

ABSTRACT

УДК: 616-045.35:[616-07+616-08]:616-089.853

DOI: 10.26697/ijes.2020.2.34

Сучасні мініінвазивні методи діагностики та лікування хворих на спайкову хворобуПрофесор **Бойко В. В.**^{1,2}, професор **Євтушенко Д. О.**^{1,2}, професор **Криворучко І. А.**¹, доцент **Мінухін Д. В.**¹¹Харківський національний медичний університет, Україна²ДУ “Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ”, Україна**Вступ:**

Спайки в черевній порожнині після оперативних втручань є причиною больового синдрому в животі у 10-15% пацієнтів, оперованих на органах черевної порожнини і малого таза. До 74% випадків безпліддя у жінок пов'язано з спайковим процесом в малому тазу. Спайкова непрохідність кишечника зустрічається найчастіше і складає від 40.4% до 86.0% випадків кишкової непрохідності. Післяопераційна летальність становить від 5.7% до 15-25%. З спайками очеревини пов'язано від 40 до 75% всієї кишкової непрохідності, а летальність при цьому ускладненні як і раніше залишається на високому рівні (5-10%) і не має тенденції до зниження.

Мета дослідження: вивчити особливості використання мініінвазивних технологій в діагностиці та лікуванні хворих спайковою хворобою очеревини.

Результати:

Лапароскопія дозволяє не тільки уточнити діагноз непрохідності кишечника, але і успішно її усунути з мінімальною травмою для хворого. Лапароскопічні втручання, що зв'язані з гострими болями в животі, дозволяють своєчасно виявити і усунути странгуляційну непрохідність до розвитку незворотних ішемічних ушкоджень тонкої кишки.

Лапароскопічний адгезіолізис знижує ризики рецидиву спайкоутворення, виникнення ранових ускладнень, розвитку післяопераційних гриж. Середній час відновлення функції кишечника після ендоскопічної операції зазвичай становить 1-2 доби, а після відкритої – більше 6 діб. Тривалість післяопераційного лікування в разі мініінвазивного втручання дорівнює в середньому 3.5 доби, тоді як після “відкритого” втручання – більше 10 днів. Значно більш легкий перебіг післяопераційного періоду, швидке відновлення функції кишечника, рання активізація хворих і менша тривалість перебування в стаціонарі є важливими перевагами лапароскопічної техніки.

Відеоасистовані операції показані при наявності «мобільного» конгломерату кишкових петель і можливості його виведення на передню черевну стінку, при показаннях до резекції кишки або в зв'язку з високим ризиком ушкодження кишкової стінки під час лапароскопічного вісцеролізу. У ряді

випадків доводиться вдаватися до конверсії та переходу на відкриту операцію (до 45% випадків). Конверсія показана при неможливості ревізії всіх петель тонкої кишки, сумнівах в адекватній прохідності деформованих петель в конгломераті кишок. Після лапароскопічних операцій з приводу гострої спайкової непрохідності тонкої кишки неускладнений перебіг післяопераційного періоду відзначається більш ніж у 70% хворих. Частота післяопераційних ускладнень може коливатися від 7 до 30%. Ретроспективний аналіз показав, що несприятливим фактором, що утрудняє операцію внаслідок високої ймовірності розповсюдженого спайкового процесу, можуть бути багаторазові епізоди гострої непрохідності кишечника в анамнезі. Хворі повинні бути поінформовані про велику ймовірність конверсії при виконанні лапароскопічних втручань. Недоліком лапароскопічного методу лікування непрохідності кишечника є відсутність можливості інтубації тонкої кишки при наявності паралітичної ілеусу.

Висновки:

Лапароскопічний адгезіолізис має перевагу перед відкритою хірургічною технікою в лікуванні гострої спайкової кишкової непрохідності та може, безумовно, бути методом вибору при хірургічному лікуванні спайкових післяопераційних ускладнень. При цьому важливим моментом є визначення критеріїв відбору пацієнтів для лапароскопічного адгезіолізу.

Інформація про авторів:

Бойко Валерій Володимирович – доктор медичних наук, член-кореспондент НАМНУ; Директор, ДУ “Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ”; завідувач кафедри хірургії № 1, Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Наукові інтереси: загальна та мініінвазивна хірургія, методики інновацій у медицині освіта та навчання, медична наука; <https://orcid.org/0000-0002-3455-9705>.

Євтушенко Денис Олександрович – доктор медичних наук, професор, професор кафедри хірургії № 1, Харківський національний медичний університет; головний науковий співробітник відділення невідкладної хірургії, ДУ “Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ”, Харків, Україна.

Наукові інтереси: загальна та мініінвазивна хірургія, методики інновацій у медицині освіта та навчання; <https://orcid.org/0000-0003-1941-7183>.

Криворучко Ігор Андрійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії № 2, Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Наукові інтереси: хірургія, мініінвазивна хірургія; <https://orcid.org/0000-0002-5525-701X>.

Мінухін Дмитро Валерійович – доцент кафедри хірургії № 1, Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Наукові інтереси: хірургія, мініінвазивна хірургія; <https://orcid.org/0000-0003-3371-1178>.