ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ступин В.А. Мударисов Р.Р. Алиев С.Р. Гафина А.А. Джаббарова А.Д.
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Кафедра госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета
ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М. Филатова

Резюме

Цель исследования – улучшить отдаленные результаты лечения больных, оперированных по поводу СОКН, по средствам ВЛА в раннем послеоперационном периоде. Обследованы 150 больных в отдаленном послеоперационном периоде (от 6 месяцев) : 1 группа (80 пациентов) – открытое оперативное вмешательство, затем стандартная послеоперационная терапия; 2 группа (70 больных) – открытое оперативное вмешательство, затем на 4–5 сутки ВЛА с введением в брюшную полость противоспаечного геля. После обследования, выявлено, что применение ВЛА в раннем послеоперационном периоде в 2 раза позволяет снизить риск рецидива развития СББП и ее осложнений.

Ключевые слова: острая спаечная кишечная непроходимость, Видеолапароскопический адгезиолизис, спаечная болезнь брюшной полости, отдаленные результаты.

PREVENTION OF ADHESIVE DISEASE OF THE ABDOMINAL CAVITY IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

Stupin V.A. Mudarisov R.R. Aliev S.R. Gafina A.A. Dzhabbarova A.D.

Objective: improving long-term outcomes for patients undergone urgent surgery because of intestinal obstruction by laparoscopic adhesiolysis in early postoperative period. Material and methods: we investigated 150 patients after urgent surgery because of intestinal obstruction in the long follow-up period (beyond 6 months): Ist group (80 pts.) – standard postoperative therapy; IInd group (70 pts.) – on 4–5 postoperative day we made laparoscopic adhesiolysis and intraperitoneal injection of anti-adhesive gel. Results: analysis of research data showed that applying laparoscopic adhesiolysis in early postoperative period decreased risk of abdominal adhesive disease recidivism and it's complications in tow times.

Keywords: acute intestine obstruction, laparoscopic adhesiolysis, abdominal adhesive disease, long term follow-up.

Актуальность темы

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – одно из наиболее грозных патологических состояний в неотложной абдоминальной хирургии, представляющее собой синдром, проявляющийся нарушениями перистальтики и эвакуаторной функции кишечника, характеризующийся различными клиническими и морфологическими изменениями поражённой части кишки, а позднее, и всех систем организма. Несмотря на высокий уровень развития современной медицины, вопрос лечения ОКН является актуальным, что связано, прежде всего, со значительной частотой встречаемости и высоким уровнем летальности [1, 2, 9, 11]. В настоящее время по частоте возникновения ОКН занимает пятое место среди основных форм «острого живота». По мнению Савельева В.С. (2007) данная патология по летальным исходам делит 1–2 места среди всех острых заболеваний органов брюшной полости и может возникать во всех возрастных группах, но наибольшая частота встречаемости отмечена в возрасте от 30 до 60 лет, то есть у людей трудоспособного возраста. Это еще раз подчеркивает социальную значимость данной проблемы.

В 75–80% случаев причиной возникновения механической кишечной непроходимости является спаечный процесс брюшной полости [5, 6, 10]. Формирование внутрибрюшных сращений – это одно из самых частых и тяжелых осложнений полостной хирургии как в раннем так и в отдаленном п/о периоде, так как оно служит основной причиной развития ОКН. Летальность при СОКН, по данным различных авторов, колеблется от 15 до 55%. Рецидивы спаечной болезни брюшной полости после операции по поводу спаечной кишечной непроходимости составляют 32–71% [3, 6]. Такая высокая частота встречаемости и летальности, по мнению многих авторов, обусловлена как поздним обращением больного в стационар, проблемами диагностики и задержкой оперативного лечения, так и отсутствием профилактических мер для предупреждения образования внутрибрюшных сращений [3, 4, 8].

Цель исследования

Улучшение отдаленных результатов лечения больных оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимостью.

Материалы и методы

Проведено рандомизированное сравнительное проспективное исследование 150 пациентов, находившихся на лечении в многопрофильном стационаре ГКБ№ 15 им. О.М. Филатова г. Москвы в период с 2000 г. по 2013 г. по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

Больные были разделены на две группы. Первую, контрольную, группу составили 80 пациентов, у которых комплексная пред- и послеоперационная лечебная программа строилась на основе традиционных базисных методов лечения и включала в себя оперативное пособие с лапаротомным доступом.

Вторую – основную группу составили 70 пациентов, которым кроме общепринятых лечебных мероприятий

дополнительно применяли разработанный в клинике комплекс интра- и послеоперационной профилактики спайкообразования. С целью интраоперационной профилактики спайкообразования в раннем послеоперационном периоде на 3–4 сутки после первичного оперативного вмешательства пациентам основной группы выполняли видеолапароскопический адгезиолизис с введением в брюшную полость противоспаечных «барьерных препаратов». Через дренажный канал накладывался пневмоперитонеум, затем вводились инструменты-манипуляторы. После ревизии брюшной полости выявлялся выраженный рыхлый спаечный процесс в основном по ходу послеоперационной раны. Спайки разделялись тупым путем, производилась санация брюшной полости, и заканчивалось оперативное вмешательство введением в брюшную полость «барьерного препарата» – противоспаечного геля «Мезогель» на основе карбоксиметилцеллюлозы. Основным механизмом его действия является предотвращение перехода «нестабильного» фибрина в нерассасывающиеся спайки за счет связывания ионов кальция на десерозированных поверхностях. Кроме того он обладает антиадгезивными свойствами, разобщая десерозированные поверхности на период формирования послеоперационных сращений.

Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести состояния и наличию сопутствующей патологии. Тяжесть состояния пациентов оценивалась по шкалам MODS и SAPS. Тяжесть полиорганной дисфункции по шкале MODS у пациентов обеих групп составляла от 3 до 12 баллов, тяжесть общесоматического состояния по шкале SAPS колебалась от 3 до 12 баллов.

Возраст пациентов первой группы колебался от 17 до 75 лет (средний возраст составил 38,2 ± 8,4 лет, $p < 0,05$), соотношение мужчин и женщин было 1 : 2,5 (23 мужчин и 57 женщин). Во второй группе было 19 мужчин и 51 женщин, в возрасте от 17 и до 73 лет (средний возраст пациентов составил 37,6 ± 6,9 лет, $p < 0,05$).

В обеих группах у больных в анамнезе было от 1 до 8 операций на органах брюшной полости.

Результаты

В отдаленном п/о периоде от 6 месяцев до 13 лет к пациентам обеих групп для выявления признаков спаечной болезни брюшной полости был применен, разработанный нами алгоритм обследования, который включал в себя:

1. Оценку результатов качества жизни пациентов (опросник SF 36);
2. Рентгенологическое исследование – пассаж контраста по ЖКТ;
3. Полипозиционная эхотомография органов брюшной полости;
4. Периферическая компьютерная электрогастроэнтерография (ПКЭГЭГ).

Чувствительность и специфичность данных методов обследования по данным исследования, проведенного

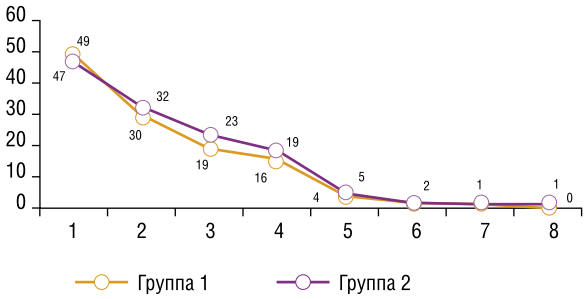


Рис. 1. Распределение по количеству перенесенных в анамнезе операций пациентов обеих групп

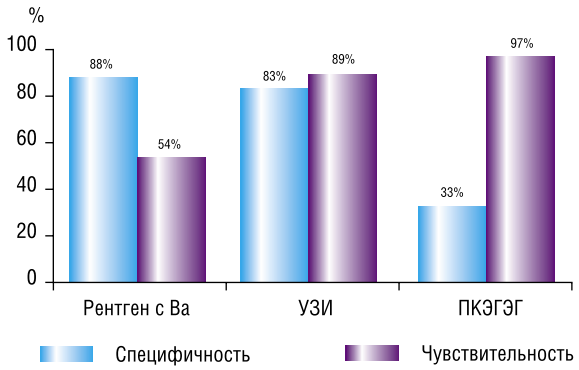


Рис. 2. Чувствительность и специфичность методов обследования больных со спаечной болезнью брюшной полости (диссертационная работа на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Комплексный подход в лечении и профилактике спаечной болезни брюшной полости», Алиев С.Р., 2009 г.) ($p < 0,05$)

в 2009 г. (диссертационная работа на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Комплексный подход в лечении и профилактике спаечной болезни брюшной полости» Алиева С.Р.) представлена на рис. 2.

При контрастной рентгенографии органов брюшной полости оценивалась скорость эвакуации бариевой взвеси из тонкой кишки в толстую, а так же время задержки контраста в тонкой кишке.

При контрастной рентгенографии органов брюшной полости у пациентов основной группы замедление пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке было зафиксировано у 9 человек (12,8%), депонирование контраста в петлях тонкой кишки наблюдалось у 6 человек (8,57%). В контрольной группе вышеуказанные признаки спаечной болезни были выявлены у 17 и 13 человек соответственно.

При ЭХО-томографии органов брюшной полости к признакам спаечной болезни относили:

1. Фиксацию петель тонкой кишки к послеоперационному рубцу;
2. Утолщение стенки кишки в области ее фиксации;
3. Нарушение перистальтики тонкой кишки в области ее фиксации.

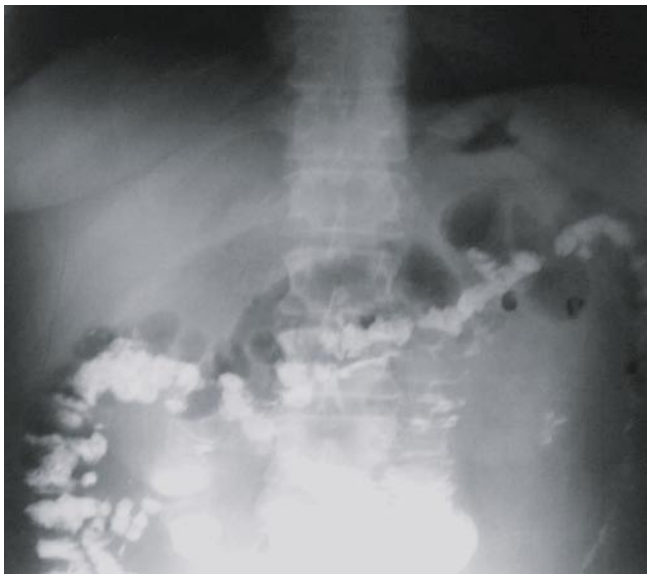


Рис. 3. Контрастная рентгенография. Исследование пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке. Замедленный пассаж бариевой взвеси с задержкой и «депонированием» в петлях тонкой кишки (показано стрелкой) через 24 часа после начала исследования

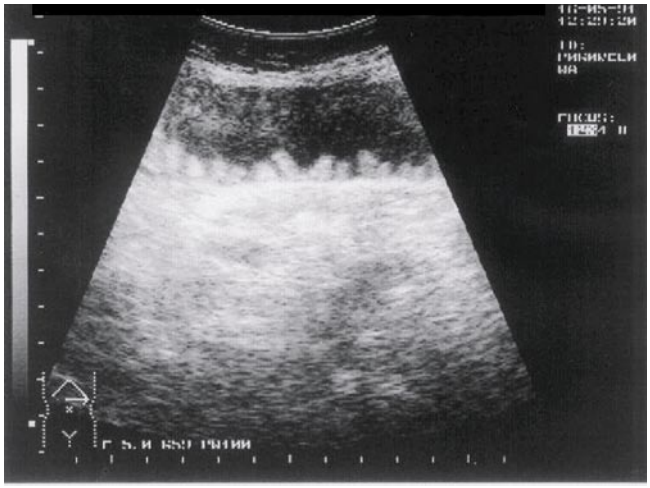


Рис. 5. ЭХО-томография органов брюшной полости: признаки вовлечения петли тонкой кишки в спаечный процесс. Петля имеет отечную, утолщенную стенку и фиксирована к передней брюшной стенке

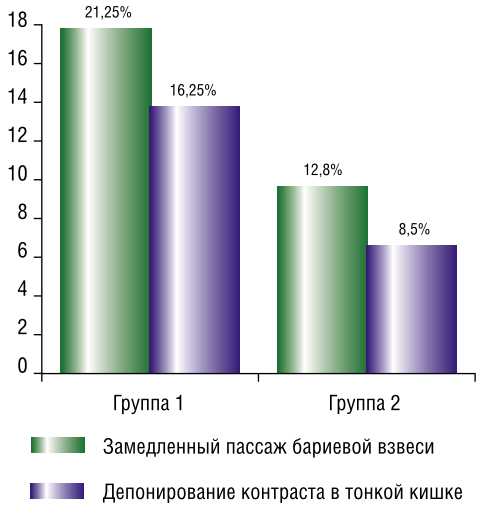


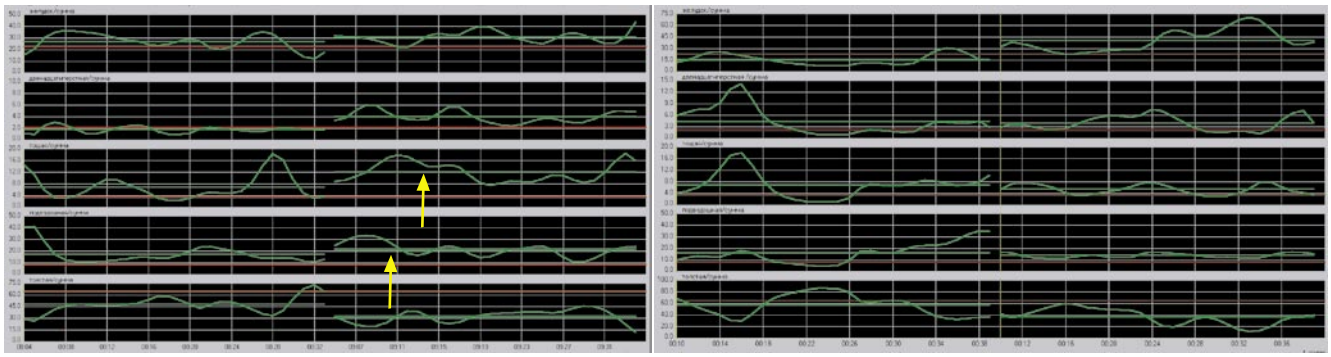
Рис. 4. Сравнение результатов рентгенологического исследования у пациентов первой и второй групп (p < 0,05)

Рис. 6. Результаты полипозиционной ЭХО-томографии органов брюшной полости пациентов контрольной и основной групп (p < 0,05)

При полипозиционной ЭХО-томографии органов брюшной полости у пациентов основной группы фиксация петель тонкой кишки к послеоперационному рубцу была зафиксировано у 8 человек (11,43%), утолщение стенки кишки в области ее фиксации наблюдалось у 2 человек (2,86%), нарушение перистальтики тонкой кишки в области ее фиксации было выявлено у 1 пациента (1,45%). В контрольной группе вышеуказанные признаки спаечной болезни были выявлены у 36 (45%), 9(11,25%) и 7(8,75%) больных соответственно.

Периферическая компьютерная электрогастроэнтерография позволяет выявить доклинические признаки нарушения моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки. Признаками спаечного процесса в брюшной полости являются: повышение электрической активности и коэффициента ритмичности на частотах тощей и подвздошной кишки, что свидетельствует о нарушения перистальтики кишки по механическому типу.

При периферической компьютерной электрогастроэнтерографии признаки спаечного процесса в брюшной полости у пациентов основной группы были выявлены у 11 человек (15,7%), у пациентов контрольной группы у 33 больных (41,25%).



Спаечная болезнь Норма

Рис. 7. Периферическая компьютерная электрогастроэнтерография. Повышение электрической активности и коэффициента ритмичности на частотах тощей и подвздошной кишки (показано стрелками)

Согласно международному опроснику SF-36, оценивалось качество жизни пациентов после проведенного лечения через 6 месяцев и более в сравнении с таковыми показателями у здоровых людей. Результаты динамики показателей качества жизни пациентов основной и контрольной групп представлены в таблице 1 .

Как видно из представленной таблицы, в основной группе мы отметили повышение показателей качества жизни по всем признакам. Наибольшее повышение показателей на 10–14% было отмечено по шкалам физического(PF), ролевого (RP), социального функционирования (SF) и боли (P) – ($p < 0,05$). Повышение показателей качества жизни по шкалам психическое здоровье (MN), эмоциональное функционирование (RE), жизнеспособности (VT) было не достоверно ($p = 0,1$). Составной показатель здоровья пациентов (GH) основной группы повышается на 12% по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$) и приближается к данному показателю у здорового населения (73,2).

Таким образом, у пациентов, которым в раннем послеоперационном периоде производился лапароскопический адгезиолизис, показатели качества жизни повышаются на 10–14% и, как показано на рисунке 8, приближаются к показателям здорового населения.

При сравнении результатов проведенного обследования признаки спаечной болезни брюшной полости по данным ультразвукового исследования у пациентов основной группы наблюдались в 11,4 %случаев (8 пациентов), в контрольной группе – у 36 пациентов (45%). При ПКЭГЭГ спаечный процесс в брюшной полости был выявлен у 36 пациентов контрольной группы (45 %) и 17 пациентов основной группы (24,3%).

Клиническую картину спаечной болезни брюшной полости определяли по средствам выявления ряда патогномоничных симптомов, вызванных висцеросенсорными рефлексами, таких как сиптом Карно, симптом Кноха, симптом Хунафина.

Вышеуказанные симптомы были выявлены у 33 больных контрольной группы (41,25%), в основной груп-

Табл. 1. Динамика показателей качества жизни пациентов основной и контрольной групп

Параметр	Контрольная группа	Основная группа
	Среднее значение	Среднее значение
Физическое функционирование (PF)	72,5 ± 2,3*	78,5 ± 2,3*
Ролевое функционирование (RP)	76,9 ± 3,2*	86,9 ± 3,5*
Социальное функционирование (SF)	74,2 ± 2,5*	79,6 ± 2,1*
Боль (BP)	72,4 ± 2,3*	86,8 ± 2,8*
Психическое здоровье (MH)	60,5 ± 1,3**	63,2 ± 1,8**
Эмоциональное функционирование (RE)	63,0 ± 2,6**	64,7 ± 2,7**
Жизненная активность (VT)	58,1 ± 1,7**	63,3 ± 2,1**
Общее здоровье (GH)	61,6 ± 2,1*	69,6 ± 2,9*

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p > 0,05$.

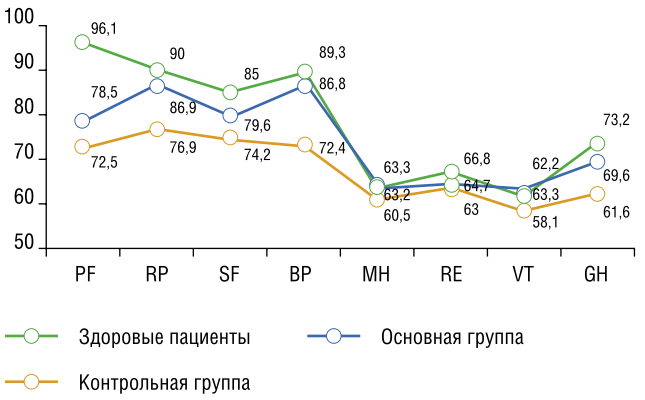


Рис. 8. Показатели качества жизни у здоровых пациентов в популяции, у пациентов 1 и 2 групп

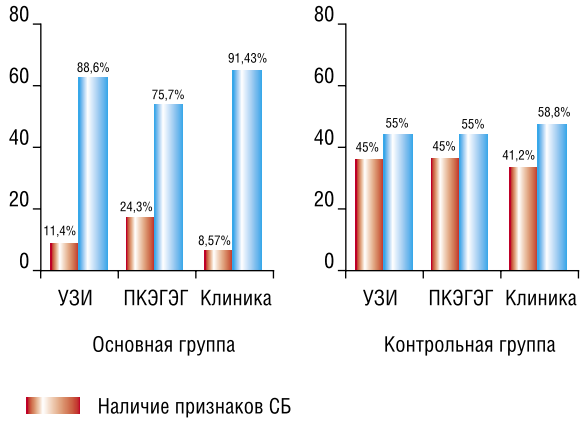


Рис. 9. Сравнение результатов обследования пациентов основной и контрольной групп (p < 0,05)

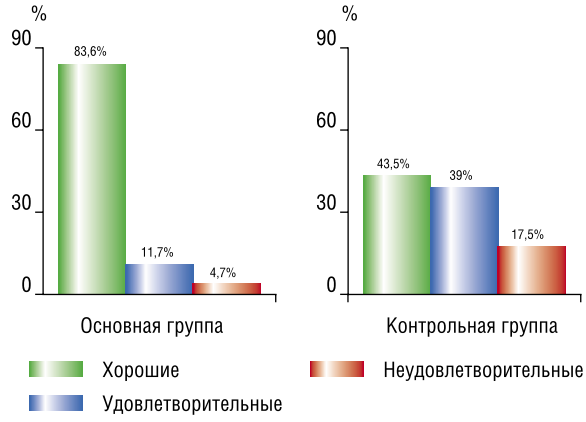


Рис. 10. Оценка результатов лечения пациентов основной и контрольной групп (p < 0,05)

пе клинически спаечная болезнь была выявлена только у 6 пациентов (8,57%).

В исследуемый период рецидив спаечной кишечной непроходимости в основной группе был зафиксирован только у 3 пациентов, что составило 4,28% от общего количества больных данной группы. В контрольной группе рецидив спаечной кишечной непроходимости был отмечен в 17,5% случаев, то есть у 14 больных.

Результаты проведенного лечения были расценены как хорошие в случае, когда у пациента по данным проведенного обследования не было выявлено признаков спаечной болезни брюшной полости, удовлетворительные – при наличии признаков спаечной болезни, но без ее клинических проявления, неудовлетворительные, когда у пациентов были зафиксированы случаи рецидива спаечной острой кишечной непроходимости.

Выводы

Таким образом, на основании проведенного исследования, мы считаем доказанной необходимость профилактики спайкообразования у пациентов перенесших открытое оперативное вмешательство по поводу Острой спаечной кишечной непроходимости, путем использования Видеолапароскопического адгезиолизиса в раннем послеоперационном периоде с введением в брюшную полость барьерных противоспаечных средств на 3–4 сутки после открытого оперативного вмешательства. Данная профилактика у пациентов со СОКН позволяет снизить риск рецидива развития спаечной болезни брюшной полости и ее осложнений в отдаленном послеоперационном периоде в 2 раза по сравнению с пациентами, которым профилактика спайкообразования не проводилась, что доказывает целесообразность применения и внедрения данной методики в клиническую практику.

Литература

1. Баранов Г.А.Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости. // Хирургия. – 2006. – № 7. – С. 56–58.
2. Бурлев В.А., Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С. Перитонеальные спайки: от патогенеза до профилактики. // Проблемы репродукции. – 2009. – № 3. – С. 36–44.
3. Верхулецкий И. Е. Аспекты морфологии и классификации спаечного процесса органов брюшной полости / И. Е. Верхулецкий, Е. И. Верхулецкий // Український Журнал Хірургії. – 2009. – № 3. – С. 30–33.
4. Дарагмех М.М. Характеристика системного и локального иммунитета при воспалительном поражении брюшины, как развития спаечной болезни // Буковинський медичний вісник. – 2007. – Том 11, № 1. – С. 16–19.
5. Матвеев Н.Л., Арутюнян Д.Ю. Внутрибрюшные спайки недооцениваемая проблема (обзор литературы). // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 5. – С. 60–69.
6. Малков И.С. Острая кишечная непроходимость (И.С. Малков, В.Л. Эминов) // Практическая медицина. – Казань, 2008. – С. 18–22.
7. Тарасенко Э.И. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость: диагностика и лечение. // Анналы хирургии. – 2007. – № 4. – С. 61–65.
8. Kamel R.M. Prevention of postoperative peritoneal adhesions// Eur J of Obst & Gynecol and Repr Biol. – 2010. – Vol.150. – P. 111–118.
9. Tjandra J.J., Chan M.K. A sprayable hydrogel adhesion barrier facilitates closure of defunctioning loop ileostomy: a randomizedtrial. //Dis Colon Rectum. – 2008. – Vol.51. – P. 56–60.
10. Yoon Yeo, Daniel S. Kohane Polymers in the prevention of peritoneal adhesions. // Eur J of Pharmac and Biopharmac. – 2008. – Vol. 68. – P. 57–66.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70
e-mail: nmhc@mail.ru