

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Муртузалиева А.С., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов М.К., Магомедов М.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала, e-mail: anzirat@mail.ru

Проведен анализ результатов лечения 168 пациентов с острой кишечной непроходимостью (ОКН), из которых 83,3 % составили спаечную. Среди них пациентов трудоспособного возраста 78,1 %, женщины – 45,0 %, мужчины – 55,0 %. Причиной острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) у 56,3 % пациентов явился спаечный процесс в нижнем этаже брюшной полости. Основой для развития ОСТКН у 43,9 % пациентов послужила всего одна спайка. Большой сальник принимал участие в развитии ОСТКН у 29,7 % пациентов. Консервативная терапия оказалась эффективной у 54,0 % пациентов. Хирургическая активность 46,0 %. Послеоперационные осложнения наблюдались у 9 (14,1 %) пациентов, из которых большую часть (89,7 %) составили осложнения со стороны брюшной полости. Несостоятельность швов анастомоза развилась в 16,7 % случаев, а послеоперационная летальность составила 1,6 %.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, спайки, энтеролиз, перитонит.

RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Murtuzalieva A.S., Imanaliev M.R., Abdulzhalilov M.K., Magomedov M.A.

SBEI HPE Dagestan State Medical Academy, Ministry of Health RF, Makhachkala, e-mail: anzirat@mail.ru

The analysis of results of treatment of 168 patients with acute intestinal obstruction (IPO), of which 83.3 % had adhesions. Among these patients, 78.1% of working age women – 45.0 % male – 55.0 %. The cause of acute adhesive intestinal obstruction (AAIO) in 56.3% of patients appeared to adhesions in the lower floor of the abdominal cavity. The basis for the development of AAIO in 43.9 % of patients served only one spike. Big oil seal participated in AAIO development in 29.7 % of patients. Conservative therapy was effective in 54.0 % of patients. Surgical Activity 46.0 %. Postoperative complications were observed in 9 (14.1 %) patients, of which most (89.7 %) were complications of the abdominal cavity. The failure of the anastomosis sutures developed in 16.7 % of cases, and postoperative mortality was 1.6 %.

Keywords: adhesive intestinal obstruction, adhesions, enteroliz, peritonitis.

Актуальность. Острая кишечная непроходимость (ОКН) является одной из сложных проблем современной хирургии, которая составляет 3,6–9,4 % от всего потока пациентов в хирургическом стационаре [1,2]. За последние десятилетия частота тонкокишечной спаечной ОКН увеличилась почти в 2 раза, составляя до 35–45 % от всех операций при ОКН [3,4,5,6,7]. У 15 % пациентов после лапаротомии развивается острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТКН), у 12–70 % наступает ее рецидив [8]. С целью профилактики рецидива ОСТКН К.С. Симонян (1966) предложил: «... процесс спайкообразования направить по нужному пути развития». Стабилизация петель тонкой кишки на кишечном зонде является одним из способов реализации данного постулата [9,11]. Известно, что интубация тонкой кишки при ОСТКН является достаточно трудоемким этапом операции [12,13]. Известны способы профилактики рецидива ОСТКН путем интестинопластики, фиксация кишечных петель дренажными трубками и другие способы, что свидетельствует о

неэффективности предложенных мер профилактики и необходимости продолжения поиска способа снижения частоты рецидива ОСТКН и улучшения качества жизни пациентов после операции.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 168 пациентов с острой кишечной непроходимостью, которые составили 5,8 % от всех urgentных хирургических больных. Среди них острая тонкокишечная непроходимость была диагностирована у 149 (88,7 %) пациентов, толстокишечная – у 19 (11,3 %). Среди общего числа пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью спаечная ее форма составила 94,0 %. У остальных 9 (6,0 %) пациентов острая тонкокишечная непроходимость была обусловлена фибробезоаром.

Из 149 с ОСТКН ввиду отсутствия эффекта от консервативной терапии 64 (42,95%) подверглись хирургическому лечению.

Распределение пациентов с ОСТКН по характеру ранее перенесенного оперативного вмешательства представлено в таб. 1.

Таблица 1

Распределение пациентов с ОСТКН по характеру оперативных вмешательств, перенесенных в анамнезе

№ п/п	Перенесенное оперативное вмешательство	Абс. чис.	(%)
1.	Аппендэктомия	22	34,4
2.	Операции на женских внутренних половых органах	19	29,7
3.	Операции по поводу перфоративной язвы	7	10,9
4.	Ранения и травмы живота	6	9,4
5.	Операции на печени и желчных путях	5	7,8
6.	Не оперированные пациенты	5	7,8
	ИТОГО:	64	100,0

Представленные в таб.1 данные указывают на то, что наиболее распространенными операциями, после которых развилась ОСТКН, явились аппендэктомия (34,4 %) и операции на женских внутренних половых органах (29,7 %), т.е. каждый третий пациент с ОСТКН ранее перенес аппендэктомию или операцию на органах гениталий. Кроме того, анализ представленных данных указывает на то, что у 70,4 % пациентов ОСТКН вызывает спаечный процесс в нижнем этаже брюшной полости. Этот вывод наталкивает нас на мысль о необходимости предупреждения нахождения петель тонкой кишки в этих зонах брюшной полости в раннем послеоперационном периоде.

Из всех пациентов с ОСТКН 42 (65,6 %) ранее в анамнезе перенесли от 3 до 7 операций, что представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пациентов по количеству операций,
перенесенных в анамнезе по поводу ОСТКН

№ п/п	Число операций в анамнезе	Абс. чис.	%
1.	Три операции	25	59,5
2.	Четыре операции	8	19,0
3.	Пять операций	7	16,7
5.	Семь операций	2	4,8
	ИТОГО:	42	100,0

Данные таб. 2 указывают на то, что наибольшую часть (65,6 %) среди оперированных составили пациенты, перенесшие в анамнезе три операции по поводу ОСТКН.

По каналу госпитализации оперированные пациенты распределились следующим образом: скорая помощь – 46 (71,9 %), самоотком – 15 (23,4 %) и по направлению поликлиники – 3 (4,7 %). Чаще всего (в 2,5 раза) пациенты с ОСТКН вызывали скорую помощь.

До суток после начала заболевания госпитализированы 24 (37,5 %) пациента, позже суток – 40 (62,5 %). Показатель поздней обращаемости за экстренной хирургической помощью среди оперированных пациентов составил 62,5 %, т.е. чем позже после начала заболевания пациент с ОСТКН обращается за экстренной медицинской помощью, тем больше вероятность необходимости хирургического вмешательства.

Распределение оперированных пациентов по возрасту проводили в соответствии с возрастной классификацией ВОЗ (Киев, 1963), которая представлена на рис.1.

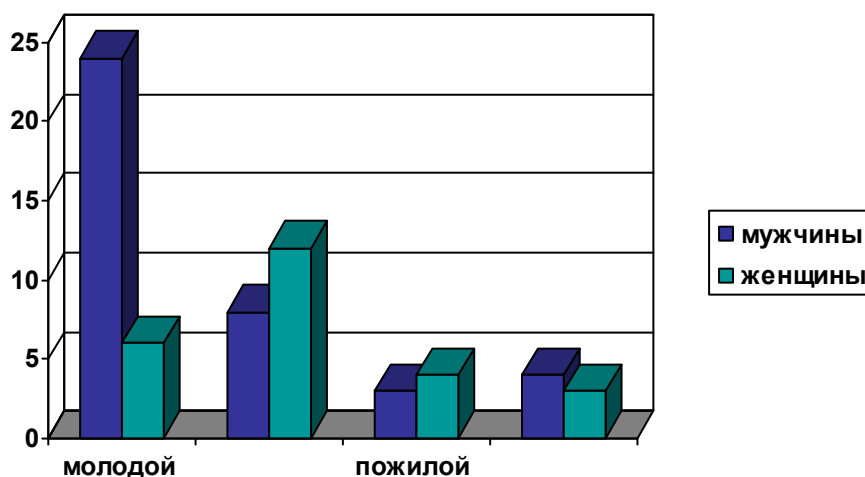


Рис.1. Распределение пациентов по возрасту

На рис. 1 видно, что большую часть (50–78,1 %) пациентов составили лица трудоспособного возраста.

Распределение пациентов с ОСТКН по стадиям развития по Кочневу О.С. представлено на рис. 2.

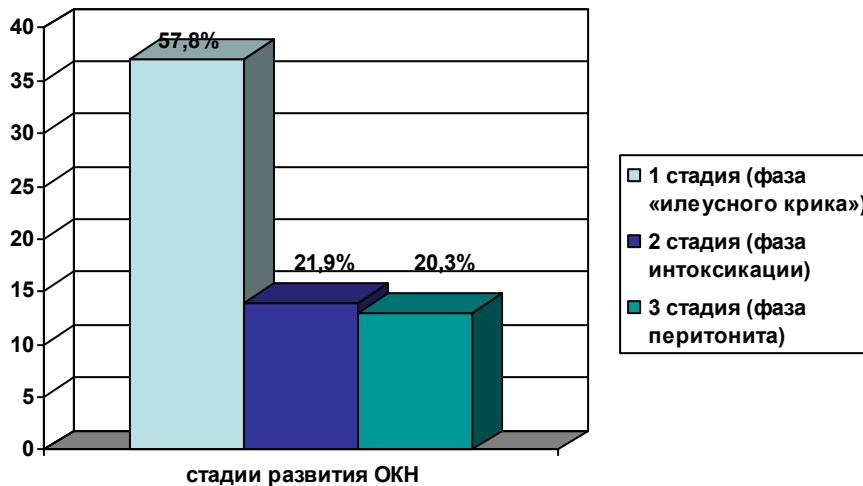


Рис. 2. Распределение пациентов по стадиям развития ОКН

Данные гистограммы на рис. 2 свидетельствуют о том, что наибольший удельный вес (57,8 %) составили пациенты с ОСТКН, госпитализированные в первой стадии развития заболевания, остальные в фазе интоксикации (21,9 %) и перитонита (20,3 %).

Результаты анализа клинических данных оперированных пациентов показали, что болевой синдром различной интенсивности отмечали 138 (98,5 %) пациентов. Среди них только у 46,6 % боли при госпитализации носили схваткообразный характер. Ретроспективный анализ полученных данных позволил установить то, что схваткообразные боли были наиболее характерными для первой стадии заболевания при острой обструкции просвета. При странгуляционной форме ОСТКН болевой синдром носил постоянный характер и был более интенсивным.

После верификации клинического диагноза пациентам без признаков перитонита проводили комплекс консервативных лечебных мероприятий (назогастральный зонд, паранефральная новокаиновая блокада, инфузионная терапия, спазмолитики, очистительные и сифонные клизмы). У 76 (83,6 %) пациентов консервативная терапия оказалась

эффективной и ОКН разрешилась. У остальных 64 (46,0 %) пациентов комплекс консервативных лечебных мероприятий служил этапом предоперационной подготовки.

Показаниями для оперативного вмешательства служили: отсутствие эффекта от консервативных мероприятий, прогрессирование ОСТКН и наличие признаков перитонита.

В течение первых 2-х часов после госпитализации оперировано 25 (39,1 %), 12 часов – 12 (18,8 %), 12–24 часов – 14 (21,9 %), позже суток – 13 (20,3 %) пациентов.

Перитонит во время операции диагностирован у 49 (76,6 %) пациентов. Распределение пациентов по характеру перитонеального экссудата представлено на следующем рисунке.

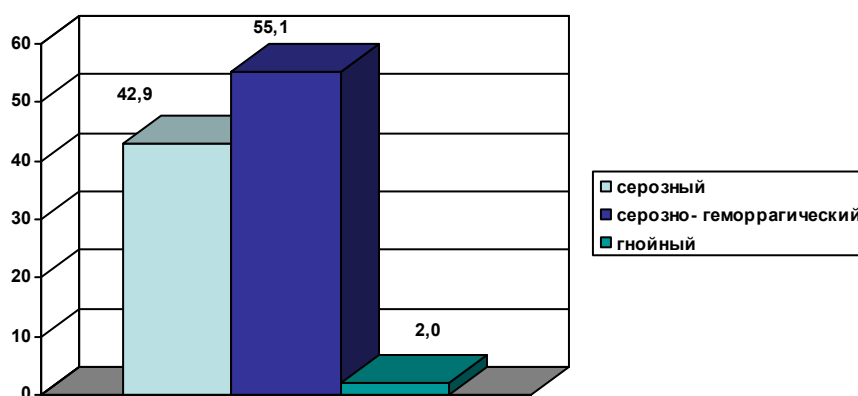


Рис.3. Распределение пациентов по характеру перитонеального экссудата

Данные гистограммы на рис. 3 свидетельствуют о том, что серозно-геморрагический характер перитонеального экссудата был установлен во время операции у 27 (55,1 %) пациентов, серозный – 21(42,9 %), гнойный – 1(2,0 %).

По распространенности сращений в брюшной полости в соответствии с классификацией А.О. Верещинского пациенты распределились следующим образом: число пациентов с ограниченными или одиночными сращениями было в 1,4 раза больше числа пациентов с множественными или распространенными спайками. Всего одна спайка явилась причиной для развития ОСТКН у 43,9 % пациентов. Сплошные сращения выявлены только лишь у 15 (23,4 %) пациентов.

Распределение пациентов по локализации спаечного процесса в брюшной полости представлено в таб. 3.

Таблица 3

Распределение пациентов по локализации спаечного процесса

№ п/п	Локализация спаечного процесса	Абс.	%

1	Верхний этаж брюшной полости	8	12,5
2.	Нижний этаж брюшной полости	36	56,3
	в т.ч.: подвздошная область	19	52,8
	малый таз	17	47,2
3.	Более 3 областей	20	31,3
	ИТОГО:	64	100,0

Данные табл. 3 свидетельствуют о том, что наиболее часто спаечный процесс у оперированных пациентов локализовался в нижнем этаже брюшной полости (56–87,5 %), в т.ч. подвздошной области – у 52,8 % оперированных, малом тазу – 47,2 %, которые явились «зонами риска».

Спайки имели вид штранга у 21 (32,8 %) пациента, шнуровидных и плоскостных – у 8 (12,5 %), тяжи к органам малого таза и куполу слепой кишки – у 7 (10,9 %). У 28 (43,8 %) пациентов в спаечный процесс был вовлечена область старого послеоперационного рубца. А большой сальник участвовал в спаечном процессе у 19 (29,7 %) пациентов, брюшная стенка – у 25 (39,1 %). У 12 (18,8 %) пациентов имело место образование спаечного конгломерата с вовлечением петель тонкой кишки, из которых одному пациенту, ввиду невозможности для разъединения спаек, наложен обходной анастомоз.

В таблице 4 представлены операции, выполненные пациентам с ОСТКН.

Таблица 4

Операции, выполненные пациентам с ОСТКН

№ п/п	Характер оперативного вмешательства	Кол-во	%
1.	Рассечение спаек	55	85,9
	них: тотальный энтеролиз	13	23,6
2.	Рассечение спаек + резекция тонкой кишки с анастомозом «конец в конец»	4	6,3
3.	Рассечение + резекция тонкой кишки с анастомозом «бок в бок»	2	3,1
4.	Рассечение спаек + Резекция кишки с выведением илеостомы	3	4,7
	ИТОГО:	64	100,0

По данным таблицы 4 рассечение спаек выполнено всем пациентам, а тотальный энтеролиз – лишь 23,6 % пациентам. В 9 (14,1 %) случаях была выполнена резекция тонкой кишки. В 6 (66,7 %) из них резекция тонкой кишки сопровождалась формированием кишечного анастомоза «конец в конец» или «бок в бок».

Интраоперационная декомпрессия и дренирование тонкой кишки выполнено 46 (71,9 %) пациентам: путем назоинтестинальной интубации – 39 (84,4 %), через гастростому по Ю.М. Дедереру – 7 (15,2 %). В последней группе были пациенты пожилого и старческого возраста с наличием тяжелой сопутствующей патологии со стороны легких и сердца. У 3 (7,7 %) назоинтестинальное дренирование выполнено в сочетании с ретроградной интубацией через аппендикос- или илеостому.

Результаты. Послеоперационные осложнения наблюдались у 9 (14,1 %) пациентов, в т.ч. паралитическая кишечная непроходимость – у 3 (4,7 %), ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость (РСТКН) – 3(4,7 %), инфильтрат брюшной полости – 1(1,7 %), нагноение раны – 2 (3,1 %) и несостоятельность швов анастомоза у 1 (16,7 %). РСТКН у 2 (4,1 %) пациентов разрешилась после консервативных мероприятий, а одного (33,3 %) пациента пришлось оперировать повторно.

После операции умер один пациент, у которого развилась несостоятельность швов анастомоза, осложненная общим гнойным перитонитом. Послеоперационная летальность составила 1,6 %.

Выводы:

1. Причиной ОСТКН у 56,3 % пациентов явился спаечный процесс в нижнем этаже брюшной полости.
2. Основой для развития ОСТКН у 43,9 % пациентов послужила всего одна спайка.
3. Большой сальник принимал участие в развитии ОСТКН у 29,7 % пациентов.
4. Консервативная терапия при ОСТКН оказалась эффективной у 54,0 % пациентов.
5. Хирургическая активность при ОСТКН составила 46,0 %.
6. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 9 (14,1 %) пациентов, из которых большую часть (89,7 %) составили осложнения со стороны брюшной полости.
7. Частота несостоятельности швов анастомоза у пациентов с ОСТКН составила 16,7 %, а послеоперационная летальность – 1,6 %.

Список литературы

1. Алиев С.Р. Комплексный подход в лечении и профилактике спаечной болезни брюшной полости: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2009. – 141 с.
2. Альхарес Х. Ультразвуковая диагностика кишечной непроходимости: автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва, 2009. – 134 с.
3. Андрейцев И.Л. Острая спаечная кишечная непроходимость. Диагностика и лечение: автореф. дис... д-ра мед. наук. – Москва, 2005. – 257 с.

4. Бабажанов Д. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 2004. – 93 с.
5. Баранов Г.А., Карабовский М.Ю. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости // Хирургия им. Пирогова. – 2006. – № 7. – С. 17-19.
6. Власов А.Л., Хабибуллина З.А., Перископов Д.В. Результаты анализа 64 случаев ранней спаечной непроходимости кишечника // Здоровоохранение Башкортостана. – 2003. – № 4. – С.72.
7. Макаров С.А. Обоснование и оценка эффективности эндовидеохирургических технологий в диагностике и лечении больных с острой спаечной кишечной непроходимостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2012. – 141с.
8. Ногтев П., Чилингарида К. Новый метод в комплексном лечении спаечной кишечной непроходимости // Журнал Врач. – 2010. – № 3. – С. 73-76.
9. Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 160 с.
10. Чекмазов И.А. Этиология и патогенез спаек брюшной полости // Consilium Medicum. – 2002. – Т.4. – №1.
11. Caselitz M., Gebel M., Bleck J., Boozari B., Prokop M., Oldhafer K., Richter N., Mans M. Atypical gallstone ileus: radiographic findings // Vetrascoll-Med. – 1999. – V.20. – № 2. – P. 78-80.
12. Ellis H. Postoperative intra- abdominal adhesions: a personal view // Colorectal Dis. – 2007. – Vol.9 (Suppl. 2). – P. 3-8
13. Henne- Bruns D., Lohnert M. Current status of diagnosis and nonoperative therapy of small bowel ileus // Chirurg. – 2000. – V.71. – № 5. – P. 503-509
14. Liakakos T., Thomakos N., Fine P. et al. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology, and clinical significance. Review of literature // Dig. surg. – 2001. – Vol. 18. – P. 266-273.