

В.В. Козлов**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА*****Научный руководитель: ассист., п/п-к м/с А.В. Данильчик****Кафедра военно-полевой хирургии**Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск****V.V. Kazlou*****SURGICAL TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL
OBSTRUCTION OF NON-TUMOR GENESIS*****Tutor: assistant A.V. Danilchyk****Department of Military Field Surgery**Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. В статье представлен анализ хирургического лечения 106 пациентов с острой кишечной непроходимостью неопухолевого генеза. Изучены основные причины развития острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза и особенности ее хирургического лечения, а также послеоперационные осложнения, требующие выполнения повторной операции.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, лапароскопия, лапаротомия, послеоперационные осложнения.

Resume. The article presents an analysis of the surgical treatment of 106 patients with acute intestinal obstruction of non-tumor origin. The main reasons for the development of acute intestinal obstruction of non-tumor origin and the features of its surgical treatment, as well as postoperative complications requiring repeated operations.

Keywords: acute intestinal obstruction, laparoscopy, laparotomy, postoperative complications.

Актуальность. На сегодняшний день в экстренной хирургии острая кишечная непроходимость является одной из ведущих причин, требующих выполнения неотложного оперативного вмешательства. Нарушение пассажа кишечного содержимого может быть обусловлено как развитием онкологического процесса, так и рядом причин неопухолевого характера, при этом, по данным различных авторов, в 75-91% случаев причиной острой кишечной непроходимости служит спаечный процесс в брюшной полости, в 0,5-6% случаев – другие причины (инвагинация, заворот, обтурация безоаром и др.) [1]. Несмотря на то, что долгое время операции выполнялись преимущественно открыто, в последнее десятилетие альтернативой лапаротомии становятся лапароскопические методики [2, 3]. В то же время операции по поводу острой кишечной непроходимости являются одними из наиболее сложных и нередко требуют выполнения повторного оперативного вмешательства из-за развивающихся в послеоперационном периоде осложнений [2, 4].

Цель: изучить результаты хирургического лечения острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза.

Задачи:

1. Провести ретроспективный анализ историй болезни пациентов с острой кишечной непроходимостью неопухолевого генеза, потребовавшей проведения оперативного вмешательства.

2. Проанализировать структуру оперативных вмешательств, выполненных у пациентов с острой кишечной непроходимостью неопухолевого генеза.

3. Выявить основные причины, требующие выполнения повторного оперативного вмешательства после операций по поводу острой кишечной непроходимости.

Материалы и методы. В исследование были включены результаты ретроспективного анализа 106 историй болезни пациентов, госпитализированных в период с 2017 по 2019 год в отделение экстренной хирургии УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минска по поводу острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза, потребовавшей выполнения оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Общее количество пациентов составило 106 человек, из них мужчин - 40 (37,7%), женщин – 66 (62,3%). Средний возраст составил 57 ± 19 лет. Возрастная характеристика: 18-44 года – 27 (25,5%) пациентов, 45-59 лет – 32 (30,2%), 60-74 года – 20 (18,9%), 75-90 лет – 25 (23,6%), старше 91 года – 2 (1,8%) (рисунок 1).

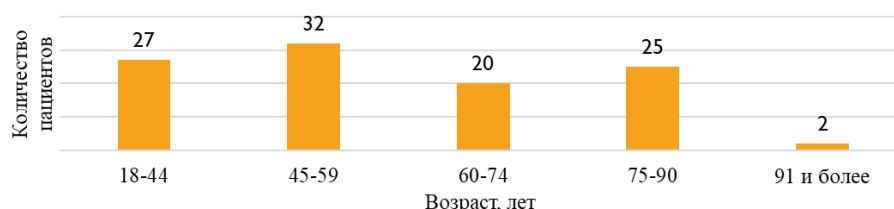


Рис. 1 – Распределение пациентов по возрасту

По механизму развития преобладала спаечная кишечная непроходимость – 79 случаев (74,5%). Странгуляционная кишечная непроходимость отмечена в 22 случаях (20,6%), при этом наиболее частой причиной странгуляции стал заворот – 12 случаев (54,5%), в 5 случаях (22,7%) развилось узлообразование, дважды (9,1%) – ущемление. Обтурация просвета кишки стала причиной развития острой кишечной непроходимости в 3 случаях (2,8%), причины обтурации – желчный камень и дважды – фитобезоар. Однократно встречались инвагинационная и паралитическая (по 0,9%) формы кишечной непроходимости.

У 63 пациентов (59,4%) операция выполнена лапароскопически, у 19 пациентов (17,9%) выполнялась лапаротомия. Большинство лапароскопических операций были выполнены по поводу спаечной кишечной непроходимости, в то время как выполнения лапаротомии требовали различные виды непроходимости (рисунок 2).

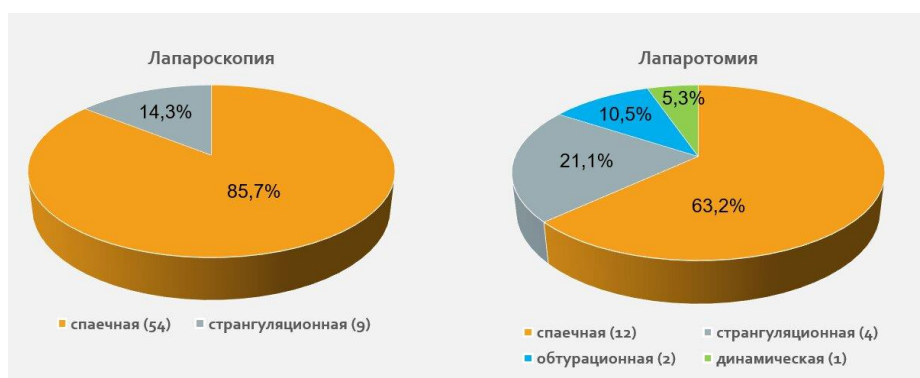


Рис. 2 – Способ оперативного вмешательства в зависимости от этиологии непроходимости

Характеристика оперативных вмешательств по видам и способам их выполнения приведена в таблице 1.

Табл. 1. Виды оперативных вмешательств и способы их выполнения.

Вид оперативного вмешательства	Всего	Способ выполнения оперативного вмешательства	
		лапароскопия	лапаротомия
висцеролиз	60	51 (85%)	9 (15%)
устранение заворота кишки	6	5 (83%)	1 (17%)
резекция с выполнением межкишечного анастомоза	6	3 (50%)	3 (50%)
выведение кишечной стомы	4	1 (25%)	3 (75%)
удаление безоара	2	-	2 (100%)
интубация кишки	1	-	1 (100%)
ушивание дефекта пупочной складки	1	1 (100%)	-
висцеролиз с резекцией маточной трубы и яичника	1	1 (100%)	-
удаление гидатидной кисты яичника	1	1 (100%)	-

В 4 случаях (3,8%) лапароскопия была дополнена выполнением минилапаротомии в связи с необходимостью выполнения энтеротомии и извлечения желчного камня, адгезиолизиса с наложением обходного энтероэнтероанастомоза, резекции участка тонкой кишки с дивертикулом Меккеля и наложением тонкокишечного анастомоза (дважды).

В 20 случаях (18,9%) при попытке выполнить оперативное вмешательство лапароскопическим способом потребовалась конверсия, из них по поводу спаечной непроходимости – 12 (60%), по поводу странгуляционной – 7 (35%), по поводу инвагинационной – 1 (5%) (рисунок 3).

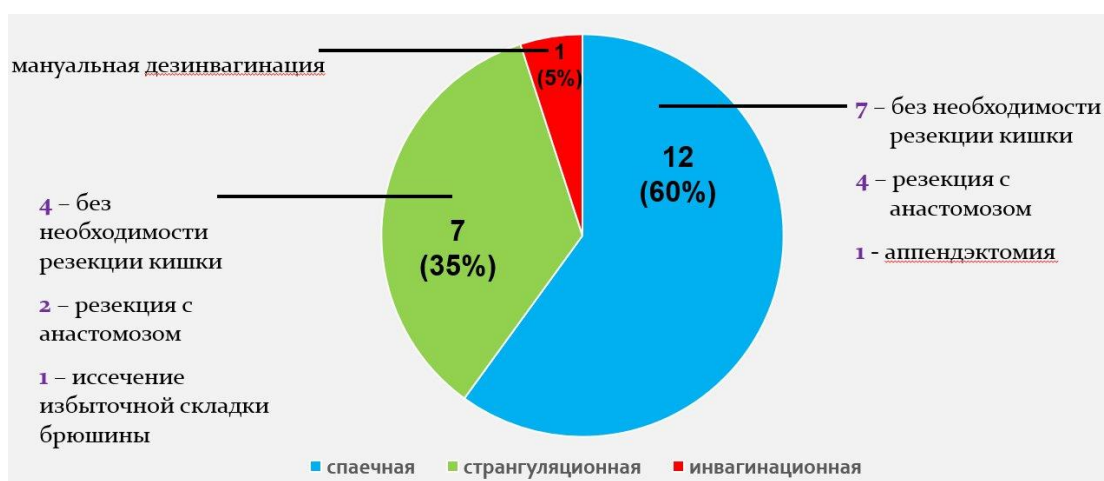


Рис. 3 – Причины конверсии

У 7 пациентов (6,6%) из-за развившихся в послеоперационном периоде осложнений потребовалось выполнение от 1 до 5 повторных оперативных вмешательств. Причиной повторных операций стали: спаечный процесс в брюшной

полости – 3 (42,9%), острая перфоративная язва кишечника – 2 (28,6%), эвентрация кишечника – 1 (14,3%), спайки + перфоративная язва – 1 (14,3%). Все осложнения развивались в срок от 1 до 5 суток послеоперационного периода, чаще на 2-3 сутки, как после лапароскопических оперативных вмешательств, так и после лапаротомий.

Летальность составила 0,9%: скончался 1 пациент, женщина 83 лет, оперированная по поводу спаечной кишечной непроходимости (лапароскопический адгезиолизис), у которой на 5-е сутки послеоперационного периода развилась острая язва подвздошной кишки с некрозом и перфорацией и распространенным гнойно-фибринозным перитонитом (лапаротомия, резекция участка подвздошной кишки с формированием межкишечного анастомоза «бок-в-бок», санация и дренирование брюшной полости).

Выводы.

1. В структуре острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза преобладает спаечная непроходимость.

2. Лапароскопический способ выполнения операции позволяет выполнить хирургическое вмешательство в полном объеме более чем в половине случаев, однако нередко может потребовать выполнения конверсии.

3. Основными причинами выполнения повторных операций при острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза являются спаечный процесс в брюшной полости и острые перфоративные язвы кишечника.

Литература

1. Неотложная абдоминальная хирургия: метод. руководство для практикующего врача / под ред. акад. РАН И. И. Затевакина, акад. РАН А. И. Кириенко, чл.-кор. РАН А. В. Сажина. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.
2. Значение лапароскопии в диагностике и лечении кишечной непроходимости различной этиологии / Э. Э. Топузов, К. С. Абдухалимов, М. А. Абдулаев и др. // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2019. - № 1. – С. 101-106.
3. Сажин, В. А. Место лапароскопических технологий в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза (обзор литературы) / А. В. Сажин, С. В. Мосин, М. А. Дзусов // Русский медицинский журнал. – 2016. - № 3. – С. 190-192.
4. Магомедов, Р. А. Послеоперационные осложнения при острой кишечной непроходимости / Р. А. Магомедов // Вестник Калужского университета. – 2019. - № 3. – С. 72-79.