

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Д. А. Евтушенко

Харьковский национальный медицинский университет,
Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины, г. Харьков

ANALYSIS OF THE INTRAOPERATIVE PROPHYLAXIS EFFICACY OF THE ABDOMINAL CAVITY ADHESIVE DISEASE

D. A. Yevtushenko

Спаечный процесс в брюшной полости, его осложнения как хирургическая проблема актуальны. По данным литературы, после хирургического вмешательства на органах брюшной полости у 87% пациентов возникает спаечный процесс, что чревато возникновением острой спаечной непроходимости кишечника (ОСНК) [1, 2].

Образование спаек брюшной полости после операции обуславливает обструкцию кишечника, бесплодие, тазовую боль; спайки ассоциируются с многочисленными хирургическими осложнениями, большой хирургической нагрузкой, частотой госпитализации, значительными экономическими затратами [3, 4].

Частота рецидива ОСНК достигает 60–70%, в том числе после первой операции — 53%, повторных — 85%. Изучение методов профилактики спаечной болезни брюшины является актуальной проблемой при хирургическом лечении пациентов по поводу заболеваний органов брюшной полости [5, 6]. Многие предложенные противоспаечные методы и средства профилактики не нашли применения в клинической практике из-за минимальной эффективности или сложности техники [7, 8].

Высокий темп развития технологий в миниинвазивной хирургии, биологии, химии, фармакологии и других парамедицинских областях науки и техники позволяет внедрять в практику новые методы и средства профилактики, диагностики и лече-

Реферат

Проанализированы результаты лечения 152 пациентов, оперированных по поводу различных заболеваний органов брюшной полости. У 72 из них (основная группа) интраоперационно в качестве профилактики спаечного процесса в брюшной полости применяли противоспаечное барьерное средство Дефенсаль, у 80 (группа сравнения) — противоспаечные мероприятия не проводили. Применение противоспаечного стерильного раствора способствовало уменьшению продолжительности восстановления моторно—эвакуаторной функции пищеварительного канала — на 1,5 сут, лечения больных в стационаре — на 2,5 сут, частоты послеоперационных осложнений — в 2,7 раза.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшины; профилактика спаечного процесса; противоспаечные барьерные средства.

Abstract

Results of treatment of 152 patients, operated on for various diseases of the abdominal cavity, were analyzed. In 72 of them (the main group) intraoperatively a Defensal was used as an antiadhesive barrier preparation for the abdominal adhesions prophylaxis, and in 80 (a comparison group) — antiadhesive measures were not conducted. Application of antiadhesive sterile solution have promoted a reduction of period, which is necessary for the gut motor—evacuation function restoration — by 1.5 days, stationary treatment — by 2.5 days, postoperative morbidity rate — in 2.7 times.

Key words: adhesive disease of peritoneum; prophylaxis of adhesive process; antiadhesive barrier measures.

ния спаечной болезни брюшины. Патогенетически обоснованным направлением профилактики и лечения спаечной болезни брюшины на современном этапе считают применение средств, препятствующих сближению и адгезии поврежденных поверхностей брюшины [9, 10].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 152 пациентов, оперированных в клинике по поводу различных заболеваний органов брюшной полости в неотложном порядке в период с 2014 по 2015 г. Женщин было 84 (55,3%), мужчин — 68 (47,7%). Большинство — 119 (78,3%) больных трудоспособного возраста — до

61 года. У 72 больных (основная группа) интраоперационно в качестве противоспаечного средства применяли барьерное средство Дефенсаль, у 80 (группа сравнения) противоспаечные мероприятия не проводили.

Заболевания и выполненные оперативные вмешательства представлены в (табл. 1, 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучены сроки восстановления функций пищеварительного канала у больных обеих групп (табл. 3).

Перистальтика у больных основной группы восстановилась быстрее, чем в группе сравнения. Появление единичных перистальтических

шумов отмечено сразу после операции у 11 больных основной группы и у 3 — группы сравнения: устойчивую перистальтику в основной группе наблюдали в среднем через $(3,1 \pm 0,24)$ суток после операции, в группе сравнения — на $(1,5 \pm 0,33)$ суток позже, у 2 больных восстановление функции пищеварительного канала не достигнуто.

У больных основной группы газы начали отходить в основном через $(2,2 \pm 0,12)$ суток, в группе сравнения — на $(1,2 \pm 0,20)$ суток позже; стул появился соответственно через $(3,7 \pm 0,34)$ суток и на $(1,5 \pm 0,13)$ суток позже.

После операции осложнения возникли у 3 (3,75%) больных группы сравнения и 1 (1,38%) — основной группы. Длительность периода от начала заболевания до госпитализации, тяжесть основного заболевания обусловили несостоятельность швов анастомоза у 1 (1,25%) пациента группы сравнения, у 2 (2,5%) — возникла ранняя СНК; в основной группе у 1 (1,38%) больного отмечена несостоятельность швов.

В целях оценки эффективности лечения всем больным на 3—и и 7—е сутки после операции проведены клинично—лабораторные исследования. У больных основной группы показатели крови улучшались быстрее, чем у больных группы сравнения.

По данным биохимического исследования крови в основной группе отмечено повышение уровня общего белка — до $(83,4 \pm 2,5)$ г/л, глюкозы — до $(6,1 \pm 0,3)$ ммоль/л, уменьшение содержания калия — до $(3,3 \pm 0,2)$ ммоль/л. В группе сравнения изменения этих показателей более выражены: уровень общего белка — $(91,4 \pm 2,1)$ г/л, глюкозы — $(6,9 \pm 0,2)$ ммоль/л, калия — $(2,8 \pm 0,2)$ ммоль/л.

После операции в комплекс лечения больных включали протеолитические ферменты с гиалуронидазной активностью, обеспечивающие связь ингибиторов фермента и стимулятора коллагена, что обусловило ингибирование синтеза компонентов соединительной ткани; антиагрегантные средства, подавля-

Таблица 1. Хирургические заболевания у пациентов обеих групп

Заболевания	Число наблюдений в группах			
	основной		сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Острая спаечная непроходимость тонкой кишки	39	25,6	37	24,3
Спаечная непроходимость толстой кишки	3	2,0	4	2,6
Острый аппендицит	8	5,3	10	6,6
Перфоративная гастродуоденальная язва	8	5,3	12	7,9
Другие (дивертикул, грыжа и др.)	14	9,2	17	11,2
Всего ...	72	47,4	80	52,6

Таблица 2. Операции, выполненные у больных обеих групп

Операция	Число наблюдений в группах			
	основной		сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Аппендэктомия	8	5,3	10	6,6
Лапаротомия, висцеролиз, ИК	28	18,4	37	24,3
Резекция тонкой кишки	3	2,0	4	2,6
Иссечение перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	8	5,3	12	7,9
Видеолапароскопический адгезиолизис	11	7,2	—	—
Другие	14	9,2	17	11,2
Всего ...	72	47,4	80	52,6

Таблица 3. Сроки восстановления перистальтики у пациентов обеих групп

Восстановление перистальтики, сутки	Число наблюдений в группах			
	основной		сравнения	
	абс.	%	абс.	%
1—е	11	15,3	3	3,8
2—е	19	26,4	9	11,2
3—и	22	30,5	18	22,5
4—е	16	22,2	25	31,3
5—е	4	5,6	23	28,7
Перистальтика не восстановилась	—	—	2	2,5

ющие агрегацию, адгезию и активацию тромбоцитов, обуславливающие дилатацию артериол и венул, уменьшение повышенной проницаемости стенок сосудов, активирование фибринолиза, подавление адгезии и миграции лейкоцитов при повреждении эндотелия, уменьшение образования свободных радикалов кислорода; раннюю активизацию больных, устранение болевого синдрома, предупреждение и лечение инфекционных осложнений, дезинтоксикационную терапию, противорвотные средства центрального действия, препараты калия, прокинетики, гипертонические клизмы.

ВЫВОДЫ

1. После интраоперационной профилактики спаечной болезни брюшины с использованием противоспаечного стерильного раствора Дефенсаль отмечены меньшая выраженность болевого синдрома, более ранняя активизация больных, более быстрое восстановление перистальтики, что имеет важное значение в профилактике спайкообразования, более раннее отхождение кала и газов, уменьшение продолжительности лечения больного в стационаре в среднем с $(10,0 \pm 0,4)$ до $(7,5 \pm 0,5)$ суток.

2. Применение противоспаечного стерильного раствора в целях

профилактики спайкообразования в брюшной полости способствовало уменьшению длительности становления моторно—эвакуаторной функции пищеварительного канала — на 1,5 сут, частоты послеоперационных осложнений в 2,7 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиджанов Ф. Б. Острая кишечная непроходимость после резекции желудка и пилороразрушающих операций / Ф. Б. Алиджанов, М. Х. Хаджибаев, В. В. Ступин // Хирургия. — 2006. — № 4. — С. 39 — 41.
2. Магомедов М. А. Местная клеточная регуляция в образовании послеоперационных спаек при перитоните / М. А. Магомедов // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2010. — № 3. — С. 150 — 153.
3. Prospective, randomized, multicentre, controlled study of the safety of Seprafilm adhesion barrier in abdominopelvic surgery / D. E. Beck, Z. Cohen, J. W. Fleshman [et al.] // Dis. Colon Rectum. — 2003. — Vol. 46. — P. 1310 — 1319.
4. Liakakos T. Peritoneal adhesion: ethiology, pathophysiology, and clinical significance. Recent advances in prevention and management / T. Liakakos, N. Thomacos, P. M. Fine // Dig. Surg. — 2001. — Vol. 18. — P. 260 — 273.
5. Attard J. A. Adhesive small bowel obstruction: epidemiology, biology and prevention / J. A. Attard, A. R. MacLean // Can. J. Surg. — 2007. — N 4. — P. 291 — 300.
6. Koiava Z. A. Development of the postoperative adhesions in the small pelvic cavity / Z. A. Koiava // Georg. Med. News. — 2005. — Vol. 120. — P. 24 — 26.
7. Бабаджанов Б. Р. Диагностика и лечение ранней острой спаечной кишечной непроходимости / Б. Р. Бабаджанов, Б. Н. Курьязов // Эксперим. и клин. медицина. — 2004. — № 3. — С. 213 — 215.
8. Спаечная болезнь как проблема репродукции и методы ее профилактики / А. А. Попов, Т. Н. Мананникова, Г. Г. Шагинян [и др.] // Рос. вестн. акушера—гинеколога. — 2005. — № 4. — С. 22 — 24.
9. Гладушенко О. І. Діагностика та особливості лікування гострої спайкової кишкової непрохідності / О. І. Гладушенко // Наук. вісн. Ужгород. ун—ту. Сер. Медицина. — 2001. — Вип. 14. — С. 51 — 53.
10. Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study / J. J. Duron, N. J. Silva, S. T. du Montcel [et al.] // Ann. Surg. — 2006. — N 5. — P. 750 — 757.

