

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Русин И.В., Цилиндзь И.Т.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь*

Введение. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) остаётся одной из сложных и актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. В связи с существенным увеличением количества оперативных вмешательств на органах брюшной полости растёт количество пациентов с данной патологией. Спайкообразование способствует ограничению очагов инфекции при воспалительных процессах брюшной полости, однако чрезмерный спаечный процесс, вызванный либо инфекцией, либо повреждением серозной оболочки во время операции, приводит к возникновению спаечной непроходимости в различные сроки после ранее выполненных абдоминальных операций. По литературным данным спаечный процесс в брюшной полости после первой лапаротомии встречается у 14% пациентов, после повторных операций у 50-70%, а возникающая при этом ОСКН требует выполнения повторных операций.

Цель. Провести ретроспективный анализ историй болезни пациентов со спаечной кишечной непроходимость, определить оптимальную тактику обследования и лечения при данной патологии.

Материалы и методы. За пять лет (2018-2022 гг.) в хирургические отделения УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» было госпитализировано 110 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимость, из них мужчин – 51 (46,4%), женщин – 59 (53,6%). В возрасте до 20 лет была 1 пациентка (0,9%), 21-40 лет – 29 (26,4%), 41-60 лет – 38 (34,5%), 61-80 лет – 31 (28,2%), старше 80 лет – 11 (10,0%) человек, таким образом старше 60 лет было 41 пациентов (38,2%), все они страдали патологией сердечно-сосудистой системы, сопутствующая терапевтическая патология выявлена у 64% пациентов в возрасте 41-60 лет. В анамнезе у 59 человек была одна ранее выполненная операция на органах брюшной полости, у 29 - 2, у 15 – 3 и более, у 7 пациентов ранее оперативные вмешательства не выполнялись. Из перенесенных в анамнезе операций ранее выполнялась аппендэктомия (36 человек), акушерско-гинекологические операции (кесарево сечение, удаление матки с придатками – 26 пациентов), по поводу перитонита различной этиологии ранее оперированы 10 человек, по поводу травмы живота с повреждением внутренних органов и различных грыж – по 8 пациентов, резекция кишечника ранее была выполнена в 10 случаях, открытая холецистэктомия у 5 человек. Повторные операции по поводу спаечной кишечной непроходимости выполнены в 6 случаях. 16 человек доставлены в стационар в течение первых 6 часов после появления клиники непроходимости, 52 пациента – через 6-24 часа, после 24 часов – 42. Поздняя госпитализация чаще отмечалась у пациентов > 60 лет. На догоспитальном

этапе 18 пациентам (16,4%) был выставлен диагноз панкреатита, правильный диагноз ОСКН был установлен после дообследования в клинике.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам в стационаре выполнено клиническое и лабораторное обследование, при этом лейкоцитоз отмечен у 36 человек (32,7%), повышение уровня мочевины и креатинина у 25 (22,7%) гипербилирубинемия, повышение Алт, Аст у 34 пациентов (30,9%). Всем пациентам выполнена обзорная R-графия брюшной полости с исследованием пассажа бария по кишечнику. При отсутствии клиники перитонита лечение начинали с консервативных мероприятий (назогастральное дренирование с промыванием желудка, различные виды новокаиновых блокад, очистительные клизмы, дезинтоксикационная инфузионная терапия, стимуляция кишечника), у 26 пациентов (23,6%) проведённые консервативные мероприятия оказались неэффективными и им было выполнено оперативное лечение – висцеролиз. 2 человека прооперированы в первые 2 часа после поступления в стационар в связи с наличием перфорации кишки и перитонита (обратились за медпомощью позже 3 суток после появления болей в животе). У этих 2 пациентов в связи с некрозом кишечника выполнена резекция кишки с наложением анастомоза. Летальности (в том числе послеоперационной) при спаечной кишечной непроходимости за 5 лет не было.

Выводы. Рост количества операций на органах брюшной полости приводит к увеличению случаев спаечной кишечной непроходимости. Чаще данная патология развивалась после ранее выполненной аппендэктомии и акушерско-гинекологических операций. Общеклиническое обследование в сочетании с обзорной рентгенографией брюшной полости и исследованием пассажа бария по кишечнику позволяют установить правильный диагноз. При своевременной диагностике и адекватном лечебно-диагностическом приёме в большинстве случаев удаётся разрешить спаечную кишечную непроходимость консервативно. Основной операцией при данной патологии является висцеролиз, резекция кишечника при его некрозе выполнена 2 пациентам при позднем обращении за медпомощью.