

Г.В. Голуб

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Д. А. Ключико

Кафедра военно-полевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

G.V. Golub

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH ADHESIVE AB- DOMINAL DISEASE

Tutors: associate professor D. A. Kliuiko

Department of military-field surgery,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В работе представлен структурный анализ закономерностей в диагностике и лечении пациентов со спаечной болезнью брюшной полости на основании результатов обследования и хирургического лечения 137 пациентов за 2015-2017 годы.

Ключевые слова: спаечная болезнь, диагностика, обзорная рентгенография, сопутствующая патология.

Resume. This study presents a structural analysis of patterns in the diagnosis and treatment of patients with adhesive abdominal disease based on the results of the examination and surgical treatment of 137 patients for 2015-2017.

Keywords: adhesive abdominal disease, diagnosis, general radiography, comorbidity.

Актуальность. Спаечная болезнь брюшной полости - патологическое состояние, связанное с образованием соединительнотканых тяжей (спаек) между внутренними органами. Это жизнеугрожающее заболевание, которое зачастую приводит к спаечной кишечной непроходимости (СКН). Количество пациентов, страдающих СКН, составляет 3,5% от общего числа хирургических пациентов в стационарах [1]. Интерес к теме обусловлен ростом числа пациентов с данной патологией, поздним обращением их в медицинские учреждения и отсутствием малоинвазивных и надежных методов ранней диагностики [2].

Цель:

Выявить, проанализировать и провести структурный анализ закономерностей в диагностике и лечении пациентов со спаечной болезнью брюшной полости.

Задачи:

1. Проследить возрастной и половой состав пациентов со спаечной болезнью брюшной полости, время пребывания в стационаре и наличие сопутствующей патологии.

2. Оценить наличие и частоту сопутствующей патологии у пациентов со спаечной болезнью.

3. Определить процент вовлечения в спаечный процесс тонкой или толстой кишки.

4. Выявить уровень препятствия по данным обзорной рентгенографии.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования и хирургического

лечения 137 пациентов со спаечной болезнью брюшной полости 2 ГКБ за 2015-2017 годы.

Результаты и их обсуждение.

Средний возраст пациентов составил $54,6 \pm 19,6$ лет. Возраст пациентов варьировал в пределах от 16 до 91 года. Более половины обследованных (53,1%) находились в активном трудоспособном возрасте (18-60 лет).

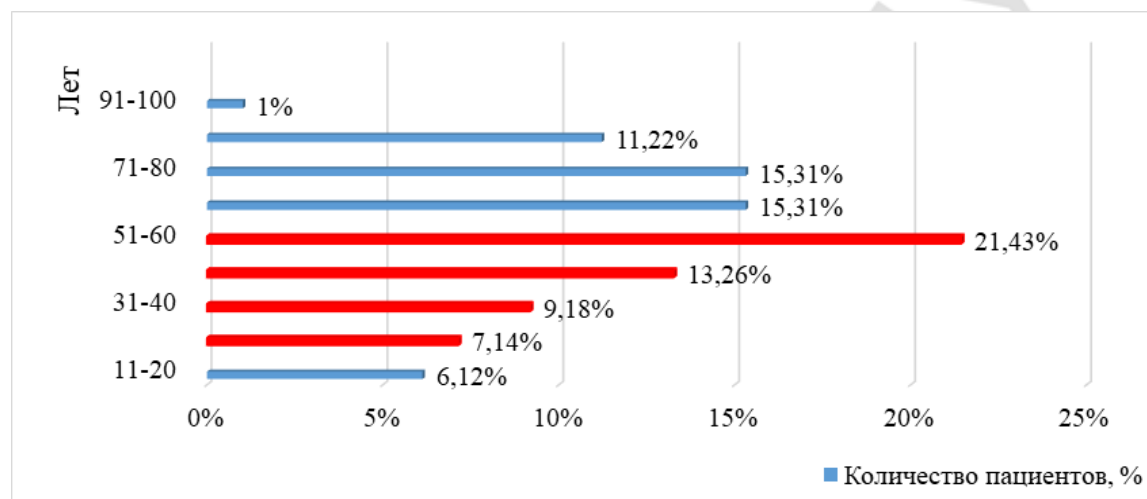


Рис. 1 – Распределение пациентов со спаечной болезнью брюшной полости по возрастным группам

Направленно скорой медицинской помощью 42 пациента (42,8%), остальные (57,2%) направлялись специалистами амбулаторного звена, либо самостоятельно обратились в приемное отделение.

Неотложные состояния при спаечной болезни чаще всего связаны с непроходимостью кишечника. В подобных ситуациях пациенты предъявляют жалобы на интенсивную боль, тошноту, рвоту, повышение температуры тела.

Табл. 1. Направительные диагнозы

Направительный диагноз	Процент пациентов:
«ОКН», «спаечная болезнь»	35,7%
«острый панкреатит»	25,5%
«острый холецистит»	5,1%
«острый аппендицит»	2,1%
«мезотромбоз»	2,1%

Наиболее часто встречающиеся направительные диагнозы: «ОКН» и «спаечная болезнь» – 35,7%, «острый панкреатит» – 25,5%, «острый холецистит» – 5,1%, что свидетельствует о значительной сложности на догоспитальном этапе отличить спаечную болезнь от других острых хирургических заболеваний брюшной полости.

Большинство пациентов (91,8%) было госпитализировано в хирургическое отделение.

Фактор времени часто играет решающую роль в развитии кишечной непроходимости как следствие спаечного процесса в брюшной полости и влияет на исход [3].

Поступило 98 пациентов: с 0000 до 0600 – 20 пациентов (20,4%), с 0600 до 1200 – 13 пациентов (13,2%), с 1200 до 1800 – 25 пациентов (25,5%), с 1800 до 0000 – 39 пациентов (39,8%).

Преобладают поступления пациентов во второй половине дня (с 1200 до 0000) – 65,3%. На вторую половину дня пришлось 60,7 % операций, что повышает риск хирургических ошибок.

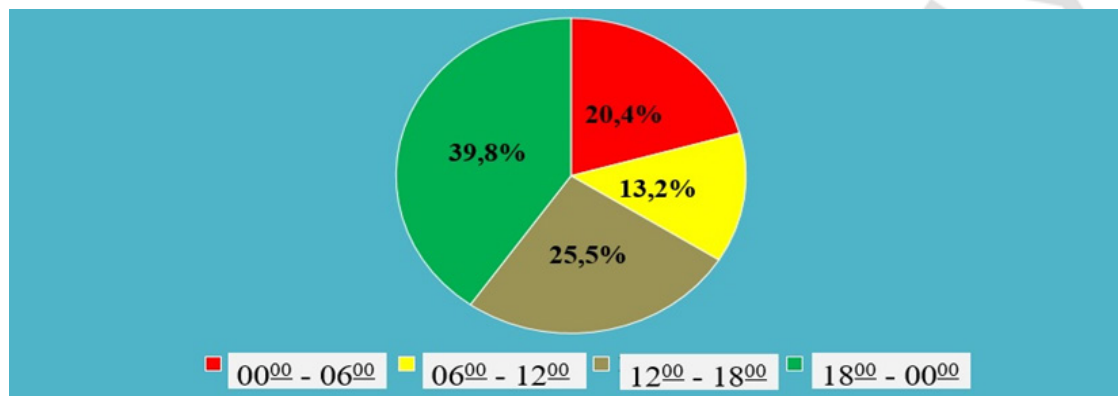


Рис. 2 – Время поступления пациентов

Умер 1 пациент (1%), причина - острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Главными факторами риска летальных исходов является позднее поступление пациентов в стационар, запоздалые операции в связи с диагностическими трудностями.

Среднее количество койко-дней составило $10,1 \pm 9,4$. У 50% пациентов этот показатель варьируется от 7 до 14 дней.

Табл. 2. Заключительный диагноз пациентов со спаечной болезнью

Заключительный диагноз	Процент пациентов
«Спаечная кишечная непроходимость»	81,6%
«Кишечный дивертикул»	5,1%
«Странгуляционная кишечная непроходимость»	2%
«Инородное тело»	2%
«Ущемленная грыжа»	2%

Сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы встречалась у 27 пациентов (27,6%). У 28 пациентов (28,6%) встречалось 2 и более сопутствующих заболеваний.

Диагноз от начала заболевания: в первые 6 часов – 22 пациента (22,4%), 7-24 часа – 48 пациентов (48,9%), позднее 24 часов – 28 пациентов (28,6%).

Основной причиной поздней госпитализации является обращаемость пациентов за медицинской помощью в связи с попытками домашнего самолечения из-за отсутствия настороженности в отношении возникновения абдоминальных болей, схожестью клинической картины между кишечной непроходимостью и пищевыми

отравлениями, последствиями злоупотребления алкоголем [3].

Причиной непроходимости стала вовлеченная в спаечный процесс тонкая кишка – в 79 случаях (80,6%), толстая кишка – в 6 случаях (6,1%), тонкая и толстая кишка – в 13 случаях (13,3%).

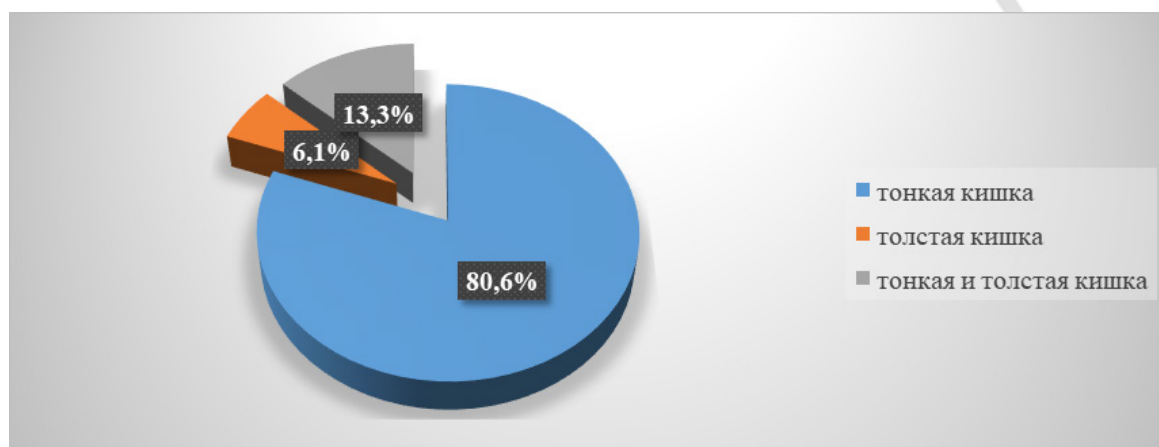


Рис. 3 – Частота вовлечения в спаечный процесс тонкой или толстой кишки

Расстояние до места расположения препятствия (в протоколе операции указано у 44 пациентов) от связки Трейтца: больше 1 метра – 11 случаев (25%), меньше 1 метра – 2 случая (4,5%).

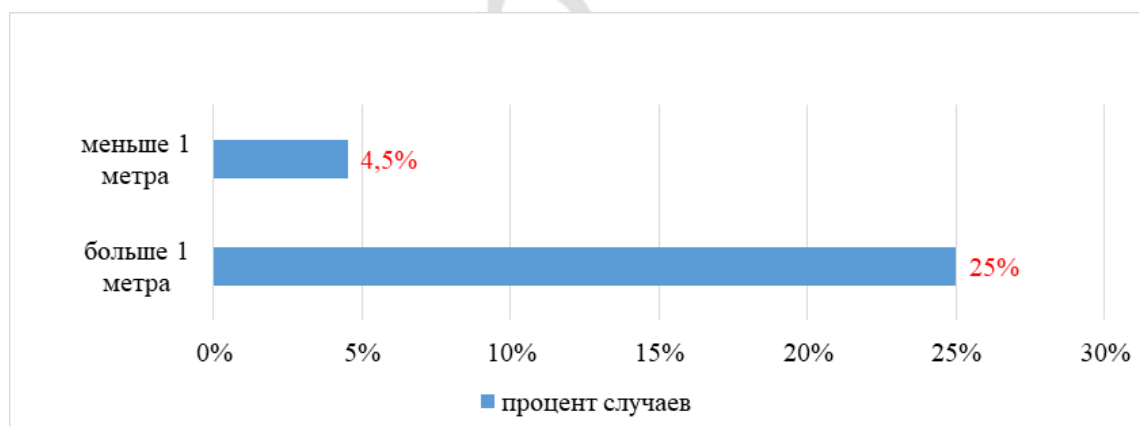


Рис. 4 – Расстояние до места расположения препятствия от связки Трейтца

Расстояние до места расположения препятствия от илеоцекального угла: больше 1 метра – 8 случаев (18,2%), 50-60 см – 8 случаев (18,2%), 20-30 см – 10 случаев (22,7%), илеоцекальный угол – 5 случаев (11,4%).

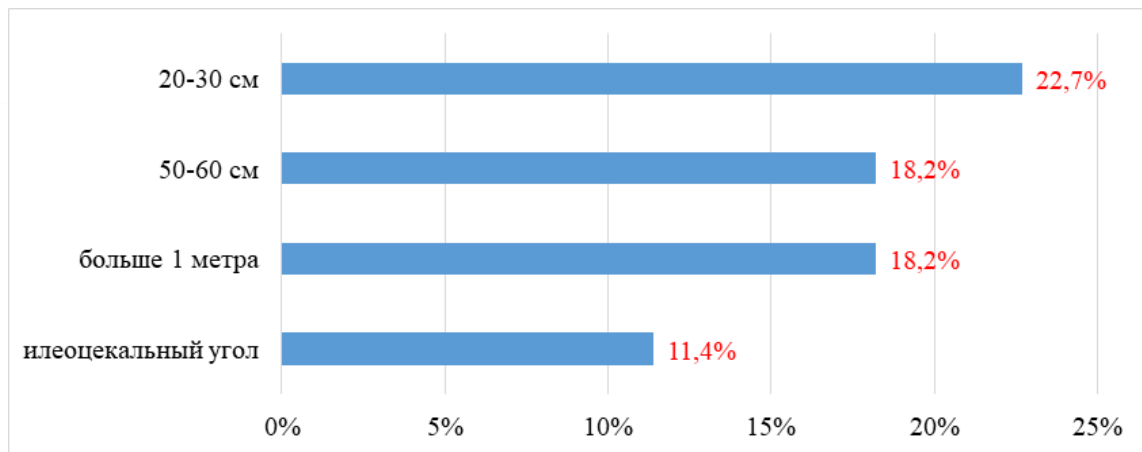


Рис. 5 – Распределение по месту препятствия

Основной хирургический доступ — срединная лапаротомия. У 43 пациентов (43,8%) выполнен лапароскопический доступ. Лапароскопический адгезиолизис менее травматичен, ассоциируется с меньшим процентом осложнений и летальности, уменьшает риск повторного спайкообразования [4].

Выводы.

1. В результате проведенного исследования было установлено, что спаечная болезнь встречается в любом возрасте, более половины обследованных (53,1%) находились в активном трудоспособном возрасте (18-60 лет). У 50% пациентов количество дней пребывания в стационаре варьирует от 7 до 14 дней.

2. Сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы встречалась у 27 пациентов (27,6%). У 28 пациентов (28,6%) встречалось 2 и более сопутствующих заболевания.

3. В большинстве случаев спаечная болезнь затрагивает тонкую кишку – 80,6% случаев, толстую кишку в 6,1% случаев, тонкую и толстую кишку в 13,3% случаев.

4. В настоящий момент по данным обзорной рентгенографии органов брюшной полости не представляется возможным выявить уровень препятствия поэтому следует использовать КТ с контрастом или двойное контрастирование.

Литература

1. Лубянский, В.Б. Эффективность лечения конгломератных форм спаечной кишечной непроходимости с применением еюнотрансверзоанастомоза / В.Б. Лубянский, И.Б. Комлева // Хирургия. – 2009. – №3. – с. 29-32.
2. Н.Д.Томнюк, В.А. Белоборовлов «К вопросу о спайках и спаечной болезни в неотложной хирургии»//Современные наукоемкие технологии. – 2010. – №10. – с.84-86.
3. Острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза: диагностика и лечение. И.И. Снегирев, В.И. Миронов. Сибирский медицинский журнал 2010, №10.
4. Кишечная непроходимость: учебно-методическое пособие / П.С. Неверов К46 [и др.]. – Минск: БГМУ, 2017. – 42с.