

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Сопуев А.А., Орозобеков Б.К., Овчаренко К.Е., Элеманов Н.Ч.,
Маматов Н.Н., Ибрагимов У.К.

Национальный хирургический центр, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В основу работы положен анализ результатов диагностики и тактики лечения 157 пациентов поступившие с различными формами СКН в НХЦ МЗ КР за 2008 г. 99,6% пациентов ранее перенесли операции на брюшной полости от 1 до 6 раз. 28% неоднократно оперированы по поводу ОСКН. Из 157-ми пациентов 88-ми больным с симптомами компенсированной СКН проведены консервативные лечебные мероприятия. Оперировано 69 пациентов (36 женщин, 33 мужчин). Во время оперативного вмешательства обнаруживали различные варианты сращений брюшной полости. Исходя из этого определение хирургической тактики в каждом конкретном случае решается индивидуально, учитывая характер и распространенность спаечного процесса, уровень кишечной непроходимости, степень декомпенсации кишечника, наличие или отсутствие перитонита, состояние больного и квалификация хирурга.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, сращение, тактика лечения.

ИЧЕГИНИН ЖАБЫШЫП ТҮЙҮЛҮП КАЛЫШЫНАН ЖАБЫРКАГАН ООРУЛУУЛАРДЫН ДИАГНОСТИКА ЖАНА АЙЫКТЫРУУ ЖОЛДОРУНУН ЖЫЙЫНТЫГЫНА АНАЛИЗ ЖҮРГҮЗҮҮ

Сопуев А.А., Орозобеков Б.К., Овчаренко К.Е., Элеманов Н.Ч.,
Маматов Н.Н., Ибрагимов У.К.

Улуттук хирургия борбору, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Төмөндөгү жумуштун негизин КР Саламаттыкты Сактоо Министрлигине караштуу Улуттук Хирургия Борборуна 2008 жылдын ичиндеги «Ичегинин жабышып түйүлүп калышынын» ар кандай түрлөрү менен кайрылышкан 157 оорулулардын диагностика жана айыктыруу жолдорунун жыйынтыгына анализ жүргүзүү болуп эсептелинет.

Оорулулардын 99,6% мурун 1-6 жолкуга чейин ич көңдөйүндөгү мүчөлөрүнө операция болушкан. Алардын 28% ичегинин жабышып түйүлүп калышы боюнча бир канча жолу операция болушкан. 157 оорулуунун 88-не ичегинин жабышып түйүлүп калышынын

компенсацияланган түрү менен жабыркагандарына, консервативдик айыктыруу иш чарасы жүргүзүлгөн. Операция жолу менен айыктыруу 69 (36 аял, 33 эркек) оорулууга жүргүзүлгөн. Операция учурунда ич көңдөйүнүн мүчөлөрүнүн жабышып , биригип бүтүп калышынын ар кандай түрлөрүнө туш болушкан. Ушул себептен, хирургиялык айыктыруу тактикасын аныктоодо ,ичегинин канчалык денгеелде жабышып калуусуна, таратылышына, декомпенсациясына, перитониттин бар же жогуна , оорулуунун абалына жана хирургтун тажрыйбасына жараша конкреттуу жекеме чечилет.

Негизги создор: Ичегинин жабышып түйүлүп калышы, айыктыруу жолдору.

THE ANALYSIS OF RESULTS OF DIAGNOSTICS AND TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

Sopuev A.A., Orozbekov B.K., Ovcharenko K.E., Elemanov N.Ch., Mamatov N.N., Ibragimov U.K.

National Surgical Center, Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The analysis of results of diagnostics and tactics of treatment of 157 patients arrived with various forms of adhesive intestinal obstruction (AIO) in NSC MH KR for 2008 is put in a work basis. 99,6 % of patients earlier have operations on an abdominal cavity from 1 to 6 times. 28 % are repeatedly operated concerning acute AIO. From 157 patients 88 patients with symptoms compensated AIO are carried out conservative medical actions. 69 patients (36 women, 33 men) are operated. During operative intervention found out various variants of unions of an abdominal cavity. Proceeding from it definition of surgical tactics in each specific case dares individually, considering character and prevalence of adhesive process, level of intestinal impassability, degree of decompensate of intestine, presence or absence of a peritonitis, a condition of the patient and qualification of the surgeon.

Keywords: adhesive intestinal obstruction, adhesive, treatment tactics.

Введение. Спаечная кишечная непроходимость по-прежнему остается одной из сложных и до конца нерешенных проблем абдоминальной хирургии [6]. Количество заболеваний вследствие брюшинных спаек увеличивается из года в год, так как любое

оперативное вмешательство, травма, воспаление брюшины приводят к образованию послеоперационного и посттравматического спаечного процесса в брюшной полости. Количество больных с острой спаечной непроходимостью достигает 3,5% от общего числа

хирургических больных в стационаре [1]. Спаечная кишечная непроходимость сопровождается высокой летальностью достигающей, по последним сообщениям, 7,6-21% [7]. Основными причинами столь высокой летальности, а также большого количества гнойно-септических осложнений являются поздняя обращаемость больных, преобладание лиц пожилого и старческого возраста и высокий процент диагностических и тактических ошибок при лечении спаечной кишечной непроходимости [3,4]. Следует отметить, что спаечный илеус в 52,0-69,9% наблюдений удается купировать консервативными мероприятиями. При использовании хирургического метода устранения непроходимости имеется угроза рецидива спаек из-за повторной травматизации [1;6].

Острую спаечную кишечную непроходимость (ОСКН) отличает тяжесть и быстрота развития патологических изменений, разнообразие клинических проявлений и связанные с этим

трудности диагностики [4,5].

Отсутствие ОСКН как нозологической формы в МКБ-10 и отсутствие общепринятой классификации обуславливает тактические и технические сложности хирургического лечения и профилактики. Результаты лечения больных с СКН на протяжении последнего десятилетия не имеют стойкой тенденции к улучшению [2].

Целью настоящей работы явился анализ результатов диагностики и тактики лечения больных с различными формами спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы.

Проанализированы 157 историй болезни пациентов поступивших в НХЦ МЗ КР за 2008 г. с различными формами спаечной кишечной непроходимости. Возраст пациентов от 16 до 86 лет, из них: мужчин - 61, женщин - 53 (таб. 1). 99,6% пациентов ранее перенесли операции на брюшной полости от 1 до 6 раз. 28% неоднократно оперированы по поводу ОСКН.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Пол	Возраст пациентов						Всего	%
	16-39	%	40-65	%	66-86	%		
М	19	22,6	44	52,4	21	25	84	53,5
Ж	21	29	23	32	29	39	73	46,5
Всего	40	25	67	43	50	32	157	100

Пациенты поступали в стационар в сроки от 4 часов до 3 суток от момента заболевания.

Всем пациентам были проведены: общеклинические лабораторные

исследования, обзорная рентгенография органов брюшной полости на наличие признаков острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН).

Также в 79 случаях для подтверждения диагноза проводилось ультразвуковое сканирование на аппарате «АЛОКА SSD-1700» (Япония).

Результаты и их обсуждение. Из 157-ми пациентов 88-ми больных с симптомами компенсированной спаечной кишечной непроходимости проведены консервативные лечебные мероприятия, которые заключались в инфузионной терапии с дифференцированным применением спазмолитиков и средств, стимулирующих моторику кишечника, с восстановлением водно-электролитного и энергетического баланса организма.

При этом на фоне проводимого комплекса консервативных лечебных мероприятий, применялись способы диагностики (рентгенологический, ультразвуковой, ирригоскопия, рентгенография кишечника методом пассажа бария) вида и уровня СКН.

Оперировано 69 пациентов, из них 36 женщин и 33 мужчин. Оперативное лечение по поводу острой спаечной кишечной

непроходимости выполняли при отсутствии эффекта от проводимых консервативных мероприятий в течение 6-8 часов по экстренным показаниям. Наличие перитонита при установлении диагноза СКН является абсолютным показанием к экстренному оперативному лечению, которое проводится после кратковременной подготовки в течение 1-2 часов.

Все операции выполняли под общим интубационным наркозом с применением миорелаксантов и ИВЛ. Использовали срединную лапаротомию, при необходимости рану расширяли вверх или вниз.

Всем пациентам проведена интраоперационная антибиотико-профилактика с применением комплекса антибиотиков широкого спектра действия и антибактериальных препаратов.

Произведены следующие варианты оперативного лечения спаечной кишечной непроходимости (табл. 2).

Таблица 2

Варианты оперативного лечения спаечной кишечной непроходимости

Тип операции	Адгезиолизис	Адгезиолизис. Сегментарная перитонизация тонкой кишки	Адгезиолизис. Мезосигмопликация по Гаген-Горну	Адгезиолизис. Резекция петли тонкой кишки	Адгезиолизис. Резекция большого сальника	Адгезиолизис. Иссечение дивертикула Меккеля	Адгезиолизис с наложением обходных анастомозов	Всего
Кол-во	42	1	3	10	8	3	2	69
%	61	1,4	4,3	14,5	11,5	4,3	3	100

Во время оперативного вмешательства обнаруживали различные варианты

сращений брюшной полости, которые мы разделяем по топографо-анатомическому

типу (табл. 3). Висцеро-висцеральные сращения наблюдались у 11 пациентов, висцеро-париетальные сращения - у 23, трансформативные сращения - у 9 пациентов. У многих больных наблюдались сочетания адгезивных изменений. Так, сращение кишечника с рубцом на передней брюшной стенке, которое стало причиной непроходимости, сочеталось с межкишечными сращениями у 26 пациентов.

Довольно частым осложнением при оперативном лечении ОСКН является вскрытие просвета

кишечника во время вхождения в брюшную полость и при разделении межкишечных сращении. Мы наблюдали 3 случая перфорации кишечника во время разделения плотных висцеро-висцеральных тяжей, дефекты были обнаружены вовремя, проведено ушивание и санация брюшной полости. Развития кишечных свищей впоследствии не отмечалось. У 10 пациентов была произведена резекция тонкой кишки. Все 10 пациенты были доставлены службой скорой медицинской помощи в сроки более 3 суток от момента заболевания.

Таблица 3

Основные причины, вызвавшие кишечную непроходимость

Причины	Число больных	
	абс	%
Висцеро-висцеральные сращения	11	15,9
Висцеро-париетальные сращения	23	33,3
Трансформативные сращения	9	13,1
Смешанные сращения	26	37,7
Всего	69	100

Резекция кишечника производилась с последующим наложением кишечных анастомозов в 3-х случаях «бок в бок», в 5-ти случаях «конец в конец», и в 2-х случаях «конец в бок».

Показаниями к резекции были нежизнеспособность кишки и конгломератные формы спаечного процесса кишечника, при которых выполнение адгезиолизиса без повреждения кишечной стенки не представлялось возможным.

У 2-х пациентов с выраженными конгломератными формами спаечной кишечной непроходимости были произведены наложение обходного

энтеротрансверзоанастомоза. С учетом консервативного лечения сопутствующих заболеваний у некоторых пациентов, послеоперационный период в стационаре составил от 8 до 20 койко-дней.

Выводы. Результаты нашей работы показали, что спаечный процесс в

брюшной полости отличается полиморфизмом. Исходя из этого, определение хирургической тактики в каждом конкретном случае решается индивидуально, учитывается характер и распространенность спаечного процесса, уровень кишечной непроходимости, степень

декомпенсации кишечника, наличие или отсутствие перитонита, состояние больного и квалификация хирурга.

Использование дифференцированной тактики консервативного лечения спаечной кишечной непроходимости основано на применении диагностических методов (рентгенологического, ирригоскопия, ультразвукового) как для постановки диагноза, так и для оценки эффективности проводимого лечения.

Использование динамического контроля при проведении консервативного комплексного лечения пациентов с СКН позволяет объективно оценить эффективность проводимого лечения, принимать своевременное решение о коррекции и о необходимом хирургическом вмешательстве.

Наличие компенсированной СКН предполагает продолжение консервативного лечения до нормализации состояния пациента и при необходимости проведение планового оперативного лечения без выписки больного из стационара.

Тем не менее, улучшить результаты лечения своевременно диагностированной СКН можно главным образом за счет уменьшения травматичности вмешательства, а также разработки и использования патогенетических средств профилактики спайкообразования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов Г.А., Карбовский М.Ю. *Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости* //Хирургия. – 2006. – №7. – С.56-59.
2. Лубянский В.Г., Комлева И.Б. *Эффективность лечения конгломератных форм спаечной кишечной непроходимости с применением еюнотрансверзоанастомоза* //Хирургия. - 2009.- С. 29-32.
3. Мамакеев М.М. *Проблемы неотложной хирургии (Организационные и лечебно-тактические аспекты)*. - Бишкек, 1994. - С.32.
4. Сопуев А.А. *Неотложная хирургическая помощь при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в кыргызской республике*. - Бишкек, 2003. – С.216.
5. Сопуев А.А., Искаков М.Б. *Ошибки при оказании неотложной хирургической помощи на ее этапах и их причины* //Вопросы организации хирургической службы и хирургической гастроэнтерологии (Сборник научных трудов). - Бишкек, 2002. - С 51-59.
6. Суфияров И.Ф., Хасанов А.Г., Бадретдинов А.Ф. *Лапароскопическое лечение послеоперационных перитонеальных спаек* // Хирургия. - 2008. - №8. - С.49-51.
7. Тотиков В.З., Калицова М.В., Амриллаева В.М. *Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной непроходимости* //Хирургия. - 2006. - №6. – С.38-43.