

Basic diagnostic and therapeutic principles of management of patients with acute adhesive intestinal obstruction

Sopuev A.¹, Abdiev A.², Ibraev D.³, Iskakov M.⁴, Kaljikeev A.⁵

Основные клинико-диагностические и лечебные принципы ведения больных острой спаечной кишечной непроходимостью

Сопуев А. А.¹, Абдиев А. Ш.², Ибраев Д.³, Искаков М. Б.⁴, Калжикеев А. М.⁵

¹Сопуев Андрей Асанкулович / Sopuev Andrei – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра госпитальной хирургии, Кыргызская Государственная медицинская академия;

²Абдиев Азамат Шакирович / Abdiev Azamat – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой, кафедра хирургии,

Ошский Государственный медицинский институт, г. Ош;

³Ибраев Дастан / Ibraev Dastan – врач-ординатор,

Национальный хирургический центр;

⁴Искаков Муктарбек Бакбурович / Iskakov Muktarbek – доктор медицинских наук, заведующий центром, центр практических навыков,

⁵Калжикеев Аборасул Мустаевич / Kaljikeev Abdrasul – доктор медицинских наук, доцент, кафедра госпитальной хирургии,

Кыргызская Государственная медицинская академия, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: Работа выполнена на основе анализа диагностики и лечения 97-ми больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, находившихся в Национальном хирургическом центре МЗ КР в 2010 - 2015 годах. Дана оценка результатов клинического и лабораторного обследования больных, а также проведения у них рентгенологического и ультразвукового исследования живота. Проанализированы результаты хирургических вмешательств при острой спаечной кишечной непроходимости. Проведенное исследование результатов ведения больных острой спаечной кишечной непроходимостью показало, что неудовлетворительные результаты лечения этой категории больных в большинстве случаев являются следствием поздней госпитализации, затягиванием периода предоперационного обследования, отсутствием четко обоснованных показаний к использованию различных методов оперативных вмешательств, недостаточного внимания к применению различных интраоперационных способов профилактики рецидива спаечной болезни брюшной полости и параэзофагеально-кишечного тракта.

Abstract: The work was based on the analysis of diagnosis and treatment of 97 patients with acute adhesive intestinal obstruction who were in the National surgical center of the Ministry of Health of Kyrgyz Republic in 2010 - 2015. The evaluation of the results of clinical and laboratory examination of patients, as well as of their X-ray and ultrasound of the abdomen. The results of surgical interventions in acute adhesive intestinal obstruction were analyzed. The study results of the management of patients with acute adhesive intestinal obstruction showed, that unsatisfactory results of treatment of such patients in most cases are due to late hospitalization, tightening the preoperative period, the absence of clearly justified indication for the use of various surgical interventions methods, insufficient attention to the use of various intraoperative methods of prevention recurrent abdominal adhesive disease paresis and gastrointestinal tract.

Ключевые слова: острая спаечная кишечная непроходимость, профилактика спаечного процесса.

Keywords: acute adhesive intestinal obstruction, prevention of adhesions.

Введение. Острая спаечная кишечная непроходимость на сегодняшний день остается одной из сложнейших проблем в ургентной хирургии.

За последние десятилетия частота острой спаечной кишечной непроходимости увеличилась почти в 2 раза, и составляет от 55,0% до 94,3% всех других видов острой кишечной непроходимости неопухолового генеза, не имея тенденции к снижению, составляя до 39-49% от числа операций, выполняемых по поводу острой кишечной непроходимости [1; 3; 4; 9].

Цель исследования. Определение наиболее часто встречающихся причин неудовлетворительных результатов диагностики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 97-ми медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в Национальном хирургическом центре МЗ КР в 2010 - 2015 годах.

В структуре заболеваемости острой спаечной кишечной непроходимостью имеет место некоторое количественное преобладание мужчин над женщинами (55,7% к 44,3% соответственно). Более половины клинических наблюдений составили пациенты в возрасте старше 50-ти лет (57,8%).

В процессе работы применялись следующие методы исследования: клинический, лабораторный, ультразвуковой, рентгенологический, лапароскопический, статистический.

Результаты исследования и их обсуждение. Превалирование лиц старших возрастных групп среди больных острой спаечной кишечной непроходимостью ведет к логично-корреляционному увеличению числа сопутствующих заболеваний. Что приводит к более тяжелому и осложненному течению заболевания, к росту числа диагностически сложных случаев и к возникающим сложностям в терапии этой категории больных. Наиболее часто у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью встречалась сопутствующая патология следующих систем организма: болезни кардиоваскулярной системы – 54,3%, болезни дыхательной системы – 21,2% и болезни мочеполовой системы – 11,4%.

Необходимо отметить наличие сезонных колебаний частоты обострений острой спаечной кишечной непроходимости. Наиболее высокие показатели числа госпитализаций больных с острой спаечной кишечной непроходимостью приходятся на летне-осенние месяцы года.

Более чем у половины больных с острой спаечной кишечной непроходимостью сроки поступления в стационар после начала заболевания превышали 12 часов, причем из них у более чем 65% больных сроки поступления в стационар после начала заболевания превышали одни сутки.

У всех больных, включенных в представленное научное исследование, в анамнезе производилось какое-либо абдоминальное хирургическое вмешательство. Из них 39 (40,2%) больных перенесли по одному оперативному вмешательству, 28 (28,9%) больных перенесли по два оперативных вмешательства, 30 (30,9%) больных перенесли по три оперативных вмешательства. Причем, у 77 (79,4%) больных первичное хирургическое вмешательство было произведено на органах брюшной полости, расположенных в ее нижних этажах. Только у 23-х (20,6) больных первичное хирургическое вмешательство было произведено на органах брюшной полости, расположенных в ее верхних этажах.

Сроки возникновения острой спаечной кишечной непроходимости после проведения последнего хирургического вмешательства в брюшной полости колебались от 2-х месяцев до 36 лет.

При обследовании больных во всех случаях была использована обзорная рентгенография органов брюшной полости. У 87-ми (89,7%) больных от общего числа дополнительно применили пассаж стандартной бариевой взвеси по ЖКТ под рентгенологическим контролем. В ходе исследования ставили следующие задачи:

- установление факта нарушения кишечной проходимости и выраженности этого нарушения;
- установление характера (механический/функциональный) ОКН;
- уточнение уровня и типа механического препятствия для пассажа кишечного содержимого.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости было проведено у 58-ми (59,8%) больных.

При ультразвуковом исследовании оценивались следующие ультразвуковые признаки:

- наличие и локализация расширенных петель кишки;
- степень их расширения (диаметр);
- толщина стенки кишки;
- состояние слизистой оболочки;
- наличие или отсутствие перистальтики, ее характер;
- содержимое в просвете растянутых петель;
- наличие свободной жидкости в брюшной полости.

С целью оценки кровоснабжения кишки всем больным проводилось доплеровское исследование кровотока в портальной вене и верхней брыжеечной артерии.

Анализ результатов ультразвуковых исследований показал, что чувствительность и точность ультразвукового метода в констатации наличия кишечной непроходимости составили 93,5%.

Комплекс проведенных диагностических и лечебно-консервативных мероприятий позволил у 56-ти (57,8%) больных диагностировать компенсированную спаечную кишечную непроходимость, которую удалось купировать комплексом консервативных медикаментозных мероприятий. Из этих 56-ти больных с компенсированной спаечной кишечной непроходимостью 32-м больным после дополнительного обследования была проведена плановая хирургическая операция без выписки из стационара. У 14-ти больных было проведено комплексное консервативное лечение, после которого они были выписаны из стационара. В последующем им произвели плановое оперативное вмешательство в более поздние сроки. Судьбу оставшихся 8-ми больных проследить не удалось.

Основными принципами консервативного лечения считали:

- декомпрессию желудочно-кишечного тракта;
- борьбу с болевым синдромом;
- инфузионную терапию, направленную на коррекцию водно-электролитных и метаболических нарушений.

Первым, важнейшим этапом консервативного лечения, считали декомпрессию желудочно-кишечного тракта. В качестве декомпрессии ЖКТ в большинстве случаев выполняли пролонгированное зондирование желудка с аспирацией желудочного содержимого на протяжении всего этапа консервативной терапии. В 5 наблюдениях мы использовали эндоскопическую интубацию тонкой кишки с аспирацией кишечного содержимого. Нами было отмечено отсутствие преимуществ интубации кишки

перед зондированием желудка. У всех пациентов при проведении консервативной терапии мы использовали спазмолитические или антихолинэстеразные средства. Объем внутривенной инфузий зависел от тяжести состояния больного и глубины нарушения гомеостаза. Пациентам с выраженным нарушением гомеостаза проводилась консервативная терапия в условиях реанимационного отделения. Подготовку к лечению начинали с катетеризация центральной вены, мочевого пузыря и введения желудочного зонда. Длительность консервативной терапии у наших пациентов была ограничена 2 - 4 часами. Эффективность проводимого лечения оценивали на основании клинической картины, данных Rg-логических и УЗ методов диагностики. При появлении положительной динамики в течение 2 - 4 часов проводилось дальнейшее проведение консервативной терапии до полной ликвидации признаков кишечной непроходимости. Продолжение консервативной терапии при отсутствии эффекта более 2 - 4 часов считали опасным из-за возможности развития деструктивных изменений в стенке кишки, присоединения перитонита и полиорганной недостаточности.

От общего числа включенных в исследование больных (97 пациентов) у 41-го (42,2%) из них была диагностирована механическая острая спаечная кишечная непроходимость. Этим больным было произведено срочное хирургическое вмешательство.

У 21-го (51,2%) оперированного больного хирургическое вмешательство было произведено в течение первых 12-ти часов нахождения в стационаре. 20-ти (48,8%) больным хирургическое вмешательство было произведено после 12-ти часов нахождения в стационаре. Это свидетельствует о том, что более чем у половины больных с механической острой спаечной кишечной непроходимостью было допущено промедление с хирургическим вмешательством. Затяжка с хирургическим вмешательством в значительном большинстве случаев было связано с недостаточным уровнем информативности имеющихся в арсенале врачей методов обследования и отсутствием возможности в короткий срок определить тактику лечения больных острой спаечной кишечной непроходимостью.

Все хирургические вмешательства были выполнены под общей эндотрахеальной анестезией. Во всех случаях хирургическое вмешательство начинали со срединной лапаротомии. Часто был затруднен вход в брюшную полость из-за выраженного спаечного процесса. Затем производили адгезиолизис острым и реже тупым путем с целью устранения спаечной кишечной непроходимости. Кроме того, в 13-ти (31,7 %) случаях пришлось выполнить резекцию большого сальника, у 7-ми (17 %) больных была произведена закрытая декомпрессия тонкой кишки, у 2-х (4,9 %) больных была произведена интубация толстой кишки, у 2-х (4,9 %) больных была произведена аппендэктомия, по одному разу (2,4 %) были произведены открытая декомпрессия тонкой кишки, наружная еюностомия и илеотранзверзостомия, у 6-ти (14,6 %) больных операцию закончили дренированием брюшной полости.

У 30-ти (73,2 %) больных была проведена интраоперационная профилактика развития спаечного процесса в брюшной полости [2; 5; 6; 7; 10] по разработанной в НХЦ методике применения для этих целей многокомпонентной мази Левомеколь [8; 9].

Методика интраоперационного применения мази Левомеколь. После вскрытия брюшной полости и эвакуации патологического содержимого – гной, кровь, желчь, кишечное содержимое и т.д., установления источника хирургической патологии, удаления или изоляции причины перитонита, а также санации и дренирования брюшной полости интраабдоминально вводилась мазь Левомеколь. Перед этим мазь Левомеколь готовилась для внутрибрюшного введения путем нагревания в стерилизаторе до 50°C в течение 10 минут. При температуре 26°C и выше мазь приобретает консистенцию легко подвижной гелеобразной массы, что облегчает нанесение на серозные поверхности. Перед ушиванием лапаротомия раны мазь вводится в брюшную полость шприцем, равномерно распределяясь по всей пораженной воспалительным процессом париетальной и висцеральной брюшине в количестве 40 - 160 мл в зависимости от площади брюшины вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс.

У больных с запущенными формами гнойного перитонита при наличии оттока гнойного экссудата по дренажам из брюшной полости в послеоперационном периоде проводилось двух - трехкратное интраабдоминальное введение мази в количестве 10 – 20 мл.

После оперативного вмешательства в течение 21±1,9 часов все больные находились в отделении реанимации, где получали весь комплекс соответствующего послеоперационного лечебного воздействия. Особое внимание обращали на лечебные мероприятия, направленные на предотвращение бронхолегочных и гнойно-септических осложнений, на борьбу с водно-электролитными нарушениями и на купирование болевого синдрома. Также важное место в раннем послеоперационном периоде занимали лечебные мероприятия по стимуляции кишечника и раннему восстановлению функции желудочно-кишечного тракта.

Для стимуляции кишечника чаще всего применяли следующий комплекс медикаментозных средств: у 40-ка (97,6%) больных были применены препараты калия для внутривенных вливаний (поляризующая смесь по 200 мл 2 раза в сутки); у 28-ми (68,3%) больных был применен 0,05% раствор прозерина путем внутримышечного введения по 1 мл каждые 4 часа; у 4-х (9,8%) больных был применен калимин по 1 мл - 0,005 г каждые 4 часа; у 8-ми (19,5%) больных был применен убретид по 0,5 – 1,0 мг 1 раз в сутки; у 40-

ка (97,6%) больных были применены стимулирующие гипертонические клизмы 2 раза в сутки; у 3-х (7,3%) больных было применено перидуральное введение анестетиков.

У 8-ми (21,1 %) послеоперационных больных с острой спаечной кишечной непроходимостью начало возникновения первых перистальтических шумов случилось на вторые сутки после операции, у 20-ти (52,6%) послеоперационных больных с острой спаечной кишечной непроходимостью начало возникновения первых перистальтических шумов случилось на третьи сутки после операции, у 10-ти (26,3%) послеоперационных больных с острой спаечной кишечной непроходимостью начало возникновения первых перистальтических шумов случилось на четвертые сутки после операции.

У 6-ти (16,8%) послеоперационных больных с острой спаечной кишечной непроходимостью адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на третьи сутки после операции. У 21-го (53,3%) послеоперационного больного с острой спаечной кишечной непроходимостью адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на четвертые сутки после операции. У 11-ти (29,9%) послеоперационных больных с острой спаечной кишечной непроходимостью адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на пятые сутки после операции.

Начало самостоятельного отхождения кишечных газов у 6-ти (15,8%) послеоперационных больных настало на третьи сутки. Самостоятельное начало отхождения кишечных газов у 20-ти (52,6%) послеоперационных больных настало на четвертые сутки. Самостоятельное начало отхождения кишечных газов у 12-ти (31,6%) послеоперационных больных настало на пятые сутки.

У 5-ти (13,2%) больных начало восстановления стула произошло на 5-е сутки послеоперационного периода. У 6-ти (15,8%) больных начало восстановления стула произошло на 6-е сутки послеоперационного периода. У 7-ми (18,4%) больных начало восстановления стула произошло на 7-е сутки послеоперационного периода. У 16-ти (42,1%) больных начало восстановления стула произошло на 8-е сутки послеоперационного периода. У 4-х (10,5%) больных начало восстановления стула произошло на 9-е сутки послеоперационного периода.

Запоздалое возобновление перистальтики желудочно-кишечного тракта у больных после операции по поводу острой спаечной кишечной непроходимости имеет место вследствие длительности заболевания и неадекватным использованием различных методов профилактики послеоперационного пареза кишечника во время операции.

Три (7,3%) случая были исключены из группы анализа в данном контексте в связи с летальными исходами этих больных в раннем послеоперационном периоде.

В 4-х (9,8) случаях имели место послеоперационные осложнения. Из них в одном случае послеоперационный период осложнился инфильтратом брюшной полости, который был излечен комплексом консервативных мероприятий. В 3-х случаях имело место ранняя спаечная кишечная непроходимость, перфорация сигмовидной кишки и продолжающийся (третичный) перитонит с наличием множественных тонкокишечных свищей. Три последних осложнения потребовали повторных оперативных вмешательств.

В группе оперированных больных, состоящей из 41-го больного летальных исхода было – 3, что составило 7,3% послеоперационной летальности. Как показал анализ послеоперационной летальности, все три случая летального исхода характеризовались поздними сроками госпитализации (от 2 суток до 2 недель) и наличием клинических, лабораторных и инструментальных признаков перитонита. От момента поступления все оперативные вмешательства были выполнены в течение 2-х – 4-х часов. Причиной всех летальных исходов явился перитонит, в одном случае смерть больной наступила в раннем послеоперационном периоде через 6 часов после оперативного вмешательства. В двух других случаях летальных исходов их причиной явился продолжающийся (третичный) перитонит, приведший к развитию абсцессов брюшной полости и формированию кишечных свищей. В одном случае это потребовало 2-х релапаротомий. В другом случае это потребовало 3-х релапаротомий. У этих больных летальный исход наступил на 27-е и на 54-е сутки после первичной операции. Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов имело место во всех случаях.

В 38-ми случаях больные были выписаны из стационара на 9-е – 29-е сутки послеоперационного периода в стадии выздоровления. Показатель среднего койко-дня послеоперационного периода у этих больных равнялся 15,1.

Заключение. Проведенное исследование результатов ведения больных острой спаечной кишечной непроходимостью показало, что неудовлетворительные результаты лечения этой категории больных в большинстве случаев являются следствием поздней госпитализации, затягивания периода предоперационного обследования, отсутствия четко обоснованных показаний к использованию различных методов оперативных вмешательств, недостаточного внимания к применению различных интраоперационных способов профилактики рецидива спаечной болезни брюшной полости и пареза желудочно-кишечного тракта.

Литература

1. Adhesive small bowel adhesions obstruction: Evolutions in diagnosis, management and prevention / F. Catena [et al.] // *World J Gastrointest Surg*, 2016. № 8 (3). P. 222–231.
2. An experimental evaluation of the effectiveness of dissociative anti-adhesive products / A.A. Sопuev [et al.] // *International Journal Of Applied And Fundamental Research*, 2015. № 1. Режим доступа: www.science-sd.com/460-24761 (01.07.2015). Загл. с экрана.
3. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group / S. Di Saverio [et al.] // *World J Emerg Surg*, 2013. № 8. P. 42.
4. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis / R. ten Broek [et al.] // *BMJ*, 2013. 347.
5. *Valkodai R. R.* Postoperative adhesive intestinal obstruction: The role of intestinal stenting / R.R. Valkodai, R. Gurusami, V. Duraisami // *J Indian Assoc Pediatr Surg.*, 2012. - №17(1). P. 20–22.
6. Диагностика, лечение и профилактика спаечной болезни брюшины / П.К. Холматов [и др.] // *Вестник Авиценны*, 2012. № 1 (50). С. 155-160.
7. *Завада Н. В.* Актуальные вопросы диагностики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости / Н.В. Завада, А.А. Степанюк, А.Р. Гуревич // *Экстренная медицина*, 2013. № 3 (07). С. 19-30.
8. Оценка эффективности интраоперационной мазевой профилактики спаечной болезни брюшной полости / Н.Н. Маматов [и др.]. // *Современные проблемы науки и образования*. – 2013. - №5. - М.: Изд-во «Академия Естественных наук», 2013. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/111-10471>, свободный. Загл. с экрана.
9. Оценка эффективности мази левомеколь в профилактике спаечного процесса брюшной полости / А.А. Сопуев [и др.]. Б.: 2014. 93с.
10. Тактические вопросы профилактики и лечения спаечной болезни / Б.П. Филенко [и др.] // *Вестник Российской военно-медицинской академии*, 2014. № 2 (46). С. 40-43.