

МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Лисиця В.В.

ПВНЗ «Київський медичний університет», кафедра хірургічних хвороб №1;

КНП «Київська міська клінічна лікарня №1»

Вступ

За даними літератури перше оперативне втручання з приводу гострої странгуляційної спайкової кишкової непрохідності (СКН) виконано Пироговим М.М. у 1861 році. Саме з тих часів, почалась ера злукової хвороби. В подальшому та й до сьогодні хірургічна спільнота веде боротьбу з цим ускладненням.

В теперішній час, ми маємо можливість використовувати новітні методи при оперативних втручаннях, такі як: моно та біполярна коагуляція, високочастотну енергію (Liga Shure), ультразвуковий скальпель (Harmonic), гідроструменевий скальпель, лапароскопічний доступ в черевну порожнину.

Мета

Покращення результату хірургічного лікування гострої непрохідності кишечника внаслідок спайкового процесу, з використанням новітніх технологій при розділенні злукового процесу.

Матеріали та методи – На базі кафедри хірургічних хвороб №1, ПВНЗ «Київський медичний університет та її хірургічних відділень проведено дослідження. Загальна кількість пацієнтів, які поступили на стаціонарне лікування з злуковою кишковою непрохідністю по всім рокам становить 592 (100%). Контрольна група становить 305 (51,52%) пацієнтів. В досліджуваній групі. Загальна кількість пацієнтів за період з 2013 по 2019

рік в досліджуваній групі становить 287 (49,31%). Загальна кількість прооперованих пацієнтів становить 314 (53,04%).

Результати та обговорення

Якщо порівнювати цифри, ми маємо такі: Загальна кількість пацієнтів, які потрапили зі спайковою кишковою непрохідністю та були прооперовані, після перенесеної попередньо апендектомії становить 72 (22,93%) пацієнта. З них в контрольній групі 37 (11,78%) та досліджуваній групі 35 (11,15%). В групі пацієнтів, які попередньо перенесли оперативне втручання з приводу перфоративної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки загальна кількість становить 53 (16,88%), контрольна група 28 (8,91%) та досліджувана група 25 (7,96%). В групі пацієнтів, які попередньо перенесли операцію з приводу патології гінекологічної та урологічної сфери відзначається загальна кількість 43 (13,69%), де контрольна група становить 21 (6,69%) та досліджувана 22 (7,01%). Загальна кількість пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з приводу травматичних ушкоджень органів черевної порожнини становить 27 (8,60%), з них контрольна група 15 (4,78%) та контрольна 12 (3,82%). В групі пацієнтів, які попередньо перенесли оперативне втручання на печінці та жовчному міхурі загальна кількість становить 53 (16,88%), з яких контрольна група 27 (8,60%) та досліджувана 26 (8,28%). Пацієнти, які мали операції з приводу гриж передньої черевної стінки, загальна кількість 35 (11,15%), з них 18 (5,73%) контрольна та 17 (5,41%) досліджувана групи. Пацієнти попередньо перенесші оперативне лікування з приводу онкологічних захворювань органів черевної порожнини становлять 31 (9,87%), з них контрольна група 17 (5,41%) та досліджувана 14 (4,46%).

При хірургічному лікуванні в контрольній групі використовувались стандартні методи розсічення злук, такі як гостре розсічення, бі та монополярна енергія. Загальна кількість прооперованих пацієнтів з 2006 по 2012 роки складає 163, що від $n=314$ складає 51.91%. На то місце досліджувана група становить 151, що дорівнює 48.09%. Але в цій групі використовувались новітні технології, такі як: ультразвукова дисекція (Harmonic) (10 пацієнтів 3.18%); високочастотна енергія (Liga Shure) (21 пацієнт, 6.69%); гідроструменевий скальпель (71 пацієнт, 22.61%). Лапароскопічний метод лікування було використано у 38 пацієнтів (12.10%).

За даними (Kazuhide Matsushima за 2019р., США), середня кількість проведених ліжко-днів становить 9,06 дня. $n=288$, в період з 2003 по 2013 р. Загальна смертність становить 16%. Системні ускладнення в післяопераційному періоді становить 36%.

Висновки

Новітні хірургічні технології використані у 140 хворих, що складає при $n=314$ 44,58%. З яких 10(3,18%), із яких ультразвукова дисекція (Harmonic); високочастотна енергія (Liga Shure) у 21(6.69%); гідроструменевий скальпель у 71(22.61%). Лапароскопічний метод лікування проведено у 38(12.10%).

За результатами лікування встановлено, що новітні технології дозволили скоротити термін лікування в середньому з 12-14 діб до 8-10, за рахунок зменшення кількості ускладнень з боку черевної порожнини з 13-30% до 10-12%, з боку післяопераційної рани з 40% до 24%, а як наслідок зменшення летальності з загальних 19-24% до 14-15%.