

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

¹Жура А.В., ¹Третьяк С.И., ¹Большов А.В., ¹Шотт В.А.,
¹Романович А.В., ²Лазарева-Автушко О.Б.

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. 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 хирургическом лечении. Не до конца ясны длительность консервативной терапии и сроки выполнения оперативного вмешательства.

Цель исследования: оценить результаты лечения острой спаечной кишечной непроходимости в зависимости от вида лечения: оперативное или консервативное, и сроков выполнения операции.

Материалы и методы. Нами были анализированы результаты лечения 2750 стационарных пациентов, которые за период 2014-2022 годы проходили лечение в УЗ «ГКБСМП» г. Минска с установленным диагнозом «Спаечная болезнь брюшной полости» или «Острая спаечная кишечная непроходимость» в качестве основного заболевания. Все пациенты поступали по экстренным показаниям. Средний возраст пациентов составил 61 год, мужчин было 854 (31,1%), женщин 1896 (68,9%); средний койко-день 4,8 (2,9 без операции, 11,2 в случае выполнения оперативного вмешательства); общая летальность 11 человек (0,4%).

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов (2197, 79,9%) пролечено консервативными мероприятиями, необходимость в экстренном и срочном оперативном лечении возникла у 553 пациентов (20,3%). Были выполнены: 414 лапаротомий с адгезиолизисом (74,8%), 39 лапароскопических рассечений спаек (7,1%), 87 резекций

кишки (15,7%), 11 обходных анастомозов (2,0%), в 2 случаях – выведение петлевой тонкокишечной стомы (0,4%). В 16 (2,9%) случаях операцию дополняли назоинтестинальной интубацией тонкой кишки. Послеоперационная летальность составила 1,8%.

В 15,1% случаев хирургические операции выполнены в течение 2-4 часов от поступления. Показаниями к экстренной операции у пациентов этой группы были: перитонит, странгуляционная кишечная непроходимость (выраженный некупирующийся болевой синдром и/или нарушение кровоснабжения кишечника по данным компьютерной томографической ангиографии).

В остальных случаях лечение начинали с выполнения лечебно-диагностического приема и прослеживание пассажа бариевой смеси по кишечнику. При этом нами было отмечено, что у ряда пациентов эффект от применения комплекса стандартных консервативных мероприятий, включающих сифонную клизму, коррекцию водно-солевого баланса, декомпрессию желудка и назначение спазмолитиков наступал гораздо позднее, чем необходимые 8 часов. Объясняется это тем, что спаечная острая кишечная непроходимость отличается от других видов непроходимости кишечника, и зачастую обтурационный компонент в значительной мере осложняется динамическим паралитическим.

Поэтому при отсутствии показаний к экстренной операции и после проведения лечебно-диагностического приема поступали дифференцированно: при сохранении или нарастании болевого синдрома, рвоты, вздутия живота, отсутствии отхождения газов, стула и пассажа бариевой взвеси по кишечнику выставляли показания к срочной операции, в течении 5-8 часов от поступления пациента (79 пациентов, 14,4%). Если же комплекс консервативных мероприятий приводил к частичному улучшению, например, отхождение газов и снижение болей при отсутствии сброса по назогастральному зонду и пассажа бариевой взвеси при отсутствии клиники перитонита и водно-электролитных нарушений считали возможным продолжить проведение вышеуказанных консервативных мероприятий. Если при дальнейшем лечении и наблюдении в течении, как правило, 48 часов полного разрешения непроходимости, как клинического, так и рентгенологического, не наступало, то таким пациентам выполняли срочные хирургические вмешательства – 353 (63,8%) из всех

случаев оперативного лечения. Кроме того, вследствие отказа пациентов от операции или наличия тяжелой сопутствующей патологии в 37 (6,7%) случаях хирургическое вмешательство выполнено даже позднее 2 суток – на 3-4.

При указанной тактике у ряда пациентов полное разрешение непроходимости наступало к 1-2 суткам заболевания, что позволило избежать выполнения им напрасной, а в случае спаечной болезни даже вредной лапаротомии. При этом при выполнении операций в поздние сроки не увеличивались летальность и койко-день, не возростала доля резекционных вмешательств.

Оценивая отдаленные результаты хирургического лечения, проследили повторные госпитализации у оперированных пациентов по поводу рецидива острой спаечной кишечной непроходимости. Они отмечены у 56 из 553 (10,1%) оперированных в сроки от нескольких месяцев до 6 лет, из них 29 (51,2%) пациентов поступали несколько раз (от 2 до 8), в среднем 2,4 госпитализации на одного. Установлено, что более часто пациенты поступали после выполнения им экстренных операций, чем после срочных или отсроченных. В 15 случаях (26,8%) при повторной госпитализации понадобилась повторная операция. Достаточно высокий процент рецидива спаечной кишечной непроходимости говорит о недостаточных профилактических мерах при хирургической коррекции спаечного процесса на первой операции.

Если удавалось разрешить острую кишечную непроходимость без операции (2197 случаев, 79,9%) летальность была крайне низкой. Умер только один пациент. Однако в отдаленном периоде отмечено 365 повторных госпитализаций, что составило 16,7% всех пролеченных консервативно пациентов и было выше, чем после оперативного лечения (10,1%). При этом 162 пациента поступали неоднократно, от 2 до 20 раз. Каждый десятый пациент из повторно поступивших подвергался операции. Это говорит о невысокой эффективности консервативной терапии в плане предупреждения повторного развития острой спаечной кишечной непроходимости и необходимости оперативного пособия в плановом порядке.

Выводы:

1. В большинстве случаев острую спаечную кишечную непроходимость удается купировать консервативными мероприятиями; каждый пятый пациент требует оперативного пособия, в основном, срочного, с рассечением спаек или резекцией кишки.

2. После консервативной терапии 16,7% пациентов поступают вновь с рецидивом кишечной непроходимости, при этом после оперативного лечения отмечено 10% повторных экстренных госпитализаций.

3. При рецидиве острой спаечной кишечной непроходимости в 26,8% необходима повторная операция, поэтому актуален поиск методов предотвращения повторного спайкообразования, в том числе при экстренных вмешательствах.