

Винахід стосується медицини, а саме хірургії, і може бути використаним у лікуванні гострої спайкової кишкової непрохідності.

Тема гострої спайкової тонкокишкової непрохідності (ГСКН) актуальна завдяки тому, що число таких пацієнтів не має тенденції до зниження на протязі багатьох років, а в останній час воно збільшилось у 1,5-2 рази (Тиме-рбулатов В.М. і соавт., 1999). Згідно з даними Diebel L.N. [1997] та Seymour K. [2002], гостра кишкова непрохідність спайкової етіології складає від 50 до 93,3% від усіх видів кишкової непрохідності.

Середня кількість років після операцій до виникнення ГСКН згідно з даними Navez B [1998], дорівнюється приблизно 8 рокам. За даними Fraser S.A. і соавт. [2002], найчастішими попередніми операціями, що спричинили виникнення ГСКН, були апендектомії (23,3%), операції у колоректальній зоні, гастректомії, запальні хвороби кишечника, раніше виконані операції з приводу ГСКН.

Лікування ГСКН являється однією з найменш вирішених проблем абдомінальної хірургії. Згідно з даними різних авторів ГСКН виліковується консервативно від 14,2% до 38,8% випадків, а операція необхідна від 46 до 85,8% випадків. Принципово важливо вирішити питання щодо необхідності своєчасного оперативного втручання у хворих з ГСКН. Смертність зростала, якщо пацієнтів необґрунтовано довго лікували консервативно. Померло від 27 до 37,8% пацієнтів, які лікувалися консервативно та від 2 до 52,2% хворих, яким було виконано операцію (Радзіховський А.П. з співав., 2002), а загальна летальність за даними багатьох авторів складає від 3 до 32%.

Рецидив захворювання після попередніх операцій з приводу ГСКН у перший рік після операцій складає до 50%. Повторні операції з приводу ГСКН частіше виникали у жінок - 67%.

Таким чином, ГСКН є в наш час актуальною медико-соціальною проблемою.

Це обумовлює необхідність розробки нових більш ефективних способів лікування гострої спайкової кишкової непрохідності.

Відомий спосіб лікування кишкової непрохідності, який полягає у виконанні оперативного втручання з метою усунення причини кишкової непрохідності, а саме розсічення спайок з подальшою інтубацією тонкої кишки /Абрамов А.Ю., Ларичев А.Б., Волков А.В. та інші. Место интубационной декомпрессии в хирургическом лечении спаечной тонкокишечной непроходимости // Тезисы докладов 9 Всероссийского съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С.137/.

Спільною суттєвою ознакою аналогу і способу, що заявляється, є така:

- інтубація тонкої кишки.

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що методика потребує достатньо багато часу для нормалізації роботи кишечника /4 доби/, що при відсутності нормального пасажу хімусу сприяє прогресуванню патологічного процесу і як наслідок - поглиблення синдрому ентеральної недостатності. При важких та середніх ступенях синдрому ентеральної недостатності значно частіше виникають різні ускладнення як зі сторони черевної порожнини, передньої черевної стінки, так і екстраабдомінальні, повторні операції, збільшуються терміни лікування та витрати коштів, період реабілітації, значно вища летальність.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у виконанні лапаротомії, введенні у брижу тонкої кишки різноманітних лікарських препаратів, а саме гепарину, фібринолізину, новокаїну, антибактеріальних препаратів, АТФу, кокарбоксілази, гідрокортизону та проведенні інтубації тонкої кишки. Таким чином згідно з даними авторів поліпшувалася регіональна гемодинаміка, моторна активність кишечника, знижувалась кількість анальгетиків та кількість післяопераційних ускладнень (Пучков Г.В., Гаусман Б.Я., Селиверстов Д.В. // Патогенез нарушений и методы коррекции регионарной гемодинамики кишечника при её ишемии. - Хірургія. - №7. - 1997. - С.64-68).

Загальною суттєвою ознакою прототипу і способу, що заявляється, є така:

- операція по усуненню чиннику непрохідності;
- виконання інтубації тонкої кишки;
- введення у брижу ішемізованої ділянки тонкої кишки новокаїну.

Однак, цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що жодний з перелічених препаратів цілеспрямовано не впливає на моторику кишки, а також у частини хворих можуть мати місце алергічні реакції на коктейль з препаратів, що пропонується. Кожен із запропонованих препаратів має генералізовану системну дію і таким чином ми отримуємо небажаний ефект з боку інших органів та систем. Наприклад гепарін, маючи благоприятний вплив на регіональний кровоток ішемізованої кишки, погано впливає на загоєння післяопераційної рани, так як підвищує кровоточивість мікросудин у ділянці післяопераційної рани і спричиняє недосконалий гемостаз. Гідрокортизон, який благотворно впливає на гомеостаз ішемізованої ділянки кишки, знижуючи запалення, інактивуючи дію біологічно активних пептидів, які визивають запуск каскаду небажаних цитокінінових реакцій, але в той же час діючи централізовано подавляє загальний імунітет організму, та подавляє виділення власних гормонів кори надниркових залоз. АТФ та кокарбоксілаза також мають системну дію, з більшою точкою прикладання до серцевого м'язу. Фібринолізин має позитивний вплив на покращення мікроциркуляції, але має значні вади: при термінах захворювання більше доби не діє, можливо значне підвищення згортаючої системи крові до збільшення числа мікротромбів, погіршення мікроциркуляції, цей препарат потребує моніторингу згортаючої системи крові, а надлишок введення препарату викликає геморагії, гематоми у брижі кишки, що поглиблює та подовжує післяопераційний парез кишечника.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування гострої спайкової кишкової непрохідності шляхом введення інших лікарських засобів у брижу тонкої кишки, що забезпечить підвищення ефективності лікування і зменшить кількість рецидивів.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає операцію по усуненню чиннику непрохідності, введення у брижу ішемізованої ділянки тонкої кишки новокаїну, інтубації тонкої кишки новим є те, що додатково у брижу вводять селективний кишковий прокінетик препарат коардінакс.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у наступному: лікарські препарати вводять місцеве у брижу тонкої кишки, де проходять нерви, через які здійснюється передача імпульсів від введених розчинів до нервово-м'язового апарату стінки кишки, що

відновлює та збільшує перистальтику кишечника. Додатково введений селективний холінолітик коардінакс значно підсилює моторну функцію кишечника, збільшує виведення ацетилхоліну з нервових закінчень м'язово-кишкового сплетіння, значно збільшує тонус та стимулює моторику травного тракту. Коардінакс не зв'язується з допаміновими та М-холінорецепторами, не діє на підслизові сплетіння, а значить, не впливає на секрецію, не діє на центральну нервову та ендокринну систему.

Значно активніша стимуляція кишечника набагато скоротить терміни появи продуктивних скорочень стінки кишки, що є показником нормалізації моторно-евакуаторної функції кишечника, що, в свою чергу, зменшить кількість ускладнень, повторних операцій, терміни перебування у хірургічній клініці, витрати коштів, скоротить летальність.

Спосіб здійснюється таким чином.

Під загальною анестезією виконують лапаротомію. Ревізуючи абдомінальну порожнину, знаходять чинник гострої кишкової непрохідності у вигляді спайкового процесу. Ліквідують його, використовуючи різні за об'ємом операції. При необхідності виконують резекцію кишки з формуванням міжкишкового анастомозу. У брижу тонкої кишки струйно шприцем вводимо 200мл 0,25% розчину новокаїну та 10мг коардинаксу. Голку видаляємо, впевнившись у відсутності кровотечі з місця введення лікарських препаратів. Виконуємо інтубацію тонкої кишки, дренуємо черевну порожнину та пошарове зашиваємо післяопераційну рану.

Приклад. Хворий В., 62 років, госпіталізований у хірургічну клініку зі скаргами на тупий біль у животі, нудоту, затримання відходження стугу та газів. Захворів 9 годин тому, коли після їжі з'явився тупий біль навколо пупка. У 2001 році виконана операція - зашивання перфоративної виразки цибулини дванадцятипалої кишки. Після операції почувався добре. Машиною ШМД з діагнозом "Тромбоз мезентеріальних судин кишечника" доставлений у клініку. Шкіра та слизові оболонки звичайного кольору. Загальний стан середньої важкості. Пульс 84 удара у хвилину, аритмічний. АТ 150/90мм.рт.ст. Температура тіла 36,8°C. Язик вологий з грязно-сірим нальотом. Рубець після верхньої середньої лапаротомії у хорошому стані. Передня черевна стінка приймає участь у акті дихання. Під час пальпації живіт м'який, малоболючий навколо пупка. Симптом Валя, Щоткіна-Блюмберга - негативні. Перистальтика кишечника задовільна. Перкуторно-локальний тимпаніт у проекції поперечної обідкової кишки. Гази відходять. Випорожнення було 22 години тому. Загальний аналіз крові - Ер. - 4500000/л, Нв-156г/л, Л-9000, п-10%, с-62%, л-35%, м-3%. Загальний аналіз сечі - без патологічних змін. Діагноз на час вступу до клініки "Гостра спайкова кишкова непрохідність? Гостре порушення мезентеріального кровообігу?". Оглядова рентгеноскопія органів грудної порожнини - без змін, а черевної порожнини - пневматизація тонкої кишки у мезогастрії. Оглянутий терапевтом: ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. Н2А. Мерехтлива аритмія, постійна форма. Хворому виконана операція лапароскопія. У черевній порожнині між петлями кишечника невелика кількість прозорого геморагічного випоту, у правій здухвинній ділянці-частина тонкої кишки у славшомуся стані, проксимальніше вона роздута, гіперемована, з наявністю газу та хімуса, з гіперперистальтикою. В мезогастральній ділянці тонка кишка у вигляді спайкового конгломерату, який є причиною гострої тонкокишкової непрохідності. По даним лапароскопії - показана лапаротомія та ліквідація ГСКН. Невідкладна операція. Лапароскопічний діагноз підтверджений. З погляду на вираженість фібропластичного процесу, який утворює конгломерат з петель тонкої кишки, зрощення розділити не можливо та таким чином ліквідувати ГСКН. Виконана резекція тонкої кишки з ентеро-ентероанастомозом "бік-у-бік". Назоінтестинальна інкубація поліфункціональним зондом власної конструкції. У брижу тонкої кишки введений розчин новокаїну 0,25% 200мл+10мг коардинаксу. Інтраопераційно евакуйовано до 0,9л застійного кишечного вмісту та газу. Санація та дренування черевної порожнини. Шви на рану. Післяопераційний перебіг задовільний. Функція шлунково-кишкового тракту відновлена на 3 добу, видалений поліфункціональний зонд, дренажі із черевної порожнини видалені на 5, шви зняті на 9 добу. Виписаний у задовільному стані на 11 добу післяопераційного періоду для закінчення лікування у хірурга поліклініки.