



В.Я. Пак, В.В. Леонов,
Л.Г. Кащенко, В.І. Бугайов,
А.В. Леонов

Сумський державний
університет

© Колектив авторів

РОЛЬ ОБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ СИМПТОМІВ СПАЙКОВОГО СИНДРОМУ У ЗНИЖЕННІ ЙОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ І ЛЕТАЛЬНОСТІ

Резюме. Вивчено результати ретроспективного і проспективного дослідження даних обстеження та оперативного лікування 244 хворих з приводу ГСКН. У роботі надана цифрова оцінка симптомів та чинникам спайкового синдрому під час надходження хворого до стаціонару і в динаміці обстеження та лікування. Комплексна оцінка основних клінічних симптомів захворювання дозволила з великою ймовірністю вже на ранній стадії процесу диференціювати основні прояви спайкового синдрому, а саме – спайкової хвороби і ГСКН. Чітка клініка кишкової непрохідності, що супроводжувалася симптомами подразнення очеревини, була абсолютним показанням до невідкладного оперативного втручання. Застосування запропонованих діагностичних методик дозволило значно скоротити передопераційний період, об'єм оперативного втручання в основній групі, знизити кількість ускладнень з 29,5 до 12,2 % в основній групі та зменшити летальність з 11,4 у групі порівняння до 3,6 % в основній.

Ключові слова: спайковий синдром, оцінка симптомів, діагностика, ускладнення, летальність.

Вступ

Відсутність ефективних засобів лікування, висока летальність, часті рецидиви захворювання [5, 7, 9], примушують клініцистів шукати нові підходи до діагностики та лікування спайкоутворення та пов'язаної з ним непрохідності кишечника. Однією з головних причин високої летальності, що сягає 7,1-18,0-34,2 % [5-8], а також великої кількості післяопераційних ускладнень є запізнена діагностика і несвоєчасне оперативне лікування внаслідок тривалого спостереження у стаціонарі [1, 3, 6].

Найбільш трудним і відповідальним етапом у формуванні лікувально-діагностичної тактики спайкового синдрому є диференціювання двох складових прояву цієї патології – спайкової хвороби очеревини і гострої спайкової кишкової непрохідності (ГСКН) [2, 4, 6].

Матеріали і методи дослідження

Нами вивчено результати ретроспективного і проспективного обстеження та оперативного лікування 244 хворих з приводу ГСКН, які перебували на лікуванні в КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5». Ретроспективне дослідження виконане за матеріалами історій хвороби 105 пацієнтів, 17 з яких померли в різні терміни післяопераційного періоду. Ці хворі склали групу порівняння. Основну групу досліджуваних становили 135 осіб і у 5 з них лікування закінчилось летально.

За основними параметрами: стать, вік, наявність супутніх захворювань, вид оперативних втручань в анамнезі і патологія з приводу якої вони виконувались, подібні напади захворювання у минулому, термін від початку захворювання до госпіталізації, тривалість передопераційного періоду, характер початку захворювання (гострий, поступове наростання), вказані групи були репрезентативними.

Ми надали цифрового значення досить великій кількості симптомів та чинників спайкового синдрому під час надходження хворого до стаціонару і в динаміці обстеження та лікування. Завдяки цьому виявили найхарактерніші симптоми спайкової хвороби очеревини та ГСКН і визначили клінічне значення тих чи інших проявів з точки зору їхнього впливу на результат захворювання.

Для статистичної обробки результатів дослідження використовували широко вживані стандартні методики. Оскільки їхні результати не завжди є об'єктивними, можуть бути невірно інтерпретованими та не забезпечують доказовості, нами застосовані методи отримання об'єктивної кількісної та достовірної інформації, а саме:

- визначення відмінності груп за якісними показниками критерію χ^2 - Пірсона;
- метод індивідуального прогнозування Неймана-Пірсона (J).



З метою виявлення чинників, що визначають результати в контрольній і основній групах хворих на ГСКН, була вивчена їх частота та інформативність за питомою вагою (J) при порівнянні двох клінічних груп: групи зі сприятливими наслідками (227 хворих) і групи померлих (17).

Результати дослідження та їх обговорення

Осмилення і трансформація даних, що отримані у результаті опитування хворого, об'єктивного дослідження, результатів додаткових методів обстеження в цифрову форму, дозволило нам уникнути суб'єктивної оцінки існуючих патологічних змін. У диференціюванні спайкового синдрому надавали значення лише тим симптомам (проявам), які динамічно змінюються і безпосередньо характеризують перебіг захворювання.

Найбільш вагомими чинниками незадовільних результатів на догоспітальному етапі є: вік хворих – старші за 60 років (J = -1,99), чоловіча стать (J = -0,193), тривалість догоспітального періоду більше за одну добу (J = -0,57), перенесені в анамнезі оперативні втручання на шлунку і дванадцятипалій кишці (J = -0,84), травми черевної порожнини (J = -1,73) і наявність симптомів подразнення очеревини (J = -0,923), тахікардія понад 110 уд. за 1 хв. (J = -0,438). Питома вага чинника супутньої патології у незадовільних результатах дорівнювала – J = -1,817.

Показники лабораторного гомеостазу не несли в собі інформації, що дозволила б диференціювати спайкову хворобу та ГСКН і впливати на результат.

У групі зі сприятливими результатами час від початку захворювання до госпіталізації склав 29,2 години, у групі померлих – 47,0 годин. Період стаціонарного обстеження та передопераційної підготовки у цих групах дорівнював 9,7 і 12,0 годин відповідно.

Комплексна оцінка основних клінічних симптомів захворювання дозволила з великою ймовірністю вже на ранній стадії процесу диференціювати основні прояви спайкового синдрому, а саме – спайкової хвороби і ГСКН. Наявність чітко вираженої клініки кишкової непрохідності, особливо коли вона супроводжується симптомами подразнення очеревини, було абсолютним показанням до невідкладного оперативного втручання. В основній групі така ситуація виявлена у 28 (20,1 %) хворих і вони були оперовані протягом найближчих 2 годин від моменту надходження до стаціонару. У решти пацієнтів, де не було показань до термінового оперативного втручання, проводилася загальноприйнята консервативна терапія, яка спрямована на корекцію гомеостазу та ліквідацію кишкового стазу.

Передопераційний період, враховуючи застосування запропонованих діагностичних методик, в основній групі хворих розподілився наступним чином. Достовірно високою була частота оперативних втручань в термін до 9 годин – 84 (60,4±4,1 %) пацієнти ($X^2 = 9,24$, $p < 0,01$). Це у два рази перевищувало кількість операцій, проведених у групі порівняння. У термін 10-24 години кількість операцій навпаки була більшою в групі порівняння – 36 (34,3±4,6 %) проти 10 (7,2±2,2 %) в основній групі ($X^2 = 19,22$, $p < 0,001$).

Загальна тривалість перебування померлих у стаціонарі до операції також оцінена за критерієм X^2 . Різниця відповідала «нульовому» варіанту $X^2=1,33$ ($p > 0,2$), тобто, в будь-якому випадку, затримка з оперативним втручанням є негативним чинником, який впливає на результати.

Згідно критерію X^2 різниця за термінами догоспітального періоду в групах серед померлих була відсутня: $X^2 = 1,73$ ($p > 0,2$). При тривалості догоспітального періоду в межах 24-х годин, питома вага фактора часу ставала негативною – J = -0,150 і збільшувалася в наступні 2-3 доби до – J = -0,764.

Обсяг операцій у групах був схожим – розсічення спайок у групі порівняння виконано у 81,9±2,5 % пацієнтів і 89,3±2,6 % – в основній групі ($p < 0,05$).

У групі порівняння, як виявилось, частіше виконувалася резекція кишки (15,2±3,5 %) ніж у хворих основної групи – 7,2±2,2 %, хоча ця різниця також була недостовірною. Відновлення безперервності кишечника в групі порівняння виконано у всіх 16 хворих, в основній групі – у 10, у 4 пацієнтів ми обмежилися накладанням ентеростоми, зважаючи на наявність розповсюдженого перитоніту та важкого стану хворих.

Під час лапаротомії і при розсіченні спайок у 2 хворих основної групи і у 4 хворих групи порівняння з різних причин була порушена цілісність стінки кишки. Внаслідок цього, резекції кишки чи накладання обхідного анастомозу, в контрольній групі достовірно частіше виконувалися в обтяжливих умовах. У групі порівняння така ж ситуація виникла у 23 (22,0 %) хворих, а в основній групі – у 17 (12,2 %) пацієнтів ($t = 1,99$; $p < 0,05$), що майже у 2 рази рідше.

У 113 (81,3 %) осіб основної групи лапаротомія завершувалася інтубацією тонкої кишки, причому перевага надавалася трансназальному способу – 102 (90,2 %) спостереження. У решти 11 (9,8 %) хворих інтубація проводилася ретроградно, через цекостому. У багатьох випадках (18,7 %) вона виявилася технічно нездійсненною або була дуже травматичною у зв'язку із вираженим спайковим процесом.

Слід зазначити, що в групі порівняння на 105 оперативних втручань виникли післяопераційні ускладнення у 31(29,5 %) хворого, а в основній групі на 139 оперованих – у 17 (12,2 %). У деяких пацієнтів ускладнення поєднувалися. В основній групі ускладнення, які потребували релапаротомії, спостерігались у 4 хворих ($2,8 \pm 1,4$ %). Причиною були: неспроможність швів анастомозу – у 1, перфорація кишки – у 1, рання спайкова кишкова непрохідність – у 2.

Враховуючи в цілому невелику кількість летальних результатів у групах, вважали виправданим додатково провести їх аналіз, співставивши їх за основними параметрами з урахуванням критерію X^2 . Відмінностей за статтю, за віком і за тривалістю передопераційного періоду не було $X^2=1,33-1,73$ ($p > 0,2$).

Особливе значення надавали з'ясуванню залежності летальних наслідків від обсягу оперативних втручань. Судячи з оцінки критерію X^2 у групі порівняння летальні випадки частіше спостерігались у хворих, де виконувалося розсічення спайок ($X^2 = 4,95$, $p < 0,05$). У групі порівняння із 105 оперованих хворих летальні

наслідки були у 12 (11,4 %), а в основній групі із 139 померли 5 (3,6 %), що становило достовірну різницю – $X^2 = 4,88$, $t = 3,809$, $p < 0,01$.

Висновки

1. Результати дослідження показали, що формування лікувальної тактики у хворих зі спайковим синдромом повинне базуватися на конкретних даних і величинах, які мають чітке кількісне вираження.

2. Застосування в клінічній практиці запропонованих діагностичних методик, дало змогу у ранні строки діагностувати ГСКН та виконати оперативне втручання у більш сприятливих умовах, що зумовило покращення результатів лікування хворих основної групи. Зросла кількість оперативних втручань протягом 9 годин від моменту надходження пацієнтів до стаціонару до 60,4 % в основній групі проти 28,5 % у групі порівняння, знизилася кількість ускладнень з 29,5 % до 12,2 % в основній групі та зменшилася летальність з 11,4 % у групі порівняння до 3,6 % в основній.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости* / А.Г. Кригер, И.Л. Андрейцев, В.А. Горский [и др.] // Хирургия. – 2001. – №7. – С. 25–29.
2. *Кузнецов А.Я., Иванов Р.П.* Особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування гострої тонкокишкової непрохідності / А.Я. Кузнецов, Р.П. Иванов // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 3. – С. 90 – 93.
3. *Матвійчук О.Б.* Оцінка ризику розвитку гнійно-септичних ускладнень у невідкладній хірургії тонкої та товстої кишок / О.Б. Матвійчук, А.Б. Зіменковський // Український журнал хірургії. – 2009. – № 2. – С. 95–98.
4. *Покидько М.І.* Аналіз результатів лікування гострої спайкової кишкової непрохідності з впровадженням методик прогнозування / М.І. Покидько, І.І. Мітюк, І.П. Феджага // Науковий вісник Ужгородського університету. – Випуск 14. Ужгород, 2001. – С. 28–30.
5. *Причины неблагоприятных исходов хирургического лечения острой непроходимости кишечника у больных*

пожилого и старческого возраста / А.Г. Гринцов, В.Н. Буценко, Ю.Л. Куницкий [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2(29). – С. 149–151.

6. *Сычинский Ю.О.* Пути улучшения результатов хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 – „Хирургия“ / Ю.О. Сычинский. – Москва, 2009. – 19 с.

7. *Acute occlusions of the small intestine caused by adhesions. Indications and results* / H. Johanet, O. Traxer, Manceau [et al.] // Ann. Chir. – 1999. – Vol. 53. – №9 – P. 859–864.

8. *Behnke K.D.* Die Prognose beim mechanischen Ileus / K.D. Behnke, F. Kuhnt, Th. Muller // Zbl. Chir. – 1987. – Bd 112. – № 6. – S. 360–364.

9. *Treuthner K.H.* Prevention of adhesions. Wish and reality / K.H. Treuthner, V. Schumpelick // Chirurg. – 2005. – Vol. 7. – № 5. – P. 510–517.



РОЛЬ ОБЪЕКТИВНОЙ
ОЦЕНКИ СИМПТОМОВ
СПАЕЧНОГО СИНДРОМА
В СНИЖЕНИИ ЕГО
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ
И ЛЕТАЛЬНОСТИ

*В.Я. Пак, В.В. Леонов,
Л.Г. Кащенко, В.И. Бугайов,
А.В. Леонов*

Резюме. Изучены результаты ретроспективного и проспективного исследования данных обследования и оперативного лечения 244 больных с ОСКН. В работе дана цифровая оценка симптомам та факторам спаечного синдрома во время поступления больного в стационар и в динамике обследования и лечения. Комплексная оценка основных клинических симптомов заболевания позволила с большой вероятностью уже на ранней стадии процесса дифференцировать основные проявления спаечного синдрома, а именно – спаечной болезни и ОСКН. Клиника кишечной непроходимости, которая сопровождалась симптомами раздражения брюшины, была абсолютным показанием к неотложному оперативному вмешательству. Применение предложенных диагностических методик позволило значительно сократить предоперационный период, объем оперативного вмешательства в основной группе, снизить количество осложнений с 29,5 до 12,2 % в основной группе и летальность с 11,4 в группе сравнения до 3,6 % в основной.

Ключевые слова: спаечный синдром, оценка симптомов, диагностика, осложнения, летальность.

ROLE OF OBJECTIVE
ESTIMATION OF
SYMPTOM OF ADHESIVE
SYNDROME IN LOWERING
ITS POSTOPERATIVE
COMPLICATION AND
LETHALITY

*V.Ya. Pak, V.V. Leonov,
L.G. Kaschenko, V.I. Bugayov,
A.V. Leonov*

Summary. The results of retrospective and prospective researches of examination and operative treatment of 244 patients with acute adhesive intestinal obstruction (AAIO) are analyzed. All symptoms and factors of adhesive syndrome are estimated. The complex estimation of basic clinical symptoms of disease allowed with large probability to differentiate the basic sign of adhesive syndrome. A clinic of bowel obstruction which symptoms of irritation of peritoneum was an absolute rate to urgent operative intervention. Using of the offered diagnostic methodologies allowed considerably to shorten of preoperation period, size of operative intervention in a basic group, to reduce the amount of complications with 29,5 to 12,2 % in a basic group and lethality with 11,4 in the group of comparison to 3,6 % in basic.

Key words: adhesive syndrome, estimation of symptoms, diagnostic, complication, lethality.