

არჩვაძე ბ.², ბერიშვილი კ.¹, ასანიძე ს.², საბაშვილი გ.², მაისაია ი.²

ნაწლავთა მწვავე შეხორცებითი გაუვალობის მკურნალობის ტექნიკური და ტაქტიკური საკითხები

1 თსსუ, ქირურგიულ სნეულებათა პროპედევტიკის დეპარტამენტი; 2 შპს „ჯეო ჰოსპიტალსი“

შეხორცებითი დაავადება შესაძლოა იყოს ნებისმიერი ლაპარატომიის შედეგი, რომელთა 30% საჭიროებს ოპერაციულ მკურნალობას, მათ შორის ლეტალობის მაჩვენებელი 8-30%-მდე მერყეობს (1-3). შეხორცებითი დაავადების განვითარების გამომწვევი მიზეზია სეროზული გარსის დაზიანება, რაც შესაძლოა გამოიწვიოს სხვადასხვა ფაქტორმა და, კერძოდ, მუცელში ჩაღვრილმა სისხლმა (4-6), ოპერაციის წარმოების ხარისხმა (8), ოპერაციის ხანგრძლივობით გამოწვეულმა სეროზული გარსის გამოშრობამ და დაზიანებამ (9.10). ამიტომ შეხორცებითი დაავადების საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ, თუმცა მთლიანობაში ვერცერთი მათგანი ვერ წყვეტს შეხორცებითი დაავადების პროფილაქტიკის პრობლემას (2,7), ამიტომ აღნიშნული დაავადების გამო განვითარებული გაუვალობის ქირურგიული მკურნალობის ტექნიკურ-ტაქტიკური საკითხების სწორი გადაჭრა ძალზე მნიშვნელოვანია, რაც იყო ჩვენი კვლევის მიზანი.

მასალა და მეთოდი

კვლევის მასალას წარმოადგენდა 60 ავადმყოფის ისტორია, რომლებიც მკურნალობდნენ კლინიკაში 1996–2016 წლებში ნაწლავთა მწვავე შეხორცებითი გაუვალობის დიაგნოზით. მათ შორის ქალი იყო 25, მამაკაცი – 35, ასაკი მერყეობდა 17–დან 80 წლამდე. ანამნეზიდან გაირკვა, რომ 13 ავადმყოფს ოპერაცია ჰქონდა გაკეთებული მუცლის ღრუს ორგანოების სხვადასხვა დაავადების და დაზიანების გამო. ოპერაციები ჩატარდა ენდოტრაქეული ნარკოზის ქვეშ შუა ლაპარატომიული განაკვეთით. ავადმყოფების უმრავლესობას ჰქონდა მასიური შეხორცებითი პროცესები და შეიქმნა დიდი სიმწელები მუცლის ღრუში შესვლის დროს. 20 შემთხვევაში შეხორცებები ძირითადად განვითარებული იყო თეძოს ნაწლავში. 25 ავადმყოფს აღენიშნებოდა შეხორცებები თეძოსა და მლივი ნაწლავის ქვედა შუა მესამედში, ხოლო 15 ავადმყოფს აღმოაჩნდა ტოტალური შეხორცებები. ავადმყოფების უმრავლესობას შეხორცებითი პროცესებისგან იმდენად დაზიანებული ჰქონდა წვრილი ნაწლავის ტერმინალური მონაკვეთი, რომ, ხშირ შემთხვევაში, ჰქონდა მისგან მცირე სეგმენტისა და ბაუგინის სარქველის შენარჩუნება.

ჩვენი ოპერაციული ტაქტიკა აღნიშნული დაავადების მკურნალობის მიმართ არის შედარებით განსხვავებული. გამოვდივართ რა იმ რეალობიდან, რომ მუცლის ღრუში დატოვებული დაზიანებული დესეროზებული ზედაპირების ურთიერთშეხებისას შეხორცების განვითარების დიდი ალბათობაა (5.11), უპირატესობას ვანიჭებთ რადიკალური ღონისძიებების გატარებას, კერძოდ, ხშირ შემთხვევაში ვახდენთ სტრუქტურულად დაზიანებულ ნაწლავის მარყუჟთან ერთად დესეროზებული მარყუჟების რეზექციას ჯანსაღი ქსოვილების ფარგლებში; განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დატოვებული ნაწლავის მარყუჟების სიგრძე სრულიად საკმარისია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ნორმალური

ფუნქციობისთვის. ამ პრინციპიდან გამომდინარე, როდესაც შეხორცებითი პროცესებით დაზიანებული ნაწლავის მარყუჟები წარმოდგენილია ერთიანი კონგლომერატის სახით, ყოველგვარი სინექიოლიზის გარეშე ვახდენთ მის რეზექციას ჯანსაღი ქსოვილების ფარგლებში. ამგვარი მიდგომით რეზექცია წარმოებული იქნა 16 შემთხვევაში. ტოტალური შეხორცებითი დაავადების ფონზე წარმოებული ოპერაციების მოცულობა იყო განსხვავებული მაშინ, როდესაც სინექიოლიზის შემდეგ გამოიკვეთებოდა შედარებით მცირე დესეროზებული მონაკვეთები, რომელთა აღდგენა არ იწვევდა ნაწლავის კედლების დეფორმაციას და ამ მონაკვეთების სიგრძე შეადგენდა ნაწლავების სიგრძის ნახევარს და მეტს, ვახდენდით შედარებით ძლიერ დაზიანებული სეგმენტის რეზექციას და შენარჩუნებული მარყუჟების დეკომპრესიას და დრენირებას ნაზონტერული ზონდით. აღნიშნული ტაქტიკით წარმოებული იყო 18 ოპერაცია. შენარჩუნებული იქნა 150 სმ–დან 250 სმ სიგრძის შედარებით ჯანსაღი ნაწლავი. ხუთ შემთხვევაში ტოტალური შეხორცებითი დაავადების დროს, სინექიოლიზის წარმოების შემდეგ გამოიკვეთა ნაწლავის ჯანსაღი მარყუჟები, როგორც ტერმინალურ და პროქსიმალურ მონაკვეთში, ასევე, მათ შორის, შეხორცებებს შორისაც. წარმოებული იქნა დესეროზებული მარყუჟების შერჩევითი რეზექცია და დაედო ორი ანასტომოზი ერთი ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილთან, ერთი - დისტალურთან. შენარჩუნებული იქნა 150-200 სმ სიგრძის ნაწლავის ჯანსაღი მარყუჟები. ხუთივე ავადმყოფს გაუკეთდა ნაწლავის ინტუბაცია ნაზონტერული ზონდით. 5 ავადმყოფს, რომლებსაც ჰქონდათ ნაწლავის მარყუჟების ლოკალური დაზიანება, გაუკეთდა ეკონომიური რეზექცია ჯანსაღი ქსოვილების ფარგლებში.

11 შემთხვევაში გაკეთდა სინექიოლიზი, მათ შორის 5 შემთხვევაში - ნაწლავის ინტუბაცია ნაზონტერული ზონდით, 3 შემთხვევაში დაედო ენტეროსტომა კადერის წესით და 3 შემთხვევაში გაკეთდა ნაწლავის ინტუბაცია გასტროსტომიდან დედერერის წესით.

რეზექციის წარმოების დროს მნიშვნელოვანი იყო ნაწლავის ტერმინალური ნაწილის შენარჩუნება ბაუგენის სარქველთან ერთად, რათა შეგვემცირებინა ნაწლავის ფუნქციურ დარღვევათა სიხშირე. ამიტომ მიუხედავად იმისა, რომ სახიფათოა ნაწლავის უკიდურესად ტერმინალურ ნაწილში ანასტომოზის დადება, 10 შემთხვევაში ენტერო – ენტერო ანასტომოზი შეიქმნა ბაუგენის სარქველიდან 3–7 სმ მანძილზე. ასცენდე-ენტერო ანასტომოზი წარმოებული იყო მხოლოდ 2 შემთხვევაში. ნაწლავებს შორის შერთული დაედო პირით–პირში 30 შემთხვევაში, გვერდით–გვერდში - 15 შემთხვევაში.

მიღებული შედეგები

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი, გამომდინარე იქიდან, რომ ავადმყოფების კონტინგენტი იყო რთული, მიმდინარეობდა, ხშირ შემთხვევაში, მძიმედ. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში უპირველესი პრობლემა იყო ნაწლავების პარეზის წინააღმდეგ ბრძოლა, რაც ითვალისწინებდა წყლისა და მინერალური ცვლის, მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის აღდგენას, ცილების დეფიციტის შევსებას, რისთვისაც ავადმყოფებს ინტრავენურად ესხმებოდა მარილოვანი, მაღალმოლეკულური და ცილოვანი ხსნარები. ნაწლავების სტიმულიციას ვიწყებდით მხოლოდ 48 საათის შემდეგ, ტკივილის მაქსიმალური დათრგუნვით. 4 შემთხვევაში გამოყენებული იყო პერიდურალური ანესთეზია,

პერიდურალური სივრცის კათეტერიზაციით. მიუხედავად გატარებული აქტიური ღონისძიებებისა, ნაწლავების პარეზის შედეგად განვითარებული გაუვალობის გამო მე-4-5 დღეს წარმოებული იქნა 4 რელაპარატომია მუცლის ღრუს დამატებითი დრენირებით ენტეროსტომის წარმოებით. აღნიშნული ავადმყოფები ძირითადად მიეკუთვნებოდნენ იმ ჯგუფს, რომლებსაც გაუკეთდათ სინექიოლიზი ნაწლავების რეზექციის გარეშე. ერთ მათგანს დასჭირდა რელაპარატომია პერიტონიტის განვითარების გამო. ერთ ავადმყოფს განუვითარდა ნაწლავების ევენტერაცია. 2 ავადმყოფს - ლაპარატომიული ჭრილობის დაჩირქება. ორ ავადმყოფს განუვითარდა თირკმლის უკმარისობა და გადაყვანილი იქნა დიალიზზე. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გარდაიცვალა 4 ავადმყოფი: ერთი მწვავე - პერიტონიტით, ერთი - თირკმლის უკმარისობით და ორი - გულსისხლძარღვთა და სუნთქვის უკმარისობით. ანასტომოზის ნაკერების უკმარისობას ადგილი არ ჰქონია. საავადმყოფოდან გაწერილი ავადმყოფებიდან ენტერული უკმარისობის საშუალო ხარისხის სინდრომი განუვითარდა 3 ავადმყოფს, მსუბუქი ხარისხის - 4 ავადმყოფს, ხოლო ერთ ავადმყოფს - მძიმე ხარისხის.

დასკვნები:

1. ნაწლავთა მწვავე შეხორცებითი გაუვალობის ქირურგიული მკურნალობა, ყველა კონკრეტულ შემთხვევაში, მოითხოვს ინდივიდუალურ მიდგომას და ძირითადად დაკავშირებულია პათოლოგიური პროცესის მასშტაბზე და ლოკალიზაციაზე.

2. აღნიშნული პათოლოგიის მკურნალობის შედეგები და ლეტალობის მაჩვენებელი, როგორც ჩვენი მონაცემებიდან ირკვევა, დამოკიდებულია ქირურგიული ჩარევების რადიკალობაზე, რასაც ადასტურებს გართულებათა სიჭარბე სინექიოლიზის წარმოების შემდეგ.

3. ნაწლავთა მწვავე შეხორცებითი გაუვალობის მკურნალობის შემდგომი სრული გამოჯანრთელება შესაძლებელია არა მარტო დაზიანებული მარყუქების ამოკვეთით, არამედ დესეროზებული მარყუქებისაც, რომლის შემდეგაც მიზანშეწონილია არანაკლები 150 სმ და მეტი სიგრძის მლივი ნაწლავის შენარჩუნება

Key words: შეხორცებითი გაუვალობა, ნაწლავის დეკომპრესია, ნაწლავის სტიმულაცია

ლიტერატურა:

1. Луцевич О. Э. Акимов Б. П. и другие Спаечная болезнь брюшины Современный взгляд на патогенез и лечение Хирургия 2017 №10 страницы 100-105

2. Минулин М. Н. Абдульянов А. В. Николаев Я. Ю. Хирургическая тактика при ранней послеоперационной спаечной непроходимости Практическая медицина инновационной технологии в медицине том 2 хирургия 2014 страница 20.

3. Романов Э. И. Ерасимов Н. А. и другие Причины летального исхода при острой спаечной кишечной непроходимости Вестник хирургии 1998 страница 57-59.

4. Маилова К. С., Осипова А. А., Корона Р., Бинда М., Конинкс Ф., Адамян Л. В. Факторы, влияющие на образование спаек при лапароскопических операциях. Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2012; 17(4):201-206;

5. Суковатых Б. С., Мясников А. Д., Бежин А. И., Лазаренко В. А., Липатов В. А., Дубонос А. А., Жуковский В. А., Вербицкий Д. А. Эффективность антиспаечного средства с барьерным действием “Мезогель” после рассечения спаек у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью. Вестник хирургии . 2008; 167(5):29-32;

6. Binda M. M. Humidification during laparoscopic surgery: overview of the clinical benefits of using humidified gas during laparoscopic surgery. Arch Gynecol Obstet. 2015; 292(5):955-971;

7. Haney AF, Doty E. A barrier composed of chemically cross-linked hyaluronic acid (Incert) reduces postoperative adhesion formation. Fertil Steril. 1998; 70(1):145-151;

8. Hermans MH, Brown L, Damos M. Adhesion prevention in an intra-peritoneal wound model: performance of two resorbable hemostats in a controlled study in rabbits. J Biomed Mater Res B Appl Biomater. 2012; 100(6):1621- 1626;

9. Koninckx PR, Binda MM, Corona R, Molinas CR. postoperative adhesions and their prevention. In: Reconstructive and Reproductive Surgery in Gynecology (ed. by). Gomel V., Brill A. (eds). CRC Press. In-forma Healthcare. 2010;8-17;

10. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction. Br J Surg. 2000; 87(9):1240-1247;

11. Molinas CR, Koninckx PR. Hypoxaemia induced by CO₂ or helium pneumoperitoneum is a co-factor in adhesion formation in rabbits. Hum Reprod. 2000; 15(8):1758- 1763;

Archvadze B., Berishvili K., Asanidze S., Sabashvili G., Maisaia I.

TECHNICAL AND TACTICAL ISSUES OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ADHESIVE BOWEL OBSTRUCTION

TSMU, PROPAEDEUTIC SURGICAL DEPARTMENT; “GEO HOSPITALS” LTD

The study presents the history of disease of 60 patients who have been operated with acute adhesive bowel obstruction. Among the patients 35 were male, 25 females. Age range 17-80 years. As it was clear from the anamnesis, 29 cases of adhesive processes have developed after acute appendicitis and a severe injury of abdominal organs, in another 26 cases due to various types of operations, and in 5 cases due to the recurrence of adhesive disease. Our operating tactics included not only the resection of pathologically damaged bowel, but also maximum resection of serous and deformed bowel loops, preserving, of course, the small intestine in the volume (length), which would be sufficient for the normal functioning of the intestinal tract. Out of 60 surgeries, resection of various volume of intestine was carried out on 49 patients. Treatment of only 11 patients was limited

to synechiolysis. After the operation, 9 complications were reported, out of which 4 cases had a lethal outcome. There was no case of anastomosis suture insufficiency. Key words: adhesive obstruction, bowel decompression, bowel stimulation.