

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКЛОННОСТИ К СПАЕЧНОМУ ПРОЦЕССУ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Ш.Т.САЛИМОВ, Э.А.БЕРДИЕВ

Definition of a tendency for adhesion process of children after surgery ruterferences

SH. T SALIMOV. E.A.BERDIEV

Республиканский научный центр миниинвазивной и эндоскопической хирургии детского возраста, Ташкентская медицинская академия

У 53 оперированных детей изучены факторы риска индивидуальной склонности к спаечному процессу. Показано, что около 50% больных имеют склонность к спаечному процессу. Основными факторами риска являются резкое угнетение фибринолиза и повышение концентрации фибриногена. Делается вывод, что выявленные предрасполагающие к спаечному процессу факторы должны быть учтены при разработке и проведении мер ранней профилактики.

The pathogenesive factors of the individual tendency of adhesion process of each patient (53) have been investigated by the authors. The results of researching showed that 50 percent of patients have a tendency to adhesion process. The main risks factors are the blunt oppression of fibrinoliz and the increasing of the concentration of fibrinogen in the blood of the operated sick children. The corresponding measures for an early prophylactic of the adhesion process must be taken in to account.

Предупреждение и лечение спаечной непроходимости кишечника - сложная нерешенная проблема современной клинической хирургии, требующая своего решения. В последнее десятилетие отмечается устойчивый рост числа больных со спаечной кишечной непроходимостью, удельный вес которой среди других видов кишечной непроходимости достигает 48-60% [3-5].

Нами проанализированы истории болезни 6506 больных, оперированных по поводу острой хирургической патологии брюшной полости, в 1992-2000 гг.

Из общего числа прооперированных по поводу различной патологии детей с картиной спаечной болезни поступили 780 (12,0%), с периодическими болями в животе - 1280 (19,7%). Эти данные свидетельствуют о том, что не у всех пациентов спаечный процесс протекает одинаково. В беседе с родителями 86 детей было выявлено, что 53 (61,1%) из них перенесли операцию в брюшной полости: из них аппендэктомию - 42, по поводу перфорации язвы двенадцатиперстной кишки - 5, резекцию желудка - 3, по поводу травмы органов брюшной полости - 3. Но только у 17 (32,0%) развилась спаечная болезнь и лишь 5 из них оперированы по поводу спаечной кишечной непроходимости.

Целью работы явилось изучение индивидуальной склонности к спаечному процессу в брюшной полости у детей, которые перенесли оперативные вмешательства.

Материал и методы

Известно, что одним из ключевых моментов в патогенезе формирования послеоперационных спаек является нарушение в системе тканевого фибринолиза [1,2,4]. Нами изучено состояние фибринолиза и концентрация фибриногена до, во время и через 5 суток после операции.

Обследованы 53 больных в возрасте от 7 до 14 лет с острыми деструктивными аппендицитами (флегмонозные, гангренозные). Мальчиков было 34, девочек-19. Больные условно были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 29 (54,7%) детей, которым сообщали о пла-

нируемой операции. Во 2-ю группу включены 24 (45,2%) больных, которых не предупредили о готовящейся операции, а лишь сообщили, что планируется обследование.

У всех детей через 2 часа брали венозную кровь для определения концентрации фибриногена и фибринолитической активности крови.

Результаты и обсуждение

Среди больных 1-й группы повышение концентрации фибриногена наблюдалось у 11 (37,9), из них у 8 - до $412 \pm 18,4$ мг%, а у 3 (10,3%) - от 468 до 488 мг%. У остальных 18 больных уровень фибриногена был в пределах 364-400 мг%. Эти показатели также считаются высокими (в норме 338 ± 26 мг%). Среди больных 2-й группы увеличение концентрации фибриногена до 394 мг% зарегистрировано только у 2. У остальных содержание фибриногена было близко к нормальным цифрам. Эти данные свидетельствуют о том, что организм больного, который знает о планируемой операции, готовится к этому, что является защитной реакцией. Не зря Окснер (1930) говорил: «Если бы брюшная полость не обладала способностью образовывать спайки, хирургия вряд ли была осуществимой».

Во время лапароскопических оперативных вмешательств анализы крови на концентрацию фибриногена и фибринолитическую активность повторяли. Концентрация фибриногена колебалась от 480 до 1240 мг%, в среднем составляя 844 ± 28 мг%. Наряду с этим выявлено резкое угнетение фибринолитической активности крови, которая варьировала от 96 до 158 мг% (в норме $310 \pm 8,7$ мг%), в среднем - $136 \pm 7,6$ мг%. Эти показатели свидетельствовали о том, что на фоне резкого угнетения фибринолитической активности крови создаются оптимальные условия для превращения фибриногена в фибрин, а фибрин переходит в коллаген, что является началом спаечного процесса. У некоторых пациентов концентрация фибриногена возрастала в 1,5-3 раза. С концентрацией фибриногена коррелировала фибринолитическая активность. Эти данные свидетельствуют о

том, что у тех больных, у которых ингибиторы фибринолиза оставались в пределах нормы, концентрация фибриногена увеличивалась в 1,5-2 раза, и фибринолитическая активность выражено не угнетена. У тех больных (17), у которых имелась недостаточность ингибиторов, отмечалось резкое повышение концентрации фибриногена и угнетение фибринолитической активности крови.

Больные, у которых резко возрастает концентрация фибриногена и угнетается фибринолиз, склонны к спаечному процессу. Они требуют соответствующей коррекции фибринолитической активности для раннего предотвращения спаек. С этой целью в конце операции всем больным в брюшную полость вводили фибринолитическую смесь, состоящую из гепарина 10 тыс. ЕД, фибринолизина 20 тыс. ЕД, гидрокортизона 125 мг, гентамицина 80 мг и раствора новокаина 0,25% 200. 17 больным, у которых в брюшной полости оставлен микроирригатор, эту же смесь вводили через 6-8 часов. Через 6 часов после вливания вновь исследовали венозную кровь. При этом концентрация фибриногена была ниже, чем до операции - 614 ± 14 мг% ($P < 0,001$) (исходно 844 ± 28 мг%), а фибринолитическая активность крови выше - до $248 \pm 8,4$ мг% (исходно $136 \pm 7,6$ мг%).

Известно, что при высокой концентрации фибриногена фибринолиз несколько угнетается. Учитывая это, фибринолитическую смесь продолжали вводить внутрибрюшинно 2 раза в день. В конце 2-х - начале 3-х суток наблюдалось постепенное снижение концентрации фибриногена, но показатели ее были у всех больных разными. У 38 (71,7%) детей концентрация фибриногена в среднем снижалась до 402 ± 12 мг%, а у 15 (28,3%), превышала норму - 486 ± 16 мг%. Наряду с этим отмечалось увеличение фибринолитической активности - соответственно до 288 ± 18 и 212 ± 14 мг%. Введение фибринолитической смеси продолжали тем больным (15), у которых была дренажная трубка. На 5-е сутки после операции все больные были активными, перистальтика кишечника хорошо выслушивалась, отмечался пассаж кишечника. При повторном анализе наблюдалось снижение концентрации фибриногена в среднем до 386 ± 16 мг% и увеличение фибринолитической активности в среднем до $302 \pm 6,0$ мг%, т.е. изучаемые показатели были близки к норме.

Закключение

Таким образом, концентрация фибриногена и фибринолитическая активность крови играют ключевую роль в патогенезе спаечного процесса. Во время оперативных вмешательств нужно выявлять больных, имеющих склонность к спайкообразованию, в зависимости показателей концентрации фибриногена и фибринолитической активности крови. Склонными к спаечному процессу можно считать тех больных, у которых резко повышается концентрация фибриногена более 1 млн мг% и

снижается фибринолитическая активность до 60-80 мг%. С целью ранней профилактики уже на этапе оперативного вмешательства в комплекс лечения необходимо включать внутрибрюшное введение фибринолитической смеси через дренаж под контролем концентрации фибриногена и фибринолитической активности венозной крови. При адекватной коррекции фибринолиза в течение 5-6-ти суток отмечается постепенная нормализация этих показателей. Наряду с этим, благодаря ранней профилактике спаечного процесса наблюдается быстрое восстановление моторики кишечника, что также препятствует спаечному процессу. Эффективной профилактикой спаечного процесса считаем предотвращение спаек с начала образования фибрина и коллагена. После их появления проводимая терапия мало эффективна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиханов Д.М. Гемостазиограмма в оценке нарушений в системе гемостаза у хирургических больных. Вестн хир 1985; 10: 58-64.
2. Аршинов А. Исследование системы гемостаза в клинической практике. Врач 2000; 9: 30-31.
3. Гуляев В.А. Нарушение гемостаза и его коррекция при операциях на печени. Анналы хир гепатол 2005; 1: 122-130.
4. Грелик П.В. и др. Спаечная болезнь, спаечная кишечная непроходимость, патогенез, диагностика, тактика лечения и профилактики: Метод рекомендации. Минск 2000.
5. Шамсиев А.М. и др. Профилактика спаечных осложнений после оперативных вмешательств при аппендикулярном перитоните и острой спаечной кишечной непроходимости. Детская хир 2005; 5: 7-9.

Болаларда жаррохлик амалиётларидан сўнг битишмали жараёнларга мойиллигини аниқлаш

Ш.Т.Салимов, Э.А.Бердиев

Республика болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий-амалий маркази,
Тошкент тиббиёт академияси

Муаллифлар 53 та бемор болада операциядан сўнги битишмали касаликка мойиллик туғдирувчи омилларни ўрганганлар. Битишмали касаликка мойиллик операция бўлган болаларнинг тахминан 50%ида аниқланган. Фибринолизнинг кескин сусайиши ва фибриноген концентрациясининг кўтарилиши битишмали асоратга мойиллик туғдирувчи омилларнинг асосийлари, деб топилган. Битишмали жараённинг профилактикаси тадбирларини ишлаб чиқишда ва амалга оширишда айнан шу кўрсаткичларни инобатга олиш зарурлиги таъкидланган.