

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Жура А.В., Синило С.Б., Жура Л.В.*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь*

**Введение.** Спаечная болезнь брюшной полости представляет собой сложный патологический процесс, заболевание брюшины, с вовлечением множества механизмов местной воспалительной реакции, фибринолиза, клеточной миграции и дифференцировки, ангиогенеза и пр. Заболевание имеет хронический характер с периодическими эпизодами острых осложнений, из которых самой опасной является острая спаечная кишечная непроходимость.

Предугадать клиническое течение острой спаечной непроходимости кишечника порой невозможно. В некоторых случаях яркая симптоматика – с выраженным вздутием живота, болевым синдромом, многократной рвотой, характерной рентгенологической картиной – купируется минимальными терапевтическими мероприятиями. В других случаях, несмотря на нечеткие клинические признаки непроходимости, не удается ее разрешить, применяя весь комплекс лечебных воздействий, и возникает необходимость в срочной операции.

**Цель:** определить ранние диагностические критерии и необходимость в экстренном и срочном хирургическом вмешательстве у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью.

**Материалы и методы.** Нами были анализированы результаты лечения 222 стационарных пациентов, которые в течение 2021 года проходили лечение в УЗ «ГКБСМП» г. Минска с установленным диагнозом «Спаечная болезнь брюшной полости» в качестве основного заболевания. Все пациенты поступали по экстренным показаниям с различными направительными диагнозами: острый панкреатит (25%), острая кишечная непроходимость (24%), спаечная болезнь (17%), острый холецистит (9%), острый аппендицит (6%), острый холецистопанкреатит (4%), ущемленная грыжа (3%), перитонит (1%) и др. (10%). Средний возраст пациентов составил 60,7 лет, мужчин было 69, женщин 153. Изучаемые диагностические критерии разделили на несколько групп: анамнестические, клинические (боли в животе и их интенсивность, наличие рвоты, отсутствие стула и отхождения газов, наличие вздутия живота, «шума плеска» и отсутствия 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.** При оценке анамнестических данных установлено, что практически все пациенты (219 из 222, 98,6%), поступившие со спаечной кишечной непроходимостью за год, переносили ранее оперативные вмешательства. Суммарно 219 пациентам было выполнено 438 хирургических вмешательств. Приблизительно у трети пациентов – 81 (36,5%) – в анамнезе была только одна операция. У остальных ранее было выполнено от 2 до 8 хирургических вмешательств, в среднем по 2,5 на пациента. Из них наиболее частыми были операции по поводу острой хирургической патологии, в основном, с распространенным перитонитом – 252 (57,5%) и острой гинекологической патологии – 93 (21,2%). Плановые колопроктологические операции были в 41 случае (9,4%), травма живота – в 15 (3,4%). Наличие в анамнезе осложненной спаечной болезни, потребовавшей ранее хирургического вмешательства, было в 37 случаях (8,4%). В остальных 8,5% случаев в анамнезе были плановые оперативные вмешательства по поводу различных хирургических, урологических и гинекологических заболеваний, без четких закономерностей. Таким образом, представляется возможным выделить ряд хирургических вмешательств, после которых высок риск развития спаечной кишечной непроходимости: операции по поводу острой хирургической и гинекологической патологии с разлитым перитонитом; колопроктологические вмешательства; операции по поводу осложненной спаечной болезни. Относительно низкий риск развития осложненной спаечной болезни при: плановой хирургии в одной области брюшной полости, особенно при лапароскопических вмешательствах; отсутствии распространенного перитонита при острой хирургической и гинекологической патологии; отсутствии симптоматической спаечной болезни в анамнезе. Достоверного влияния типа ранее перенесенных вмешательств на необходимость в оперативном лечении выявлено не было.

Необходимость в экстренном и срочном оперативном лечении возникла у 54 из 222 пациентов (24,3%). Были выполнены: 40 лапаротомий с адгезиолизисом, 6 лапароскопических рассечений спаек, 6 резекций кишки и у 2 пациентов вмешательства были множественные, включая как обширное рассечение спаек, так и резекционные операции. В 4 случаях операции выполнены по экстренным показаниям: в течение 2 часов от момента поступления. В остальных: от 4 часов до 3 суток, после проведения лечебно-диагностического приема. У всех пациентов, которым понадобилась экстренная операция, при поступлении была интенсивная боль в животе и тонкокишечные уровни на рентгенограмме органов брюшной полости. Наличие рвоты и отсутствие отхождения газов/стула было только у половины пациентов.

В целом в группе пациентов, которым потребовалось оперативное лечение, боли в животе при поступлении были у всех заболевших и в трети случаев они носили выраженный интенсивный характер. В тоже время у пациентов, которым операция не понадобилась, боль при поступлении в 75% была умеренной или несильной, а в 10% случаев отсутствовала. Также в

первой группе отмечены более частое возникновение рвоты (61,1%, в том числе 35% многократной), по сравнению с пациентами второй группы (48,2%). Частота выявления вздутия живота, «шума плеска» при аускультации, неотхождения газов хотя и имели тенденцию к увеличению у пациентов первой группы, однако эти отличия были не достоверны. Также были выявлены тенденции в первой и второй группах по частоте выявления кишечных уровней на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости (66,7% и 54,8% соответственно) и ультразвуковых признаков кишечной непроходимости (маятникообразная перистальтика, вздутие петель кишечника) – 66,7% и 57,1% соответственно. При этом наличие одновременных рентгенологических и ультразвуковых изменений, характерных для кишечной непроходимости, в группе пациентов, которым понадобилась срочная операция, было достоверно выше, чем в группе заболевших, у которых консервативные мероприятия оказались успешными: 53,7% и 34,5% соответственно. Таким образом, риск неуспешности лечебно-диагностического приема высокий у пациентов с интенсивной болью в животе, рвотой, выявлении тонкокишечных уровней при рентгенологическом исследовании и ультразвуковых признаков кишечной непроходимости. Остальная клиническая характерная симптоматика проявляется практически одинаково.

**Выводы.** Острая спаечная кишечная непроходимость остается опасным и трудно прогнозируемым заболеванием. В общехирургическом стационаре наиболее часто хирург встречается с осложнённой спаечной болезнью, возникшей после операций по поводу острой хирургической и гинекологической патологии, при этом большинство пациентов перенесло 2 и более хирургических вмешательства. В приблизительно трех четвертях случаев непроходимость удается купировать консервативными мероприятиями, однако 24% требуют экстренного или срочного оперативного пособия с рассечением спаек и/или резекцией кишки. Предикторами необходимости в срочной операции являются характерный болевой синдром, рвота, рентгенологические и ультразвуковые изменения, выявленные при поступлении пациента в стационар.