

КОМПЛЕКСНЫЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Абдурахманов М.М., Аюбов Б.М.,

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

✓ Резюме

Работа выполнена на основе анализа диагностики и лечения 112 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, находившихся в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2017-2019 годах. Дана оценка результатов клинического и лабораторного обследования больных, а также проведения у них инструментальных исследований живота. Проанализированы результаты хирургических вмешательств при острой спаечной кишечной непроходимости.

Ключевые слова: острая спаечная кишечная непроходимость, профилактика спаечного процесса.

COMPLEX MEDICAL-DIAGNOSTIC PRINCIPLES OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

Abdurakhmanov M.M., Ayubov B.M.,

Bukhara branch of the Republican scientific center of emergency medical care.

✓ Resume

The work is based on the analysis of diagnostics and treatment of 112 patients with acute adhesive intestinal obstruction who were in the Bukhara branch of the Republican scientific center for emergency medical care in 2017-2019. The results of clinical and laboratory examination of patients, as well as instrumental abdominal examinations are evaluated. The results of surgical interventions in acute adhesive intestinal obstruction were analyzed.

Key words: acute adhesive intestinal obstruction, prevention of adhesions.

ЎТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИКА ТАМОЙИЛЛАРИ

Абдурахманов М.М., Аюбов Б.М.,

Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали.

✓ Резюме

2017-2019-йилларда Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказининг Бухоро филиалида бўлган ўткир чандиқли ичак тутилиши билан касалланган 112 нафар беморни таъхислаш ва даволаш таҳлили асосида ишлар бажарилди. Беморларнинг клиник ва лаборатория текшируви натижалари, шунингдек, уларнинг қорин бўшлиғидаги инструментал тадқиқотлар натижалари баҳоланди. Ўткир чандиқли ичак тутилишида хирургик аралашувлар натижалари таҳлил қилинди.

Калит сўзлар: ўткир чандиқли ичак тутилиши, чандиқланиш жараёни профилактикаси.

Актуальность

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) на сегодняшний день остается одной из сложнейших проблем в urgentной хирургии.

За последние десятилетия частота ОСКН острой спаечной кишечной непроходимости увеличилась почти в 2 раза, и составляет от 55,0% до 94,3% всех других видов острой кишечной непроходимости (ОКН) неопухолевого генеза, не имея тенденции к снижению, составляя до 39-49% от числа операций, выполняемых по поводу ОКН [1; 3; 4;].

Цель исследования. Определение наиболее часто встречающихся причин неудовлетворительных результатов диагностики и лечения ОСКН.

Материал и методы

Проведен анализ 112 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2017-2019 годах.

Среди пациентов ОСКН имеет место некоторое количественное преобладание мужчин над женщинами (55,4% к 44,6% соответственно). Более половины клинических наблюдений составили пациенты в возрасте старше 50-ти лет (57.1%).

В процессе работы применялись следующие методы исследования: клинический, лабораторный, ультразвуковой, рентгенологический, лапароскопический, статистический.

Результат и обсуждение

Превалирование лиц старших возрастных групп среди больных ОСКН ведет к логично-корреляционному увеличению числа сопутствующих заболеваний. Это приводит к более тяжелому и осложненному течению заболевания, к росту числа диагностически сложных случаев, возникновению трудностей в терапии, этой категории больных. Наиболее часто у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью встречалась сопутствующая патология следующих систем организма: болезни кардиоваскулярной систе-

мы - 54,5%, болезни дыхательной системы - 21,4% и болезни мочеполовой системы - 11,6%.

Необходимо отметить наличие сезонных колебаний частоты обострений ОСКН. Наиболее высокие показатели числа госпитализаций больных с ОСКН (57%) приходились на летне-осенние месяцы года.

Более чем у половины больных с ОСКН сроки поступления в стационар, после начала заболевания превышали 12 часов, причем из них у более чем 65,2% больных сроки поступления в стационар после начала заболевания превышали одни сутки.

У всех больных, включенных в представленное научное исследование, в анамнезе производилось какое-либо абдоминальное хирургическое вмешательство. Из них 45 (40,2%) больных перенесли по одному оперативному вмешательству, 31 (27,6%) больных перенесли по два оперативных вмешательства, 36 (32,2%) больных перенесли по три оперативных вмешательства. Причем, у 85 (75,9%) больных первичное хирургическое вмешательство было произведено на органах брюшной полости, расположенных в ее нижних этажах. Только у 27-х (24,1%) больных первичное хирургическое вмешательство было произведено на органах брюшной полости, расположенных в ее верхних этажах.

Сроки возникновения ОСКН после проведения последнего хирургического вмешательства в брюшной полости колебались от 2-х месяцев до 36 лет.

При обследовании больных во всех случаях была использована обзорная рентгенография органов брюшной полости. У 36 (32,1%) больных от общего числа дополнительно применили пассаж стандартной бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ) под рентгенологическим контролем. В ходе исследования ставили следующие задачи:

- установление факта нарушения кишечной проходимости и выраженности этого нарушения;
- установление характера (механический/функциональный) ОКН;
- уточнение уровня и типа механического препятствия для пассажа кишечного содержимого.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости тоже было проведено у всех больных.

При ультразвуковом исследовании оценивались следующие ультразвуковые признаки:

- наличие и локализация расширенных петель кишки;
- степень их расширения (диаметр);
- толщина стенки кишки;
- состояние слизистой оболочки;
- наличие или отсутствие перистальтики, ее характер;
- содержимое в просвете растянутых петель;
- наличие свободной жидкости в брюшной полости.

С целью оценки кровоснабжения кишки всем больным проводилось доплеровское исследование кровотока в портальной вене и верхней брыжечной артерии.

Анализ результатов ультразвуковых исследований показал, что чувствительность и точность ультразвукового метода в констатации наличия кишечной непроходимости составили 92,9%. Комплекс проведенных диагностических и лечебно-консервативных мероприятий позволил у 63 (56,2%) больных диагностировать компенсированную спаечную кишечную не-

проходимость, которую удалось купировать комплексом консервативных медикаментозных мероприятий. Из этих 63 больных с компенсированной спаечной кишечной непроходимостью 37-ми больным после дополнительного обследования была проведена отсроченная хирургическая операция без выписки из стационара. У 14-ти больных было проведено комплексное консервативное лечение, после которого они были выписаны из стационара. В последующем им произвели плановое оперативное вмешательство в более поздние сроки.

Основными принципами консервативного лечения считали:

- декомпрессию желудочно-кишечного тракта;
- борьбу с болевым синдромом;
- инфузионную терапию, направленную на коррекцию водно-электролитных и метаболических нарушений.

Первым, важнейшим этапом консервативного лечения, считали декомпрессию желудочно-кишечного тракта. В качестве декомпрессии ЖКТ в большинстве случаев выполняли пролонгированное зондирование желудка с аспирацией желудочного содержимого на протяжении всего этапа консервативной терапии. У всех пациентов при проведении консервативной терапии мы использовали спазмолитические или антихолинэстеразные средства. Объем внутривенной инфузий зависел от тяжести состояния больного и глубины нарушения гомеостаза. Пациентам с выраженным нарушением гомеостаза проводилась консервативная терапия в условиях реанимационного отделения. Подготовку к лечению начинали с катетеризации центральной вены, мочевого пузыря и введения желудочного зонда. Длительность консервативной терапии у наших пациентов была ограничена 2-4 часами. Эффективность проводимого лечения оценивали на основании клинической картины, данных рентгенологических и ультразвуковых методов диагностики. При появлении положительной динамики в течение 2-4 часов проводилось дальнейшее проведение консервативной терапии до полной ликвидации признаков кишечной непроходимости. Продолжение консервативной терапии при отсутствии эффекта более 2-4 часов считали опасным из-за возможности развития деструктивных изменений в стенке кишки, присоединения перитонита и полиорганной недостаточности.

От общего числа включенных в исследование больных (112 пациентов) у 47 (42%) из них была диагностирована механическая ОСКН. Этим больным было произведено срочное хирургическое вмешательство.

Все хирургические вмешательства были выполнены под общей эндотрахеальной анестезией. Во всех случаях хирургическое вмешательство начинали со срединной лапаротомии. Часто был затруднен вход в брюшную полость из-за выраженного спаечного процесса. Затем производили адгезиолизис острым и реже тупым путем с целью устранения спаечной кишечной непроходимости. Кроме того, в 14-ти (29,7%) случаях пришлось выполнить резекцию большого сальника, у 8-ми (17 %) больных была произведена закрытая декомпрессия тонкой кишки, у 5-х (10,6%) больных была произведена интубация толстой кишки, у 2-х (4,2%) больных была произведена аппендэктомия, по одному разу (2,1%) были произведены открытая декомпрессия тонкой кишки, наружная еюно-

стомия и илеотранзверзостомия, у 6-ти (12,7%) больных операцию закончили дренированием брюшной полости.

У 34-ти (72,3%) больных была проведена интраоперационная профилактика развития спаечного процесса в брюшной полости.

Методика интраоперационного применения 0,02% раствора Декаметоксина. После вскрытия брюшной полости и эвакуации патологического содержимого – гной, кровь, желчь, кишечное содержимое и т.д., установления источника хирургической патологии, удаления или изоляции причины перитонита, а также санации и дренирования брюшной полости для профилактики спайкообразования в малом тазу в конце полостных операций проводили промывание брюшной полости 500 мл Декаметоксина с установкой микроиригатора с последующим дренированием малого таза трубчатым дренажем, который до окончания операции остается закрытым. На следующие двое суток накладывали гидроперитонеум с Декаметоксином в виде лаважа. Декаметоксин вводили медленно капельно в количестве 200 мл один раз в день (всего два раза на протяжении 2 сут послеоперационного периода). Скорость введения – 50–60 капель в 1 мин. После завершения введения препарата Декаметоксин микроиригатор закрывали на 30 мин, а затем открывали для функционирования дренажной системы. Обязательным является подогрев препарата перед введением до 37–38 °С для повышения эффективности.

0,02% раствор декаметоксина, в данной концентрации не имеет токсического действия. В состав также входит натрия хлорид и вода для инъекций. Декаметоксин является катионным поверхностно-активным веществом, он не совместим с мылом и анионными соединениями. Декаметоксин оказывает выраженное бактерицидное действие на стафилококки, стрептококки, дифтерийную и синегнойную палочки, капсульные бактерии, фунгицидное действие на дрожжи и дрожжеподобные грибы, некоторые виды плесневых грибов, протистоцидное действие на трихомонады, лямблии, вирусоцидное действие на вирусы. Также к положительным эффектам препарата относятся – повышение чувствительности антибиотикорезистентных микроорганизмов к антибиотикам, противовоспалительное и десенсибилизирующее действие. Декаметоксин не всасывается слизистыми оболочками, кожей и раневой поверхностью.

После оперативного вмешательства в течение $21 \pm 1,2$ часов все больные находились в отделении реанимации, где получали весь комплекс соответствующего послеоперационного лечебного воздействия. Особое внимание обращали на лечебные мероприятия, направленные на предотвращение бронхолегочных и гнойно-септических осложнений, на борьбу с водно-электролитными нарушениями и на купирование болевого синдрома. Также важное место в раннем послеоперационном периоде занимали лечебные мероприятия по стимуляции кишечника и раннему восстановлению функции желудочно-кишечного тракта.

Для стимуляции кишечника чаще всего применяли следующий комплекс медикаментозных средств: у 45 (95,7%) больных были применены препараты калия для внутривенных вливаний (поляризующая смесь по 200 мл 2 раза в сутки); у 32 (68%) больных

был применен 0,05% раствор прозерина путем внутримышечного введения по 1 мл каждые 4 часа; у 45 (95,7%) больных были применены стимулирующие гипертонические клизмы 2 раза в сутки; у 3-х (6,3%) больных было применено перидуральное введение анестетиков.

У 10 (21,2%) послеоперационных больных с ОСКН начало возникновения первых перистальтических шумов определялось на вторые сутки после операции, у 24-ти (51%) послеоперационных больных с ОСКН начало возникновения первых перистальтических шумов выслушивалось аускультативно на третьи сутки после операции, у 13-ти (27,8%) послеоперационных больных с ОСКН начало возникновения первых перистальтических шумов выявлено на четвертые сутки после операции.

У 8 (17%) послеоперационных больных с ОСКН адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на вторые сутки после операции. У 25 (53,2%) послеоперационного больного с ОСКН адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на третьи сутки после операции. У 14 (29,8%) послеоперационных больных с ОСКН адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на четвертые сутки после операции.

Запоздавшее возобновление перистальтики желудочно-кишечного тракта у больных после операции по поводу ОСКН имеет место вследствие длительности заболевания и неадекватным использованием различных методов профилактики послеоперационного пареза кишечника во время операции.

В 4-х (8,5%) случаях имели место послеоперационные осложнения. Из них в одном случае послеоперационный период осложнился инфильтратом брюшной полости, который был излечен комплексом консервативных мероприятий. В 3-х случаях имело место ранняя спаечная кишечная непроходимость, перфорация сигмовидной кишки и продолжающийся (третичный) перитонит с наличием множественных тонкокишечных свищей. Три последних осложнения потребовали повторных оперативных вмешательств.

В группе оперированных больных, состоящей из 47-го больных, летальных исходов было – 3, что составило 6,3%. Как показал анализ послеоперационной летальности, все три случая характеризовались поздними сроками госпитализации (от 2 суток до 2 недель) и наличием клинических, лабораторных и инструментальных признаков перитонита. От момента поступления все оперативные вмешательства были выполнены в течение 2-х – 4-х часов. Причиной всех летальных исходов явился перитонит, в одном случае смерть больной наступила в раннем послеоперационном периоде через 6 часов после оперативного вмешательства. В двух других случаях летальных исходов их причиной явился продолжающийся (третичный) перитонит, приведший к развитию абсцессов брюшной полости и формированию кишечных свищей.

В 38-ми случаях больные были выписаны из стационара на 7-е–8-е сутки послеоперационного периода в стадии выздоровления. Показатель среднего койко-дня послеоперационного периода у этих больных равнялся 7,1.

Заключение

Проведенное исследование результатов ведения больных острой спаечной кишечной непроходимостью показало, что неудовлетворительные результаты лечения этой категории больных в большинстве случаев являются следствием поздней госпитализации, затягивания периода предоперационного обследования, отсутствия четко обоснованных показаний к использованию различных методов оперативных вмешательств, недостаточного внимания к применению различных интраоперационных способов профилактики рецидива спаечной болезни брюшной полости и пареза желудочно-кишечного тракта.

Применение 0,02% раствора Декаметоксина позволяет эффективно профилактировать послеоперационную кишечную непроходимость, достигать более быстрой нормализации температуры тела и активности пациентов, снижать риск расхождения швов и образования субсером. У всех пациентов, которые получали 0,02% раствор Декаметоксина, на протяжении 2-2,5 лет наблюдения не отмечено формирования выраженного синдрома абдоминальной боли.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Adhesive small bowel adhesions obstruction: Evolutions in diagnosis, management and prevention / F. Catena [et al.] // *World J Gastrointest Surg*, 2016. № 8 (3). P. 222-231.
2. An experimental evaluation of the effectiveness of dissociative anti-adhesive products / A.A. Sopuev [et al.] // *International Journal Of Applied And Fundamental Research*, 2015. № 1. Режим доступа: www.science-sd.com/460-24761 (01.07.2015). Загл. с экрана.
3. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group / S. Di Saverio [et al.] // *World J Emerg Surg*, 2013. № 8. P. 42.
4. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis / R. ten Broek [et al.] // *BMJ*, 2013. 347.
5. Valkodai R. R. Postoperative adhesive intestinal obstruction: The role of intestinal stenting / R.R. Valkodai, R. Gurusami, V. Duraisami // *J Indian Assoc Pediatr Surg.*, 2012. - №17(1). P. 20-22
6. Диагностика, лечение и профилактика спаечной болезни брюшины / П.К. Холматов [и др.] // *Вестник Авиценны*, 2012. № 1 (50). С. 155-160.
7. Завада Н. В. Актуальные вопросы диагностики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости / Н. В. Завада, А. А. Степанюк, А. Р. Гуревич // *Экстренная медицина*, 2013. № 3 (07). С. 19-30.
8. Тактические вопросы профилактики и лечения спаечной болезни / Б.П. Филенко [и др.] // *Вестник Российской военной медицинской академии*, 2014. № 2 (46). С. 40-43.

Поступила 09.11.2020