УДК 616-007.274-089:612-092.9

В. Є. Вансович

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА ПЕРЕБІГУ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ

Одеський державний медичний університет

Стрімкий розвиток абдомінальної хірургії в останні десятиріччя супроводжується й збільшенням кількості хворих на спайкову хворобу [1; 2]. Утворення спайок у черевній порожнині після абдомінальних оперативних втручань — один з основних факторів інвалідизації хворих у післяопераційному періоді, що робить спайкову хворобу не тільки хірургічною, а й значною мірою соціальною проблемою [3]. Попри велику кількість експериментальних і клінічних робіт, спрямованих на розробку шляхів запобігання спайковій хворобі, проблема її профілактики не вирішена. Ведуться розробки у напрямках зменшення травматизації очеревини, зниження інтенсивності запальної реакції у зоні оперативного втручання, запобігання надмірному фібриноутворенню в черевній порожнині, створення захисних плівок на мезотелії [1]. Доведено значення спадкових і набутих факторів [4], значення реактивності [5] і систем, що забезпечують неспецифічну резистентність організму [6] у виникненні та прогресуванні спайкової хвороби. Але при цьому у сучасній літературі недостатньо акцентується увага на схильності до спайкоутворення у різні вікові періоди й ефективності різних засобів профілактики спайкової хвороби залежно від цих факторів.

Мета нашої роботи — з'ясування залежності частоти виникнення та характеру перебігу спайкової хвороби від віку хворих.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізована захворюваність на спайкову хворобу очеревини за даними роботи хірургічного відділення міської клінічної лікарні № 2 Одеси протягом 2001–2005 рр. Під спостереженням перебувало 175 пацієнтів, госпіталізованих до хірургічного відділення з діагнозом «Спайкова хвороба. Гостра спайкова кишкова непрохідність» і прооперованих з приводу гострої спайкової кишкової непрохідності. Вік хворих — від 18 до 84 років. Середній термін виникнення спайкової непрохідності становив 3,8 року від моменту останнього оперативного втручання. У 168 (96,0 %) хворих в анамнезі були операції на органах черевної порожнини, у 7 (4 %) — тупа травма живота або запальні захворювання органів черевної порожнини. Серед перенесених раніше оперативних втручань переважала апендектомія (35,1 % хворих); 14,9 % були оперовані з приводу проникного поранення або закритої травми живота з розривом внутрішніх органів; 11,9 % — кишкової непрохідності різного генезу; 11,3 % — патології органів малого таза; 9,5 % — різних видів гриж; 17,2 % пацієнтів перенесли інші оперативні втручання.

Усі хворі були поділені на вікові групи: 15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75 років і старше — відповідно до класифікації за віком, наведеної у МКХ 10-го перегляду. Визначали абсолютну кількість хворих різних вікових груп, прооперованих за досліджуваний період, особливості перебігу спайкової хвороби залежно від віку хворого. Отримані дані статистично обробляли за допомогою програмного забезпечення Statistica v 5.5 з використанням критерію Ньюмена — Кейлса [7].

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті проведених досліджень встановлено, що кількість хворих, прооперованих з приводу гострої кишкової непрохідності спайкової етіології, коливається залежно від віку. Найменша кількість хворих спостерігалася у вікових групах від 15 до 24 років та у пацієнтів, старших 75 років (таблиця). Порівняно менша кількість хворих у першій групі, ймовірно, пов'язана з тим, що пацієнти віком від 15 до 18 років проходять лікування в дитячих хірургічних відділеннях. Навряд чи можна робити висновок про перебіг спайкової хвороби і порівнювати його з іншими віковими гру-

Таблиця

Захворюваність на спайкову хворобу в різних вікових групах

Кількість хворих		Вікова група, роки					
	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75 і більше
Група	I	II	III	IV	V	VI	VII
Абсолютна кількість хворих	9	35	26	25	44	25	11
В середньому за рік	2,25± ±0,25*2-6	8,75± ±0,75*1-5,7	6,50± ±0,29*1,2,5,7	6,25± ±0,49*1,2,5,7	11,00± ±1,08*1-7	6,25± ±0,75*1,5,7	2,75± ±0,48*2-6

Примітка. *1-6 — P<0,05 порівняно з групою I, II, III, IV, V, VI відповідно.

пами у групі пацієнтів, яким виповнилося 75 років і більше, враховуючи середню тривалість життя в Україні, яка становить лише трохи більше 60 років.

Тому основна увага була приділена аналізу захворюваності на спайкову хворобу у пацієнтів віком від 25 до 74 років. Найбільша кількість хворих прооперована у віці 55–64 роки (V група) та 25–34 роки (II група). Статистично вірогідні відмінності між цими групами відсутні.

У V віковій групі за рік оперативних втручань зазнали в середньому на 69,2 % пацієнта більше, ніж у III, і на 76 % більше, ніж у IV групі. Водночас у II віковій групі прооперовано в середньому за рік на 34,6 і 40 % більше пацієнтів, ніж у III та IV групах відповідно.

Після з'ясування частоти спайкової хвороби у пацієнтів різного віку дослідили характер її перебігу. Увагу зосередили на II–V вікових групах.

Встановлено, що у хворих II групи переважали щільні органні (площинні) зрощення або шнуроподібні спайки, які рідко поширюються за зону виконаного раніше оперативного втручання. У цих пацієнтів терміни розвитку ускладнених форм спайкової хвороби були меншими, ніж у групах порівняння, частіше розвивалася рання спайкова кишкова непрохідність (3-тя–14-та доба післяопераційного періоду) з високим ризиком странгуляції.

У хворих V групи спайковий процес мав виразну тенденцію до розповсюдження за зону оперативного втручання з утворенням множинних вісцеро-вісцеральних і вісцеро-парієтальних зрощень, нерідко з участю великого сальника і невисоким ступенем колагенізації та васкуляризації спайок. У цих пацієнтів існує схильність до утворення кишкових «двостволок» і конгломератів. Середні терміни розвитку ускладнених форм спайкової хвороби вищі, ніж у інших групах. Хворі III–IV груп займають проміжне положення за середніми термінами розвитку ускладнень. Перебіг спайкової хвороби у них характеризувався різноманітністю і поліморфізмом зрощень. Виявлено утворення дистанційних спайок плівчастого, стрічкоподібного і шнуроподібного типів, а також вісцеро-вісцеральних, вісцеро-лапаротомних і вісцеро-парієтальних. Залежно від анатомічної ділянки черевної порожнини, ураженої спайковим процесом, і типу спайок зафіксовано різні варіанти спайкоутворення: странгуляційний, конгломератоутворення або змішані форми.

Захворюваність на спайкову хворобу переважала у групах найстаршого і наймолодшого віку. Можливо, це пояснюється у першому випадку зниженням функціональної здатності систем, що забезпечують неспецифічну резистентність організму; у другому випадку — навпаки, підвищеною реактивністю організму і вираженою запальною реакцією на дію незначних за інтенсивністю подразників.

На користь останніх припущень свідчать і відмінності клінічного перебігу спайкової хвороби в осіб різного віку. Так, у пацієнтів вікової групи 55–64 років тенденція до поширення спайкового процесу за межі зони оперативного втручання разом із порівняно меншою кількістю спайок може свідчити про тривалий перебіг запального процесу в тканинах очеревини. У свою чергу, це може бути пов'язане з віковими змінами неспецифічної резистентності організму. Навпаки, у віковій групі 25–34 років обмежений за розповсюдженістю спайковий процес супроводжується швидким утворенням порівняно великої кількості грубих спайок, в основі чого можуть лежати особливості реактивності організму. До того ж порівняно частіше у пацієнтів згаданої вікової групи виникала рання спайкова кишкова непрохідність.

Таким чином, виявлені вікові особливості захворюваності на спайкову хворобу очеревини, ускладнену гострою кишковою непрохідністю, потребують подальших досліджень патогенетичних механізмів, які лежать в їх основі. Це дозволить розробити методи цілеспрямованої профілактики і прогнозування надмірного спайкоутворення з урахуванням віку хворих, що має підвищити їхню ефективність.

Висновки

1. Максимальна кількість випадків спайкової хвороби спостерігається у вікових групах 25–34 і 55–64 років.

2. У осіб молодого віку поширеність спайкового процесу менша, ніж у хворих похилого віку, але вираженість спайкового процесу в уражених ділянках вища.

Перспективи подальших досліджень. Необхідно з'ясувати причини вікових відмінностей частоти виникнення спайкової хвороби після лапаротомії для розробки засобів профілактики надмірного спайкоутворення.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Воробьев А. А., Бебуришвили А. Г.* Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек. — Волгоград: Государственное учреждение «Издатель», 2001. — 240 с.

2. *Профілактика* злукового процесу органів черевної порожнини / Т. В. Семенова, І. С. Бомбушкар, Є. Ю. Мірошниченко та ін. // Шпитальна хірургія. — 2000. — № 1. — С. 130-133.

3. *Афанасьєв С. В.* Медико-експертна допомога хворим та інвалідам зі спайковою хворобою черевної порожнини // Шпитальна хірургія. — 2003. — № 4. — С. 18-22.

4. *Вансович В. Є.* Значення спадкової схильності у виникненні спайкової хвороби очеревини // Вісник проблем біології та медицини. — 2005. — № 4 . — С. 18-21.

5. *Покидько М. І., Феджага І. П.* Клінічні та експериментальні основи прогнозування спайкової хвороби очеревини // Шпитальна хірургія. — 2001. — № 3. — С. 84-86.

6. *Вансович В. Є.* Особливості експериментального спайкоутворення в щурів з різним функціональним станом глутатіонзалежної ланки антиоксидантної системи / Актуальні питання клінічної анатомії та оперативної хірургії: матеріали всеукраїнської наукової конференції (11–13 жовтня 2004 р.) // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. — 2004. — № 3. — С. 40-41.

7. *Гланц С.* Медико-биологическая статистика. — М.: Практика, 1998. — 459 с.

УДК 616.74-073

Ю. І. Горанський, С. В. Мосенко

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛІНЕВРИТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ДЕЯКИХ ХРОНІЧНИХ ЕКЗОГЕННИХ ІНТОКСИКАЦІЯХ

Одеський державний медичний університет

Клінічні прояви токсичних уражень нервової системи вирізняються варіабельністю і залежать від тропності токсичного агента до тих чи інших її структур, а також чутливості їх до ушкоджуючого фактора. Крім залучення центральної нервової системи (ЦНС), можливе ураження периферичного відділу, найчастіше в вигляді поліневропатії, як правило, аксонального або змішаного аксонально-демієлінізуючого типу [1–4].

Наприклад, клінічні прояви ураження периферичної нервової системи у хворих, які страждають на алкоголізм, виникають, за даними різних авторів [2; 5], в 9–67 % випадків, що пов'язано з особливостями контингенту обстежених, використовуваними методами та критеріями діагностики захворювання. Частота хронічного вживання алкоголю, за результатами епідеміологічних досліджень [2], становить від 3 до 10 % серед населення старше 18 років. Найпоширеніша клінічна форма — хронічна алкогольна поліневропатія, що характеризується повільно прогресуючим перебігом; також можливі випадки гострого й підгострого розвитку захворювання. Розрізняють три основні [2; 4] клініко-патогенетичні форми поліневропатії, пов'язані з алкоголізмом: токсична (власне алкогольна), тіаміндефіцитна та змішана. В основі всіх форм — аксональна дегенерація, що залучає різні типи нервових волокон — переважно моторні, сенсорні або вегетативні, що й визначає їх клінічні відмінності. Хронічна інтоксикація ацетоном, етилацетатом, аліфатичними та нафтеновими вуглеводнями, що відбувається в токсикоманів, призводить до розвитку сенсомоторної або сенсорної поліневропатії змішаного типу з повільно прогресуючим перебігом та водночас симптомів ураження ЦНС [2; 4]. Нарешті, ураження периферичної нервової системи при хронічних свинцевих отруєннях, найчастіших серед отруєнь важкими металами, характеризується розвитком переважно аксональної поліневропатії [2].

Мета роботи — вивчення клінічних проявів, електрофізіологічних параметрів і термотопографічних характеристик