

УДК 616.381-007.274

**М.І. Покидько, О.А. Ярмач, М.Г. Богачук, А.В. Фуніков, В.В. Балабуєва, Т.П. Зарезенко, С.В. Філіппов**

*Кафедра хірургії № 2 (зав. – проф. М.І. Покидько)*

*Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова*

## **ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ КИШКОВОЇ СИМПАТОЛІТИЧНОЇ БЛОКАДИ З МЕТОЮ ЗАПОБІГАННЯ СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ**

**Резюме.** Наведено аналіз результатів використання розробленого способу запобігання спайкової хвороби очеревини. Метод базується на виконанні лапароскопічної кишкової симпатолітичної блокади під час втручань стосовно спайкової хвороби. Прогресування спайкового процесу у післяопераційному періоді запобігається шляхом раннього відновлення функції шлунково-кишкового тракту, що має позитивний ефект на перебіг післяопераційного періоду. Крім того, ранній мобілізації хворих сприяє високий рівень знеболення.

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

Запобігання виникненню післяопераційних спайок присвячені чисельні експериментальні, клінічні та лабораторні дослідження. Різноманітні засоби (фармакологічні та нефармакологічні) вивчені в експерименті. Проте, більшість з них, ефективних в експерименті, на доклінічному етапі або в процесі клінічного випробовування, були непридатні або неефективні для застосування в клініці [1, 2]. Підвищена зацікавленість дослідників і клініцистів до цієї проблеми пов'язана з різноманітністю етіологічних факторів та складністю патогенетичного механізму розвитку післяопераційних спайок [2, 3].

**Мета дослідження:** провести аналіз результатів використання розробленого способу попередження спайкової хвороби очеревини, що базується на виконанні лапароскопічної кишкової симпатолітичної блокади.

**Матеріал і методи.** Після завершення планового чи ургентного лапароскопічного втручання, як завершальний етап, виконували блокаду симпатичного стовбура спирт-новокаїновою сумішшю на рівні кореня брижі тонкої кишки зліва. Метод виконано у 44 хворих з рецидивуючою спайковою кишковою непрохідністю. Серед пацієнтів: 32 – жінки, 12 – чоловіків. В анамнезі у хворих було від двох до 12 оперативних втручань з приводу спайкової хвороби, в середньому кількість втручань склала 3,4. Середній вік хворих склав 49,3 роки.

У 35 хворих причиною спайкової хвороби виконана апендектомія, у шести – відкрита холе-

цистектомія, трьох – закрита травма черевної порожнини з розривом селезінки. Середній термін лікування спайкової хвороби становив – 5,4 років. Хворі поступили в клініку від 3 год до 38 год від початку больового синдрому, в середньому через – 18,1 год. При фізикальному обстеженні у 36 з 42 пацієнтів індекс маси тіла (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 9 хворих невеликі грижові випинання в ділянці лапаротомного рубця. Консервативні методи ліквідації кишкової непрохідності не мали позитивного ефекту і, при наростаючій картині кишкової непрохідності, хворих вирішено оперувати за напрацьованою методикою. Спосіб використаний у хворих, яким під час оперативного втручання виконувалось розсічення спайок з резекцією великого сальника або без його резекції. Під час використання даної методики ускладнень не відзначено.

Для порівняння отриманих результатів провели дослідження в репрезентативній групі з 15 хворих, які були прооперовані з приводу спайкової хвороби очеревини та гострої спайкової кишкової непрохідності. Серед хворих контрольної групи – 10 жінок і 5 чоловіків. Середній вік становив 47,3 роки. Основними причинами спайкової хвороби у групі порівняння були апендектомія в анамнезі стосовно деструктивного апендициту у 11 хворих, в однієї – втручання стосовно розриву кісти яєчника з гемоперитонеумом, три – відкриті хо-

лецистектомії. Середній термін захворювання спайковою хворобою – 4,6 років. Кількість оперативних втручань – в середньому 2,3.

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 дослідження 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  $12,2 \pm 1,58$  год, тоді як аналогічний показник в групі порівняння становив  $39,1 \pm 3,93$  год, що в 3,2 рази вище, ніж в основній групі ( $p < 0,05$ ). Час відходження газів в основній групі в середньому –  $35,5 \pm 4,21$  год, в групі порівняння –  $80,34 \pm 3,77$ , 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  $51,16 \pm 3,48$  год та  $93,51 \pm 3,18$  год, відповідно. Евакуацію контрастної речовини протягом перших 24 год в основній групі відзначено у 70%, у групі порівняння – у 13% (таблиця).

Таблиця

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 (n=44)	$12,2 \pm 1,58$	$35,5 \pm 4,21$	$51,16 \pm 3,48$	70%
Група порівняння (n=15)	$39,1 \pm 3,93^*$	$80,34 \pm 3,77^*$	$93,51 \pm 3,18^*$	$13 \pm 3,8\%^*$

\* – p – достовірність різниці показників  $< 0,05$

Варто відзначити відчутне зниження рівня болювого синдрому у хворих, яким виконувалась кишкова симпатолітична блокада. У післяопераційному періоді подовжений анальгетичний ефект дозволив зменшити використання наркотичних анальгетиків в середньому до 10,5 од., тоді як в контрольній групі даний показник – 26,1 од. Це забезпечило зменшення одного з негативних побічних ефектів даної групи препаратів, а саме: гальмування перистальтики, що попереджало тривалий післяопераційний парез, який пов'язаний з інтенсивним спайкоутворенням у 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 становила  $6,1 \pm 0,36$ , тоді як в групі порівняння –  $14,3 \pm 0,8$  доби.

**Висновки.** 1. 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. 2. Запобігання спайкового процесу в післяопераційному періоді, шляхом раннього відновлення функції шлунково-кишкового тракту, має позитивний вплив на перебіг післяопераційного періоду, забезпечує достатньо високий рівень знеболення, що, в свою чергу, зменшує термін післяопераційного шоку.

**Перспективи подальших досліджень.** Метод лівобічної кишкової симпатолітичної блокади потребує подальшого вивчення та розробок щодо можливостей його профілактичного застосування в плановій хірургії пацієнтам з підвищеною схильністю до формування спайок. Необхідним також є подальше вивчення віддалених результатів.

#### Список використаної літератури

1. Ранняя острая спаечная кишечная непроходимость, вопросы диагностики, хирургического лечения и профилактики рецидива / Б.С. Запорожченко, О.В. Вилюра, И.Е. Бородаев [и др.] // Укр. ж. хірург. – 2009. – № 4. – С. 60-62.
2. Peritoneal fibrinolytic activity and adhesiogenesis / S.G. Fometescu, M. Costache, A. Coveney [et al.] // Chirurgia. – 2013. – V. 108(3). – P. 331-340.
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. – V. 161. – P. 415-421.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ СИМПАТОЛИТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА**

**Резюме.** Приведен анализ результатов использования разработанного способа предупреждения спаечной болезни брюшины. Метод основан на выполнении лапароскопической кишечной симпатолитической блокады во время вмешательств по поводу спаечной болезни. Прогрессирование спаечного процесса в послеоперационном периоде предупреждается путем раннего восстановления функции желудочно-кишечного тракта, что имеет положительный эффект на течение послеоперационного периода. Кроме того, ранней мобилизации больных способствует высокий уровень обезболивания.

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

**APPLICATION OF LAPAROSCOPIC SYMPATHOLITIC INTESTINAL BLOCK IN PREVENTION OF ADHESIVE PROCESS**

**Resume.** The results of the analysis of the developed method of adhesive peritoneal disease prevention are presented. The method is based on the performance of laparoscopic sympatholitic intestinal block, while performing adhesive disease surgery. The progress of the adhesive disease process in this case is prevented by the early restoration of the gastro-intestinal function, which has a positive effect on the postoperative course. Moreover, early mobilization is prompted by the adequate level of analgesia.

**Key words:** adhesive peritoneal disease, laparoscopic sympatholitic block, adhesiolysis.

National Pirogov Memorial Medical University (Vinnytsya)

Надійшла 2.03.2017 р.

Рецензент – проф. Польовий В.П. (Чернівці)