

Віддаленні результати оперативного лікування гострої спайкової кишкової непрохідності

С.М. Онищенко, Б.І. Слонецький, О.В. Іванько

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

У дослідженні був проведений аналіз оперативного лікування 132 пацієнтів з гострою спайковою кишковою непрохідністю (ГСКН). Хворі були розподілені на 2 групи. Пацієнти контрольної групи отримували стандартне комплексне лікування, хворим основної групи в ранній післяопераційний період призначали препарат Дістрептазу. Застосування Дістрептази продемонструвало більш позитивну динаміку післяопераційного періоду та покращання віддалених результатів в порівнянні.

Ключові слова: спайки, віддалені наслідки, кишкова непрохідність, Дістрептаза, адгезіолізис.

У наш час відомо, що в основі розвитку спайкового процесу в черевній порожнині лежать складні, багатогранні порушення функції різних систем організму. ГСКН розглядається як поліетіологічне, але в той самий час монопатогенетичне захворювання [2].

Найбільш частою причиною утворення спайок є оперативні втручання на органах черевної порожнини. За даними літератури, ця цифра досягає 80–90% [1, 3]. На сьогоднішній день механізми розвитку післяопераційних спайок представлені декількома теоріями, що доповнюють одна одну [2, 3, 7].

Найважливішою ланкою всіх теорій є запальна реакція, що виникає після травми очеревини, що реалізується за участі ендогенних хімічних медіаторів з активацією систем кінінів, простагландинів, компонентів комплементу та систем згортання крові під контролем імунокомпетентних клітин [5].

Переважаюча більшість авторів акцентує увагу на випадках розлитого перитоніту, в умовах якого відзначається масивне відкладання фібрину на петлях кишечника та тривалий парез його. У результаті перитоніту виникає кисневе голодування, яке призводить до порушення клітинного метаболізму очеревини, що слугує первинним поштовхом до розвитку спайкового процесу [1, 4, 7].

Підсумовуючи наведені літературні дані, слід зазначити, що очеревинні спайки є основним чинником, що спричинює розвиток ГСКН.

Безпосередньою причиною, що призводить до розвитку ГСКН, є різке збільшення рухливої активності кишечника. Воно може бути зумовлено підвищеним харчовим навантаженням, гострим ентероколітом, медикаментозною стиму-

ляцією кишкової моторики, а також раптовим підвищенням внутрішньочеревного тиску під час фізичного напруження.

Метою нашого дослідження є оцінювання віддалених результатів оперативного лікування хворих на гостру спайкову кишково непрохідність.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Вивчення віддалених результатів проведено у 132 пацієнтів, що були оперовані на базі міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва. Амбулаторний моніторинг проводили на базі поліклініки № 1 Оболонського району м. Києва.

В обох групах переважно більшість склали особи працездатного віку – 109 (82,58%) хворих, тоді як осіб непрацездатного віку було 23 (17,42%) пацієнта. У першій групі переважно більшість оперованих склали жінки – їх було 41, тоді як чоловіків було 29 (табл. 1). Як у першій, так і в другій, групі відзначено переважання кількості жінок над чоловіками – 37 і 25 відповідно. Серед осіб працездатного віку найчастіше госпіталізують в ургентному порядку жінок в співвідношенні 1,9 до 1, що нерідко спричинено неадекватними не лише об'єктивними причинами.

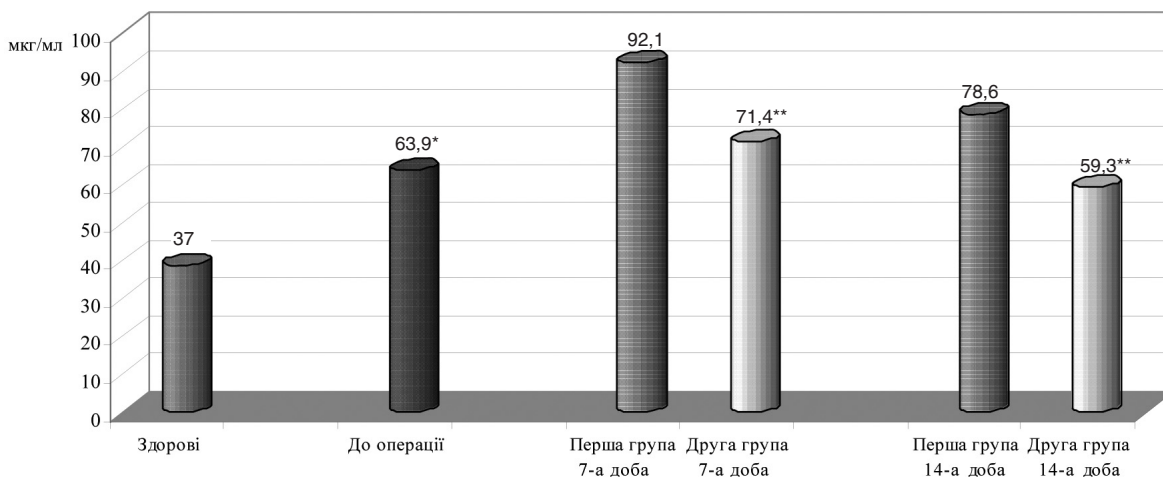
Усі хворі були розподілені на дві групи. До першої (контрольної) групи увійшли 70 (53,03%) хворих, оперованих з приводу ГСКН, які в післяопераційний період отримували комплексне лікування традиційними методами, а саме – їм проводили активну декомпресію верхніх відділів травного тракту через назогастральний зонд, виконували пролонговану епідуральну анестезію, інфузійну терапію, проводили заходи з відновлення перистальтики кишечника (парентеральне введення гіпертонічного розчину натрію хлориду, прозерину, церукалу; виконання клізм), призначалося парентеральне та ентеральне харчування, вживання ненаркотичних анальгетиків. На відміну від першої групи, до другої (основної) групи увійшли 62 (46,97%) хворих, які після проведення оперативного втручання в об'ємі комплексної терапії отримували препарат Дістрептазу за оригінальною схемою (В.А. Потапов, 2008). Курс лікування даним препаратом складав 9 діб і розпочинався з 3-ї доби після операції. Супозиторії 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 останні 3 дні – по 1 супозиторію 1 раз на добу. У середньому на курс лікування використовували 18 супозиторіїв.

Таблиця 1

Розподіл хворих з ГСКН за статтю та віком

Група хворих		Вік хворих, роки						
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Перша	Чоловіки	2	3	8	7	4	3	2
	Жінки	3	3	13	19	2	1	-
Друга	Чоловіки	1	2	7	7	3	3	2
	Жінки	2	3	11	18	1	1	1
Усього		8	11	39	51	10	9	4

Х И Р У Р Г И Я



Мал. 1. Концентрація гіалуронової кислоти в сироватці крові у пацієнтів, оперованих з приводу ГСКН

Примітки: коефіцієнт вірогідності * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; p – вірогідність даних у порівнянні з контролем; p^1 – вірогідність даних у порівнянні з даними перед операцією

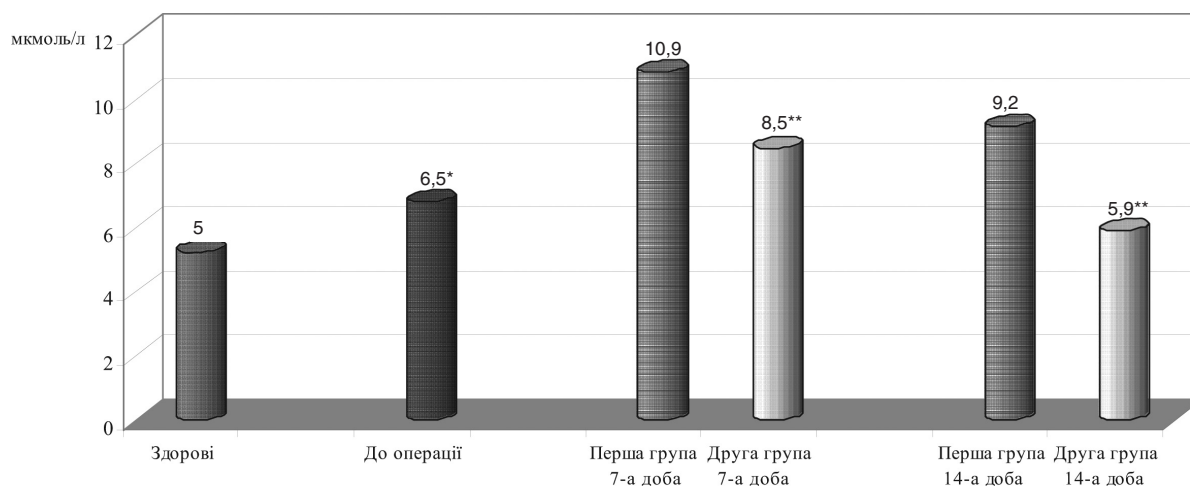
У сироватці крові хворих з ГСКН визначали концентрацію маркерів розпаду сполучної тканини – гіалуронової кислоти і зв'язаного оксипроліну (А.А. Покровский, 1969).

Для оцінювання розробленої тактики лікування з використанням Дістрептази у 58 з 70 хворих першої групи і 54 з 62 пацієнтів другої групи були досліджені віддалені результати до 1 року. На підставі анкетування за шкалою Карновського (1961) всі хворі розділені на 3 групи. До першої групи були віднесені пацієнти з добрими результатами лікування, що не виявляли скарг у віддалений період, не дотримувалися дієти і вели активний спосіб життя. До групи із задовільними результатами лікування віднесені хворі з больовим синдромом, що періодично виникає на тлі споживання великої кількості їжі, що містить клітковину. У зв'язку з цим пацієнти були вимушені періодично дотримуватись дієти. Больовий синдром легко усували застосуванням спазмолітиків. До третьої групи увійшли пацієнти з незадовільними результатами лікування, у яких виникали рецидиви ГСКН, що потребували госпіталізації. Крім того, до цієї групи були віднесені хворі, вимушені через спайкову хворобу суворо дотримуватись відповідної дієти.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Одним із завдань даної роботи було проведення оцінювання стану інтенсивності окремих біохімічних маркерів, пов'язаних з особливостями перебігу спайкового процесу в черевній порожнині в післяопераційний період, а також з віддаленими результатами хірургічного лікування пацієнтів з ГСКН.

Отримані результати дослідження концентрації зв'язаного оксипроліну та гіалуронової кислоти виявили окремі характерні особливості. Під час госпіталізації у пацієнтів обох груп з ГСКН було виявлено (мал. 1) суттєве зростання концентрації в сироватці крові гіалуронової кислоти, що склало $63,91 \pm 3,56$ мкг/мл ($p < 0,05$). У післяопераційний період у пацієнтів першої групи було виявлено значне підвищення концентрації в сироватці крові гіалуронової кислоти не лише на 7-у ($92,14 \pm 4,27$ мкг/мл, $p^1 < 0,01$) добу, а навіть і через 2 тиж – $78,63 \pm 5,59$ мкг/мл ($p^1 < 0,01$). Тоді як у хворих другої групи було виявлено позитивну динаміку, яка характеризувалась ослабленням агресивності спайкового процесу в черевній порожнині, що знайшло своє відображення у



Мал. 2. Концентрація зв'язаного оксипроліну в сироватці крові у пацієнтів, оперованих з приводу ГСКН

Примітки: коефіцієнт вірогідності * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; p – вірогідність даних у порівнянні з контролем; p^1 – вірогідність даних у порівнянні з даними перед операцією

Віддалені результати лікування ГСКН у пацієнтів обох груп (за шкалою Карновського)

Групи хворих	Кількість хворих, n (%)		
	Незадовільні результати	Задовільні результати	Добрі результати
Перша (n=58)	12 (20,69)	18 (31,03)	28 (48,28)
Друга (n=54)	4 (7,41)*	15 (27,78)	35 (64,81)

Примітки: * коефіцієнт вірогідності $p < 0,05$ – вірогідність даних у порівнянні з першою групою

Динаміка повторних госпіталізацій пацієнтів з приводу ГСКН

Групи хворих	Кількість госпіталізацій							
	До 3 міс		3-6 міс		6-9 міс		9-12 міс	
	опер.	конс.	опер.	конс.	опер	конс	опер.	конс.
Перша (n=58)	4	9	5	7	1	3	1	4
Друга (n=54)	-	2	1	4	1	-	-	2

нерізкому підвищенні в сироватці крові гіалуринової кислоти на 7-у добу до $71,42 \pm 7,08$ мкг/мл ($p < 0,01$), а на 14-у добу зменшенні концентрації до $59,34 \pm 5,18$ мкг/мл ($p < 0,01$).

Подібну тенденцію було виявлено і при аналізі (мал. 2) в сироватці крові концентрації зв'язаного оксипроліну у пацієнтів, оперованих з приводу ГСКН. У хворих першої групи протягом 14 днів має місце вірогідне підвищення концентрації зв'язаного оксипроліну – на 7-у добу $10,85 \pm 0,29$ мкмоль/л ($p < 0,01$) і на 14 добу $9,16 \pm 0,37$ ($p < 0,01$), тоді як у пацієнтів другої групи дана тенденція була менш вираженою та характеризувалася позитивною динамічною тенденцією в напрямку зниження концентрації біохімічного маркера окремих складових спайкового процесу в черевній порожнині і на 7-у добу склала $8,49 \pm 0,41$ мкмоль/л ($p < 0,01$), а на 14-у добу – $5,92 \pm 0,34$ мкмоль/л ($p < 0,01$).

Одним із складних моментів лікування хворих на ГСКН є їх розподіл на пацієнтів з консервативною стабілізацією стану та хворих, що потребують хірургічної корекції. Саме тому ведення таких хворих залишається однією з найскладніших проблем сучасної нутриціології, яка дозволяє поєднати якість і кількість аліментарного раціону режиму харчування у збалансований процес ентоергомеостазу у хворих зі спайковою хворобою органів черевної порожнини. Тому, ще однією метою дослідження, враховуючи особливості перебігу ГСКН, було вивчення віддалених результатів лікування у пацієнтів, явища кишкової непрохідності у яких були ліквідовані оперативним шляхом.

На підставі даних шкали Карновського (1961) у післяопераційний період 12 (20,69%) хворих першої групи, що пред'являли скарги, оцінили свою «якість життя» (табл. 2) як незадовільну, на відміну від другої групи, де було відзначено подібний результат у 4 (7,41%, $p < 0,05$) пацієнтів. Ці пацієнти пред'являли скарги не лише на постійний біль у животі, що посилюється під час споживання їжі, яка містить клітковину, але й на неможливість соціальної реабілітації після проведеного оперативного втручання. Окрім цього, зміни психоемоційного статусу аж до появи астеничного синдрому у одного хворого першої групи, вимагали спостереження не лише хірурга, але і психотерапевта. Не дивлячись на наявність різних скарг, 18 (31,03%) пацієнтів першої групи визначили якість свого життя як задовільну, також і в другій групі було 15 (27,78%) пацієнтів із задовільними результатами. На відміну від першої групи, де 28 (48,28%) визна-

чили свою якість життя як добру, в другій групі 35 (64,81%) пацієнтів свій стан визначили найбільшою кількістю балів.

Також нами проведений аналіз госпіталізації з приводу ГСКН у обох групах протягом року з моменту виписки зі стаціонару. Виявлено, що в обох групах більшість випадків ургентної госпіталізації в хірургічне відділення припали на перші 9 міс з моменту виписки, однак значна частина припадає на період між 3-м та 6-м місяцем. На нашу думку, така ситуація пов'язана з психологічним станом пацієнтів, тобто перші місяці хворі після операції дотримуються певного режиму харчування та фізичних навантажень, пов'язаних з дискомфортом відчуттями в ділянці післяопераційної рани, а згодом, забуваючи про хворобу, повертаються до звичного ритму життя.

Виявлено, що в першій групі (табл. 3) повторно були госпіталізовані 30 (51,72%) хворих, причому 2 пацієнти – повторно, 1 хворий – 3 рази. Загальна госпіталізація склала 34 випадки. У другій групі загальна кількість хворих, що перебували в стаціонарі, склала 9 (16,67%) пацієнтів. Рівень повторної госпіталізації склав 10 випадків, так як 1 пацієнт протягом року перебував у стаціонарі з приводу ГСКН двічі.

ВИСНОВКИ

Перебіг післяопераційного періоду у пацієнтів основної групи, які приймали Дістрептазу в ранньому післяопераційному періоді супроводжувався, на відміну від контрольної, достовірно позитивною динамікою зниження агресивності спайкового процесу в черевній порожнині, що знайшло своє відображення у зменшенні концентрації в сироватці крові гіалуринової кислоти вже навіть на 7-у добу до $71,42 \pm 7,08$ мкг/мл і зв'язаного оксипроліну – до $8,49 \pm 0,41$ мкмоль/л, а на 14-у добу – гіалуринової кислоти – $59,34 \pm 5,18$ мкг/мл (в 1,3 рази краще) і зв'язаного оксипроліну – $5,92 \pm 0,34$ мкмоль/л (в 2 рази краще).

Отже, в групі пацієнтів із застосуванням Дістрептази спостерігається за шкалою Карновського збільшення добрих результатів лікування на 16,53% та зниження кількості госпіталізацій на 35,05% у оперованих пацієнтів, що в 3 рази краще за показники в контрольній групі. Це свідчить про позитивну динаміку, про припинення розвитку спайок і про розсмоктування внутрішньочеревних спайок, підтверджуючи ефективність запропонованого лікувального комплексу.

Отдаленные результаты оперативного лечения острой спаечной непроходимости

С.М. Онищенко, Б.И. Слонецкий, О.В. Иванько

В исследовании был проведен анализ оперативного лечения 132 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью. Больные были распределены на 2 группы. Пациенты контрольной группы получали стандартное комплексное лечение, больным основной группы в ранний послеоперационный период назначали препарат Дистрептазу. Применение Дистрептазы продемонстрировало более позитивную динамику послеоперационного периода и улучшение отдаленных результатов в сравнении.

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

Long-term results of surgical treatment of acute adhesive obstruction

S.M. Onishchenko, B.I. Slonetsky, O.V. Ivanko

In research the analysis of operative treatment of was conducted 132 patients with acute bowel obstruction. Patients were up-diffused on 2 groups. Unlike a control group, where received a standard treatment, in an early postoperative period preparation of «Distreptaza» was appointed the patients of basic group, that was represented in

the positive dynamics of postoperative period and improvement of distant results.

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

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондарев Р.В., Орехов А.А. Лапароскопические вмешательства при острой спаечной кишечной непроходимости // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2008. – Т. 9, № 3. – С. 335–337.
2. Верхулецкий И.Е., Верхулецкий Е.И. Аспекты морфологии и классификации спаечного процесса органов брюшной полости // Украинський Журнал Хірургії. – 2009. – № 3. – С. 30–33.
3. Онищенко С.М. Діагностично-лікувальний алгоритм при гострій злуковій кишковій непрохідності // Матеріали наукового симпозіуму «Проблемні питання медицини невідкладних станів». – К., 2010. – С. 241–242.
4. Слонецкий Б.И., Онищенко С.М., Вербицкий И.В. Досвід застосування препарату «Дистрептаза» у хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність // Здоровье мужчин. – 2011. – № 1. – С. 52–54.
5. 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.
6. Щербак О.Ю., Виливок М.М., Кравченко М.І. Використання Дістрептази в комплексному лікуванні хворих з діабетом // Матеріали наукового симпозіуму «Проблемні питання медицини невідкладних станів». – К., 2009. – № 4. – С. 36–38.
7. Waxman B.P. Adhesives and adhesions: intestinal surgery on a sticky wicket // ANZ J. Surg. – 2004. – № 74. – P. 1037–1038.