

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Неверов П. С., Есепкин А. В., Альнаффа М. Н., Василевич А. П.,
Куделич О. А., Францкевич Д. В., Заливская А. И.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «10-я городская клиническая больница г. Минска»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Диагностика и хирургическое лечение пациентов с острой кишечной непроходимостью (ОКН) являются сложным вопросом urgentной хирургии. Это обусловлено ростом числа больных с данной патологией, поздним обращением в стационар, диагностическими ошибками на догоспитальном этапе, большим количеством послеоперационных осложнений и высокой летальностью. Важной особенностью является перераспределение частоты возникновения отдельных форм ОКН. Так, значительно реже стали встречаться узлообразование, инвагинация и заворот. При этом возросла частота спаечной болезни брюшной полости и обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза.

Цель. Изучить результаты клинического наблюдения и лечения пациентов с ОКН.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 188 пациентов с ОКН в отделении экстренной хирургии УЗ «10-я ГКБ г. Минска» за последние 2 года. Анализировались причины развития непроходимости кишечника, объем обследования и консервативного лечения, характер хирургических вмешательств, ближайшие результаты лечения.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 79 (42 %), женщин – 109 (58 %). Возраст пациентов варьировал от 16 до 91 года. Средний возраст пациентов с ОКН неопухолевого генеза составил $58,9 \pm 17,25$ (здесь и далее $M \pm \delta$) и был достоверно ниже этого показателя при опухолевой обтурационной непроходимости ($67,9 \pm 13,99$, $p < 0,05$). Спаечная болезнь брюшной полости имела место у большинства пациентов – 144 (76,6 %), из них оперировано 55 (29,3 % от всех пациентов). Обтурационная ОКН выявлена у 37 (19,7 %), странгуляционная – 5 (2,6 %), инвагинация – 2 (1,1 %). У 89 (47,3 %) пациентов на фоне консервативного лечения явления кишечной непроходимости разрешились. Пациентам в экстренном порядке выполнялись общеклинические анализы, обзорная рентгенография ОБП, УЗИ ОБП (позволило заподозрить инвагинацию в двух случаях). КТ ОБП с внутривенным болюсным усилением выполнялась в основном пожилым пациентам при подозрении на опухолевый генез ОКН, без исследования пассажа бария по кишечнику. Считаем этот момент принципиальным для своевременной диагностики причины непроходимости, распространения опухолевого процесса и определения адекватного объема оперативного вмешательства.

Всем пациентам без признаков перитонита и/или странгуляции проводился лечебно-диагностический прием (спазмолитики, атропин подкожно, промывание желудка, паранефральная блокада, инфузионная терапия, сифонная клизма). Оперировано 99 (52,7 %) пациентов: 27 (27,3 %) пациентам выполнили лапаротомию с адгезиолизисом; 24 (24,3 %) – адгезиолизис с резекцией кишки; 8 (8 %) – лапароскопический адгезиолизис; 35 (35,4 %) – резекцию кишки с опухолью. У 5 (5 %) пациентов были редкие причины ОКН (обтурация желчным камнем тонкой кишки – 2 пациента, заворот сигмовидной кишки – 3). Из 99 оперированных пациентов умерло 11 (11,1 %), у 7 (64 %) из них имел место распространенный онкологический процесс с тяжелыми водно-электролитными и алиментарными расстройствами, раковой интоксикацией. У всех этих пациентов имело место позднее обращение за медицинской помощью и тяжелая сопутствующая патология. Указанные факторы явились причинами 4 релапаротомий в группе пациентов с обтурационной ОКН опухолевого генеза. В группе пациентов с неопухолевыми причинами ОКН имела место 1 релапаротомия у больного с тяжелыми проявлениями спаечной болезни брюшной полости, неоднократными лапаротомиями в анамнезе, выраженной кахексией. Средний койко-день составил при опухолевой обтурации $16,1 \pm 9,76$, при непроходимости неопухолевого генеза – $5,9 \pm 4,57$ дня.

Выводы.

1. ОКН в структуре острой хирургической патологии занимает четвертое место – 11,2 % наблюдений.

2. Основной причиной кишечной непроходимости является спаечная болезнь брюшной полости (76,6 %), вместе с тем у значительной части таких пациентов оказывается эффективным выполнение лечебно-диагностического приема.

3. У четверти пациентов (24,3 %) на момент операции имелись необратимые изменения в стенке кишки, что указывает на необходимость строгого соблюдения протоколов оказания помощи, недопустимость проведения диагностических манипуляций при клинических проявлениях странгуляции.

4. Выполнение КТ ОБП у пациентов с подозрением на обтурационную непроходимость опухолевого генеза позволяет избежать затягивания сроков выполнения хирургического вмешательства и определить адекватный объем хирургического вмешательства с учетом распространения онкопроцесса.