

Смирнов Д. А., Примак А. М.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕОБХОДИМОСТИ ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Жура А. В.

2-я кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

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.

Материалы и методы. Нами было исследованы 221 карта стационарного лечения пациентов, которые в течение 2021 года проходили лечение 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: Средний возраст пациентов составил 60,7 лет, мужчин было 69 (31,2%), женщин 154. 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.

Изучаемые диагностические критерии разделили на несколько групп: клинические (боли в животе и их интенсивность, рвота, отсутствие стула и отхождения газов, наличие вздутия живота, «шума плеска» и перистальтики при аускультации); инструментальные (данные рентгенограмм и ультразвуковых исследований органов брюшной полости) и лабораторные (показатели общего и биохимического анализов крови). Сравнивались показатели у пациентов двух групп, в первую включили оперированных по поводу спаечной непроходимости, во вторую – у которых проводимое консервативное лечение было успешным без операции. Возрастной состав групп, соотношение мужчин и женщин были сопоставимы.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования было установлено, что в двух группах пациентов были различия в клинических, инструментальных и лабораторных критериях. Так у пациентов, которым понадобилась экстренная операция чаще были боли в животе при поступлении и чаще они имели интенсивный характер по сравнению с не оперированными пациентами. Также в первой группе отмечены более частое возникновение рвоты, запора, «шума плеска» при аускультации, диагностики кишечных уровней при рентгенологическом исследовании, специфических для острой кишечной непроходимости изменений при ультразвуковом. Высоко достоверными показали себя диагностические критерии, состоящие из комбинации нескольких факторов, например, сочетание у пациента при поступлении запора, рвоты, интенсивных болей в животе и «шума плеска» значительно повышает риск необходимости в операции.

Выводы. В результате проведенной работы разработаны критерии риска неуспешности консервативной терапии у пациентов с острыми осложнениями спаечной болезни органов брюшной полости, что позволяет определить показания к экстренному хирургическому лечению.