

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

*Данильчик А.В., Корик В.Е., Сивец А.Н., Козлов В.В.
Военно-медицинский институт в учреждении образования
«Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,
Республика Беларусь*

Актуальность. На сегодняшний день в экстренной хирургии острая кишечная непроходимость является одной из ведущих причин, требующих выполнения неотложного оперативного вмешательства. Нарушение пассажа кишечного содержимого может быть обусловлено как развитием онкологического процесса, так и рядом причин неопухолевого характера, при этом, по данным различных авторов, в 75-91% случаев причиной острой кишечной непроходимости служит спаечный процесс в брюшной полости, в 0,5-6% случаев – другие причины (инвагинация, заворот, обтурация безоаром и др.). Несмотря на то, что долгое время операции выполнялись преимущественно открыто, в последнее десятилетие альтернативой лапаротомии становятся лапароскопические методики. В то же время, операции по поводу острой кишечной непроходимости являются одними из наиболее сложных и нередко требуют выполнения повторного оперативного вмешательства из-за развивающихся в послеоперационном периоде осложнений.

Цель. Изучить причины острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза и особенности ее хирургического лечения.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 106 историй болезни пациентов, госпитализированных в период с 2017 по 2019 год в отделение экстренной хирургии УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минска по поводу острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза, потребовавшей выполнения оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Общее количество пациентов составило 106 человек, из них мужчин - 40 (37,7%), женщин – 66 (62,3%). Средний возраст составил 57 ± 19 лет. Возрастная характеристика: 18-44 года – 27 (25,5%) пациентов, 45-59 лет – 32 (30,2%), 60-74 года – 20 (18,9%), 75-90 лет – 25 (23,6%), старше 91 года – 2 (1,8%).

По механизму развития преобладала спаечная кишечная непроходимость – 79 случаев (74,5%). Странгуляционная кишечная непроходимость отмечена в 22 случаях (20,6%), при этом наиболее частой причиной странгуляции стал заворот – 12 случаев (54,5%), в 5 случаях (22,7%) развилось узлообразование, дважды (9,1%) – ущемление. Обтурация просвета кишки стала причиной развития острой кишечной непроходимости в 3 случаях (2,8%), причины обтурации – желчный камень и дважды - фитобезоар. Однократно встречались инвагинационная и паралитическая (по 0,9%) формы кишечной непроходимости.

У 63 пациентов (59,4%) операция выполнена лапароскопически, из них у 54 пациентов (85,7%) была спаечная непроходимость, у 9 (14,3%) –

странгуляционная. Лапароскопически выполнены: висцеролиз – в 51 случае, устранение заворота кишки – в 5 случаях, резекция кишки с наложением межкишечного анастомоза – в 3 случаях, по разу выполнялись ушивание дефекта пупочной складки, висцеролиз с удалением маточной трубы и яичника, удаление гидатидной кисты яичника, выведение кишечной стомы. В 4 случаях (3,8%) лапароскопия была дополнена выполнением минилапаротомии в связи с необходимостью выполнения энтеротомии и извлечения желчного камня, адгезиолизиса с наложением обходного энтероэнтероанастомоза, резекции участка тонкой кишки с дивертикулом Меккеля и наложением тонкокишечного анастомоза (дважды). У 19 пациентов (17,9%) выполнялась лапаротомия, из них у 12 пациентов (63,2%) была спаечная непроходимость, у 4 (21,1%) – странгуляционная, у 2 (10,5%) – obturационная, у 1 (5,3%) – паралитическая. Выполнены следующие операции: висцеролиз – в 9 случаях, выведение кишечной стомы, резекция с наложением межкишечного анастомоза – в 3 случаях, удаление безоара – в 2 случаях, по разу выполнялись устранение заворота кишки и интубация толстой кишки. В 20 случаях (18,9%) потребовалась конверсия, из них по поводу спаечной непроходимости – 12 (60%) (7 – висцеролиз, 4 – висцеролиз с резекцией кишки и наложением межкишечного анастомоза, 1 – висцеролиз и аппендектомия в связи с вовлеченностью в спаечный процесс червеобразного отростка), по поводу странгуляционной – 7 (35%) (4 – устранение странгуляции без резекции кишки, 2 – устранение странгуляции с резекцией кишки и наложением межкишечного анастомоза, 1 – иссечение избыточной складки брюшины), по поводу инвагинационной – 1 (5%) (выполнена мануальная дезинвагинация).

У 7 пациентов (6,6%) из-за развившихся в послеоперационном периоде осложнений потребовалось выполнение от 1 до 5 повторных оперативных вмешательств. Причинами повторных операций стали: спаечный процесс в брюшной полости – 3 (42,9%), острая перфоративная язва кишечника – 2 (28,6%), эвентрация кишечника – 1 (14,3%), спайки + перфоративная язва – 1 (14,3%). Все осложнения развивались в срок от 1 до 5 суток послеоперационного периода, чаще на 2-3 сутки, как после лапароскопических оперативных вмешательств, так и после лапаротомий.

Летальность составила 0,9% (скончался 1 пациент, женщина 83 лет, оперированная по поводу спаечной кишечной непроходимости (лапароскопический адгезиолизис), у которой на 5-е сутки послеоперационного периода развилась острая язва подвздошной кишки с некрозом и перфорацией и распространенным гнойно-фибринозным перитонитом (лапаротомия, резекция участка подвздошной кишки с формированием межкишечного анастомоза "бок-в-бок", санация и дренирование брюшной полости)).

Выводы. В структуре острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза преобладает спаечная непроходимость. Лапароскопический способ выполнения операции позволяет выполнить хирургическое вмешательство в полном объеме более чем в половине случаев, однако нередко может потребовать выполнения конверсии. Основными причинами выполнения повторных операций при острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза являются спаечный процесс в брюшной полости и острые перфоративные язвы кишечника.