

П. М. Староконь, М. К. Шашкина, О. А. Стецюк, К. В. Чуфистов, С. В. Мулендеев

Поликлиника УФСКН России по Саратовской области, Саратовский военно-медицинский институт

МОНИТОРИНГ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ПОЛИКЛИНИКЕ

УДК 617.55-089-07-036.868(07)

Проведен мониторинг течения спаечной болезни брюшной полости у 80 пациентов в динамике поликлинического лечения с использованием физио-, бальнео- и пелоидопроцедур и контролем его эффективности с помощью ультразвукового метода, оценки качества жизни.

Ключевые слова: спаечная болезнь, течение, ультразвуковая диагностика, качество жизни.

Спаечная болезнь брюшной полости остается одной из нерешенных проблем абдоминальной хирургии. Клиническая картина патологического процесса многолика, лечение больных не имеет высокой эффективности, а принятие решений по применению тех или иных лечебных методов является трудным. Особенно когда решается вопрос применения оперативного пособия. Больные со спаечной болезнью брюшной полости наблюдаются у различных специалистов, нет единых подходов к проведению диагностических и лечебных мероприятий. И только когда клиническое течение осложняется спаечной кишечной непроходимостью, данной категорией больных начинают заниматься хирурги [1, 3].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Разработка достоверных диагностических критериев и улучшение результатов лечения больных спаечной болезнью брюшной полости в поликлинических условиях.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

За период 2005—2008 гг. под наблюдением в поликлинике УФСКН России по Саратовской области находилось 80 пациентов со спаечной болезнью. Все больные до взятия на учет в поликлинике проходили лечение в стационарах города по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, которая разрешилась консервативно. Средний возраст больных составил $(39,1 \pm 7,5)$ лет. Мужчины и женщины приблизительно распределены поровну. Патологический спаечный процесс проявлялся от 10 мес. до 12 лет, в среднем $(4,6 \pm 0,8)$ лет. У 68 % больных спаечная болезнь развилась после оперативных вмешательств на нижних этажах брюшной полости — аппендэктомии, гинекологические операции. Мониторинг клинического течения спаечной болезни проводился до начала лечения, после окончания лечебного курса, через 4—6 мес. и спустя 1 год после проведенного лечения. Диагностическая программа включала сбор жалоб и анамнеза, осмотр специалистов (терапевт, гинеколог), общеклинические

обследования, а также ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, обзорную рентгенографию живота, контрастную энтерографию с барием. УЗИ выполнялось на аппарате «ЛОДЖИК—400» фирмы «Дженерал Электрик» (США) секторным (4 МГц) и линейным (7 МГц) датчиками. Лечебная программа состояла из 1—2 курсов физио-, бальнео-, пелоидолечения. Лечение включало применение общих серных ванн (общим курсом 10—14 процедур), грязевых аппликаций на переднюю брюшную стенку (до 10 процедур), гальваногрязелечения (5—10 процедур) при спастическом характере абдоминальной боли, гидромассажа области живота (10—14 процедур) по схеме. Женщинам при отсутствии противопоказаний выполнялись грязевые вагинальные тампоны (до 10 процедур). Через 10—12 мес. у 32 пациентов проведен повторный курс лечения в поликлинике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На начальном этапе клинического исследования у 100 % больных наблюдался болевой синдром в животе. Из них постоянные боли отмечены у 77,5 %, а схваткообразные — у 22,5 % пациентов. Кроме болевого синдрома у 30 % больных отмечался дискомфорт в отдельных отделах живота, у 31 % пациентов были проблемы с актом дефекации в виде запоров. Выявлены тревожные состояния, связанные с болезнью, у 15 %, а также трудности, связанные с выполнением профессиональных обязанностей, у 10 % пациентов. Выполнение обзорной рентгенографии органов живота не дало достоверных признаков спаечной болезни брюшной полости, хотя у некоторых больных отмечался пневматоз кишечника, а также единичные уровни жидкости. У 44 пациентов выполнена контрастная энтерография с барием. При исследовании выявили у 37 пациентов замедление пассажа контраста, у 12 больных — симптом «галактики» (задержка частиц бария среди утолщенных деформированных складок слизистой кишок после его опорожнения), у 7 пациентов отсутствовало смещение при смене положения больного.

Наиболее информативным оказалось ультразвуковое исследование. Область обследования включала зону наибольшей болезненности, зону послеоперационных рубцов и асимметрий живота. Оценка патологического процесса и функционального состояния кишечника проводилась по следующим критериям: визуализация петель кишечника; диаметр петли кишки; толщина и структура кишечной стенки; оценка моторики кишечника; характер содержимого кишечника (симптом «внутрипросветного депонирования жидкости»); смещение петель кишечника относительно друг друга и передней брюшной стенки; наличие свободной жидкости между петлями кишечника и в других отделах в брюшной полости. Разработан бланк ультразвукового исследования живота у больных со спаечной болезнью брюшной полости. После проведенного курса лечения положительная динамика отмечалась у 78 пациентов (2 пациента выбыли в процессе лечения по обстоятельствам личного характера). Болевой синдром после лечения наблюдался у 48 пациентов (40 %). Изменился и характер болей: схваткообразные боли наблюдались у пациентов в 2 раза реже. Дискомфорт в отдельных отделах живота наблюдался у 13 % пациентов. Уменьшились проявления астенического синдрома у 15 пациентов. Контрастная энтерография с барием после лечения показала положительную динамику у 27 % пациентов, что проявлялось в нормализации пассажа контраста по кишечнику. Тем не менее данное исследование не давало четкого представления о характере и динамике спаечного процесса. Результаты ультразвукового исследования спаечного процесса брюшной полости до и после лечения представлены в табл. 1.

ТАБЛИЦА 1

Динамика ультразвуковых изменений спаечного процесса брюшной полости до и после лечения

Симптомы	Количество больных			
	До лечения		После лечения	
	Абс	%	Абс	%
Визуализация петель кишечника: - расширенные с жидким содержимым;	64	80	41	52,6
- конгломерат, состоящий из множества петель;	6	7,5	5	6,4
- стенка кишки фиксирована к передней брюшной стенке	10	12,5	8	10,3
Нарушение перистальтики	80	100	32	41,0
Изменение диаметра кишки	80	100	56	71,8
Смещение петель кишечника относительно друг друга и передней брюшной стенки	23	30	64	82,0
Нарушение проб:				
- тракционной;	80	100	16	20,5
- с форсированным дыханием;	80	100	16	20,5
- компрессионной	80	100	16	20,5

После лечения ультразвуковая картина у обследованных больных изменилась: расширенные петли кишки с жидким содержимым до лечения визуализировались у 64 пациентов, после лечения —

у 41 пациента. Ультразвуковой мониторинг показал, что после окончания курса лечения у 76 (97,5 %) пациентов отмечено уменьшение диаметра кишки на фоне лечения, уменьшение объема секвестрированной в просвет кишечника жидкости, уменьшение толщины кишечной стенки в зоне спаек. Также было определено у 64 (82 %) пациентов повышение смещаемости кишечных петель в области ранее регистрируемой фиксации. Тем не менее, такие ультразвуковые признаки спаечного процесса, как визуализирующиеся конгломераты, состоящие из множества петель, а также фиксация стенки кишки к передней брюшной стенке мало изменились в ходе наблюдения. Проведенное исследование через 4—6 и 10—12 мес. показало, что ультразвуковая картина течения спаечного процесса имела определенную положительную динамику. Так, у 65 (90,3 %) пациентов через 4—6 мес. улучшилась смещаемость петель кишки, через 10—12 мес. положительная динамика отмечалась уже у 68 (97,1 %) человек. Уменьшилось количество расширенных петель кишечника с жидким содержимым, так через 12 мес. они наблюдались у 30 (42,9 %) пациентов. Положительная динамика отмечалась при ультразвуковом исследовании также при проведении пробы тракционной и с форсированным дыханием.

ТАБЛИЦА 2

Показатели качества жизни больных спаечной болезнью по опроснику SF-36 в разные сроки наблюдения ($M \pm m$) ($p < 0,05$)

Показатели качества жизни	До лечения $n = 80$	После лечения $n = 78$	Через 6 мес. $n = 72$	Через 1 год $n = 70$
PF – физическое функционирование	55,3 ± 2,7	65,5 ± 2,1	57,4 ± 2,8*	59,6 ± 2,6*
RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	24,7 ± 4,1	59,3 ± 4,0	56,9 ± 4,7	56,1 ± 3,8
BP – интенсивность боли	41,2 ± 2,5	62,4 ± 2,0	54,3 ± 2,6	53,3 ± 2,2
GH – общее состояние здоровья	45,7 ± 1,3	50,4 ± 0,9	43,2 ± 1,3*	46,7 ± 1,1*
VT – жизненная активность	40,8 ± 1,6	51,7 ± 1,4	43,0 ± 1,4*	51,1 ± 1,5
SF – социальное функционирование	46,6 ± 2,3	65,1 ± 1,9	53,0 ± 2,6	50,9 ± 2,2*
RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	25,8 ± 4,3	62,8 ± 3,6	58,3 ± 4,4	55,2 ± 4,0
MH – психическое здоровье	48,3 ± 1,7	60,0 ± 1,0	56,4 ± 1,4	50,7 ± 1,2*
RH общий – физический компонент здоровья	44,2 ± 0,7	48,2 ± 0,6	47,1 ± 0,8	47,6 ± 0,7

* $p > 0,05$ — не достоверно по отношению к показателям до лечения.

Одним из критериев положительной динамики спаечного процесса в брюшной полости было определение качества жизни больных. Для изучения качества жизни применялся универсальный опросник SF-36 [2]. Качество жизни больных со спаечной болезнью до лечения было стойко снижено по показателям как физического, так и психического здоровья. Снижение качества жизни у больных спаечной болезнью зависело от длительности заболевания и частоты возникновений обострений. Многофакторная оценка качества жизни показала заметное отрицательное воздействие болевого синдрома практически на все стороны жизнедеятельности пациентов со спаечной болезнью. Низкий уровень качества жизни должен служить аргументом в пользу его многофакторного анализа. Исследование его в динамике — один из обязательных параметров оценки эффективности лечения. При изучении динамики качества жизни наблюдается улучшение всех параметров исследования.

Так показатель «физическое функционирование» (PF) после лечения увеличился с 55,3 до 65,5 балла, что свидетельствовало о меньшей ограниченности физической активности, связанной с состоянием здоровья. Показатель «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP) увеличился с 24,7 до 59,3 балла. Повседневная деятельность стала менее ограничена физическим состоянием пациентов. Изменились и улучшались такие показатели, как «интенсивность боли» (BP) с 41,2 до 62,4 баллов, показатель «жизненной активности» (VT) с 40,8 до 51,7 балла, показатель «социальное функционирование» (SF) с 46,6 до 65,1 балла. У пациентов на

фоне лечения повысился уровень общения. Показатель «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) увеличился с 25,8 до 62,8 балла. Улучшение эмоционального состояния повысило повседневную деятельность пациентов. Через 6 месяцев положительная динамика выявлена у 60 % повторно обследованных. Через 1 год тенденция к положительной динамике сохранялась.

Таким образом, при изучении клинического течения спаечной болезни брюшной полости важными моментами являются проявления ее клинической картины, применение контрастной энтерографии с барием. Наиболее информативным является ультразвуковое исследование брюшной полости с направленным изучением проблемных зон живота. Ультразвуковой мониторинг является информативным, доступным и малозатратным. Он позволяет контролировать клиническое течение спаечного процесса в динамике на фоне лечения, что подтверждено также положительной динамикой качества жизни у больных со спаечным процессом брюшной полости на протяжении всего периода наблюдения и лечения в поликлинике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А. А., Бебуришвили А. Г. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек. — Волгоград: Государственное учреждение «Издатель», 2001. — 240 с.
2. Новик А. А., Ионова Т. И. Исследование качества жизни в медицине: Учеб. пос. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 304 с.
3. Чекмазов И. А. Спаечная болезнь брюшины. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 160 с.

И. А. Сучилин, Д. А. Маланин, Л. Л. Черезов, А. С. Саргсян

ВолГМУ, ВНЦ РАМН и АВО, МУЗ КБ № 12

ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ ТРАНСПЛАНТАТОМ «КОСТЬ-СУХОЖИЛИЕ-КОСТЬ» С ФИКСАЦИЕЙ PRESS-FIT: КОМПРОМИСС ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВА?

УДК 617.583:616-089.844:616-089.22

В клиническом исследовании проведена оценка переднего смещения голени после реконструкции передней крестообразной связки коленного сустава с фиксацией бедренного компонента трансплантата из собственной связки надколенника путем плотной посадки по сравнению с фиксацией интерферентным винтом.

Ключевые слова: реконструкция крестообразной связки, press-fit фиксация, фиксация интерферентным винтом.

Ауто трансплантат из связки надколенника «кость-сухожилие-кость» («ВТВ» — bone — patellar tendon — bone) остается на протяжении нескольких десятилетий одним из наиболее часто используемых пластических матери-

алов для реконструкции передней крестообразной связки (ПКС), а его фиксация в костных каналах интерферентными винтами — «золотым стандартом» для сравнения с другими методами.