

УДК 616.381-007.274-089-084

DOI 10.26697/9786177089000.2017.129

© Євтушенко Д. О., 2017

Євтушенко Денис Олександрович

ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківського національного медичного університету

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ

Прооперовано в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України » 45 хворих на органах черевної порожнини: 25 – з використанням стандартних методик лікування спайкової хвороби очеревини. Завдяки застосуванню нами розробленого способу профілактики спечного процесу в черевній порожнині з використанням пристрою для лапароскопічного адгезіолізіса, протиспайкового стерильного розчину на основі гіалуронової кислоти забезпечується тимчасовий поділ поверхонь органів черевної порожнини, малого таза завдяки флотації в рідині. Це мінімізує травматизацію тканин, зіткнення тканин в критичний період, утворення фібрину та регенерацію мезотелію після хірургічної операції і, таким чином, перешкоджає утворенню спайок. Застосування мініінвазивних технологій на підставі УЗ-картини в черевній порожнині з введенням в черевну порожнину протиспайкового розчину на основі гіалуронової кислоти знижує ризику розвитку ускладнень в ранньому та віддаленому термінах післяопераційного періоду, рецидиву спайкового процесу в черевній порожнині.

Ключові слова. *Спайкова хвороба очеревини, спосіб профілактики спайкової хвороби.*

Проблема, її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Спайкова хвороба очеревини поширене захворювання у всьому світі. Під час хірургічних втручань і маніпуляцій на органах черевної порожнини очеревина піддається численним природним для неї впливів. Травма викликає запальні і деструктивні зміни очеревини, які призводять до включення патогенетичних механізмів і появи спайок [1; 4; 7].

Аналіз публікацій. В останні роки з розширенням спектра та обсягу оперативних втручань на органах черевної порожнини відзначається неухильне зростання частоти спайкової хвороби очеревини і її різних ускладнень [2; 6].

За даними літератури, у 55-70% пацієнтів, після абдомінального хірургічного втручання розвивається спайковий процес в черевній порожнині, який здатний привести до такого грізного ускладнення як гостра спайкова кишкова непрохідність [3; 5; 8].

Метою дослідження стало поліпшення результатів лікування і профілактики спайкової хвороби очеревини.

Вклад основного матеріалу, обґрунтування результатів дослідження. Нами розроблений спосіб профілактики спайкового процесу в черевній порожнині. Ультразвукове сканування зони післяопераційного рубця по-поверхневі датчиком з частотою 7,5 МГц дозволяє виявити спаяні з парієтальної очеревиною порожнисті органи, пошкодження яких під час забезпечення лапароскопічного доступу неприпустимо. Як правило, ультразвукова діагностика спайок кишечника не становить труднощів. Порушення рухливості кишкової петлі добре визначається як на висоті нападу спайкової непрохідності, так і після купування гострих явищ. Шлунок і жовчний міхур в нормі мають значно меншою рухливістю, ніж кишечник.

Для установки робочих інструментів у вільних від спайок місцях черевної стінки ми вибираємо точки, максимально віддалені від рубців.

Після операцій на шлунку, печінки, органах панкреато-біліарної зони найбільш часто зустрічаються сальникові, площинні і плівчасті вісцеро-вісцеральні спайки в верхньому поверсі черевної порожнини і вісцеро-парієтальні зрощення великого сальника і тонкої кишки в проекції післяопераційного рубця. Ґрунтуючись на результати повторних операцій ми розробили схеми найбільш безпечних та допустимих місць введення перших інструментів при виконанні лапароскопічного адгезіолізіса.

Місця установки перших інструментів обрані нами на підставі аналізу хірургічної анатомії оперованого живота для попередження ятрогенних ушкоджень підпаяти до парієтальної очеревини органів черевної порожнини.

Хворим з післяопераційними рубцями, захоплюючими 4 окремих-ні або 5 сусідніх областей в різних областях черевної стінки в поєднанні з наявністю вісцеро-парієтальних зрощень порожнистих органів живота в проекції рубців, лапароскопічні маніпуляції протипоказані в зв'язку зі значним збільшенням операційного ризику.

Оптимальним місцем для лапароліфтинга, за нашими даними, являється пупок (виняток становить присутність на черевній стінці середньо-серединного рубця і пупкові грижі). Передню черевну стінку піднімаємо за допомогою 2 цапок, накладених на шкіру і підшкірну клітковину в безпосередній близькості від пупка. Анатомічна будова

черевної стінки в області пупка дозволяє здійснити ліфтинг навіть у хворих з пухкої і щедру підшкірної клітковиною.

В процесі вісцероліза в черевну порожнину вводили 250 мл протиспайкового стерильного розчину на основі гіалуронової кислоти, а потім кожні 30 хвилин операції вводили в черевну порожнину не менше 100 мл розчину з метою зменшення утворення спайок після операцій на органах черевної порожнини, малого таза, останнім введенням в порожнину – 500-1000 мл розчину, що забезпечує тимчасове поділ поверхонь органів черевної порожнини, малого таза завдяки флотації в рідині. Це мінімізує зіткнення тканин в критичний період, утворення фібрину та регенерацію мезотелію після хірургічної операції і, таким чином, перешкоджає утворенню спайок.

Прооперовано 20 хворих з використанням розробленого нами способу профілактики спайкового процесу в черевній порожнині в ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМНУ», за час спостереження не виявлено ускладнень в ранньому та віддаленому терміні післяопераційного періоду.

Висновки, перспективи. Застосування мініінвазивних технологій на підставі УЗ-картини в черевній порожнині з введенням в черевну порожнину протиспайкового розчину на основі гіалуронової кислоти знижує ризики розвитку ускладнень в ранньому та віддаленому термінах післяопераційного періоду, рецидиву спайкового процесу в черевній порожнині.

Ми вважаємо актуальним подальше дослідження механізмів спайкоутворення, методик лікування та профілактики спайкового процесу в черевній порожнині.

Література

1. Гушул А. В. Современные барьерные средства для профилактики образования послеоперационных сращений брюшной полости / А. В. Гушул, Е. А. Минаева // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. – Волгоград. – 2007. – С. 72.
2. Липатов В. А. Спаечная болезнь брюшины как полиэтиологическое мультифакториальное заболевание / В. А. Липатов, А. Д. Мясников // Сборник материалов Российской научной конференции с международным участием «Медико-биологические аспекты мультифакториальной патологии». В 2-х томах. – Курск : КГМУ, 2006. – Том 1. – С. 324-329.
3. A comparative study of postoperative adhesion formation after laparoscopic vs open cholecystectomy / Polymeneas G., Theodosopoulos T., Stamatiadis A., Kourias E. // Surg Endosc. – 2001. – № 15. – P. 41-43.

4. Adhesions: pathogenesis and prevention-panel discussion and summary / L. Holmdahl, B. Risberg, D. E. Beck et al. // Eur. J. Surg. – 1997. – № 577. – P. 56-62.

5. Boys F. The prophylaxis of peritoneal adhesions. / Boys F. // Br. J. Surg. – 2002. – Vol. 89, – № 1. – P.50-56.

6. Teixeira P. G., Karamanos E., Talving P., Inaba K., Lam L., Demetriades D. Early operation is associated with a survival benefit for patients with adhesive bowel obstruction // Los Angeles Country + University of Southern California Medical Center, Los Angeles. Ann Surg. – 2013. – Sep.; 258 (3): 459-65.

7. Ten Broek R. P., Strik C., Issa Y., Bleichrodt R. P., Van Goor H. Adhesiolysis-related morbidity in abdominal surgery // Ann Surg. – 2013. – Vol. 258 (1). – P. 98-106.

8. Zaevskaia E. V. Endoscopic topography of the cicatrical process of the abdominal cavity // Тавр. мед.-биол. вестник. – 2007. – Т. 10. – № 3. – С. 100-102.

Денис Евтушенко. Способ лечения и профилактики спаечной болезни брюшины.

Прооперировано в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины» 45 больных на органах брюшной полости: 25 – с использованием стандартных методик лечения спаечной болезни брюшины. Благодаря применению нами разработанного способа профилактики спечного процесса в брюшной полости с использованием устройства для лапароскопического адгезиолизиса, противоспаечного стерильного раствора на основе гиалуроновой кислоты обеспечивается временное разделение поверхностей органов брюшной полости, малого таза благодаря флотации в жидкости. Это минимизирует травматизацию тканей, столкновение тканей в критический период, образование фибрина и регенерацию мезотелия после хирургической операции и, таким образом, препятствует образованию спаек. Применение миниинвазивных технологий на основании УЗ-картины в брюшной полости с введением в брюшную полость противоспаечного раствора на основании гиалуроновой кислоты снижает риски развития осложнений в раннем и отдаленном сроках послеоперационного периода, рецидива спаечного процесса в брюшной полости.

Ключевые слова. Спаечная болезнь брюшины, способ профилактики спаечной болезни.

Denis Yevtushenko The method of treatment and prevention of peritoneal adhesion.

We have operated in the SI «Institute of General and Emergency Surgery. VT Zaitseva NAMS of Ukraine» 45 patients abdominal: 25 – using the standard methods of treatment of adhesive disease of the peritoneum. Through the use of our developed method of preventing spechnogo process in the abdominal cavity using a device for laparoscopic adhesiolysis, protivospaechnogo sterile solution on the basis of hyaluronic acid provides temporary separation of the surfaces of the abdominal cavity, pelvis due to flotation in a liquid. This minimizes trauma to tissues, collision tissue during the critical period, the formation of fibrin and mesothelium regeneration after surgery, and thus preventing the formation of adhesions. The use of minimally invasive technologies on the basis of ultrasonography in the abdominal cavity with the introduction of the antiadhesion solution on the basis of hyaluronic acid into the abdominal cavity reduces the risks of complications development in the early and distant terms of the postoperative period, the recurrence of the adhesive process in the abdominal cavity.

Keywords. *Adhesive disease of the peritoneum, a way to prevent disease.*

Стаття надійшла до редакційної колегії 25.10.2017

Інформація про автора:

Євтушенко Денис Олександрович – доктор медичних наук, доцент кафедри хірургії № 1 ХНМУ, лікар-хірург вищої категорії, ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМНУ» Харківський Національний медичний університет.