

АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ

В. В. Бенедикт

ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет
имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

Ключевые слова: тонкая кишка, непроходимость, алгоритм хирургического лечения.

Key words: small intestine, obstruction, algorithm of surgical treatment.

В статье обращается внимание на актуальность и сложность хирургического лечения больных с острой непроходимостью тонкой кишки и необходимость создания эффективного алгоритма выбора хирургической операции у пациентов. В результате анализа данных, полученных у 221 прооперированного больного, и проведенного ретроспективного исследования 32 медицинских карт предложен алгоритм хирургического лечения больных с острой непроходимостью тонкой кишки в зависимости от периода заболевания и функционального состояния каждого пациента. Применение обоснованной тактики хирургического лечения больных с острой непроходимостью тонкой кишки позволяет улучшить результаты их лечения.

ALGORITHM OF THE OPERATION METHOD IN PATIENTS WITH ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

V. V. Benedykt

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

The article draws attention to the relevance and complexity of surgical treatment of patients with acute obstruction of the small intestine and the need to create an algorithm for the selection of surgical operations in patients. As a result of the analysis of data obtained from 221 operated patients and a retrospective study of 32 medical records, an algorithm was proposed for the surgical treatment of patients with acute small bowel obstruction, depending on the period of the disease and the functional state of each patient. The use of sound tactics for the surgical treatment of patients with acute small bowel obstruction can improve the results of their treatment.

Введение. Острая непроходимость тонкой кишки (ОНТК) занимает одну из лидирующих позиций среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Остается высоким уровень послеоперационной летальности при ОНТК (от 3 до 25%), что обусловлено не только глубиной патологических нарушений в тонкой кишке (ТК) и в организме пациента вследствие этого заболевания, но также из-за неадекватного выбора хирургического вмешательства. Все это обуславливает актуальность данного исследования, направленного на оптимизацию методов лечения пациентов с острой непроходимостью тонкой кишки в зависимости от периода заболевания и функциональных состояний больного.

Целью нашей работы является разработка целесообразного алгоритма выбора хирургической операции у больных с ОНТК в зависимости от патологических изменений в тонкой кишке и в организме больного, что позволит улучшить результаты лечения пациентов.

Материал и методы. В ходе выполнения исследования у 221 больного с ОНТК проведено комплексное изучение функционального состояния каждого пациента, которое включало общеклинические методы исследования, оценку степени тяжести интоксикационного синдрома с помощью определения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) [5], оценку неспецифической резистентности организма с помощью определения палочкоядерно-лимфоцитарного индекса (ПЛИ) [4], а также сонографию, обзорную рентгенографию и компьютерную томографию органов брюшной полости. Такой комплекс обследования больных с ОНТК позволял определить индекс коморбидности [1, 8], степень компенсации функционального состояния больного [2] и степень операционно-анестезиологического риска по шкале ASA [8].

Кроме этого, проведен ретроспективный анализ медицинских карт 32 умерших пациентов с ОНТК.

Результаты исследований. Ретроспективный анализ причин летальных исходов про-

веден у 32 пациентов. Выявлено, что продолжительность ОНТК более 24 часов до момента госпитализации наблюдалась у 23 больных (71,9%); продолжительность предоперационной подготовки до 24 часов проведена только в 18 случаях (56,3%); наличие хронической сопутствующей патологии (индекс коморбидности 5,5-6,07) было выявлено у 30 пациентов (93,8%); операционно-анестезиологический риск по шкале ASA IV-V класса наблюдался у 87,5% больных; нарушение функции пищеварительного канала – у 62,5%; расширение объема операционного вмешательства и, соответственно, увеличение времени его выполнения (более 2 часов) нами было выявлено в 24 случаях (75,0%); выбор неадекватного для конкретной операционной ситуации метода декомпрессии пищеварительного канала – у 25 больных (78,13%); ошибочная интерпретация жизнеспособности ТК – в 12 случаях (37,5%).

Основную группу составили больные, оперированные по поводу ОНТК (221 пациент), которые были разделены на 4 подгруппы. Подгруппа № 1 – 25 пациентов прооперированных с использованием лапароскопических технологий (11,31%); подгруппа №2 – 67 больных, оперированных без декомпрессии пищеварительного канала (30,32%); подгруппа №3 – 107 пациентов, оперированных с декомпрессией пищеварительного тракта (48,42%); подгруппа № 4 — 22 прооперированных больных, которым выполнена резекция некротического участка ТК (9,95%).

Малоинвазивные вмешательства в объеме лапароскопической адгезиотомии выполнены у всех больных 1 подгруппы (n = 25), из них в 1-2 стадии течения заболевания и с компенсированным функциональным состоянием было 80,0% пациентов. Характерно, что большинство пациентов, которым выполнено это вмешательство, в анамнезе имели только одну операцию (преимущественно аппендэктомия, реже – гинекологического профиля). Как правило, ограничивались разъединением швартовых спаек, фракционных плоских висцеропариетальных сращений, что не составляло особых технических трудностей.

В подгруппе 2 (n=67) ликвидацию непроходимости осуществляли путем рассечения спаек и восстановления пассажа по пищеварительному каналу. Как правило, это были больные с 1-2 стадиями течения ОНТК – 63 пациента (94,03%), с высоким индексом коморбидности (4,67-6,55) – 26 пациентов (38,81%) и с отсутствием интраоперационно обнаруженных выраженных локальных нарушений ТК – 41 пациент (61,19%).

В подгруппу № 3 были включены 107 пациентов, которым была выполнена ликвидация ОНТК с последующей назогастроинтестинальной интубацией. Показаниями к интубации ТК в этой подгруппе были: расширение просвета ТК до 5 и более см; переполнение кишечным содержимым 2/3 и более ее протяженности; отсутствие перистальтических волн ТК. Особенностью проведения интубации в этой подгруппе было ее выполнение на первом этапе оперативного вмешательства, перед ликвидацией причины непроходимости.

В 4 подгруппу пациентов (n=22), которым выполнено ликвидацию непроходимости ТК путем резекции ее участка, вошли больные со странгуляционной непроходимостью ТК – 16 пациентов (72,73%), тонко-тонкокишечной инвагинацией – 2 пациента (9,09%), обтурацией просвета ТК желчным конкрементом с некрозом ее стенки – 3 пациента (13,64%), с инородным телом брюшной полости с некрозом участка ТК – 1 пациент (4,55%). Лечение ОНТК на фоне острого распространенного перитонита в этой группе проводили у 17 больных (77,27%). Одномоментная интраоперационная декомпрессия ТК проведена всем 22 пациентам (100%). У 8 человек (36,36%) операция завершена наложением концевой энтеростомы-илеостомы, у 9 пациентов (40,9%) сформирован первичный энтеро-энтероанастомоз с лапаростомой, а у 5 больных (22,73%) операция завершена после одномоментной интраоперационной декомпрессии формированием прямого энтеро-энтероанастомоза.

Мы согласны с мнением Г. Мондора (1947) [7] о том, что придерживаться одной клинической схемы, это значит обречь себя во многих случаях на ошибки и поэтому выбор операции должен быть произведен с учетом не только диагноза, но и с имеющейся конкретной интраоперационной ситуации.

В то же время, разработка и внедрение в клиническую практику новых алгоритмов

выбора операции у больных с ОНТК является необходимостью, что подтверждается и мнением других исследователей этой проблемы [6].

На основании наших исследований мы предлагаем алгоритм выбора операции у больных с острой непроходимостью тонкой кишки в зависимости от стадии протекания заболевания и функционального состояния пациента (рис. 1).



Рис. 1. Алгоритм выбора операции у больных с острой непроходимостью тонкой кишки в зависимости от стадии протекания заболевания и функционального состояния пациента.

В послеоперационном периоде проводилась медикаментозная корректирующая терапия для профилактики послеоперационного пареза ТК [3].

Применение обоснованной тактики хирургического лечения больных с острой непроходимостью тонкой кишки позволило уменьшить количество гнойно-септических раневых осложнений в 2,73 раза, снизить сроки стационарного лечения больных в среднем на 3-4 суток.

Выводы:

1. У больных с острой непроходимостью тонкой кишки в 1-2 стадиях течения заболевания и при компенсированном функциональном состоянии организма, в зависимости от интраоперационной ситуации, возможно выполнение всех рекомендованных типов операционных вмешательств.

2. При декомпенсированном состоянии больного с острой непроходимостью тонкой кишки во 2 стадии протекания заболевания целесообразным является выбор объема операции – только рассечение спаек, а при необходимости – рассечение спаек и резекция некротизированного участка тонкой кишки.

3. Пациентам в условиях распространенного перитонита и при декомпенсированном функциональном состоянии необходимо формирование энтеростомы, в редких случаях – анастомоза и, обязательно, после ликвидации непроходимости, операцию заканчивают наложением лапаростомы.

Использованная литература:

1. Беялов Ф.І. Дванадцять тез коморбідності / Ф.І. Беялов // Клінічна медицина. 2009. № 12. С. 69–71.
2. Бенедикт В.В. Особливості лікувальної тактики в післяопераційному періоді у хворих на гостру непрохідність кишки в залежності від клінічного перебігу захворювання // Хірургія України, 2005. №1 (13). С. 147-151.
3. Бенедикт В.В. Патогенетичне обґрунтування медикаментозної стимуляції моторики травного каналу після операцій у хворих на гостру непрохідність кишки // Галицький Лікарський Вісник, 2016. № 3. С. 6-8.
4. Бенедикт В.В. Про значення моніторингу стану неспецифічної резистентності організму у хворих на гостру непрохідність кишки. Збірник матеріалів XVI з'їзду Всеукраїнського лікарського товариства (м. Кам'янець-Подільський, 28 вересня – 01 жовтня 2017). Кам'янець-Подільський, 2017. С.216.
5. Коробков Д.М. Дискутабельность в выборе оптимального алгоритма хирургического лечения больных с острой тонкокишечной непроходимостью // Новая наука: Проблемы и перспективы. 2016. С.291-292.
6. Мондор Г. Неотложная диагностика Рипол Классик, 2013. - 406 с.
7. Charlson M. E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales, C. R. McKenzie // J Chron Dis, 1987. № 40 (5). P. 373–383.
8. Little J.P. Consistency of ASA grading / J.P. Little // Anaesthesia. 1995. 50, №7. P. 658–659.