

Клюйко Д.А., Корик В.Е., Жидков А.С.

АНАЛИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СПАЕЧНЫМ ПРОЦЕССОМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет» кафедра военно-полевой хирургии

Резюме: Лапароскопический адгезиолизис, является более предпочтительной операцией при спаечной болезни, однако выполняется достаточно редко. Пациент со спаечной болезнью брюшной полости должен быть информирован врачом о возможных рисках и осложнениях этого заболевания.

Ключевые слова: спаечная болезнь.

Существенно возросло за последнее время количество оперативных вмешательств на органах брюшной полости, повлекшее за собой лавинообразное увеличение встречаемости послеоперационной спаечной болезни. Как известно, болевая форма спаечной болезни вне острой кишечной непроходимости традиционно не изучается специалистами хирургического профиля, а потому и не учитывается хирургами в должной мере. Длительно и безрезультатно такие пациенты лечатся у гастроэнтерологов и терапевтов, при этом качество их жизни существенно снижается. Хирурги при этом придерживаются выжидательной тактики, считая, что пациенты с болевым синдромом без признаков кишечной непроходимости подлежат только консервативному лечению. В повторной операции нуждаются более чем 70% пациентов, оперированных ранее открытыми способами по поводу спаечной болезни. Патологическое развитие спаечного процесса в брюшной полости после первой лапаротомии имеется у 14%, а после третьего вмешательства – у 96% пациентов. Осложнения в виде спаечной кишечной непроходимости имеют место у 50-70% повторно оперированных пациентов, при этом смертность достигает 50% и более.

Цель

Привести ретроспективный анализ историй болезни пациентов со спаечной болезнью брюшной полости для получения исходных данных, анализа уровня, структуры и динамики заболеваемости на современном этапе.

С января 2012 по апрель 2017 года стационарное лечение в отделениях УЗ «2 городская клиническая больница» г. Минска проходили 655 пациентов, которые суммарно госпитализировались с диагнозом «Спаечная болезнь» 829 раз, таким образом, анализу подверглись 829 медицинских карт. Удельный вес среди всех пациентов по всем отделениям клиники в обозначенный период составил 0,9%. В выборке преобладали женщины – 464, что составило 71% от общего количества пролеченных пациентов. У данной категории пациентов в ~30% случаев, провоцирующим фактором спаечного процесса служили хирургические и не хирургические заболевания органов малого таза. Средний

возраст пациентов в выборке составил $64,7 \pm 17,6$ лет, при этом минимальный возраст 17 лет, максимальный – 96 лет. Пик заболеваемости определен в диапазоне 73–76 лет.

Пациентами трудоспособного возраста абдоминальная боль средней интенсивности вследствие внутрибрюшинных спаек нередко игнорировалось. Зачастую лишь в случае возникновения спаечной кишечной непроходимости пациенты обращались за медицинской помощью. С другой стороны, пациенты пенсионного возраста заостряли внимание на наличие проблем с пищеварением и чаще обращаясь за медицинской помощью, о чем свидетельствует подъем количества госпитализаций пациентов старше 63 лет, причём преобладают в этот период именно обращения за гастроэнтерологической помощью. Из общего количества госпитализаций 597 (72%) пришлось на отделения хирургического профиля (экстренная и гнойная хирургии). В гастроэнтерологии зарегистрировано 215 (26%) обращений.

Прирост пациентов со спаечной болезнью с 2013 по 2016 год составил 62%, и продолжает увеличиваться. Это связано с увеличением общего количества оперативных вмешательств, а также с улучшением методов диагностики, что позволяет верифицировать диагноз на ранних стадиях заболевания.

Оперативные вмешательства были произведены 131 пациенту, что составляет 20%, а при пересчете на количество госпитализаций – 16%. В среднем одному пациенту выполнялось $1,2 \pm 0,7$ оперативных вмешательств. Лапароскопические методы лечения были использованы у 31 пациента, то есть у 24% оперированных. Удаление участка кишки с наложением анастомоза было предпринято у 22 пациентов 17%, все резекции были выполнены открытым способом или из мини доступа.

Среднее количество дней пребывания в стационаре составило $7,3 \pm 6,7$ дней среди всех поступлений, причем из них в экстренном хирургическом отделении – $5,5 \pm 5,35$ дней. Средний койко-день в отделении гастроэнтерологии составил $11,1 \pm 4,2$ дней.

На одни сутки в отделение экстренной хирургии были госпитализированы 86 пациентов со спаечной болезнью, что составило 16% от общего количества госпитализаций, таким пациентам был проведен лечебно-диагностический комплекс с положительным результатом и последующей выпиской из стационара. Удельный вес летальных исходов составил 1,2% (8 пациентов).

Среди ошибочно выставленных заболеваний хирургического профиля были: мезентеральный тромбоз у 9 (3%) пациентов, аппендицит у 31 (10%), острый холецистит – 65 (22%), панкреатит – 193 (65%).

Спаечная болезнь брюшной полости не вызывает трудностей в диагностическом плане. Сложнее принять решение о своевременном и обоснованном оперативном лечении. Даже без признаков спаечной кишечной непроходимости курация пациентов в терапевтических отделениях должна обязательно включать консультацию врача-хирурга с последующим плановым оперативным лечением.

Лапароскопический адгезиолизис, является более предпочтительной операцией при спаечной болезни, однако выполняется достаточно редко.

Пациент со спаечной болезнью брюшной полости должен быть информирован врачом о возможных рисках и осложнениях этого заболевания. Пациенту должен быть предоставлен обоснованный выбор консервативного или оперативного лечения в плавном порядке.

Литература

1. Батвинков, Н.И. Хроническая дуоденальная непроходимость / Н.И. Батвинков, М.А. Можейко, В.В. Зайцев // Актуальные вопросы неотложной хирургии: непроходимость кишечника. - Гродно: ГрГМУ. 2012. - С. 3-5.

2. Ищенко, В.Н. Первично-радикальные вмешательства при острой кишечной непроходимости / В.Н. Ищенко, А.Ю. Киселев, И.И. Матюшкин, Х.К. Чун // Тихоокеанский медицинский журнал -2011. - №1. - С. 69-73.