

*А. И. Игнатовец*

## **ТАКТИКА КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А. А. Безводицкая  
Кафедра общей хирургии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск  
УЗ 5-ГКБ, г. Минск.*

**Резюме.** В данной статье рассмотрены проблемы связанные с тактикой лечения синдрома острой кишечной непроходимости. Выявлены наиболее частые причины возникновения данного синдрома. Проанализированы факторы, влияющие на тяжесть течения ОКН.

**Ключевые слова:** Кишечная непроходимость причины, опухоли кишечника.

**Resume.** This article discusses the problems associated with the tactics of treatment of acute intestinal obstruction syndrome. The most common causes of this syndrome have been identified. The factors influencing the severity of the flow of AIO are analyzed.

**Keywords:** Intestinal obstruction of the cause, tumors of the intestine.

**Актуальность.** Острая кишечная непроходимость (ОКН) – это синдром, характеризующийся нарушением пассажа кишечного содержимого в направлении от желудка к прямой кишке. Кишечная непроходимость осложняет течение различных заболеваний. Острая кишечная непроходимость (ОКН) - синдромная категория, объединяющая осложненное течение различных по этиологии заболеваний и патологических процессов, которые формируют морфологический субстрат ОКН. ОКН составляет 3,8% от всех неотложных заболеваний брюшной полости. При возрасте старше 60 лет причиной ОКН в 53% является рак толстого кишечника. Летальность при острой кишечной непроходимости и в настоящее время остается высокой и не имеет заметной тенденции к снижению

**Цель:** Оценить тактику лечения пациентов с синдромом острой кишечной непроходимости различного генеза. Подтвердить или опровергнуть данные о статистике причины ОКН на фоне новообразований.

**Задачи:**

1. Определить наиболее частые причины возникновения синдрома ОКН.
2. Произвести анализ тактики лечения пациентов с синдромом ОКН.

**Материал и методы.** Для выполнения цели был произведен анализ 56 историй болезни пациентов с диагнозом при поступлении ОКН. Были применены статистические методы для выявления наиболее частых причин поступления пациентов, влияния сопутствующих заболеваний на развитие осложнений, зависимость времени обращения от начала появления первых симптомов и проведения операции на пребывание пациента в стационаре.

**Результаты и их обсуждение.** За 2016 год в 1-ое и 2-ое хирургическое отделение 5-ГКБ было доставлено скорой медицинской помощью 56 человек с синдромом ОКН в возрасте от 23 до 89 лет. К сожалению 10 пациентов были переведены в ОИ-ТАР ввиду тяжелого общего состояния и явлений мезотромбоза, 33 пациентов были прооперированы, им были выполнены следующие вмешательства: формирование ко-

лостомы, наложение первичного анастомоза, рассечение спаек и другие виды хирургического вмешательства. У 23 пациентов явления кишечной непроходимости были разрешены консервативными методами. Всем пациентам было проведено по возможности консервативное лечение.

В результате исследования были проанализированы истории болезней пациентов из них оказалось 34(60%) мужчин и 22(40%) женщин. Развитие синдрома ОКН происходило как у мужчин, так и у женщин, можно предположить, что пол, существенно, не влияет на развитие данного синдрома.

По возрасту моложе 40 лет поступило только 2(4%) пациентов от общего числа. От 41 года до 60 лет-10(16%) пациентов. От 61 года до 76 лет-22(40%) пациента. Старше 76 лет-22(40%) пациента.

По возрасту абсолютное большинство пациентов было старше 60 лет, можно сказать что, на развитие синдрома ОКН существенно влияет возраст пациентов так как с возрастом количество сопутствующих заболеваний увеличивается, что осложняет и ограничивает возможность лечения пациентов с синдромом ОКН.

Было выяснено, что 24(43%) обратились в стационар в первые сутки после проявления синдрома ОКН, а 32(57%) пациентов обратились за медицинской помощью спустя сутки и более.

В результате исследования было выявлено что, между временем обращения в стационар и пребыванием в стационаре есть прямая зависимость, чем быстрее пациент обратился за помощью, тем меньше дней провел в стационаре, так как возможность разрешения явления ОКН консервативно значительно увеличивается.

Также абсолютное большинство пациентов, а именно 45(81%) имели заболевания сердечно-сосудистой системы и только 9(19%) не имели таковых.

Наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы осложняет состояние пациента, замедляет восстановление пациента в послеоперационном периоде и увеличивает длительность нахождения в стационаре.

Среди других сопутствующих заболеваний, помимо заболеваний сердечно-сосудистой системы, наиболее часто были распространены такие как, сахарный диабет 22(40%), заболевания органов дыхания 14(26%), хронические заболевания почек 11(20%), и другие заболевания 9(15%).

Наличие других сопутствующих заболеваний также осложняет состояние пациентов и увеличивает длительность нахождения в стационаре.

Всем больным при поступлении был проведен лечебно-диагностический прием согласно стандартам лечения синдрома ОКН. Он включает в себя:

1. Введение спазмолитиков.
2. Двусторонняя паранефральная блокада.
3. Промывание желудка.
4. Сифонная клизма.

Все виды консервативного лечения при острой кишечной непроходимости могут иметь положительный результат, но важным критерием этой терапии является ограниченность по времени. Максимальная продолжительность при отсутствии выражен-

ного эффекта не должна превышать двух часов. Жесткость временных рамок обусловлена возможностью развития тяжелых осложнений в кишечнике, брюшной полости и внутренних органах.

У 23(41%) пациентов явления ОКН удалось разрешить консервативно после проведения лечебно-диагностического приема.

У 33(59%) пациентов была проведена операция в экстренном порядке.

Стоит отметить что, только 4(7%) пациента находились в стационаре до операции до 6 часов, от 7 до 12 часов количество составило-10(18%) пациентов, а более 12 часов находились до операции в стационаре 42(75%) пациента.

У большинства пациентов синдром ОКН пытались разрешать консервативно, поэтому пациенты находились в стационаре более 12 часов до оперативного вмешательства.

По виду хирургического вмешательства из 33 проведенных операций формирование колостомы проводилось в 22(66%) случаев, наложение первичного анастомоза составило 7(21%) операций, а другие операции составили от всех случаев-4(13%).

В результате оперативного вмешательства более чем половине пациентов произведена операция-формирование колостомы в виду невозможности наложения первичного анастомоза по различным причинам.

В результате исследования было выявлено, что у большинства пациентов, которым проводилась операция, обнаружен стенозирующий рак толстого кишечника 22(66%), а у 11 пациентов рака толстого кишечника не было выявлено.

Длительность нахождения пациентов на лечении в стационаре составила, до 5 дней-23(41%) пациента, от 6 до 10 дней-17(30%) пациентов, от 11 до 15 дней-11(20%) пациентов и более 15 дней находилось только 5(9%) пациентов.

В основном длительность нахождения пациентов в стационаре зависела от времени обращения пациента за помощью, от вида лечения консервативного и оперативного, от сопутствующих заболеваний и общего состояния пациента.

#### **Выводы:**

1. ОКН, связанная с наличием новообразований толстой кишки, усугубляет состояние пациента и значительно увеличивает длительность нахождения в стационаре, по сравнению с развитием ОКН по другой причине.

2. У половины пациентов старше 60 лет явления ОКН развились на фоне злокачественных новообразований толстого кишечника.

3. Выполнение своевременно и в полном объеме комплекса лечебно-диагностических мероприятий позволяет в ряде случаев при кишечной непроходимости опухолевого генеза избежать стомирующих операций.

*A. I. Ignatovets*

### ***TACTICS OF CONSERVATIVE AND OPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH THE SYNDROME OF ACUTE INTESTINAL INPUT.***

***Scientific adviser: associate professor Bezvoditskaya A.A.***

*Department of General Surgery*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

*5-CCH, c. Minsk.*

### **Литература.**

1. Динамика диагностики и лечения острой обтурационной толстокишечной непроходимости раковой этиологии в историческом плане // материалы XV съезд хирургов Республики Беларусь, актуальные вопросы хирургии Карпицкий А.С. - Брест Альтернатива, 2014.
2. А.Б. Сингаевский, М.Г. Цикоридзе Диагностика осложнённого рака ободочной кишки в многопрофильном стационаре // материалы XV съезд хирургов Республики Беларусь, актуальные вопросы хирургии Карпицкий А.С. - Брест: Альтернатива, 2014.