

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Кадыров Р.Н.,

Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной
Медицинской Помощи

Очилов С.Ш.

Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11523590>

Аннотация: Исследование, основанное на анализе данных обследования и лечения 456 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН), обнаружило основные причины развития заболевания. Воспалительные процессы в органах брюшной полости, преимущественно локализующиеся в нижней части брюшной полости (89,9%) и механические повреждения серозного покрова брюшины являются основными причинами. Количество ранее проведенных операций напрямую связано с тяжести спаечного процесса при ОСКН, особенно при сочетанном и множественном спайкообразовании. Операции с лапаротомическим доступом увеличивают тяжесть в 1,5 раза по сравнению с лапароскопическими операциями и в 1,3 раза при обнаружении и резекции некротизированных участков кишечника.

Ключевые слова. Острая спаечная кишечная непроходимость, причины, диагностика

IMPROVEMENT OF THE METHOD OF TREATING PATIENTS WITH ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

Abstract: A study based on the analysis of examination and treatment data of 456 patients with acute adhesive intestinal obstruction (ACI) revealed the main causes of the development of the disease. Inflammatory processes in the abdominal organs, predominantly localized in the lower part of the abdominal cavity (89.9%) and mechanical damage to the serous covering of the peritoneum are the main causes. The number of previously performed operations is directly related to the severity of the adhesive process in OSCN, especially with combined and multiple adhesions. Operations with laparotomic access increase the severity by 1.5 times compared to laparoscopic operations and by 1.3 times when detecting and resection of necrotic areas of the intestine.

Keywords. Acute adhesive intestinal obstruction, causes, diagnosis

ВВЕДЕНИЕ

Острая спаечная тонкокишечная непроходимость является довольно распространенной хирургической патологией, и ее диагностика и лечение до сих пор очень сложны. Он наблюдается у 75–82% пациентов, поступающих в хирургические стационары с диагнозом кишечной непроходимости. Это также составляет до 35–45% операций неотложной абдоминальной хирургии. Смертность от ОСКН остается высокой (5-10%), в основном из-за странгуляционной формы, при которой она достигает 6-8%, и при развитии некроза кишечника, при котором она достигает 15%. Основным препятствием в экстренной медицине является раннее различение различных типов ОСКН. В то время как обтурационная форма может быть устранена консервативными методами, транзиторная

требует срочного хирургического вмешательства. До проведения оперативного вмешательства крайне важно быстро и неинвазивно выявлять эти типы.

Таким образом, традиционные методы хирургического лечения ОСКН были пересмотрены в результате внедрения новых медицинских технологий в клиническую практику. Лапароскопия снижает риск рецидива спаек при необходимости операции, поскольку операционная травма является основной причиной образования спаек в брюшной полости. Тем не менее, из-за высокого риска повреждения кишечника и технических проблем, возникающих при обширном спаечном процессе, его обычно не используют. Таким образом, особенно важно быстро и тщательно отбирать пациентов, которые подходят для лапароскопической операции и имеют риск ишемических повреждений.

Целью исследования является улучшение исходов лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью через усовершенствование методов диагностики и терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 456 больных ОСКН, получавших стационарное лечение в Самаркандском филиале РНЦЭМП с 2018 по 2023 гг.

Пациенты с ОСКН были разделены на две группы. Исследование, проведенное в группе А (сравнительная), включало ретроспективные исследования за 2018–2020 гг. с участием 296 больных, а исследование, проведенное в группе Б (основная), включало проспективные исследования за 2021–2023 гг. с участием 160 больных. Мы разработали метод выбора лечебной тактики для основной группы. В каждой группе были выделены следующие подгруппы в зависимости от варианта лечения: первая включала лапаротомическую операцию, вторая — лапаротомическую операцию, третья — полностью консервативное лечение, четвертая — переход от консервативного к оперативному лечению и пятая — переход от лапаротомической к лапароскопической операции.

Все группы пациентов были случайно распределены по полу и возрасту. В каждой группе было два раза больше женщин, чем мужчин, а средний возраст составлял около пятидесяти лет.

С помощью аппарата SIEMENS ACUSONS3000 проводилось ультразвуковое сканирование органов брюшной полости через переднюю брюшную стенку для оценки состояния кишечника и определения вида и локализации спаек. Тест висцерального скольжения в девяти зонах брюшной стенки, разделенных по методу Cocolini, использовался для определения диффузных пленочных спаек, которые ограничивают движения внутрибрюшных органов во время дыхания. Соединительнотканые образования относительно жидкости были обнаружены при эхографической визуализации разноплотных акустических сред.

В ходе оперативного вмешательства в каждой из девяти зон брюшной полости были проведены балльные оценки типа спаек. Затем сумма баллов для каждой зоны была взята в целом, чтобы определить степень спайкообразования перитонеального индекса (ПИС). Эндовидеолапароскоп KARL STORZ-ENDOSKOPE производства Германии использовался для проведения лапароскопических операций. В каждой из девяти зон использовался тест Макнемара для определения отрицательной и положительной прогностической ценности, а

также чувствительности и специфичности для оценки диагностической точности УЗИ в выявлении спаек по сравнению с результатами лапаротомии.

У 30 пациентов, у которых в анамнезе не было абдоминальных операций, причина спаек была воспалительной, посттравматической или другой природы. Однако в 266 случаях (89,9%) причиной заболевания стали предыдущие абдоминальные операции. Среди больных 53,4% перенесли одну операцию, 24,3% — две, а остальные — три или более операций. Почти половина пациентов перенесли свою последнюю операцию в течение года до того, как они были госпитализированы.

Каждый из 266 больных получил в среднем 1,6 операции. В связи с тем, что число женщин в исследовании почти в два раза больше, чем число мужчин, женщины чаще всего (28,6%) ранее подвергались гинекологическим вмешательствам с разрезами по средней линии и нижней части срединной области живота. Операции по поводу спаечной кишечной непроходимости (20,3%), грыжесечения (9,0%) и холецистэктомии (8,3%) были вторыми по частоте.

В общей сложности 212 больных подверглись оперативному вмешательству по поводу ОСКН, в ходе которого проводилось рассечение спаек, известное как адгезиолизис, с целью освобождения зажатого участка кишки. Это было достаточно для восстановления функционирования кишечника в 46,2% случаев. Тем не менее, у 36,8% пациентов потребовалась резекция тонкой кишки, которая последовала энтероэнтероанастомозом или энтеростомой. У 9,4% пациентов из-за перитонита была проведена санация брюшной полости, а оставшимся пациентам проводили дополнительную назоэнтеральную или трансанальную интубацию для декомпрессии желудочно-кишечного тракта. Среди 212 пациентов, которые были оперированы, у 94 были шнуровидные спайки, у 88 были диффузные пленочные спайки, а у 30 были оба вида спаек.

В результате анализа связи между различными факторами и осложнениями после операции было обнаружено, что шнуровидные спайки связаны с меньшим количеством предыдущих операций и более коротким временем от начала заболевания до операции. С другой стороны, частота резекций кишечника была немного выше. В то время как диффузные спайки были связаны с более частым развитием несостоятельности анастомоза, травмами кишечника, более длительным послеоперационным периодом и госпитализацией. Установление четких закономерностей на основе предыдущего анализа становится трудным, поскольку в большинстве случаев у пациентов были обнаружены спайки одного или обоих типов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведен анализ данных 296 пациентов из когорты А, страдающих острой спаечной кишечной непроходимостью. Эти пациенты были разделены на пять групп в зависимости от методов лечения, которые они получали. Два третя пациентов (212 человек) были оперированы. Среди них 92 прошли экстренную операцию через открытый доступ (группа А1), 14 прошли операцию через лапароскопический доступ (группа А2), 96 переведены на лапаротомическую операцию после неудачного консервативного лечения в течение 72 часов (группа А4) и 10 переведены с лапароскопического доступа на открытый доступ (группа А5). Кроме того, консервативная терапия помогла 84 пациентам из группы А3 решить проблему непроходимости кишечника.

Группа А1 имела наибольшее количество предыдущих операций, а Группа А2 имела наименьшее количество, более чем вдвое меньше по сравнению с группой А1. Это связано

с более чем четырехкратным увеличением числа пациентов, которым ранее не проводилось операции, и отсутствием пациентов, которые перенесли более трех операций. Чтобы избежать технических проблем во время операции, лапароскопический доступ предпочтителен для пациентов с минимальным количеством послеоперационных рубцов. Пациентам с сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет, почечная недостаточность, инсульты и хроническая обструктивная болезнь легких, разрешалось либо консервативное, либо открытое хирургическое вмешательство, но не лапароскопическое. Во всех группах экстренного хирургического вмешательства средний индекс коморбидности по шкале Чарльсона колебался около единицы, но превышал его почти на треть в случаях первичного консервативного лечения.

Более трети пациентов (36,8%) потребовалась резекция кишечника только через лапаротомический доступ в группах A1, A4 и A5. Это привело к средней продолжительности операции до более чем 2 часов, в то время как лапароскопические вмешательства занимали всего 1,2 часа. Послеоперационные осложнения варьировались значительно между группами, составив 31,1%. Этот уровень составил 14,3–15,2% для групп, у которых были срочные лапаротомические и лапароскопические операции, тогда как в остальных группах он был в 3–4 раза выше. В результате это было связано с легкими осложнениями (I–II степени по классификации Clavien-Dindo), но относительно серьезными осложнениями (III–IV), которые требуют повторной операции. В группе A2, которая прошла успешную лапароскопическую операцию, такие осложнения были отсутствующими или их количество было минимальным в группе A1 (2%), в то время как в группах A4 и A5 эти осложнения были знач

Эти данные подчеркивают важность своевременного хирургического вмешательства при острой спаечной непроходимости кишечника. По сравнению с группой A1, которая была оперирована раньше, у пациентов группы A4 возникли более серьезные послеоперационные осложнения, такие как несостоятельность анастомоза (в 6 раз по сравнению с 0), перитонит (в 3 раза по сравнению с 0), внутрибрюшинное скопление жидкости (в 2 раза по сравнению с 0), парез кишечника (в 2 раза по сравнению с 0), а также легочные осложнения (4,2% по сравнению с 0). Кроме того, задержка операции увеличила послеоперационный период на 31,7% и общее время пребывания в больнице на 70,5%. Послеоперационное течение заболевания ухудшилось из-за задержки операции на несколько дней.

Успешная лапароскопическая операция (группа A2) по сравнению с открытым доступом (группа A1) сокращает общий срок госпитализации почти наполовину и продолжительность послеоперационного периода более чем на треть. Эти результаты были обнаружены при сравнении различных методов экстренных хирургических вмешательств. Рецидив ОСКН после успешного консервативного разрешения непроходимости был почти в два раза ниже после операций через открытый доступ в течение следующих трех лет после операции (9,5%). Тем не менее, после поздно проведенных операций частота рецидивов ОСКН была в 1,5 раза выше, чем после ранних операций; кроме того, после лапароскопических операций рецидивы не наблюдались вообще.

ВЫВОДЫ

1. Повреждение серозного покрова брюшины в результате предыдущих лапаротомных операций (89,9%) и воспалительные процессы в органах брюшной полости,

которые обычно локализуются в нижней части брюшной полости, являются основными причинами острой спаечной кишечной непроходимости.

2. Степень тяжести спаечного процесса при острой спаечной кишечной непроходимости напрямую зависит от количества операций, проведенных в прошлом, особенно если операции были выполнены с использованием лапаротомического доступа, который увеличивается в 1,5 раза по сравнению с лапароскопическим. Кроме того, при обнаружении некроза кишечника эта зависимость усиливается, что приводит к увеличению риска в 1,3 раза, особенно при проведении резекции кишечника.

Литература

1. Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, Coccolini F, Biffl WL, Ansaloni L, et al. "Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the World Society of Emergency Surgery ASBO working group." *World Journal of Emergency Surgery*. 2018;13:24.
2. Duron JJ, Silva NJ Jr, du Montcel ST, Berger A, Muscari F, Hennet H, et al. "Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study." *Annals of Surgery*. 2016;244(5):750-757.
3. Vettoretto N, Carrara A, Corradi A, De Vivo G, Lazzaro L, Ricciardelli L, et al. "Ten-year experience with the laparoscopic approach to acute adhesive small bowel obstruction: a comprehensive review." *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2021;21(10):903-908.
4. Zielinski MD, Bannon MP, Heller SF, Nathan DP, Eiferman DS. "Frequency and management of abdominal adhesions after small bowel obstruction secondary to intraperitoneal chemotherapy." *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2019;13(1):36-41.
5. Mangram AJ, Mitchell CD, Shifflette VK, Lorenzo M, Truitt MS, Dzandu JK. "Subsequent small bowel obstruction following lysis of adhesions: a retrospective review." *Military Medicine*. 2020;167(12):1005-1007.
6. Кадилов, Р. Н. Эндоскопический гемостаз в экстренной медицине / Р. Н. Кадилов // Скорая медицинская помощь - 2022 : Материалы 21-го Всероссийского конгресса (Всероссийской научно-практической конференции с международным участием), посвященного 125-летию Первого Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета имени Академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, 09–10 июня 2022 года. – Санкт-Петербург: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, 2022. – С. 57-59. – EDN JSLQTW.
7. Кадыров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 47-49.
8. Abdurakhmanovich A. A., Furkatovich A. R. Methods of early surgical treatment of Burns //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 528-532.
9. Akhmedov R. F. et al. Diagnostic significance of procalcitonin level in burn disease //Journals of Emergency Surgery. Janelidze II. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.
10. Akhmedov R. F. et al. Our experience in the treatment of burn sepsis //Actual problems of thermal trauma. Emergency Surgery.-Saint-Petersburg. – 2021. – С. 10-11.
11. AKHMEDOV R. F. Modern Views On The Etiopathogenesis And Diagnosis Of Burn Sepsis (Literature Review) //International Journal of Pharmaceutical Research (09752366). – 2021. – Т. 13. – №. 1.

12. Furqatovich A. R., Karabaevich K. K., Muxiddinovich T. F. Ozonoterapiyaning kuyish sepsisi kechishiga ta'siri //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
13. Furqatovich A. R., Karabaevich K. K., Muxiddinovich T. F. Burn sepsis-a terrible complication thermal injury //journal of biomedicine and practice. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
14. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая ценность прокальцитонина как маркера ожогового сепсиса у детей //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 18-18.
15. Ахмедов Р. Ф. и др. Полиорганная недостаточность при ожоговом сепсисе //Роль больницы скорой помощи и научно исследовательских институтов в снижении предотвратимой смертности среди населения. – 2018. – С. 204-205.
16. Ахмедов Р. Ф. и др. Наш опыт лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 10-11.
17. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая значимость уровня прокальцитонина при ожоговой болезни //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.
18. Ахмедов Р. Ф. и др. Ожоговый сепсис: грозное осложнение термической травмы //Инновационные технологии лечение ожогов и ран: достижения и перспективы: Всерос. симп. с междунар. участием. – 2018. – С. 19-21.
19. Ахмедов Р. Ф., Карабаев Х. К. Современные взгляды на этиопатогенез и диагностики ожогового сепсиса //Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 5. – С. 244-248.
20. Ахмедов Р. Ф., Карабаев Х. К. Прогнозирование сепсиса при ожоговой болезни //Актуальные вопросы современной науки и образования. – 2022. – С. 183-185.
21. Карабаев Х. К. и др. Результаты хирургического лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 29-30.
22. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. Modern approaches to the treatment of deep burning patients //Узбекский медицинский журнал. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
23. Muhamadiev H. M. et al. A Retrospective Study Of The Clinical Significance Of Hemoconcentration As An Early Prognostic Marker For The Development Of Severe Acute Pancreatitis //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 2. – №. 11. – С. 72-77.
24. Нарзуллаев С. И., Ахмедов Р. Ф. Современные методы местного лечения к лечению пациентов с глубокими ожогами //Boffin Academy. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 314-325.
25. Нарзуллаев С. И., Ахмедов Р. Ф. Оптимизация и лечение полиорганной недостаточности у больных термической травмой //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 124-132.
26. Рузибоев С. и др. Методы и средства местного консервативного лечения обожженных //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2016. – №. 4 (91). – С. 186-192.
27. Хакимов Э. А. и др. Печеночная дисфункция у больных с ожоговым сепсисом //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 66-67.
28. Шоназаров И. Ш., Ахмедов Р. Ф., Камолидинов С. А. Особенности развития интраабдоминальной гипертензии у пациентов с тяжелым острым панкреатитом //Достижения науки и образования. – 2021. – №. 8 (80). – С. 66-70.
29. Шоназаров И. Ш., Камолидинов С. А., Ахмедов Р. Ф. Хирургическое лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости лапароскопическим методом //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 31 (156). – С. 69-78.