

Досвід застосування препарату Дистрептаза у хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність

Б.І. Слонецький, С.М. Онищенко, І.В. Вербицький

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

У роботі проаналізовано результати оперативного лікування 75 пацієнтів з гострою спайковою кишковою непрохідністю, які були розділені на дві групи. На відміну від осіб контрольної групи, що отримували стандартне комплексне лікування, хворим основної групи в ранній післяопераційний період призначали препарат Дистрептаза, який має виражену протизапальну, антитромботичну, фібринолітичну та анальгезивну дію.

Ключові слова: спайки, кишкова непрохідність, Дистрептаза, адгезіолізис.

Проблема лікування гострої спайкової кишкової непрохідності (ГСКН) та інших проявів спайкового абдомінального синдрому постійно знаходиться у полі зору фахівців хірургічного профілю. Кількість хворих із ГСКН досягає 3,5–6,8% загального числа хірургічних хворих в стаціонарі (Г.А. Баранов і др., 2006; В.В. Бенедикт, 2007). На жаль, до сьогоднішнього залишається розуміння суті спайкоутворення як загальнобіологічної реакції, не вивчені особливості патологічних адгезивних процесів, відсутні ефективні способи профілактики рецидивів спайкоутворення, у зв'язку з чим підходи до лікування спайкової кишкової непрохідності продовжують залишатися різними. Чимала кількість внутрішньо-черевних спайкових ускладнень вимагають повторного оперативного втручання, яке є більш травматичним і небезпечним, ніж первинна операція (В.О. Шідловський та ін., 2004). Профілактика утворення спайок після операцій на органах черевної порожнини традиційно залишається найбільш складним розділом планової та невідкладної абдомінальної хірургії. Відсутність можливості об'єктивної оцінки перебігу захворювання, прогнозу ускладнень, які виникають, і ефективності їх лікування. Сьогодні для вирішення проблеми лікування та профілактики рецидиву спайкової непрохідності зроблено чимало. Так, постійно вдосконалюються методи оперативних втручань як завдяки застосуванню лапароскопічних технологій (А.Ф. Дронов та ін., 2001), так і використанню різноманітних форм лазерів у хірургії (М.Г. Мельниченко, 1998). Впроваджені засоби лікування спайкового процесу пероральним, ін'єкційним, електрофоретичним та іонофоретичним за-

стосуванням препаратів (А.А. Воробйов та ін., 1998; Рон Бен-Авраам та ін., 1998). Проте, незважаючи на зазначене, частота рецидивів спайкової кишкової непрохідності в дітей становить 14–18% (Г.Н. Нейков, 1999), а летальність – 10–15% (Ю.Ф. Ісаков та ін., 1990, Э.И. Романов та ін., 1998). Усе це свідчить про потребу подальшого вдосконалення профілактичних заходів та лікувальної тактики у хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність.

Метою нашого дослідження є оцінка ефективності препарату Дистрептаза при комплексному лікуванні хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами був проведений аналіз наслідків оперативного лікування 75 хворих із ГСКН, що були госпіталізовані в ургентному порядку та проходили лікування в Лікарні швидкої допомоги м. Києва. Усі пацієнти були розподілені на дві групи за алгоритмом лікування. Чоловіків було 32 (42,7%), жінок – 43 (57,3%), вік хворих від 21 до 80 років (табл. 1).

Для оцінювання вираженості спайкового процесу в черевній порожнині була застосована бальна система (І.Є. Верхуцький та ін., 2009) (табл. 2):

Відповідно до зазначених вище критеріїв встановлено 4 ступеня вираженості спайкового процесу (СП):

СП 1-го ступеня (до 5 балів);

СП 2-го ступеня (6–9 балів);

СП 3-го ступеня (10–19 балів);

СП 4-го ступеня (20–25 балів).

Для діагностики ГСКН застосовували алгоритм інструментальних діагностичних методів, що включав динамічне рентгенконтрастне дослідження на апараті TUR D-800 з електронно-оптичним перетворювачем, динамічне УЗД на апаратах фірм General Electric, LOGIC 200 (США) та «Аloka-500» (Японія).

Усі пацієнти були розподілені на дві групи. У першу групу (I) увійшли 29 (38,7%) хворих, оперованих з приводу ГСКН, які в післяопераційний період отримували комплексне лікування традиційними методами, а саме: їм проводили активну декомпресію верхніх відділів травного тракту через назогаст-

Таблиця 1

Розподіл хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю за статтю та за віком

Група хворих		Вік хворих, роки			Всього
		20-59	60-74	понад 75	
I	Чоловіки	8	4	-	12
	Жінки	13	3	1	17
II	Чоловіки	15	5	-	20
	Жінки	16	6	4	26
Усього		52	18	5	75

Система оцінювання вираженості СП органів черевної порожнини

Бали	Критерії оцінювання				
	Кількість спайок	Довжина ділянки кишки, що задіяна у СП	Поширеність спайок у черевній порожнині	Будова спайок	Зміни з боку травного тракту
1 бал	До 5	До 10 см	У межах одного поверху	Рихлі	Помірна деформація без звуження простору
3 бала	5-10	10-50 см	У межах двох поверхів	Щільні, неваскуляризовані	Деформація і звуження простору
5 балів	Більше 10 чи конгломерат спайок	Більше 50 см	У всіх трьох поверхах	Щільні васкуляризовані	Странгуляція чи обтурація

ральний зонд, виконували пролонговану епідуральну анестезію, інфузійну терапію, проводили заходи з відновлення перистальтики кишок (парентеральне введення гіпертонічного розчину натрію хлориду, прозерину, церукалу; виконання клізм), призначали парентеральне та ентеральне харчування, ненаркотичні анальгетики. На відміну від I групи, до II групи увійшли 46 (61,3%) хворих, які після проведення оперативного втручання в об'ємі комплексної терапії отримували препарат Дистрептаза за оригінальною схемою (В.А. Потапов, 2008). Курс лікування даним препаратом складав 9 діб і розпочинався з 2-ї доби після операції. Супозиторій вводили глибоко в пряму кишку. У перші 3 дні призначали по 1 супозиторію 3 рази на добу; в наступні 3 дні – по 1 супозиторію 2 рази на добу і в інші 3 дні – по 1 супозиторію 1 раз на добу. У середньому на курс лікування використовували 18 супозиторіїв. Групи хворих були співставні за статтю, віком, ступенем СП та супутньою патологією.

Дослідження супутньої патології у всіх хворих із ГСКН (табл. 3) виявило, що переважна більшість ургентно госпіталізованих мають ураження серцево-судинної системи – 38 пацієнтів. Крім того, у 12 хворих мало місце захворювання органів дихання. Також у 5 пацієнтів був встановлений цукровий діабет та хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок у 12 хворих. Серед інших захворювань були такі, як гіпотиреоз, порушення зору, вади опорно-рухового апарату, шкірні захворювання та інші, у кількості 8. Слід зазначити, що переважна більшість хворих з супутньою патологією – люди похилого віку. Це потрібно враховувати при визначенні об'єму інфузійної терапії.

Залежно від інтраопераційної ситуації були виконані наступні оперативні втручання: адгезіолізис з назоінтестинальною інтубацією (НІІ), резекція ділянки тонкої кишки з НІІ та формування обхідного анастомозу з НІІ.

Таблиця 3

Структура супутньої патології у пацієнтів з гострою спайковою кишковою непрохідністю

Захворювання	Групи хворих	
	I	II
Захворювання серцево-судинної системи	18	20
Захворювання органів дихання	5	7
Цукровий діабет	2	3
Хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок	4	8
Хронічний гепатит	2	5
Інші	3	5

В якості критеріїв ефективності лікування використовували загальний стан хворих, температуру тіла, величину лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) в динаміці, вміст вільного оксипроліну (ВО), білково-зв'язаного оксипроліну (БЗО), гексозамінів, сіалових кислот в сироватці крові; екскрецію ВО, БЗО, пептидно-зв'язаного оксипроліну (ПЗО), сіалових кислот (СК) та глікозаміногліканів (ГАГ) у добовій сечі визначали за загальноприйнятими методиками (С.С. Тетянец, 1985; В.Г. Колб, В.С. Камишніков, 1982; Л.А. Муравйова, Е.Ю. Волков, 1988; Д.В. Косягин, 1988).

Дослідження виконували за допомогою спектрофотометра "СФ-46" та фотоколориметра "КФК-3".

Статистичне оброблення отриманих даних проведено методом варіаційної статистики з визначенням критерію Стьюдента за програмою Excel 2003.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час оперативного втручання відзначали різні варіанти зрощень в черевній порожнині. Вісцero-вісцeralьні спайки спостерігали в 62,3%, вісцeroпаріетальні – у 37,7%. Під час аналізу отриманих результатів дослідження встановлено, що 15 (20%) хворих мали I та II ступінь СП, 42 (56%) пацієнта – III ступінь та 18 (24%) хворих – IV ступінь.

Прямі рентгенологічні ознаки кишкової непрохідності у вигляді чаш Клойбера були виявлені у 65 (86,7%) пацієнтів, тонкокишкові арки визначались у 42 (56%) хворих. Тонкокишкові арки у всіх випадках розташовувались на різних рівнях, що було характерно для механічної кишкової непрохідності і завжди супроводжувались наявністю чаш Клойбера (малюнок). У 35 (46,7%) пацієнтів у термін від початку захворювання понад 24 год був виявлений симптом Кейсі.

При сонографічному обстеженні ознаки ГСКН були виявлені у 69 (92%) хворих. Вільна рідина в черевній порожнині була виявлена у 47 (62,7%) пацієнтів. Застій у шлунку був встановлений у 24 (32%) хворих.

Залежно від інтраопераційної ситуації у пацієнтів I групи були виконані такі оперативні втручання: адгезіолізис з НІІ – у 18 (62,1%) хворих, резекція ділянки тонкої кишки з НІІ – у 8 (27,6%) пацієнтів та формування обхідного анастомозу з НІІ – у 3 хворих (10,3%). У той самий час у 30 (65,2%) пацієнтів II групи виконано адгезіолізис з НІІ та у 12 (26,1%) хворих резекцію ділянки тонкої кишки, у 4 (8,7%) пацієнтів був накладений обхідний анастомоз. Під час оперативного втручання в обох групах було відзначено у 48 (64%) хворих гіперемійовані набряклі петлі тонкої кишки без ознак судинної недостатності; у 7 (9,3%) – з наявністю ціанотичних ділянок вісцeralьної очеревини тонкої кишки; у 20 випадках (26,7%) спостерігався некроз петель тонкої кишки.

Під час дослідження рівнів метаболітів основної речовини сполучної тканини та біополімерів колагену встановлено, що у

Об'єктивні критерії агресивності СП

Група хворих		ВО, мкмоль/л	БЗО, мкмоль/л	СК, ммоль/л	ГАГ, ммоль/л
I	До операції	10,13±3,16	108,87±4,44	4,49±1,16	11,65±2,42
	10-та доба	7,59±3,92	120,89±8,31	7,98±1,05	15,12±1,15
II	До операції	8,98±2,47	112,05±5,63	5,18±1,54	11,98±2,13
	10-та доба	20,84±3,52**	67,52±9,61**	3,96±0,99**	8,34±0,96**

**p<0,001 – порівняння II групи з I групою на 10-ту добу лікування.



Малюнок. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини. Часі Клойбера

хворих із ГСКН спостерігаються значні їх відхилення відносно нормальних значень. У сироватці крові знижуються рівні ВО більше ніж на 45%, БЗО – більше ніж на 65%, гексозамінів – більше ніж на 59%, а сіалових кислот – більше ніж на 81%. Поряд із цим, спостерігалось зменшення екскреції ВО з сечею більше ніж на 24%, ПЗО – більше ніж на 8%, на тлі підвищення рівнів БЗО, сіалових кислот, ГАГ – відповідно на 45%, 47%, 49%.

Використання Дистрептази на 10-ту добу післяопераційного періоду призводить до зменшення концентрації БЗО в основній групі – на 39,74% (67,52±9,61 мкмоль/л, p<0,001), гексозамінів – на 30,38% (8,34±0,96 ммоль/л, p<0,001), СК – на 23,55% (3,96±0,99 ммоль/л, p<0,001), на тлі збільшення рівня ВО у II групі – на 132,07% (20,84±3,52 мкмоль/л, p<0,001) (табл. 4).

Під час застосування Дистрептази не відзначено побічних дій та алергійних реакцій. Пацієнти II групи відзначали добру переносимість та зручність застосування.

Середній термін перебування в стаціонарі хворих I групи склав 17,3±2,1 ліжко-дня, на відміну від контрольної групи, в основній групі цей показник склав 13,1±1,8.

ВИСНОВКИ

Отже, використання Дистрептази у післяопераційний період у хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність призводить до значного підвищення фібринолітичного та колагенолітичного потенціалу крові, що є критеріями підвищен-

ня внутрішньочеревної фібринолітичної та колагенолітичної активності, наслідком чого є усунення фібриноїдних інтраперитонеальних зрощень.

Таким чином, в групі пацієнтів, які застосовували Дистрептазу, спостерігається переважання показників катаболізму сполучної тканини над показниками анаболізму. Це свідчить про позитивну динаміку лікування і про припинення організації спайок і розпаду внутрішньочеревних зрощень, підтверджуючи ефективність запропонованого лікувального комплексу.

Підсумовуючи результати застосування препарату Дистрептаза, слід зазначити, що у хворих основної групи у більш стислі терміни відбувається покращання загального стану, термін лікування в стаціонарі скорочується у порівнянні з групою порівняння з 17,3 до 13,1 ліжко/дня та не спостерігається випадків гострої ранньої спайкової непрохідності.

Опыт применения препарата Дистрептаза у больных с острой спаечной кишечной непроходимости Б.И. Слонецкий, С.М. Онищенко, И.В. Вербицкий

В работе проанализированы результаты оперативного лечения 75 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью, которые были разделены на две группы. В отличие от лиц контрольной группы, которые получали стандартное комплексное лечение, больным основной группы в ранний послеоперационный период назначали препарат Дистрептаза, который обладает выраженным противовоспалительным, антигеморрагическим, фибринолитическим и анальгезирующим действием.

Ключевые слова: спайки, кишечная непроходимость, Дистрептаза, адгезиолизис.

Application Experience of Medication Distreptasa in Patients with the Acute Adhesive Intestinal Obstruction B.I. Slonets'ky, S.M. Onyschenko, I.V. Verbytsky

The results of operative treatment are in-process analysed 75 patients with small intestinal obstruction, which parted on two groups. Unlike a control group, that got a standard treatment, the patients of basic group was appointed preparation of «Distreptaza» in an early postoperative period, which possesses expressed anti-inflammatory, fibrinolytic and anesthetizing action.

Key words: adhesion, small intestinal obstruction, distreptaza, adhesiolysis.

ЛІТЕРАТУРА

- Боднар О.Б., Сокольник С.О. Післяопераційна спайкова кишкова непрохідність у дітей // Буковинський медичний вісник. – 2002. – Т. 6, № 3. – С. 20–22.
- Тамм Т.И., Даценко А.Б., Бабец Е.Ю. Местное лечение операционных ран у больных острым парапроктитом препаратом «Дистрептаза» // Клінічна хірургія. – 2010. – № 3. – С. 24–25.
- Щербак О.Ю., Виликов М.М., Кравченко М.І. Використання Дистрептази в комплексному лікуванні хворих з дивертикулітом, після операцій з приводу доброякісної гіперплазії простати // Здоров'є мужчини. – 2009. – № 4. – С. 36–38.
- Kucukozkan T., Ersoy B., Uygur D. et al. Prevention of adhesions by sodium chromoglycate, dexamethasone, saline and aprotinin after pelvic surgery // ANZ J. Surg. – 2004. – № 74. – P. 1111–1115.