



М. І. Покидько, О. А. Ярмак,  
А. В. Фуніков, В. В. Бондар,  
В. І. Галунко

## СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ

Вінницький національний  
медичний університет  
ім. М. І. Пирогова

© Колектив авторів

**Резюме.** У дослідженні проведено оцінку та вивчення ефективності запропонованого методу лікування спайкової хвороби очеревини, що передбачає виконання лапароскопічної кишкової симпатолітичної блокади після виконання лапароскопічного адгезіолізу. Досліджуваний метод попереджує розвиток спайкового процесу в післяопераційному періоді шляхом раннього відновлення функції шлунково-кишкового тракту, що має позитивний ефект на перебіг післяопераційного періоду, забезпечує достатньо високий рівень знеболення.

**Ключові слова:** кишкова симпатолітична блокада, спайкова хвороба очеревини, лапароскопічний адгезіолізис.

### Вступ

Розвиток абдомінальної хірургії розширив діапазон оперативних можливостей радикального лікування багатьох раніше невиліковних або хронічних захворювань органів черевної порожнини. Одночасно постала нова проблема — спайкоутворення, яка з кожним роком набуває гостроти і коеволуційно розвивається з абдомінальною хірургією, оперативною гінекологією тощо.

Багатьма авторами надається велике значення зменшенню травми очеревини в комплексі з іншими профілактичними заходами [1, 2]. Проте, інші не вважають доцільним використовувати будь-які протектори або інгібітори спайкового процесу та віддають перевагу тільки раціональній та обережній хірургічній техніці. З цією метою вони пропагують застосування лапароскопічних операцій [3, 4]. Однак за наявності у пацієнтів схильності до спайкоутворення при повторних оперативних втручаннях можливості лапароскопічних методів значно скорочуються.

### Мета досліджень

Вивчення ефективності запропонованого методу лікування спайкової хвороби очеревини, який полягає у виконанні лапароскопічної симпатолітичної блокади.

### Матеріали та методи досліджень

Опираючись на запроповану концепцію патогенезу патологічного спайкоутворення черевної порожнини розроблено методику лівобічної кишкової симпатолітичної блокади після завершення планового чи ургентного лапароскопічного втручання, як завершальний етап оперативного втручання. Виконують блокаду симпатичного стовбура спирт-новокаїновою сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки зліва.

Такий спосіб використаний у 31 хворого з рецидивуючою спайковою кишковою непрохідністю. Серед пацієнтів було 23 — жінки, 8

— чоловіків. В анамнезі у хворих було від 2 до 11 оперативних втручань з приводу спайкової хвороби, в середньому кількість втручань склала 3,6 разу. Середній вік хворих склав 47,8 років.

У 25 хворих причиною спайкової хвороби була проведена апендектомія, у 4 — відкрита холецистектомія, 2 — закрыта травма черевної порожнини з розривом селезінки. Середній термін лікування з приводу спайкової хвороби складав — 5,1 років. Хворі поступили в клініку від 3 до 28 год від початку больового синдрому, в середньому через — 16,3 год.

При фізикальному обстеженні у 28 з 31 пацієнтів ІМТ був нижчим 18,5 кг/м<sup>2</sup>. Хворі мали астеничну тілобудову, спостерігалися симптоми невро- та психастенії. Обстеження виявило наявність рубців передньої черевної стінки після попередніх лапаротомій, у 6 хворих невеликі килеві вип'ячування у ділянці лапаротомного рубця. Живіт помірно здутий за рахунок розширення петель тонкої та товстої кишок, асиметричний. У 12 хворих визначались позитивні симптоми подразнення очеревини. При рентгенконтрастному дослідженні основними симптомами були: затримка контрастної речовини в тонкій кишці, затримка барію в окремих петлях тонкої кишки, симптом «провисання» кишкових петель, поява горизонтальних рівнів рідини при відсутності арок, які створювали враження «об'ємності» утворення.

Консервативні методи ліквідації кишкової непрохідності не мали позитивного ефекту і, за наростаючої картини кишкової непрохідності, хворих було вирішено оперувати за методикою, що описана вище. Спосіб використаний у хворих, яким під час оперативного втручання виконувалось розсічення спайок з резекцією великого чепця або без його резекції. Під час використання даної методики ускладнень не відмічено.

Для порівняння отриманих результатів провели дослідження в групі хворих (n=10), яких

Порівняльна характеристика відновлення моторики кишки в досліджуваних групах.

Група дослідження	Час відновлення перистальтики (год) $M \pm m$	Час відходження газів (год) $M \pm m$	Час появи самостійних випорожнень (год) $M \pm m$	Евакуація контрастної речовини протягом 24 год $M \pm m$
Основна група	12,6 $\pm$ 1,64	37,2 $\pm$ 3,11	54,75 $\pm$ 3,12	74 $\pm$ 6,2%
Група порівняння	38,3 $\pm$ 4,84*	81,7 $\pm$ 4,22*	96,3 $\pm$ 4,59*	13 $\pm$ 3,8%*

Примітка. \* - р достовірність різниці показників < 0,05

було прооперовано з приводу спайкової хвороби очеревини та гострої спайкової кишкової непрохідності. Для репрезентативності отриманих результатів у даній групі основні вікові, статеві та анамнестичні показники були співставними з показниками основної групи дослідження.

Серед хворих контрольної групи – 7 жінок і 3 чоловіків. Середній вік склав 45,3 роки. Основними причинами спайкової хвороби у групі порівняння були апендектомія в анамнезі з приводу деструктивного апендициту у 6 хворих, у 1 – втручання з приводу розриву кісти яєчника з гемоперитонеумом, у 3 – відкриті холецистектомії. Середній термін захворювання спайковою хворобою склав – 4,4 роки. Кількість оперативних втручань – в середньому 2,1.

Статистичний аналіз здійснювався за допомогою програми STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc®, USA). Застосовувались параметричні та непараметричні критерії (Стьюдента, Манна-Уїтні, Уїлкоксона). Відмінності вважали достовірними при  $p < 0,05$  і  $p < 0,001$ .

#### Результати досліджень та їх обговорення

У післяопераційному періоді у хворих основної групи визначались достовірно нижчі показники відновлення функції шлунково-кишкового тракту: перистальтика кишечника відновлювалась в середньому через (12,6 $\pm$ 1,64) год, у той час як аналогічний показник у групі порівняння становив (38,3 $\pm$ 4,84) год, що в 3,04 рази вище, ніж в основній групі ( $p < 0,05$ ).

Час відходження газів в основній групі склав в середньому (37,2  $\pm$  3,11) год, в групі порівняння – (81,7 $\pm$ 4,22), що в 2,2 рази нижче відповідного показника контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Самостійні випорожнення в основній групі фіксувались в достовірно коротші терміни ніж у групі порівняння і з'явилися в середньому на (54,75  $\pm$  3,12) та (96,3  $\pm$  4,59) год відповідно. Окрім того, евакуацію контрастної речовини

протягом перших 24 год в основній групі відмічено у 74 %, у групі порівняння – у 13 % (табл.).

Варто відмітити відчутне зниження рівня больового синдрому у хворих, яким виконували кишкову симпатолітичну блокаду. У післяопераційному періоді подовжений анальгетичний ефект дозволив зменшити використання наркотичних анальгетиків в середньому до 10,3 од., тоді як в контрольній групі даний показник склав 27,6 од. Зменшення кількості використаних наркотичних анальгетиків обумовило зменшення одного з негативних побічних ефектів даної групи препаратів, а саме, гальмування перистальтики і, як наслідок, тривалий післяопераційний парез, який сприяє активації формування спайок в очеревинній порожнині в ранньому післяопераційному періоді.

Прискорене відновлення моторики шлунково-кишкового тракту позитивно вплинуло як на якість перебігу післяопераційного періоду, так і на тривалість стаціонарного лікування хворих. В основній групі середня тривалість перебування у стаціонарі склала (6,3  $\pm$  0,41), у групі порівняння – (13,8  $\pm$  0,7) доби.

#### Висновки

Виконання лівобічної блокади симпатичного стовбура спирт-новокаїновою сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки стійко та радикально виключає початковий пусковий механізм спайкоутворення, а саме: ішемію тканин очеревини, зменшення ексудативної та проліферативної фаз запалення, парез кишечника.

Метод лівобічної кишкової симпатолітичної блокади попереджує розвиток спайкового процесу в післяопераційному періоді шляхом раннього відновлення функції шлунково-кишкового тракту, що має позитивний ефект на перебіг післяопераційного періоду, забезпечує достатньо високий рівень знеболення, що, в свою чергу, зменшує термін післяопераційного шоку.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Оптимізація комплексного лікування спайкової хвороби черевної порожнини / Р.В. Бондарев, А.А. Орехов, А.Л. Чібіков [та ін.] // Харківська хірургічна школа. – 2013. – № 1(58). – С. 112.
2. Ранняя острая спаечная кишечная непроходимость, вопросы диагностики, хирургического лечения и профилактики рецидива / Б. С. Запороженко, О. В. Вилюра, И.Е. Бородаев [и др.] // Український журнал хірургії. – 2009 – №4. – С. 60-62.
3. Twelve-year outcomes of laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: A randomized clinical trial / Marijke J. Molegraaf, Bart Torensma, Christopher P. Lange [et al.] // Surgery. – 2017. – Vol. 161. – P. 415-421.
4. Van Goor H. Consequences and complications of peritoneal adhesions / van Goor H. // Colorectal disease. – 2007. – № 9(2). – P. 25-34.

### СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

*М. И. Покидько, А. А. Ярмак,  
А. В. Фуников, В. В. Бондарь,  
В. И. Галунко*

**Резюме.** В исследовании проведена оценка и изучение эффективности предложенного метода лечения спаечной болезни брюшины, который предусматривает выполнение лапароскопической кишечной симпатолитической блокады после выполнения лапароскопического адгезиолизиса. Исследуемый метод предупреждает развитие спаечного процесса в послеоперационном периоде путем раннего восстановления функции желудочно-кишечного тракта, что оказывает положительный эффект на течение послеоперационного периода, обеспечивает достаточно высокий уровень обезболивания.

**Ключевые слова:** *кишечная симпатолитическая блокада, спаечная болезнь брюшины, лапароскопический адгезиолизис.*

### TREATMENT AND PREVENTION METHOD FOR PERITONEAL ADHESIVE DISEASE

*M. I. Pokidko, O. A. Yarmak,  
A. V. Funikov, V. V. Bondar,  
V. I. Galunko*

**Summary.** The assesment and investigation of the effectiveness of proposed treatment method for peritoneal adhesive disease, which comprises laparoscopic intestinal sympatolitic blockage, after performing of laparoscopic adhesiolysis, was done in the study. Investigated method prevents the development of adhesion process in the postoperative period due to the early recovery of the gastrointestinal tract function, which has a positive effect on the course of the postoperative period, provides quite high level of analgesia.

**Key words:** *sympatolitic intestinal blockage, peritoneal adhesive disease, laparoscopic adhesiolysis.*