

УДК 617-089-168.1+616.34-007.272

*М.І.Покидько, О.М.Шевчук, М.Г.Богачук***СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ  
СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ**Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова МОЗ України  
Кіровоградська обласна лікарня МОЗ України

**Резюме.** Представлений новий спосіб лікування спайкової кишкової непрохідності, в основу якої покладена нова концепція патогенезу спайкоутворення – індивідуальний підсилений симпатотонус вегетативної іннервації. Кишкова симпатотонія ліквідується після лапароскопічного адгезіолізу шляхом блокади кишкового симпатичного стовбура. Метод апробовано в

клінічних умовах після експериментального вивчення. Отримані достовірно значимі результати, які дозволяють рекомендувати його для використання в клінічній практиці.

**Ключові слова:** спайкова кишкова непрохідність, спайкова хвороба, адгезіолізис, кишкова симпатична блокада, хірургічний метод лікування.

**Вступ.** Операції поки що є і залишаються основною причиною спайкоутворення [2, 4]. Одним із шляхів профілактики утворення післяопераційних спайок є не тільки розробка найбільш раціональних методів оперативних втручань із використанням ендоскопічної техніки [3, 4, 5], операційних мікроскопів, мікрохірургічних інструментів, лазерів, електро- та термокоагуляторів, більш фізіологічних шовних матеріалів та сучасних полімерів, а також пошук нових підходів до самої операції, що базуються на принципах запобігання післяопераційним зрощенням. Ці принципи виражаються в проведенні по можливості найменш травматичної операції, збереженні природного взаєморозташування органів черевної порожнини, у застосуванні засобів, які покращують перебіг репаративних процесів та зменшують термін симпатотонії. Слід відзначити, що методи ендоскопічної хірургії дають кращі результати, ніж традиційні методи реконструктивних операцій, і сприяють зменшенню утворення спайок. У наш час все ширше впроваджуються нові методи малоінвазивного втручання (лапароскопічна, ендovasкулярна хірургія), для яких характерний найбільш раціональний діапазон можливостей ("золотий стандарт"). Для профілактики спайкової хвороби з метою зменшення травми очеревини застосовується раціональна та обережна хірургічна техніка, зокрема лапароскопічні операції, у комплексі з іншими профілактичними заходами [1]. Проте за наявності в пацієнтів схильності до спайкоутворення при повторних оперативних втручаннях можливості лапароскопічних методів істотно зменшуються.

**Мета дослідження.** Вивчення нового методу лікування спайкової хвороби очеревини шляхом виконання кишкової симпатектомії лапароскопічним методом.

**Матеріал і методи.** В основу "Способу профілактики післяопераційної спайкової хвороби" поставлено завдання підвищення ефективності профілактики післяопераційної спайкової хвороби шляхом блокади симпатичного стовбура. Поставлене завдання досягається способом, що передбачає уведення протизапальної речовини піс-

ля завершення планового ендоскопічного оперативного втручання, який відрізняється тим, що як завершальний етап оперативного втручання виконують блокаду симпатичного стовбура спиртновокаїновою сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки зліва.

Спосіб профілактики післяопераційної спайкової хвороби застосували у 22 пацієнтів (17 жінок, 5 чоловіків) за допомогою лапароскопічного втручання. У зазначених пацієнтів було від 2 до 11 оперативних втручань (3,4 втручання в середньому) з приводу спайкової хвороби в анамнезі. Середній вік пацієнтів склав 45,4 року. У 19 осіб причиною спайкової хвороби була проведена апендектомія, у 2 – холецистектомія, в 1 – закрита травма черевної порожнини з розривом селезінки. Середній термін лікування з приводу спайкової хвороби склав у пацієнтів – 5,8 року. Хворі надійшли в клініку від 3 год до 28 год від початку болювого синдрому (у середньому через 15,8 год).

Основні скарги осіб на час госпіталізації – гострий переймоподібний біль у черевній порожнині, більше в ділянці пупка, нудота, блювання кишковим вмістом, невідходження газів і випорожнень. Враховуючи те, що в анамнезі у хворих вже були атаки спайкової кишкової непрохідності, на догоспітальному етапі використовувалися спазмолітики, очисні клізми та декомпресія шлунка. За відсутності позитивного ефекту від зазначених маніпуляцій пацієнти бригадою швидкої допомоги доставлялися в стаціонар.

При фізикальному обстеженні у 21 (95,5 %) пацієнта встановлені знижена маса тіла, астенична тілобудова, підвищена збудливість із симптомами невро- та психастенії. Обстеження осіб виявило також наявність сухості та обкладеності язика білим нашаруванням, асиметрії черевної порожнини, рубців передньої черевної стінки після попередніх лапаротомій, невеликих гризових вип'ячувань у ділянці лапаротомного рубця (у 6 пацієнтів), помірного здуття живота внаслідок розширення петель тонкої та товстої кишок, позитивного симптому натягнення, позитивного симптому подразнення очеревини (в 11 осіб). Консервативні методи ліквідації кишкової непрохідності не мали

Таблиця

**Порівняльна характеристика відновлення функцій кишечника  
в контрольній та основній групах дослідження (M±m)**

Група дослідження	Час відновлення перистальтики (год)	Час відходження газів (год)	Час відходження самостійних випорожнень (год)	Евакуація контрасту при рентгенологічному дослідженні через 24 год
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

позитивного ефекту і, за наростаючої симптоматики кишкової непрохідності, пацієнти, яким під час оперативного втручання виконували розсічення спайок із резекцією великого чепця або без його резекції, прооперовані за удосконаленою методикою. Під час використання даної методики не відзначено побічних ускладнень.

Дослідження також проведені в контрольній групі осіб (4 жінки та 1 чоловік), прооперованих із приводу спайкової хвороби черевної порожнини та гострої спайкової кишкової непрохідності. Середній вік склав 43,8 року. Основною причиною спайкової хвороби в цій групі були виконані в минулому операції: з приводу деструктивного апендициту (у двох осіб), апоплексії яєчника з перитонітом (в однієї пацієнтки); холецистектомії (у двох осіб). Середній термін спайкової хвороби склав 4,6 року, кількість оперативних втручань – у середньому 1,6 раза. Основні вікові, статеві та анамnestичні показники пацієнтів цієї групи репрезентативні з показниками в основній групі дослідження.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

Аналіз отриманих результатів дослідження свідчить, що зазначений спосіб є простим у виконанні та істотно підвищує ефективність профілактики післяопераційної спайкової хвороби з швидким відновленням перистальтики в ранньому післяопераційному періоді та тривалою післядією. Після операції у всіх пацієнтів зареєстроване раннє відновлення перистальтики кишечника – через (10,6±0,6) год після операції. Гази відійшли наприкінці другої доби (через 32 год після операції).

Порівняльна характеристика відновлення функцій кишечника в контрольній та основних групах дослідження наведені в таблиці.

В осіб основної групи достовірно нижчими є показники відновлення функції шлунково-кишкового тракту, а саме: перистальтика кишечника відновилась у середньому через (11,20±1,76) год, тоді як аналогічний показник в контрольній групі склав (40,80±5,56) год, що в 3,6 раза більше, ніж в основній групі (p<0,05).

Час відходження газів в основній групі становив у середньому (40,60±2,56) год, що в 1,88 раза менше за аналогічний показник у контрольній групі (p<0,05). Відновлення самостійних випорожнень в основній групі також відбувалося достовірно в коротші терміни порівняно з конт-

рольною групою і склало в середньому (60,40±2,52) год проти (105,40±6,28) год.

Особливо слід відзначити отриманий факт зменшення вираженості болювого синдрому в осіб основної групи. Отриманий анальгезійний ефект після виконання симпатектомії дав можливість зменшити кількість використання наркотичних анальгетиків в середньому до 8,4 од., тоді як у контрольній групі цей показник склав 24 од., 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 пацієнтів та сприяє активізації процесів спайкоутворення в черевній порожнині в ранній післяопераційний період. Відновлення функції шлунково-кишкового тракту суттєво вплинуло не лише на якість перебігу післяопераційного періоду, а й на тривалість перебування осіб у стаціонарі. В основній групі середній ліжко-день склав 9,8±0,98, у контрольній групі – 13,0±0,8 ліжко-дня.

Отже, виконання лівобічної блокади симпатичного стовбура спирт-новокаїновою сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки, ймовірно, 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 плазміногена та виникнення первинного і вторинного зниження фібринолітичної активності тканин і перитонеальної рідини.

**Висновок**

Виконання кишкової симпатектомії є патогенетичним методом лікування рецидивних форм спайкової кишкової непрохідності, що запобігає утворенню спайкового процесу в ранньому післяопераційному періоді (про це свідчать основні клінічні показники відновлення функцій кишечника, а також загальні якісні характеристики перебігу післяопераційного періоду). Запропонований спосіб може використовуватись у будь-якому відділенні хірургічного профілю.

**Перспектива подальших досліджень.** Перспективним є подальше вивчення механізмів ви-

никнення спайкового процесу з метою його запобігання в ранньому післяопераційному періоді.

#### Література

1. Дронов А.Ф. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей / А.Ф.Дронов, И.В.Поддубный, О.И.Блинников // Хирургический ж. им. Н.И.Пирогова. – 2001. – № 2. – С. 37-42.
2. Результаты миниинвазивных вмешательств при повторных операциях на органах брюшной полости / А.Г.Хасанов, А.Ф.Бадретдинов, М.А.Нуртдинов [и др.] // Хирургия. – 2006. – № 11. – С. 29-32.
3. Роль лапароскопии в диагностике и лечении ранних послеоперационных осложнений / В.Е.Соболев, И.П.Дуданов, Н.Н.Алонцева [и др.] // Вест. хирургии. – 2005. – Т. 164, № 1. – С. 95-99.
4. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomized controlled multi-centre trial / D.J.Swank, S.C.Swank-Bordewijk, W.C.Hop [et al.] // Lancet. – 2003. – Vol. 361 (9365). – P. 1247-1251.
5. Swank D.J. Reduction, regrowth and novo formation of abdominal adhesions after laparoscopic adhesiolysis: a prospective analysis / D.J.Swank, W.C.Hop, J.Jeekel // Digestive Surgery. – 2004. – Vol. 21 (1). – P. 66-71.

### СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

*М.І.Покидько, О.Н.Шевчук, М.Г.Богачук*

**Резюме.** Представлен новый способ лечения спаечной кишечной непроходимости, в основу которого положена новая концепция патогенеза спайкообразования – индивидуальная усиленная симпатикотония вегетативной иннервации. Кишечная симпатикотония ликвидируется после лапароскопического адгезиолизиса путем блокады кишечного симпатического ствола. Метод апробирован в клинических условиях после экспериментального изучения. Получены достоверно значимые результаты, которые позволяют рекомендовать его для использования в клинической практике.

**Ключевые слова:** спаечная кишечная непроходимость, спаечная болезнь, адгезиолизис, кишечная симпатическая блокада, хирургический метод лечения.

### A PREVENTIVE METHOD OF POSTOPERATIVE ADHESIVE ILLNESS

*M.I.Pokydko, O.N.Shevchuk, M.G.Bohachuk*

**Abstract.** The authors have presented a new method of treatment of adhesive intestinal obstruction, a new conception of the pathogenesis of adhesion formation being assumed as its basis – individual enhanced sympathicotonia of the vegetative innervation. Intestinal sympathicotonia is eliminated after laparoscopic adhesiolysis via blocking the intestinal sympathetic trunk. The method has been tested under clinical conditions upon an experimental study. Reliably significant findings, enabling to recommend it to be used in clinical practice, have been obtained.

**Key words:** adhesive intestinal obstruction, peritoneal commissures, adhesiolysis, intestinal sympathetic block, surgical method of treatment.

M.I. Pyrohov National Medical University of Ukraine's MHP (Vinnytsia)  
Regional Hospital of Ukraine's MHP (Kirovograd)

Рецензент – проф. І.Ю.Полянський

Buk. Med. Herald. – 2010. – Vol. 14, № 4 (56). – P.93-95

Надійшла до редакції 17.10.2010 року