, Київська, Харківська, Полтавська, Вінницька області	м. Київ – м. Харків – м. Полтава – м. Вінниця
4.	24.11.2017	м. Київ, Київська, Одеська, Миколаївська, Херсонська області	м. Київ – м. Одеса – м. Миколаїв – м. Херсон
5.	27.10.2107	м. Київ, Київська, Луганська, Донецька області	м. Київ – м. Краматорськ – м. Сєверодонецьк – м. Маріуполь