



С. В. Сучков, В. К. Логачев

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМН
Украины», г. Харьков

© Сучков С. В., Логачев В. К.

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИМПТОМНОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ ПРИ УРГЕНТНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Резюме. Проведено сравнительное изучение результатов лечения 114 пациентов со спаечной болезнью брюшины, которые были разделены на 1-ю группу сравнения и 2-ю – основную, в которой проводились мероприятия направленные на профилактику развития спаечной болезни брюшины. Выявлены факторы риска развития этого заболевания. Установлено, что проведение рекомендованных мероприятий позволило снизить число случаев развития симптомной спаечной болезни брюшины и повысить качество жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: *ургентные оперативные вмешательства, спаечная болезнь брюшины, профилактика.*

Введение

Одной из частых причин продолжительной и стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) является спаечная болезнь брюшины [1, 2, 3]. В ее основе лежит тяжелое первичное поражение, осложнение основного заболевания и влияние оперативного вмешательства. Степень воздействия методов лечения на состояние здоровья пациентов зависит от исходного состояния больного и от их интенсивности. При хирургической патологии ведущую роль играет агрессивность оперативного вмешательства и функциональная перестройка, связанная со сменой анатомических отношений в брюшной полости. Эти факторы в дальнейшем сказываются не только на физическом, но и на психическом состоянии, а также на социальном статусе пациентов [2, 4]. Наиболее явным неудовлетворительным результатом оперативного лечения больных с различной хирургической патологией органов брюшной полости является развитие спаечной болезни брюшины (СББ), приводящей к долговременной и особенно – стойкой утрате трудоспособности (инвалидности) – симптомной спаечной болезни брюшины (ССББ). Само по себе спайкообразование – механизм, выработанный в течение миллионов лет эволюции. Даже распространенный спаечный процесс может протекать бессимптомно и обнаруживаться в качестве неприятной находки во время первого оперативного вмешательства на органах брюшной полости. Диагностика в таких случаях, как правило, не проводится, что не снижает значения профилактических мер. В настоящее время эффективных способов профилактики спайкообразования нет [4, 5]. Поэтому важным является не столько профилактика обра-

зования спаек (которые в ряде случаев играют положительную роль), сколько профилактика развития ССББ.

Материалы и методы исследований

Исследование основывается на анализе результатов лечения 114 пациентов, оперированных на органах брюшной полости, которые были разделены на две группы. В 1-ю – сравнения – включены 72 пациента, у которых была воспалительная патология органов брюшной полости в до- или послеоперационном периоде, а также лица оперированные на фоне уже имевшегося спаечного процесса в брюшной полости. Часть из них (42) была оперирована в клинике Института, а 30 – в различных лечебных учреждениях, при этом развилась симптомная спаечная болезнь брюшины, которая привела к освидетельствованию в районных МСЭК г. Харькова. Основную – 2-ю – составили 42 пациента, у которых прогнозировалось развитие спаечного процесса в брюшной полости и проводились мероприятия (в условиях ГУ «ИОНХ им. В. Т. Зайцева НАМНУ») направленные на профилактику возникновения симптомной спаечной болезни брюшины.

Основная и группа сравнения были сопоставимы по полу, возрасту и патологии, послужившей поводом для оперативного лечения.

Объективизация степени выраженности СББ проводилась путем изучения моторики кишечника в период ремиссии методом шумометрии по А. В. Малоштану [5]. Изучение отдаленных результатов проводилось методом анкетирования, при помощи опросника на основе SF-36, из которого были удалены параметры, не обладающие достаточной селективностью в отношении изучаемой патологии.



Оценка качества жизни складывается из трех категорий: общего физического состояния (ФС), социальной адаптации (СА) и функциональной адаптации (ФА). Пункты 1-3 опросника отражают общее физическое состояние (ФС). Пункты 4-6 отражают социальную адаптацию пациента (СА). Пункты 7-9 отражают степень функциональной адаптации (ФА). В каждом пункте опросника было 5 степеней оценки, каждой из которых присваивалось значение в баллах, коррелирующим с качеством жизни.

Оценка пункта анкеты представлял собой частное от деления суммы баллов изучаемого пункта на число обработанных анкет. Расчет оценки категории представлял собой частое от деления суммы баллов всех пунктов категории на число пунктов [3].

Однако сами по себе баллы и их среднее значение не вполне наглядны для оценки качества жизни. Поэтому нами было введено понятие адаптации, которое является частным от деления, полученного при обработке данных опросника в баллах на максимальное значение, соответствующее полному здоровью выраженное в процентах.

Результаты исследований и их обсуждение

При анализе симптоматики СББ были выделены три группы: А – без выраженных симптомов нарушения функции кишечника: редкий метеоризм и/или задержка стула на сутки; Б – с малыми признаками: периодический метеоризм, периодическое расстройство стула; и В – с выраженной симптоматикой, проявлявшейся нарушением стула и сопутствующим болевым синдромом.

Из 72 пациентов группы сравнения у 44 имелись симптомы СББ. В 12 случаях, когда это проявлялось только периодическим метеоризмом и нарушением стула (группа Б) существенного изменения образа жизни не наблюдалось – люди продолжали выполнять прежнюю работу, не нуждались в приеме лекарственных препаратов. При наличии двух и трёх симптомов СББ пациенты вынуждены были оставить работу, и при освидетельствовании МСЭК им была назначена III-я (29–90,6 %) или II-я (3–9,4 %) группа инвалидности. Следует отметить, что только 11 (34,2 %) из них выполняли физическую работу, остальные 21 (65,8 %) относились к категории инженерно-технических работников.

Были ретроспективно изучены факторы способствующие развитию СББ, для чего были проанализированы истории болезни пациентов.

Более чем в половине случаев (37 из 72–51,4 %), экссудат брюшной полости носил серозный характер либо вообще отсутствовал. Однако

следует учесть, что 24 пациента были оперированы по поводу ОНК и СББ, при которых в ранние сроки экссудат либо отсутствует, либо имеет серозный характер. В таком случае из оставшихся 8 наблюдений симптомной СББ во всех случаях перитонеальный экссудат имел серозно-гнойный характер в одном случае с примесью кишечного содержимого. Из 12 пациентов с «малым» симптомокомплексом СББ только в 2 случаях экссудат отсутствовал или имел серозный характер. В остальных 10 экссудат был серозно-гнойный или геморрагический с примесью кишечного содержимого. При этом у 17 из 28 (60,7 %) пациентов с симптомокомплексом А экссудат в брюшной полости имел примесь кишечного содержимого.

Была изучена распространённость вовлечения брюшины в гнойно-воспалительный процесс у 35 пациентов с признаками перитонита. Из 10 пациентов категории В у 8 гнойно-воспалительный процесс охватывал 3 области и более, а в категории Б – у 6 из 10.

При ретроспективном количественном и качественном анализе спаечного процесса в брюшной полости к моменту начала оперативного вмешательства установлено, что в категории В у всех 32 пациентов был выраженный спаечный процесс или грубые наложения фибрина и напротив в категории А из 28 пациентов только у 9 имелись нежные наложения фибрина, а у остальных сращения отсутствовали. При этом у всех пациентов категории В процесс охватывал две области и более, а в категории А изредка выходил за рамки одной области.

Таким образом, наши данные свидетельствуют, что в развитии спаечной болезни брюшины ведущими факторами являются наличие сращений до начала вмешательства и степень выраженности гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. Вместе с тем, эти факторы не всегда приводили к возникновению ССББ, в связи с чем нами были подвергнуты анализу некоторые этапы оперативного вмешательства, способные повлиять на развитие ССББ.

При рассмотрении результатов сравнения показаний и выполнения интубации тонкой кишки было установлено, что в категории А показания к интубации тонкой кишки в 18 случаях она была выполнена в 17 (94,4 %). В категории Б интубация была показана в 7 случаях, а выполнена – в 5 (71,4 %), но главное, что из 5 случаев необходимости в длительной (более 5 суток) интубации она была выполнена только у 1 и у 2 зонд был удален преждевременно (ранее 5 суток). У пациентов с симптомной СББ – категория В – тотальная интубация тонкой кишки была показана



в 32 случаях, выполнена только в 21, при этом у 13 пациентов длительность или характер интубации были недостаточными (либо раннее удаление зонда, либо частичная интубация без достаточного висцеролиза). При показаниях к длительной (более 5 суток) интубации у 49 пациентов она была выполнена только у 21 (42,9 %).

Вторым моментом, влияющим на развитие ССББ является санация брюшной полости. Пациентам, у которых не возникла симптомная СББ (категория А) в 13 случаях санация брюшной полости не проводилась из-за отсутствия показаний, в 5 случаях была ограничена применением растворов фурациллина и/или хлорида натрия, а при значительном загрязнении брюшной полости применялись растворы катионных антисептиков (мирамистина 0,01-0,05 %) или декаметоксина 0,02 % (Декасан). Из 32 пациентов с ССББ (категория В) 24 санация брюшной полости не проводилась из-за отсутствия показаний (оперативные вмешательства выполнялись на фоне «чистой» брюшной полости по поводу СББ и ОНК), из оставшихся 8 у 7 санация брюшной полости включала применение в составе saniрующего раствора перекиси водорода и у 1 только раствором фурациллина. Из 12 пациентов с СББ категории Б в 6 случаях санация брюшной полости не проводилась, в 4 использовались растворы хлорида натрия и фурациллина и у 2 в сочетании с перекисью водорода. Если исключить случаи, когда санация брюшной полости не была показана, то прослеживается зависимость развития ССББ от ее качества: в категории В санация в 87,5 % случаях выполнялась с применением перекиси водорода; в категории Б – в 33,3 % случаев, в остальных – солевыми растворами; в категории А – в 66,7 % наблюдений КАС а перекись водорода не использовалась.

Нами был разработан лечебный алгоритм, направленный на профилактику развития ССББ. В ее основу легла ранговая оценка факторов способствующих развитию ССББ с точки зрения отношения правдоподобности (X).

Установлено, что благоприятными прогностическими признаками в отношении вероятности возникновения ССББ являются: распространенность перитонита в момент начала операции на одну или две области, отсутствие спаечного процесса, или его выраженность в одной области брюшной полости в виде нежных наложений фибрина.

К неблагоприятным прогностическим признакам отнесены: распространенность спаечного процесса на две области (X=-0,92) и более и (X=-3,74), а перитонита на три области и более (X= -1,42), наличие грубых наложений фибрина, плоскостных и/или шнуровидных спаек (X= -3,25...3,95).

На основании ранговой оценки факторов, влияющих на развитие ССББ, был составлен лечебный алгоритм, в котором мы выделили 3 группы риска: малого риска X=0...3; умеренного риска – X=0...-1; и высокого риска X= -2 и менее.

Согласно алгоритму при малой степени риска санация брюшной полости проводится по необходимости, а интубация кишечника не обязательна (с точки зрения профилактики СББ). При средней степени риска при санации возможно ограничиться солевыми растворами без перекиси водорода, а интубация кишечника может продолжаться 5 суток и менее. При высокой степени риска санация брюшной полости должна обязательно включать применение КАС, а интубация длительностью более 5 суток осуществляться через стому (цеко-, аппендикоцеко- или другую).

При анализе результатов лечения больных основной группы установлено, что пациентов с малым риском развития СББ (X= 0...3) было всего четверо. Двое оперированы по поводу острого холецистита, местного перитонита (лапароскопически). У них не потребовалась санация брюшной полости и интубация кишечника. У 2 пациентов, оперированных по поводу травматического разрыва полого органа (тонкой кишки) произведена санация брюшной полости солевыми растворами и трансназальная интубация кишечника, что было обусловлено расположением разрыва в проксимальном отделе тонкой кишки.

Пациентов с умеренным риском развития СББ было 8. Из них 6 оперированы на фоне перитонита и 2 по поводу спаечной ОНК. Из 6 оперированных на фоне перитонита 4-м выполнена санация солевыми растворами и трансназальная интубация кишечника, а 2 – санация с применением КАС и трансцекальная интубация, длительность которой (более 5 суток) была обусловлена наложением кишечного шва в условиях перитонита.

Из двух пациентов, оперированных по поводу ОНК с умеренной степенью риска развития СББ длительность интубации, не превышала 5 суток, а способ интубации (трансназальный и трансцекальный) был обусловлен локализацией препятствия – в одном случае – в проксимальном отделе тонкой кишки, в другом – в дистальном.

Всем пациентам с высоким риском развития СББ выполняли трансцекальную интубацию длительностью свыше 5 суток (от 7 до 10), а у 18 пациентов оперированных на фоне перитонита, санацию выполняли с применением КАС. Таким образом, можно констатировать, что в основной группе всегда выполнялись разработанные мероприятия по профилактике развития ССББ.



При изучении моторики кишечника методом фонометрии установлена ее активация по отношению к показателям группы сравнения во всех категориях СББ. В то же время статистически достоверными отличия были между показателями в категории Б – $(152,2 \pm 4,7)$ и $(110,4 \pm 5,1)$ соответственно ($p < 0,05$) и в группе А – $(205,6 \pm 7,8)$ в основной и $(145,8 \pm 9,2)$ в группе сравнения ($p < 0,05$).

Изучение отдаленных результатов проводилось согласно данным опросников, по тем же параметрам, как и для группы сравнения.

Общая оценка адаптации пациентов основной группы показывает достаточно высокий ее уровень – 83,8 %

Сравнивая отдаленные результаты оперативного лечения пациентов с прогнозируемой СББ можно констатировать что применение предложенного лечебного алгоритма позволило улучшить физическое состояние с 49,4 до 75,8 %; уровень социальной адаптации с 63,2 до 88,8 %, а степень функциональной адаптации с 49,8 до 86,8 %.

Выводы

В развитии спаечной болезни брюшины ведущими факторами являются наличие сращений до начала вмешательства и степень выраженности гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. Возникновению ССББ способствуют нерациональный выбор тотальной интубации тонкой кишки и санации брюшной полости при ее гнойно-воспалительной патологии, в частности применение раствора перекиси водорода, обладающей повреждающим действием на мезотелий брюшины.

Метод фонометрии по А. В. Малоштану позволяет объективизировать диагностику и степень СББ.

Лечебный алгоритм, включающий дифференцированное применение качества растворов для санации брюшной полости, способы и длительность интубации кишечника позволяет снизить риск развития ССББ, увеличить число пациентов сохранивших трудоспособность с 41,7 до 80,9 %, улучшить качество жизни по коэффициенту адаптации с 49,8 до 83,8 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вибір доступу для відновлення цілісності товстої кишки на тлі спайкової хвороби очеревини у хворих після обструктивної резекції товстої кишки / В. В. Бойко, І. А. Тарабан, В. Г. Грома [та ін] // Харківська хірургічна школа. – 2013.– № 1. – С. 23–25.
2. Влияние метода УЗИ на результаты лечения больных острой кишечной непроходимостью/ Т. И. Тамм, В. В. Непомнящий, И. А. Дворник [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2015.– № 2. – С. 53–55.
3. Грубник В. В. Тактичні підходи до лікування гострої кишкової непрохідності – роль і місце назоінтестинальної інтубації/ В. В. Грубник, В. В. Міщенко // Харківська хірургічна школа. – 2014.– № 1. – С. 129–131.
4. Рубцов О. Ю. Новый подход в предупреждении спайкообразования брюшной полости./ О. Ю. Рубцов, А. П. Власова// Третий конгресс ассоциации хирургов имени Н. И. Пирогова : Материалы конгресса. – М., 2001. – С. 51–52.
5. The correlation of adhesions and peritoneal fluid cytokine concentrations: a pilot study / Y. C. Cheong, S. M. Laird, J. B. Shelton [et al.] // Hum. Reprod. – 2002. – Vol. 17, № 4. – P. 1039–1045.



ПРОФІЛАКТИКА
ВИНИКНЕННЯ
СИМПТОМНОЇ СПАЙКОВОЇ
ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ
ПРИ УРГЕНТНИХ
ОПЕРАТИВНИХ
ВТРУЧАННЯХ НА ОРГАНАХ
ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

С. В. Сучков, В. К. Логачов

Резюме. Проведено порівняльне вивчення результатів лікування 114 пацієнтів із спайковою хворобою очеревини, яких було розподілено на 1-у групу порівняння і 2-у, – основну, в якій проводилися заходи спрямовані на профілактику розвитку спайкової хвороби очеревини. Виявлено чинники ризику розвитку цього захворювання. Встановлено, що проведення рекомендованих заходів дозволило понизити кількість випадків розвитку симптомної спайкової хвороби очеревини та підвищити якість життя пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді.

Ключові слова: ургентні оперативні втручання, спайкова хвороба очеревини, профілактика.

PROPHYLAXIS OF ORIGIN
OF SYMPTOM JOINT
ILLNESS OF PERITONEUM
AT URGENT OPERATIVE
INTERVENTIONS ON THE
ORGANS OF ABDOMINAL
REGION

S. V. Suchkov, V. K. Logachov

Summary. The comparative study of results of treatment is conducted 114 patients with joint illness peritoneums that were divided into the 1th group of comparison and 2th - basic, in that measures were conducted sent to the prophylaxis of development of joint illness of peritoneum. Risk of development of this disease factors are educed. It is set that realization of the recommended measures allowed to bring down the number of cases of development of symptom joint illness of peritoneum and improve quality life of patients in a remote postoperative period.

Key words: urgent operative interventions, joint illness of peritoneum, prophylaxis.