

**Сигуа Б.В., Петров С.В., Каландарова Д.Х., Вовк А.В.,
Чернышев Д.А., Котков П.А.**

ПОКАЗАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Среди всех механических форм кишечной непроходимости острая спаечная тонкокишечная непроходимость составляет 63,4 – 80,0%, с сохраняющимся высоким уровнем летальности от 5,1 до 8,4%. Несмотря на интенсивный научный поиск острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТН) остается одной из наиболее актуальных и нерешенных проблем неотложной хирургии. Основным этиологическим фактором развития ОСТН остается операционная травма. Рецидивирующий характер течения с неудовлетворительными результатами оперативного лечения с формированием повторных спаечных сращений приводит к развитию так называемого «порочного круга», что повлияло на пересмотр утвержденных протоколов. Так, на сегодняшний день, в международной литературе наметилась очевидная тенденция к неоперативному разрешению эпизода ОСТН с эффективностью до 70 – 90 %.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с ОСТН, путём оптимизации лечебной тактики со смещением акцента от неотложного хирургического лечения в пользу консервативного разрешения, с осуществлением оперативного лечения в срочном и/или отсроченном порядке при неэффективности последней.

Материалы и методы. В рамках реализации концепции максимального консервативного разрешения пациентов с ОСТН, проведен сравнительный анализ результатов лечения 338 пациентов, получавших лечение на базе хирургических отделений ГБУЗ «Елизаветинская больница» Санкт-Петербурга, в период с 2016 по 2019 гг. Все пациенты в выборочной совокупности были разделены на две группы. Отличительной особенностью сравниваемых групп явилось применение усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма и оригинальной балльно-оценочной шкалы у пациентов основной группы. Особенности консервативного лечения заключались в выполнении комплекса мероприятий в рамках усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма с внедрением эндоскопических методов с назогастроинтестинальным дренированием тонкой кишки, введение водорастворимого контрастного препарата через зонд и выполнение мультиспиральной компьютерной томографии по показаниям. Все консервативные мероприятия были направлены на обеспечение адекватной декомпрессии проксимальных отделов кишечного тракта,

коррекции водно-электролитных расстройств и мониторингом наиболее предиктивных показателей в течении 12 часов. Основу предложенного алгоритма составляла оригинальная балльно-оценочная шкала, направленная на выявление пациентов, склонных к консервативному разрешению эпизода нарушения кишечного пассажа. Для построения оригинальной балльно-оценочной шкалы, произведен анализ корреляционной связи между рядом параметров и вероятностью проведения срочного оперативного вмешательства. Выявлены наиболее информативные признаки, с целью прогнозирования успеха консервативной терапии. Сведения о наличии и силе корреляционной связи, стратифицированы согласно классификации Chaddock, с присвоением цифровых значений в соответствии с выраженностью этой связи, с пограничными значениями шкалы 15 баллов. При сумме баллов менее 15 успех консервативной терапии расценивался как высокий, более 15 баллов, продолжение терапии возможно, но нецелесообразно - показано выполнение оперативного лечения в срочном порядке.

Результаты. Всем пациентам с признаками ишемии и перитонита было проведено оперативное лечение в экстренном порядке - 12,7% (43), в остальных 87,3 % (295), лечение начиналось с консервативных мероприятий. Из 338 исследуемых, 240 (71,0%) пациентов подверглись оперативному лечению, а в 98 (29,0 %) случаях удалось добиться консервативного разрешения эпизода нарушения кишечного пассажа, с статистически значимой разницей в основной группе (36,4%), относительно группы сравнения (18,6%), за счет применения усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма и оригинальной балльно-оценочной шкалы ($p < 0.05$).

Выводы. Всем пациентам при отсутствии показаний к экстренному оперативному вмешательству, необходимо начинать лечение с консервативного ведения, сроки и эффективность которой должны оцениваться индивидуально для каждого пациента в совокупности оценки ряда предиктивных показателей в течении 12 часов. Предложенный усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм, с использованием мультиспиральной компьютерной томографии, эндоскопических методов, а также оригинальная балльно-оценочная шкала позволяют увеличить число консервативно разрешившихся пациентов с уменьшением доли необоснованных оперативных вмешательств, тем самым оказывая положительное влияние на улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с ОСТН.