

Д.А. Смирнов, А.М. Прымак
**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕОБХОДИМОСТИ ЭКСТРЕННОГО
ОПЕРАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.В. Жура
2-я кафедра хирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

D.A. Smirnov, A.M. Prymak
**DIAGNOSTIC CRITERIA FOR THE NECESSITY OF EMERGENCY SURGICAL
INTERVENTION IN ADHESIVE DISEASE OF THE ABDOMINAL CAVITY**
Tutor: Ph.D. Associate professor A.V. Zhura
2nd Department of Surgical Diseases
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В данной статье представлены ход и результаты исследования случаев спаечной болезни. Выделены те диагностические критерии, которые с высокой долей вероятности могут утверждать о необходимости оперативного вмешательства при данной патологии.

Ключевые слова: спаечная болезнь, необходимость в операции, критерии.

Resume This article presents the course and results of the study of cases of adhesive disease. Those diagnostic criteria assert the need for surgical intervention in this pathology.

Keywords: adhesive disease, need for surgery, criteria.

Актуальность. Спаечная болезнь (СБ) брюшной полости представляет собой внутрибрюшные сращения, как правило образовавшиеся в результате перенесенной ранее полостной операции или травмы, воспаления органов брюшной полости и малого таза. СБ представляет серьезную проблему для современной хирургии, так как при ней имеет место быть высокая частота осложнений и необходимость в хирургическом вмешательстве при их ликвидации. СБ порой существенно снижает качество жизни пациентов, может явиться причиной стойкой утраты здоровья, а иногда и летального исхода. Все перечисленные аспекты создают потребность в подробном изучении этой патологии. Одним из самых опасных осложнений перитонеальных спаек является кишечная непроходимость, требующая неотложных лечебных мероприятий и иногда экстренного оперативного лечения.

Цель: определить диагностические критерии необходимости экстренного хирургического вмешательства у пациентов со спаечной болезнью органов брюшной полости.

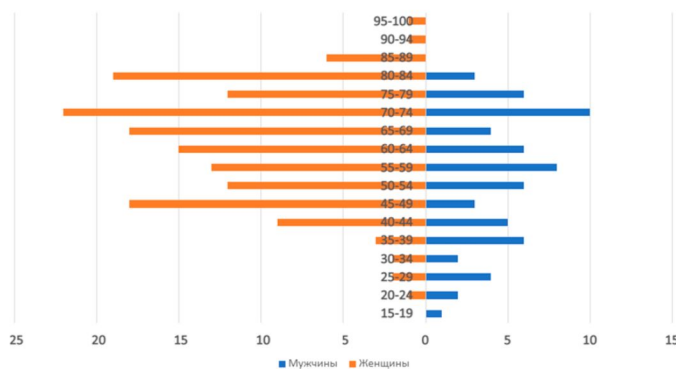
Задачи:

1. Сравнить данные анамнеза, клинические признаки и данные лабораторно-инструментальной диагностики в группах пациентов со спаечной болезнью брюшной полости с проведенным хирургическим или консервативным лечением.
2. Найти критерии, отклонения в которых указали бы на необходимость в оперативном вмешательстве.

Материал и методы. Нами было исследована 221 карта стационарного лечения пациентов, которые в течение 2021 года госпитализировались в УЗ «ГКБСМП» г.

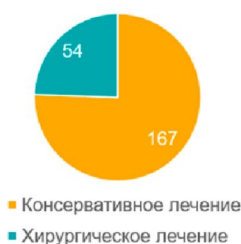
Минска и были выписаны с диагнозом «Спаечная болезнь брюшной полости» в качестве основного заболевания. Все пациенты поступали по экстренным показаниям с различными направительными диагнозами:

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил 60,7 лет, мужчин было 69 (31,2%) со средним возрастом 55,4 года, женщин – 54 со средним возрастом 63,3 года (Диагр. 1).



Диагр. 1 – Половозрастная структура пациентов

Необходимость в оперативном лечении возникла у 54 пациентов (24,4%). Были выполнены: 40 лапаротомий с адгезиолизисом, 6 лапароскопических рассечений спаек, 6 резекций кишки и у 2 пациентов вмешательства были множественные, включая как рассечение спаек, так и резекционные операции. (Диагр. 2, 3). Операция была проведена 17 мужчинам из 69 (24,6%) и 37 женщинам из 154 (24%).



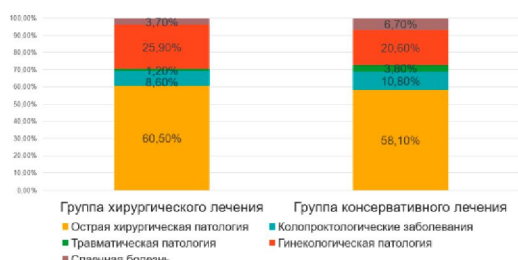
Диагр. 2 – Группы пациентов



Диагр. 3 – Структура оперативных вмешательств

Среди обеих групп пациентов главной причиной возникновения спаечной болезни была острая хирургическая патология в прошлом (60,5% у группы хирургического лечения и 58,1% у группы консервативного лечения). На втором месте в обеих группах этиологическим фактором были оперативные вмешательства по поводу заболеваний женских половых органов (25,9% у группы хирургического

лечения и 20,6% у группы консервативного лечения). Другие причины СБ – операции по поводу травм, колопроктологических заболеваний, а также оперативные вмешательства по поводу имевшей место спаечной болезней в сумме составляют около 13-20%. При чём в группе хирургического лечения доля пациентов с операцией по поводу СБ или травмы меньше, чем в группе хирургического лечения (Диagr. 4).



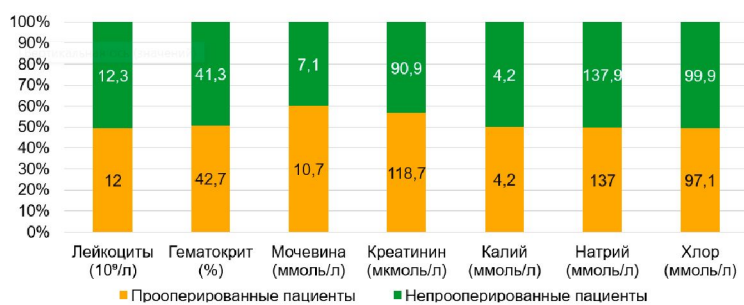
Диagr. 4 – Распределение оперативных вмешательств в анамнезе

Такой диагностический критерий, как время от начала заболевания до поступления в стационар проявил себя лишь в тех случаях, когда произошла госпитализация после 72 часов с времени возникновения симптомов [Табл. 1].

Табл.1. Распределение групп пациентов консервативного и оперативного ведения в зависимости от длительности заболевания до поступления в стационар (включены те пациенты, у которых имелись данные относительно длительности заболевания до поступления в стационар).

Длительность заболевания до поступления в стационар, часов	Группа консервативного лечения (абс., %)	Группа хирургического лечения
0-12	50, 32%	15, 31%
13-24	43, 28%	12, 25%
25-48	23, 15%	7, 15%
49-72	28, 18%	7, 16%
72-	12, 8%	7, 16%

Касательно лабораторных данных: лишь такие показатели, как мочевина и креатинин крови, в среднем отличались друг от друга в группах консервативного и хирургического лечения. Во второй группе они были выше на 66% и 76% соответственно (Диagr. 5).



Диagr. 5 – Данные лабораторной диагностики

При сравнении жалоб пациентов на боль было установлено, что:

1. В группе хирургического лечения боль присутствовала у 54 человек (100%),

из них у 18 пациентов (33,3%) были жалобы на интенсивные боли.

2. В группе консервативного лечения пациентов присутствовали жалобы на боль у 159 пациентов из 167 (95,2%), из них у 40 пациентов (25,2% от 159) присутствовали жалобы на интенсивные боли.

3. Жалобы на боль в группе хирургического лечения встречались в каждом случае, в отличие от группы консервативного лечения. Также интенсивные боли чаще встречались в группе хирургического лечения. (Диагр. 6)

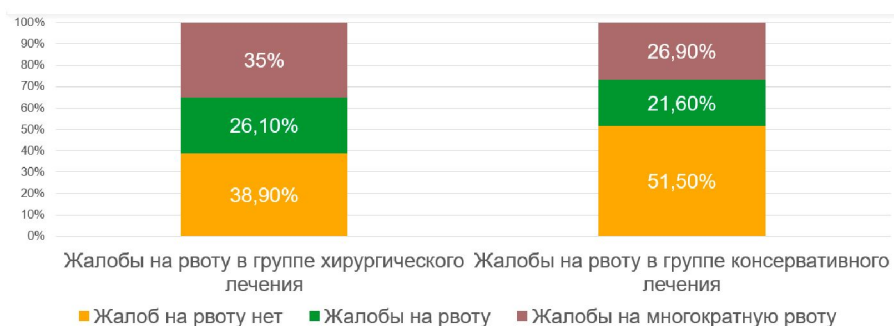


Диагр. 6 – Жалобы на боль в анамнезе

При анализе жалоб на рвоту выяснилось:

1. В группе хирургического лечения жалобы на рвоту присутствовали у 33 из 54 человек (61,1%), из них у 19 (57,6% от 33) были жалобы на многократную рвоту.

2. В группе консервативного лечения пациентов жалобы на рвоту присутствовали у 81 из 167 человек (48,5%), из них у 45 (55,6% от 81) были жалобы на многократную рвоту. (Диагр. 7)



Диагр. 7 – Жалобы на рвоту в анамнезе

При анализе таких клинических признаков, как отсутствие стула свыше одного дня, неотхождение газов, вздутие живота и «шум плеска» было установлено, что Сочетание признаков «шум плеска» + отсутствие стула свыше одного дня + рвота + интенсивные боли почти в пять раз чаще встречалось в группе хирургического лечения [Табл. 2].

Табл. 2. Встречаемость клинических признаков в исследуемых группах пациентов

	Группа хирургического лечения	Группа консервативного лечения
Отсутствие стула свыше одного дня	40,7% Среднее количество дней отсутствия стула – 3,4 дня	37,7% Среднее количество дней отсутствия стула – 2,1 дня
Неотхождение газов	20,4%	28,1%

Продолжение таблицы 2

Вздутие живота	61,1%	63,5%
«Шум плеска»	40,7%	36,5%
Сочетание признаков («Шум плеска, отсутствие стула свыше одного дня, рвота, интенсивные боли	14,8%	3,0%

Сравнение инструментальных данных показало, что сочетание патологических изменений при инструментальной диагностике значительно чаще встречалось в группе хирургического лечения.

Табл. 3. Данные инструментальных исследований в исследуемых группах

	Группа хирургического лечения	Группа консервативного лечения
Rg-признаки ОКН	74,1%	62,3%
УЗИ-признаки ОКН	66,7%	57,5%
Rg-признаки+УЗИ-признаки	53,7%	34,7%

Выводы:

1. Необходимость в оперативном вмешательстве возрастает (примерно в 2 раза) при длительности заболевания до поступления в стационар свыше 72 часов по сравнению с более ранними сроками госпитализации.

2. Значительных отличий касательно этиологии спаечной болезни в группах пациентов нет.

3. Изменения со стороны мочевины и креатинина плазмы крови выраженной в группе хирургического лечения.

4. Жалобы на боль в группе хирургического лечения встречались в каждом случае, в отличие от группы консервативного лечения. Также интенсивные боли чаще встречались в группе хирургического лечения.

5. Рвота, в том числе и многократная, встречалась в группе хирургического лечения.

6. Сочетание признаков «шум плеска» + отсутствие стула свыше одного дня + рвота + интенсивные боли почти в пять раз чаще встречалось в группе хирургического лечения.

7. Сочетание патологических изменений при инструментальной диагностике значительно чаще встречалось в группе хирургического лечения.

Литература

1. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: пособие / Ю.М. Киселевский [и др.]; под ред. Ю.М. Киселевского. -2-е изд., испр. – Минск: Вышэйшая школа, 2021. – 406 с.
2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / А.В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 736 с.
3. Хирургические болезни: учебник / М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин [и др.]; под ред. М.И. Кузина. -3-е изд., перераб. и доп. – Москва: Медицина, 2002. - 784 с