

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616.34-007.274

Н.И. Аюшинова^{1,2}, И.А. Шурыгина¹, М.Г. Шурыгин¹, Е.Г. Григорьев^{1,3}

ГОСПИТАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

¹ ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», Иркутск, Россия² ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Иркутск, Россия³ ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск, Россия

Цель исследования: установить основные причины развития и исходы спаечной кишечной непроходимости. В статье представлен ретроспективный анализ 154 историй болезни. Установлено, что при операциях, выполненных в условиях районной больницы, спаечная болезнь развилась после аппендэктомии, гинекологических операций и вмешательств на кишечнике; при операциях, выполненных в городских стационарах, – после расширенных операций на желудке, червеобразном отростке и гинекологических вмешательств. Экстренные оперативные вмешательства чаще приводят к возникновению спаечного процесса в брюшной полости. Летальность составила 5,8 %, её причиной являлись кишечные свищи и абдоминальный сепсис.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, спаечная болезнь, оперативное лечение

HOSPITAL EPIDEMIOLOGY OF ABDOMINAL ADHESIONS

N.I. Ayushinova^{1,2}, I.A. Shurygina¹, M.G. Shurygin¹, E.G. Grigoryev^{1,3}¹ Irkutsk Scientific Center of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russia² Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Irkutsk, Russia³ Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

The purpose of the research was to establish main causes of development and outcomes of adhesive obstruction. We analyzed the outcomes of treatment of 154 patients with acute intestinal obstruction. The following data were taken into consideration: age, gender, surgeries in past medical history, terms of adhesions manifestations, clinical symptoms, findings of additional examinations, methods of treatment, outcome.

It has been established, that the most frequent causes of adhesions were appendectomy (23 %), stomach operations (21 %) and gynecological interventions (14 %). After surgeries performed in conditions of regional hospitals, adhesions developed after appendectomy, gynecological operations and interventions on the intestine. In patients operated in city hospitals intestinal obstruction more often occurred after extensive operations on the stomach, appendix, and after gynecological interventions. Urgent surgical interventions more often led to adhesive process in the abdominal cavity (63 %). Mortality made 5.8 %. Causes of death were intestinal fistulas and abdominal sepsis.

Thus, acute adhesive intestinal obstruction as an extreme form of abdominal adhesions continues to be an urgent medical issue.

Key words: adhesive intestinal obstruction, peritoneal adhesions, surgical treatment

Развитие абдоминальной хирургии и гинекологии с конца XIX в. до настоящего времени определило появление и увеличение числа больных с послеоперационными спайками брюшной полости. Это связано как с увеличением количества операций, так и отсутствием надежных средств и способов периоперационной профилактики адгезивного процесса в животе [2, 4].

Послеоперационная спаечная болезнь резко нарушает качество жизни, приводит к хроническим абдоминальным и тазовым болям, женскому бесплодию [4, 12, 15], затруднению повторных доступов при операциях на брюшной полости [1, 7, 10, 11].

По данным Международного спаечного общества, по поводу рассматриваемой патологии ежегодно в хирургических отделениях лечится от 2 до 8 % прооперированных ранее больных, у 50–75 % из них

развивается кишечная непроходимость. Консервативное лечение спаечной болезни малоэффективно, а после оперативных вмешательств рецидивы наблюдаются в 32–71 % случаев [3, 4, 6, 8, 9]. Немалое значение для современной медицины имеет то, что все эти осложнения увеличивают затраты на оказание помощи таким пациентам, повышая тем самым капитализацию лечебных мероприятий [3, 4, 13]. По оценочным данным, в США по поводу спаечной болезни госпитализируется 117 человек на 100 тыс. населения, а общие затраты на их госпитализацию и лечение составляют 1.3 млн долларов [14].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 154 историй болезни пациентов экстренного хирургического отделения Государственного бюджетного учреждения

здравоохранения Иркутской областной клинической больницы за период 2006–2010 гг., поступивших по экстренным показаниям с клиникой кишечной непроходимости на фоне спаечной болезни.

В отдел автоматизированных систем управления больницы был отправлен запрос с целью выделения списка пациентов со спаечной кишечной непроходимостью, находившихся на лечении в хирургическом отделении в период с 2006 по 2010 гг. включительно. Отбор производился по следующим кодам МКБ-10: K56.5 Кишечные сращения [спайки] с непроходимостью, K66.0 Брюшинные спайки.

При статистической обработке данных для каждой выборки проверяли гипотезу о нормальности распределения тестами Колмогорова – Смирнова, Шапиро – Вилкса и Лиллиефорса. При ненормальном распределении данные представляли в виде медианы с верхним и нижним квартилями (25-й и 75-й процентиля). Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакета программ R-project.

При анализе учитывались следующие данные: возраст, пол, операции в анамнезе, в стационаре какого уровня проводилась первая операция (районная либо городская больница), сроки манифестации спаечной болезни, наличие болевого синдрома, нарушения пассажа, наличие госпитализаций и операций по поводу спаечной болезни, их количество, срок после последнего обострения, клиническая симптоматика на период настоящей госпитализации, данные методов обследования (рентгенографии брюшной полости с водной бариевой взвесью, ультразвукового сканирования брюшной полости), способы лечения, оценка интраоперационной ситуации, исход настоящей госпитализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За период с 2006 по 2010 гг. в экстренное хирургическое отделение были госпитализированы 154 пациента со спаечной кишечной непроходимостью. Средний возраст составил 45 (29–58) лет. Пациентов мужского пола было 86 (56 %), женского – 68 (44 %) чел.

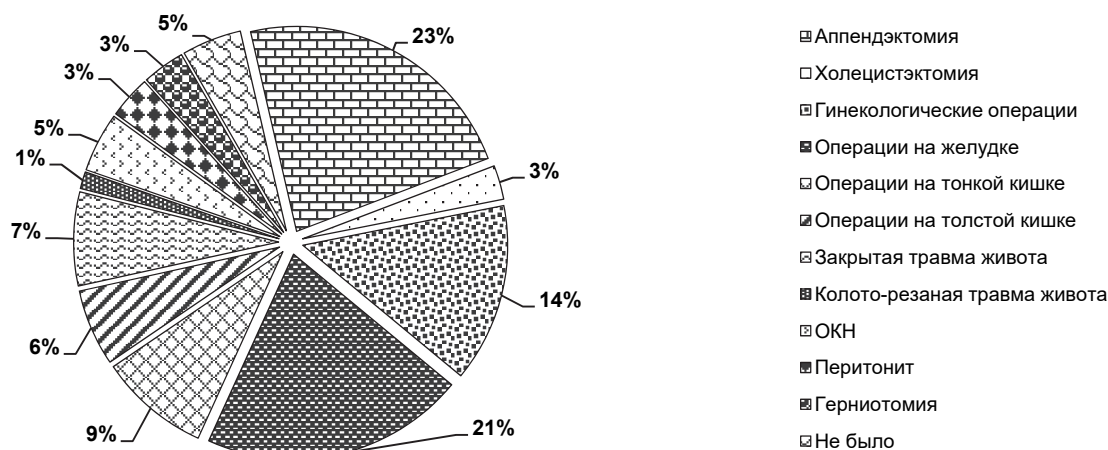


Рис. 1. Распределение пациентов в зависимости от вида оперативного вмешательства.

Причиной развития спаечной болезни явились различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Распределение пациентов в зависимости от вида оперативного вмешательства представлено на рисунке 1.

Наиболее часто спаечная болезнь органов брюшной полости развивалась после аппендэктомии – 34 случая (23 %), операций на желудке (гастрэктомия, резекция желудка) – 31 случай (21 %), гинекологических операций – 21 случай (14 %). У 7 пациентов (5 %) операций на животе не было вовсе, и диагноз выставлен интраоперационно.

В 98 наблюдениях (63 %) первичная операция носила экстренный характер, в 49 (32 %) – выполнялась в плановом порядке.

Удалось выяснить, что в 55 случаях (35,7 %) пациенты оперированы в стационарах районного уровня, а в 88 (57 %) – в хирургических отделениях городских больниц.

Структура первичных операций представлена на рисунке 2.

Спаечная болезнь в стационарах городского уровня чаще развивалась после вмешательств на желудке, червеобразном отростке и женских гениталиях, а в центральных районных больницах (ЦРБ) – после аппендэктомии, гинекологических операций, операций на кишечнике.

Первые клинические проявления спаечной болезни органов брюшной полости появились в среднем через 3 (1–8) года после операции. При этом количество операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости до настоящего обострения составило 0,27 (0–4).

Всем пациентам, поступившим в хирургическое отделение, назначалось консервативное лечение, и у 78 (51 %) из них удалось купировать обострение спаечной кишечной болезни. Прооперированы 76 (49 %) пациентов.

У 78 (51 %) пациентов с нарушением пассажа по желудочно-кишечному тракту анамнез спаечной болезни прослеживался в среднем в течение 3 (1–9) лет, а поступали они через 19 (7,9–48) часов после появления болей и нарушения отхождения стула и

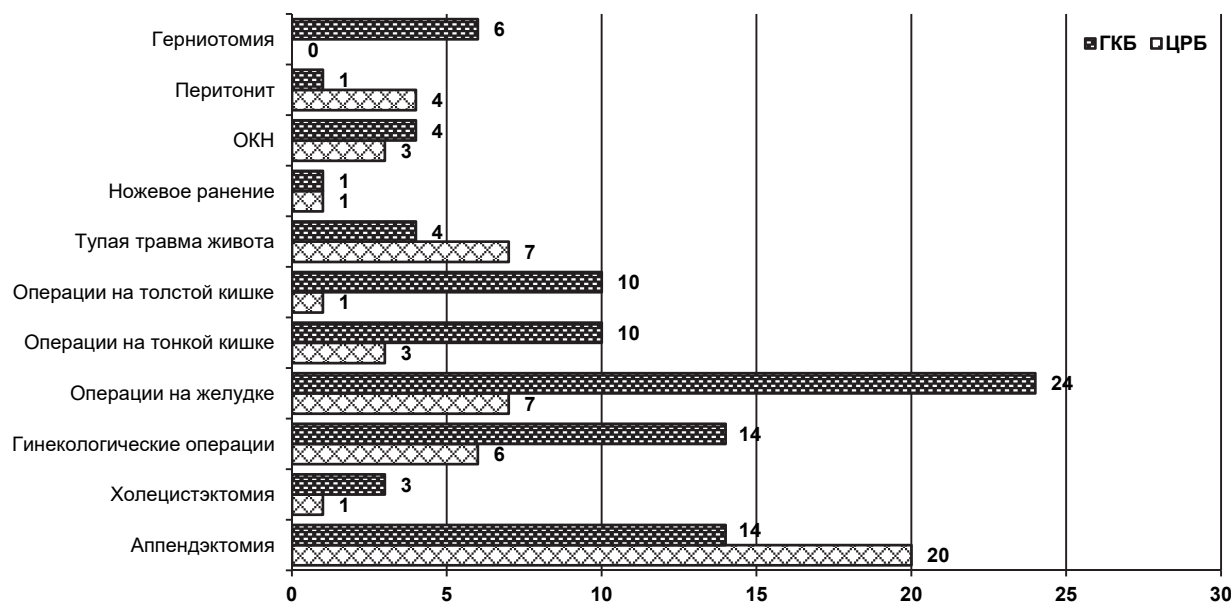


Рис. 2. Структура первичных операций.

газов. Проведение консервативных мероприятий (паранефральная блокада, спазмолитическая и инфузионная терапия) позволило добиться улучшения состояния и через 19 (13–35) часов восстановить пассаж по желудочно-кишечному тракту, что подтверждалось наличием бариевой взвеси в толстой кишке и клизмённых водах. Средний койко-день составил 4 (3,5–5) дня.

Семьдесят шесть пациентов со спаечной непроходимостью, поступивших через 24 (9,8–48) часа после обострения с анамнезом спаечной болезни в течение 1 (0,2–7) года, через 8,5 (5–12) часов безуспешной консервативной терапии были оперированы. Средний койко-день составил 11 (10–13) суток.

Из 154 пациентов умерло 9 (5,8%). Из них 8 было прооперировано, 1 пролечен консервативно. Причина его смерти – массивная тромбоэмболия легочной артерии. 8 пациентов умерли на фоне послеоперационных осложнений: послеоперационные несформированные кишечные свищи, абдоминальный сепсис, полиорганная недостаточность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, кишечная непроходимость, как осложнение спаечной болезни органов брюшной полости, остается актуальной проблемой медицины. По сложившемуся мнению, операции, часто приводящие к спаечной непроходимости, включают хирургию ободочной и прямой кишок, гинекологические вмешательства и экстренную аппендэктомию. Относительно низкий риск образования спаек имеется у пациентов, подвергшихся плановой аппендэктомии через небольшой разрез или кесареву сечению через разрез Pfannenstiel [5]. Обнаружено, что у большинства пациентов с непроходимостью кишечника причиной образования спаек были операции на органах, расположенных ниже брыжейки поперечной ободочной кишки [5]. При анализе наших данных наиболее

частой причиной возникновения спаечной болезни является аппендэктомия (23%), операции на желудке (21%) и гинекологические вмешательства (14%).

Экстренные оперативные вмешательства чаще приводят к возникновению спаечного процесса в брюшной полости. Около половины пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью подвергаются оперативному вмешательству.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Аюшинова Н.И., Шурыгина И.А., Шурыгин М.Г., Глинская Е.В. Оценка выраженности спаечного процесса в брюшной полости // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2014. – Т. 130, № 7. – С. 10–14.
Ayushinova NI, Shurygina IA, Shurygin MG, Glinkskaya EV (2014). Assessment of the severity of abdominal adhesions [Otsenka vyrazhennosti spaechnogo protsessa v bryushnoy polosti]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)*, (7), 10–14.
2. Аюшинова Н.И., Шурыгина И.А., Шурыгин М.Г., Панасюк А.И. Современные подходы к профилактике спаечного процесса в брюшной полости // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – Т. 105, № 6. – С. 16–20.
Ajushinova NI, Shurygina IA, Shurygin MG, Panasyuk AI (2011). Current approaches to the prevention of abdominal adhesions [Sovremennye podkhody k profilaktike spaechnogo protsessa v bryushnoy polosti]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)*, 105 (6), 16–20.
3. Баранов Г.А. Отдалённые результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости // Хирургия. – 2006. – № 7. – С. 56–58.
Baranov GA (2006). Late fate of surgical treatment of adhesive ileus [Otdalennyye rezul'taty operativnogo ustraneniya spaechnoy kishechnoy neprokhodimosti]. *Khirurgiya*, (7), 56–58.

4. Бурлев В.А., Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С. Перитонеальные спайки: от патогенеза до профилактики // Проблемы репродукции. – 2009. – № 3. – С. 36–44.

Burlev VA, Dubinskaya ED, Gasparov AS (2009). Peritoneal adhesions: from pathogenesis to prevention [Peritoneal'nye spayki: ot patogenezа do profilaktiki]. *Problemy reproduksii*, (3), 36-44.

5. Матвеев Н.Л., Арутюнян Д.Ю. Внутрибрюшные спайки – недооцениваемая проблема (обзор литературы) // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – Т. 13, № 5. – С. 60–69.

Matveev NL, Arutyunyan DY (2007). Intra-abdominal adhesions – an underestimated problem (literature review) [Vnutribryushnye spayki – nedootsenivayemaya problema (obzor literatury)]. *Endoskopicheskaya khirurgiya*, 13, 60-69.

6. Тарасенко Э.И. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость: диагностика и лечение // Анналы хирургии. – 2007. – № 4. – С. 61–65.

Tarasenko EI (2007). Acute adhesive small bowel obstruction: diagnosis and treatment [Ostraya spaechnaya tonkokishechnaya neprokhodimost': diagnostika i lechenie]. *Annaly khirurgii*, (4), 61-65.

7. Шавалеев Р.Р., Плечев В.В., Корнилаев П.Г., Пашков С.А., Дунюшкин С.Е. Профилактика спаечной болезни брюшины у больных с послеоперационными вентральными грыжами // Казанский медицинский журнал. – 2005. – Т. 86, № 1. – С. 24–26.

Shavaleev RR, Plechev VV, Kornilaev PG, Pashkov SA, Dunyushkin SE (2005). Prevention of peritoneal commissures in patients with postoperative ventral hernias

[Profilaktika spaechnoy bolezni bryushiny u bol'nykh s posleoperatsionnymi ventral'nymi gryzhami]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*, 86 (1), 24-26.

8. Amid PK (2002). Hyaluronate does not prevent adhesions. *J. Surg. Res.* 107 (2), 219-222.

9. De Cherney AH, di Zerega GS (1997). Clinical problem of intraperitoneal postsurgical adhesion formation following general surgery and the use of adhesion prevention barriers. *Surg. Clin. North Am.*, (77), 671-688.

10. Gutmann JN, Penzias AS, Diamond MP (1995). Adhesions in reproductive surgery. In: *Reproductive Medicine and Surgery; Wallach EE, Zaccur HA (eds.)*, 681-693.

11. Menzies D (2009). Peritoneal adhesions: Incidence, cause, and prevention. *Biomaterials*, (30), 3075-3083.

12. Mettler L, Audebert A, Lehmann-Willenbrock E et al. (2004). A randomized, prospective, controlled, multicenter clinical trial of a sprayable, site-specific adhesion barrier system in patients undergoing myomectomy. *Fertil. Steril.*, (82), 398-404.

13. O'Leary DP, Coakley JB (1992). The influence of suturing and sepsis on the development of postoperative peritoneal adhesions. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, (74), 134.

14. Ray NF, Denton WG, Thamer M, Henderson SC, Perry S (1998). Abdominal adhesiolysis: inpatient care and expenditures in the United States in 1994. *J. Am. Coll. Surg.*, (186), 1-9.

15. Wallwiener D, Meyer A, Bastert G (1998). Adhesion formation of the parietal and visceral peritoneum: An explanation for the controversy on the use of autologous and alloplastic barriers? *Fertil. Steril.*, (69), 132-137.

Сведения об авторах Information about the authors

Аюшинова Наталья Ильинична – кандидат медицинских наук, врач-хирург отделения гнойной хирургии № 1 ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» (664049, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, 100; e-mail: katnatlove@mail.ru)
Ayushinova Natalya Ilyinichna – Candidate of Medical Sciences, Surgeon of the Department of Purulent Surgery N 1 of Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology (664049, Irkutsk, Yubileyniy, 100; e-mail: katnatlove@mail.ru)

Шурыгина Ирина Александровна – доктор медицинских наук, профессор РАН, заместитель директора по научной работе ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» (664003, г. Иркутск, ул. Борцов Революции, 1; тел.: 8 (3952) 29-03-69; e-mail: irinashurygina@gmail.com)

Shurygina Irina Aleksandrovna – Doctor of Medical Sciences, Professor of Russian Academy of Sciences, Deputy Director for Science of Irkutsk Scientific Center of Surgery and Traumatology (664003, Irkutsk, Bortsov Revolutsii str., 1; tel.: +7 (3952) 29-03-69; e-mail: irinashurygina@gmail.com)

Шурыгин Михаил Геннадьевич – доктор медицинских наук, заведующий научно-лабораторным отделом ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии»

Shurygin Mikhail Gennadyevich – Doctor of Medical Sciences, Head of the Scientific Laboratory Department of Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology

Григорьев Евгений Георгиевич – член-корр. РАН, научный руководитель ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», заведующий кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (e-mail: egg@iokb.ru)

Grigoryev Evgeniy Georgievich – Corresponding Member of RAS, Scientific Advisor of Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, Head of the Department of Hospital Surgery of Irkutsk State Medical University (e-mail: egg@iokb.ru)