

НОВИЙ СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СПАЙКОУТВОРЕННЯ

Покидько М. І., Шевчук О. М.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Кіровоградська обласна лікарня

Представлено новий патогенетичний метод профілактики та лікування спайкової хвороби за допомогою лапароскопічного адгезіолізу та лапароскопічної кишкової симпатеکتомії в основу якого покладена нова концепція патогенезу спайкоутворення. Метод апробовано в клінічних умовах. Отриманні данні дозволяють рекомендувати його в клінічній практиці.

Ключові слова: спайкова хвороба, лапароскопічний адгезіолізис, лапароскопічна кишкова симпатеکتомія.

Спайкова хвороба черевної порожнини відноситься до однієї з найактуальніших проблем сучасної абдомінальної хірургії.

На сучасному етапі все актуальнішими стають дослідження можливостей використання лапароскопічних технологій (О. Г. Дикий, 2004; І. Я. Дзюбановський, О. Г. Дикий, 2006; Р. Р. Шавалеев и др., 2005; М. В. Чехлов та ін., 2007; А. Ж.)

Застосування лапароскопічних операцій в десятки разів знижує кількість післяопераційних ускладнень, вчетверо скорочує терміни реабілітації (С. Н. Шурыгин, В. Б. Дмитриев, 2000). Дані про ефективність використання лапароскопії для лікування спайкової хвороби різняться. Це питання потребує подальших досліджень можливостей використання лапароскопії для лікування та профілактики спайкової хвороби і об'єктивної оцінки причин рецидивування спайкового процесу після лапароскопічної адгезіотомії.

Мета дослідження

Розробити та впровадити в клінічну практику патогенетичний метод профілактики та лікування спайкової хвороби черевної порожнини шляхом застосування лапароскопічної симпатеکتомії.

Матеріали та методи

Комплексне вивчення спайкової хвороби в світлі нової концепції спайкоутворення та визнання перспективності лапароскопічних технологій в сучасній хірургії, спонукало до впровадження лапароскопічного методу профілактики та лікування спайкової хвороби.

Розроблений новий спосіб лапароскопічної профілактики та лікування спайкової хвороби, в основу якого покладена концепція патогенезу спайкоутворення – індивідуальний посилений симпатотонус вегетативної іннервації. Відомий

метод лапаротомної кишкової симпатеکتомії, що довів свою ефективність при клінічній апробації став прототипом новому способу оперативної профілактики та лікування.

«Спосіб профілактики післяопераційної спайкової хвороби» (патент України на корисну модель № 47001) передбачає підвищення ефективності профілактики післяопераційної спайкової хвороби шляхом блокади симпатичного стовбура. Поставлене завдання досягається способом, що виконується введенням демієлінізуючої речовини після завершення ендоскопічного оперативного втручання, який відрізняється тим, що, як завершальний етап оперативного втручання, виконують блокаду спирт-новокаїновою сумішшю або пересічення кишкового симпатичного стовбура на рівні кореня брижі тонкої кишки зліва.

При виконанні лапароскопічного адгезіолізу обробка операційного поля і передопераційна підготовка хворих не відрізнялися від таких при лапаротомних операціях. Лапароскопічний адгезіолізис виконували за методиками, запропонованими А. А. Воробйовим та А. Г. Бебуришвілі, з урахуванням розташування післяопераційного рубця, який залишився після попередньої лапаротомії. У пацієнтів, що раніше оперувались з нижньосереднього доступу, перший троакар вводили по середній лінії вище за пупок на 1,5–2 см. Якщо в анамнезі була середньосерединна лапаротомія, виходили з того, з якого боку було обійдене пупочне кільце. У важких випадках, з метою мінімізації ризику ушкодження кишечника широко застосовувалася методика відкритого введення першого троакара. Після накладання пневмоперитонеуму і введення першого троакара всі подальші маніпуляції проводили під візуальним контролем. Місця введення додаткових троакарів диктувались ситуацією в черевній порожнині. Після виконання адгезіолізу наступним етапом було виконання лівобічної кишкової симпате-

томії. Троакар підводили до кореня брижі тонкої кишки та, за допомогою монополярної коагуляції L-подібним електродом, виділяли парієнтальну очеревину в максимально верхній точці прикріплення брижі, обережно відшаровуючи тупим шляхом по бічній поверхні в проекції черевної аорти зліва заочеревинну клітковину. Виділяли кишковий симпатичний стовбур, який в цій ділянці візалізується у вигляді тонкої «струни», діаметром 0,1–0,2 см. Захопивши її та дещо відтягнувши, за допомогою монополярного електроду перепікали його на відрізьку 0,5–1,0 см. Кровотеч не спостерігали. У декількох випадках виконували блокаду кишкового симпатичного стовбура за допомогою спирт-новокаїнової блокади 1:4 в об'ємі 15–20 мл. Технічно легше проводиться коагуляція симпатичного нерва. Втручання завершували санацією і дренажуванням черевної порожнини. Дренажі видаляли через добу після операції за відсутності виділень з них.

Результати. Обговорення

Такий спосіб використаний у 36 хворих. Всі лапароскопічні операції завершали виконанням кишкової симпатекомії, шляхом блокади кишкового симпатичного стовбура або його ендоскопічним пересіченням L-подібним електродом. Серед цих хворих 31 – жінки, 5 – чоловіків. В анамнезі у хворих було від 2 до 3 оперативних втручань, в середньому кількість втручань склала 1,4 рази. Середній вік хворих склав 45,4 роки.

Протипоказами до лапароскопії при гострій кишковій непрохідності були множинні післяопераційні рубці передньої черевної стінки, тривалість ГСКН більше 3 дб, розповсюджений перитоніт та важка серцево-судинна патологія. Конверсійна лапаротомія була виконана 5(13,8%) хворим в перший період апробації способу операції, тому що при лапароскопії були виявлені різко роздуті петлі кишки, які не дозволяли виконати ревізію органів черевної порожнини, масивний конгломерат петель, деструктивні зміни стінки кишки, перитоніт. Для порівняння отриманих результатів провели дослідження в контрольних групах хворих, які були прооперовані з приводу спайкової хвороби черевної порожнини та ГСКН традиційним лапаротомним методом (перша контрольна група дослідження (52) та лапаротомічним з використанням кишкової симпатекомії (друга контрольна група дослідження дисертації – 44). Репрезентативність отриманих результатів забезпечувалась аналогічністю патології. Основні критерії: вікові, статеві та анамнестичні також репрезентативні з показниками основної групи

дослідження для отримання кореляційних висновків. Оцінку ефективності запропонованого способу лікування проводили за показниками відновлення моторно-евакуаторної функції кишкового тракту, вираженості больового синдрому та тривалості післяопераційного періоду.

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 дослідження (хворі після лапароскопічної симпатекомії) середній ліжко-день склав $7,8 \pm 0,98$, в I контрольній групі – $17,0 \pm 0,8$ ліжко-дня. На користь лапароскопічної симпатекомії вказує і суттєва різниця цього показника з групою хворих після лапаротомної симпатекомії, середній ліжко-день в якій склав $14,6 \pm 0,62$ ліжко-днів, тобто, в середньому тривалість лікування при запропонованому способі лапароскопічного лікування скоротилася на 9,2 ліжко-дня в порівнянні з традиційним лапаротомним вісцеролізмом.

Висновки

1. За результатами клінічної апробації, виконання кишкової симпатекомії 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 групи спостереження.

2. Використання розробленого патогенетично обґрунтованого лапароскопічного способу лікування та профілактики спайкової хвороби («Спосіб лікування рецидивуючої форми спайкової кишкової непрохідності», «Спосіб профілактики спайкової хвороби») дає змогу підвищити моторно-евакуаторну активність кишечника (відновлення перистальтики до $11,8 \pm 1,88$ год проти $40,8 \pm 5,56$ год; відходження газів – $30,2 \pm 3,84$ год проти $78,4 \pm 4,58$ год, самостійного стулу $62,6 \pm 4,22$ год проти $105,4 \pm 6,28$ год в контрольній групі) та коректувати репаративну регенерацію за нормопластичним типом.

3. Ефективність запропонованого способу профілактики й лікування клінічно підтверджується скороченням госпітального періоду (середній ліжко-день склав $7,8 \pm 0,98$, проти $17,0 \pm 0,8$ ліжко-дня в контрольній групі), тобто, в середньому тривалість лікування при запропонованому способі лапароскопічного лікування скоротилася на 6,2 ліжко-дня.

Література

1. Воробьев А. А., Бебуршивили А. Г., Писарева Е. Е., Ишанкулов В. И., Михин И. В. Профилактика спаечной болезни брюшной полости // Хирургия. – 1998. – № 3. – С. 65–68.
2. Дзюбановський І. Я. Динамічний лапароскопічний адгезіолізис в лікуванні спайкової хвороби очеревини

- ни / І. Я. Дзюбановський, О. Г. Дикий // Шпитальна хірургія. – 2006. - № 3. – С. 33–37.
3. Дикий О. Г. Спайкова хвороба очеревини: проблема, етіологія, патогенез / О. Г. Дикий // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 4. – С. 83–90.
 4. Лікування больової форми спайкової хвороби черевної порожнини з використанням ендоскопічної техніки / М. В. Чехлов, В. І. Гирля, М. А. Каштальян [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 2007. – № 2. – С. 50–52.
 5. Лапароскопическое лечение спаечной болезни брюшной полости / Р. Р. Шавалеев, В. В. Плечев, П. Г. Корнилаев [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 4. – С. 31–32.
 6. Шурыгин С. Н., Дмитриев В. Б. Лечение спаечной болезни брюшной полости эндовидеохирургическим методом // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 6. – С. 40–41.

РЕЗЮМЕ

Представлен новый патогенетический метод профилактики и лечения спаечной болезни с помощью лапароскопического адгезиолизиса и лапароскопической симпатэктомии в основе которого положена новая концепция патогенеза образования спаек. Метод апробирован в клинических условиях. Полученные результаты разрешают рекомендовать его в клинической практике.

Ключевые слова: спаечная болезнь, лапароскопический адгезиолизис, лапароскопическая кишечная симпатэктомия.

SUMMARY

A new pathogenetic method of prevention and treatment of peritoneal commissures with the help of laparoscopic adhesiolysis and laparoscopic sympathectomy is presented. It is based on a new conception of adhesion formation pathogenesis. The method has been tested in clinical work. The findings make it possible to recommend its use in clinical practice.

Keywords: peritoneal commissures, laparoscopic adhesiolysis, laparoscopic intestinal sympathectomy.