DOI 10.31718/2077–1096.21.4.10

УДК 616.34-007.272-089

Ахмедова У. С.

МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Целью исследования явилось изучение характеристики оперативных вмешательств и особенностей послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью. Материалы и методы. В материалы настоящего исследования включены результаты лечения 154 больных с острой кишечной непроходимостью доброкачественной этиологии, подвергшихся по поводу данной патологии различным оперативным вмешательствам. Среди больных мужчин было 87 (56,5%), женщин – 67 (43,5%). Большинство из этих больных были жителями г. Баку (124 больных – 80,5%), 30 больных (19,5%) были жителями регионов Республики. Возраст больных колебался от 18 до 78 лет. Результаты. Резекция сигмовидной кишки была выполнена у 25 больных (16,2% случаев). Резекция различных отделов тонкой кишки выполнена, в общей сложности, у 26 больных (16,9% случаев). У больных, в основном, пожилого возраста острая кишечная непроходимость в результате заворота сигмовидной кишки, как правило, выполнялась операция Хаген-Торна, что составило 8,4% от числа всех выполненных операций. Субтотальная колэктомия с наложением илеоректоанастомоза у 7 больных (4,6% случаев). Операции типа Гартмана по разным этиологическим причинам всего были выполнены у 31 больного (20,1% случаев). Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом была произведена у 4 больных (2,6% случаев). Энтеротомия с удалением камней или инородных тел с последующим ушиванием дефекта в кишечной стенке была выполнена у 5 больных (3,3% случаев). У всех больных одним из основных этапов интраабдоминального вмешательства, как правило, было также проведение одномоментной интраоперационной декомпрессии кишечного тракта путём эвакуации содержимого одним из общепринятых способов (через зонд, методом выдавливания, путем энтеротомии и т.д.). Выводы. У больных с острой кишечной непроходимостью часто встречается тонкокишечная непроходимость. Для определения границ жизнеспособных отделов кишки и объёма её резекции эффективным способом считается использование следующих критериев: определение пульсации сосудов брыжейки, наличие перистальтических волн, цвет серозного покрова после согревания сегмента кишки сомнительной жизнеспособности горячими влажными салфетками. У больных пожилого возраста с острой кишечной непроходимостью в результате заворота сигмовидной кишки наиболее эффективным методом было выполнение операции Хаген-Торна.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, оперативные вмешательства, послеоперационное лечение.

Введение

Острая кишечная непроходимость (ОКН) является одной из сложных проблем в неотложной хирургии органов брюшной полости.

ОКН составляет, по различным данным, от 2,6 до 9,4% среди всех неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости. В последние годы, вопреки ожиданиям, наметилась тенденция к возрастанию этой патологии [1].

Количество больных, страдающих нарушениями проходимости кишечника неопухолевого генеза, ежегодно увеличивается. На фоне снижения манифестированных форм заболевания (завороты, инвагинации и т.п.) значительно возросла частота спаечной непроходимости, что нередко сопровождается ростом поздней обращаемости больных в медицинские учреждения, увеличением числа диагностических ошибок на всех этапах оказания помощи этой категории больных [2,3,4,5].

Острая механическая кишечная непроходимость, как правило, требует оперативного наблюдения и лечения, поэтому традиционно относится к «клинической» патологии [6].

Экстренная хирургическая операция остается базовым методом лечения больных ОКН, но вы-

сокий уровень летальности и высокая частота развития послеоперационных осложнений заставляют врачей искать другие способы лечения этих пациентов [7].

При постановке диагноза ОКН, конечно же, прежде всего, встает вопрос об экстренной операции. Еще на заре развития хирургии бытовало мнение: «Больного с илеусом нужно оперировать, прежде чем над ним сядет или взойдет солнце», т.е. в течение нескольких часов. Сегодня общепризнано, что хирургическая операция является единственным радикальным методом лечения острой ОКН при механических причинах ее возникновения. Образно выразил это ещё в 70-х годах прошлого века один из корифеев абдоминальной хирургии венгерский хирург Имре Литтманн: «...даже самая совершенная многокомпонентная медикаментозная терапия, направленная на восстановление водно-солевого обмена не может принести больному с илеусом такого облегчения, как, например, рассечение сдавливающей кишку спайки, которое может быть осуществлено только одним движением пальцев хирурга и его хирургического инструмента» [7, 8, 9]. Нельзя не согласиться с тем, что этот постулат не потерял своей актуальности и в настоящее время.

В то же время до настоящего времени остается дискуссионным вопрос о выборе хирургического пособия, объеме оперативного вмешательства, сроках дооперационной подготовки [5].

Целью исследования явилось изучение характеристики оперативных вмешательств и особенностей послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы исследования

В материалы настоящего исследования включены результаты лечения 154 больных ОКН, подвергшихся по поводу данной патологии различным оперативным вмешательствам. Результаты лечения больных с опухолевыми формами непроходимости кишечника в данное исследование не включены. Не включены в настоящее исследование также больные, переведенные после операций в другие лечебные учреждения, а также пациенты, умершие в ранние сроки после операции от тромбоэмболических осложнений. Все обследованные больные в различные годы находились на стационарном лечении в хирургическом отделении клинической больницы №5 г. Баку, являющейся одной из баз кафедры Хирургических болезней-2 Азербайджанского Медицинского Университета.

Среди больных мужчин было 87 (56,5%), женщин – 67 (43,5%). Большинство из этих больных были жителями г. Баку (124 больных – 80,5%), 30 больных (19,5%) были жителями регионов Республики. Возраст больных колебался от 18 до 78 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех 154 обследованных нами больных ОКН оперативное вмешательство по срочным показаниям явилось центральным звеном лечения. Хирургическое вмешательство у всех больных выполнено под эндотрахеальным наркозом с использованием миорелаксантов короткого и среднего сроков действия, нейролептаналгезии и искусственной вентиляции лёгких. При проведении анестезиологического пособия, во время операции в должном объеме вводились инфузионные средства. Хирургический доступ у больных осуществлялся путём срединной лапаротомии.

При вскрытии брюшной полости, прежде всего, путём аспирации, тщательно эвакуировалось жидкое содержимое (гной, серозный или фибринозный выпот). Затем выявлялась сама причина, вызвавшая кишечную непроходимость. В зависимости от этого проводилась дальнейшая хирургическая тактика.

Таблица 1
Этиологические причины ОКН у обследованных больных

Непосредственная причина ОКН	Число больных			
	М	Ж	Всего	
			Абс.	(%)
Спаечная странгуляция тонкой кишки	31	39	0	45,5
Заворот тонкой кишки	5	3	8	5,2
Фитобезоар в тонкой кишке	4	2	6	3,9
Желчнокаменная непроходимость	1	3	4	2,6
Заворот сигмовидной кишки	40	15	5	35,7
Инородное тело в кишечнике	-	1	1	0,6
Ущемление colon transversus в пупочной грыже	-	1	1	0,6
Илеоцекальная инвагинация	1	2	3	2,0
Заворот слепой кишки	4	1	5	3,3
Заворот colon transversus	1	-	1	0,6
Итого больных	87	67	154	100

В таблице 1 представлены выявленные при тотальной интраоперационной внутрибрюшной ревизии заболевания, явившиеся непосредственными причинами ОКН у обследованных пациентов. Как видно, наиболее частыми причинами, при которой обследованные больные подвергались срочной операции по поводу неопухолевых форм ОКН, были странгуляционная спаечная непроходимость (у 45,5% больных) и заворот сигмовидной кишки (у 35,7 % больных). Другие заболевания становились этиологическими причинами ОКН значительно реже. Наблюдались и вовсе казуистические случаи. Например, у одной больной причиной тонкокишечной непроходимости явилась марлевая хирургическая салфетка, во время выполнения предыдущей операции по поводу ОКН (рисунок).

В зависимости от уровня непроходимости

больные были распределены следующим образом: высокая тонкокишечная непроходимость отмечена у 13 (8,4%) больных, низкая тонкокишечная непроходимость – у 90 (58,5%), толстокишечная непроходимость – у 51 (33,1%) пациента. Среди обследованных больных обтурационная форма ОКН наблюдались всего у 11 больных, что составило 7,1% от всех случаев наблюдаемых больных ОКН. В большинстве случаев у обследованных больных отмечался странгуляционный тип ОКН (в 90,9% случаев). Смешанный тип ОКН (кишечная инвагинация) был отмечен всего у 3 больных.

При операциях по поводу кишечной непроходимости основной целью всегда является спасение жизни больного самым простым и быстрым способом. При этом, по возможности, ставится также задача добиться полного и быстро-

го его выздоровления, что соответствует актуальной на сегодняшний день социальной концепции принципа ускоренной реабилитации ("Fast track"), о которой уже было сказано выше [5-9]. У обследованных нами больных выполнены минимальные и необходимые по объёму

операции. Если не было на то необходимости, без вскрытия просвета кишечного тракта. Все типы хирургических вмешательств, выполненных у больных, представлены в таблице 2.

Рисунок

Марлевая салфетка в просвете тонкой кишки (Удалённый сегмент кишки с марлевой салфеткой в просвете)

Таблица 2

Хирургические вмешательства, выполненные у больных ОКН

Объём хирургического вмешательства	Число операций	
	Всего	%
Рассечение strangирующего кишку спаечного тяжа	53	34,4
Резекция тонкой кишки + межкишечный анастомоз	17	11,0
Резекция подвздошной кишки + илеоилеоанастомоз	3	2,0
Резекция тонкой кишки+концевая илеостомы	3	2,0
Деторзия тонкой кишки	3	2,0
Энтеротомия + энтерорафия	5	3,3
Илеолитотомия + илеорафия	3	2,0
Резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана	21	13,6
Резекция сигмовидной кишки + колоколанастомоз	4	2,6
Деторзия сигмы с мезосигмопликацией (операция Хаген-Торна)	13	8,4
Левосторонняя гемиколэктомия+выведение колостомы	10	6,5
Левосторонняя гемиколэктомия+трансверзоректоанастомоз	2	1,3
Сигмотомия с удалением инородного тела, сигмография	1	0,6
Субтотальная колэктомия + илеоректоанастомоз	7	4,6
Вправление кишки в брюшную полость	1	0,6
Деинвагинация, резекция подвздошной кишки+ илеотрансверзоанастомоз	3	2,0
Деторзия слепой кишки с фиксацией к брюшной стенке	1	0,6
Правосторонняя гемиколэктомия+илеотрансверзоанастомоз	4	2,6
Итого операций	154	100

Как видно из таблицы 2, у всех оперированных больных в процессе хирургического вмешательства в обязательном порядке различными способами, в зависимости от этиологического фактора ОКН, восстанавливалась проходимость содержимого по кишечному тракту. При этом выполнялись различные типы операций, как со вскрытием, так и без вскрытия просвета кишечника. Наиболее часто (34,4% случаев) больным с ОКН выполнялось рассечение strangирующего кишку спаечного тяжа. Все, без исключения, больные имели тонкокишечную непроходимость. Нередкими по частоте выполнения были операции резекции сигмовидной кишки и резек-

ции тонкой кишки. Резекция сигмовидной кишки была выполнена у 25 больных (16,2% случаев). Резекция различных отделов тонкой кишки выполнена, в общей сложности, у 26 больных (16,9% случаев). Для определения границ жизнеспособных отделов кишки и объёма её резекции у обследованных больных использовали наиболее распространённые и классические критерии: пульсацию сосудов брыжейки, наличие перистальтических волн, цвет серозного покрова после согревания сегмента кишки сомнительной жизнеспособности горячими влажными салфетками [4,5,6].

У больных, в основном, пожилого возраста

ОКН в результате заворота сигмовидной кишки, как правило, выполнялась операция Хаген-Торна, что составило 8,4 % от числа всех выполненных операций. Субтотальная колэктомия с наложением илеоректоанастомоза у 7 больных (4,6 % случаев). Операции типа Гартмана по разным этиологическим причинам всего были выполнены у 31 больного (20,1 % случаев). Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом была произведена у 4 больных (2,6% случаев). Энтеротомия с удалением камней или инородных тел с последующим ушиванием дефекта в кишечной стенке была выполнена у 5 больных (3,3 % случаев).

У всех больных одним из основных этапов интраабдоминального вмешательства, как правило, было также проведение одномоментной интраоперационной декомпрессии кишечного тракта путём эвакуации содержимого одним из общепринятых способов (через зонд, методом выдаивания, путем энтеротомии и т.д.). Заключительным действием интраабдоминального этапа операции являлся тщательный туалет брюшной полости и дренирование последней дренажными трубками.

У всех обследованных больных ОКН в послеоперационном периоде проводился, с патогенетической точки зрения охватывающий все звенья, комплекс лечебных мероприятий, условно названный нами базисной терапией. Она включала в себя следующие компоненты: во-первых, у всех без исключения больных в раннем послеоперационном периоде проводилась длительная декомпрессия кишечного тракта путем назогастроинтестинального зондирования, а также, если необходимо, введением толстого зонда в просвет толстой кишки *per rectum*. Во-вторых, она включала в себя инфузионную, антибактериальную терапию, меры, направленные на активацию моторно-эвакуаторной функции кишечного тракта, устранение гипоксии тканей и токсемии. Кроме того, по показаниям больным назначались средства, поддерживающие сердечную деятельность, а также в обязательном порядке проводились мероприятия, направленные на профилактику тромбозомболических осложнений. Проводилась ежедневная антисептическая обработка послеоперационной раны. Объем и характер инфузионной терапии зависел от тяжести клинического течения заболевания, степени выраженности клеточной и тканевой дегидратации, степени интоксикации, наличия или отсутствия перитонеальных явлений, возраста больного и характера сопутствующих заболеваний.

Выводы

1. У больных с ОКН часто встречается тонкокишечная непроходимость.
2. Для определения границ жизнеспособных отделов кишки и объема её резекции эффективным способом считается использование следующих критериев: определение пульсации сосудов брыжейки, наличие перистальтических волн, цвет серозного покрова после согревания сегмента кишки сомнительной жизнеспособности горячими влажными салфетками.
3. У больных пожилого возраста с ОКН в результате заворота сигмовидной кишки эффективным методом является выполнение операции Хаген-Торна.

Перспективы дальнейших исследований

Планируются дальнейшие исследования и разработка более безопасных методов хирургического лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью, так как во многих случаях частота осложнений увеличивается в послеоперационном периоде.

References

1. Ergashev ISh, Zhuraev ZhN Ostraya kishhechnaya neprohodimost' i vnutribryushnaya gipertenziya [Acute intestinal obstruction and intraperitoneal hypertension]. *Biologiya i integrativnaya medicina*. 2019; 12(40):30-49. (Russian)
2. Men'kov AV, Gavrilov SV. Ostraja kishhechnaja neprohodimost' neopuholevogo geneza: sovremennoe sostojanie problemy [Acute intestinal obstruction of non-tumor origin: the current state of the problem]. *Sovr tehnologii v medicine*. 2013;5(3):109-115. (Russian)
3. Kehlet H. Fast-track surgery – An Update on Physiological Care Principles to Enhance Recovery. *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2011;396(5):585-590.
4. Vorobej AV, Shulejko ACh, Lur'e VN. Puti uluchsheniya rezul'tatov lechenija bol'nyh s tonkokishhechnoj neprohodimost'ju [Ways to improve the results of treatment of patients with small bowel obstruction]. *Hirurgija*. 2012;10: 35-39 (Russian)
5. Rahmatullin JuJa. Rezul'taty lechenija ostroj kishhechnoj neprohodimosti. [Results of treatment of acute intestinal obstruction]. *Vestnik Kazanskogo Nacional'nogo Medicinskogo Universiteta*. 2012;1:281-283. (Russian)
6. Rubcov AE, Morozov MYu, Nikolenko VN, Morozov YuE. Mekhanicheskaya kishhechnaya neprohodimost' kak prichina smerti v sudebno-medicinskoj praktike: retrospektivnoe issledovanie [Mechanical intestinal obstruction as a cause of death in forensic medical practice: a retrospective study]. *Sudebnaya medicina*. 2020;6(4):24-29. (Russian).
7. Bokarev MI, Mamykin AI, Muntyanu EV. Effektivnost' endoskopicheskogo stentirovaniya tolstoj kishki u bol'nyh ostroj tolstokishhechnoj neprohodimost'ju opuholevogo geneza [The effectiveness of endoscopic colon stenting in patients with acute colonic obstruction of tumor genesis]. *Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo centra im NI Pirogova*. 2021; 16(1): 52-56. (Russian)
8. Majstrenko NA, Kurygin AA, Suhopara JuL. Sovremennye podhody v diagnostike i lechenii rannej posleoperacionnoj kishhechnoj neprohodimosti [Modern approaches in the diagnosis and treatment of early postoperative intestinal obstruction]. *Devjatyj Vserossijskij s'ezd hirurov: Mat s'ezda*. Volgograd; 2000. S. 190-191. (Russian)
9. Btaiche IF, Chan LN, Pleva M, Ktaft MD. Critical illness, gastrointestinal complications, surgery and medication therapy during enteral feeding in critically ill. *Nutr Clin Pract*. 2010;25:32-49.
10. Sychinskij JuO. Puti uluchsheniya rezul'tatov hirurgicheskogo lechenija spaechnoj kishhechnoj neprohodimosti [Ways to improve the results of surgical treatment of adhesive intestinal obstruction]. *Abstr. PhDr (Med.)*. M; 2009. 26 p. (Russian)

Реферат

МЕТОДИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ

Ахмедова У. С.

Ключові слова: гостра кишкова непрохідність, оперативні втручання, післяопераційне лікування.

Метою дослідження було вивчення характеристики оперативних втручання та особливостей післяопераційного періоду у хворих з гострою кишковою непрохідністю. Матеріали та методи. У матеріали даного дослідження включені результати лікування 154 хворих на гостру кишкову непрохідність доброякісної етіології, які зазнали з приводу даної патології різних оперативних втручання. Серед хворих чоловіків було 87 (56,5%), жінок - 67 (43,5%). Більшість з цих хворих були жителями м. Баку (124 хворих - 80,5%), 30 хворих (19,5%) були жителями регіонів Республіки. Вік хворих коливався від 18 до 78 років. Результати. Резекція сигмоподібної кишки була виконана 25 хворим (16,2% випадків). Резекцію різних відділів тонкої кишки виконано 26 хворим (16,9% випадків). У хворих, в основному літнього віку, при гострій кишковій непрохідності в результаті завороту сигмоподібної кишки, як правило виконувалась операція Хаген-Торна, що склало 8,4% від числа всіх виконаних операцій. Субтотальна колектомія з накладенням ілеоректоанастомозу була виконана 7 хворим (4,6% випадків). Операції типу Гартмана за різними етіологічними причинами були виконані у 31 хворого (20,1% випадків). Правобічна геміколектомія з ілеотрансверзоанастомозом була проведена у 4 хворих (2,6% випадків). Ентеротомію з видаленням каменів або чужорідних тіл з подальшим ушиванням дефекту кишкової стінки була виконана у 5 хворих (3,3% випадків). У всіх хворих одним з основних етапів інтраабдомінального втручання, як правило, було проведення одномоментної інтраопераційної декомпресії кишкового тракту шляхом евакуації вмісту одним із загальноприйнятих способів (через зонд, методом відтоку, шляхом ентеротомії та інш.). Висновки. У хворих з гострою кишковою непрохідністю часто зустрічається тонкокишкова непрохідність. Для визначення меж життєздатних відділів кишки і обсягу її резекції ефективним способом вважається використання наступних критеріїв: визначення пульсації судин брижі, наявність перистальтичних хвиль, колір серозного покриву після зігрівання сегмента кишки сумнівної життєздатності гарячими вологими серветками. У хворих похилого віку з гострою кишковою непрохідністю в результаті завороту сигмоподібної кишки найбільш ефективним методом було виконання операції Хаген-Торна.

Summary

METHODS OF SURGICAL INTERVENTIONS FOR ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION AND PERULICARITIES OF POSTOPERATIVE MANAGEMENT

Akhmedova U. S.

Key words: acute intestinal obstruction, surgical interventions, postoperative treatment.

The aim of the study was to investigate the characteristics of surgical interventions and the features of the postoperative period in patients with acute intestinal obstruction. Materials and methods. The study was based on the results of treatment of 154 patients with acute benign intestinal obstruction, who underwent various types of surgical interventions for this pathology. There were 87 men (56.5%) and 67 women (43.5%), their age ranged from 18 to 78 years; most of the patients were residents of Baku (124 patients, 80.5%), 30 patients (19.5%) were residents of the regions of the Azerbaijan Republic. Results. Sigmoid colon resection was performed on in 25 patients (16.2% of cases); resection of various parts of the small intestine was performed on in 26 patients (16.9% of cases). To determine the boundaries of viable parts of the intestine and the extent of resection in the patients, the common and classical criteria were used: pulsation of the mesentery vessels, the presence of peristalsis, and colour of the serous covering after warming of an intestinal segment of questionable viability with hot wet wipes. Hagen-Thorn surgery was usually performed on in elderly patients with acute intestinal obstruction as a result of sigmoid colon inversion that made up 8.4% of all operations performed. Subtotal colectomy with ileorectostomy was performed on in 7 patients (4.6% of cases). Operations of the Hartmann type despite the aetiology were performed in 31 patients (20.1% of cases). Right-sided hemicolectomy with ileotransverse anastomosis was performed in 4 patients (2.6% of cases). Enterotomy with the removal of stones or foreign bodies followed by suturing of the defect in the intestinal wall was performed in 5 patients (3.3% of cases). All the patients were subject to one of the main stages of intra-abdominal intervention – the simultaneous intraoperative decompression of the intestinal tract by evacuating the contents using one of the generally accepted standard techniques (by using intestinal tube, emulging, enterotomy, etc.). Conclusions. Although the duration of the preoperative preparation itself was individual for each patient and depended on the specific circumstances, in general, it was 3.6 ± 0.8 hours in the patients with acute intestinal obstruction. During this short time, infusion therapy was performed on in all patients, a nasogastric tube was also inserted to all patients and, when possible, more stagnant contents were emulsified out of the upper digestive tract. Cardiac functioning was corrected when necessary; the measures to reduce the intensity of intoxication, including antibacterials, were performed. In special cases, during the short-term preoperative preparation of the patients, additional medication correction of concomitant diseases was mandatory. To prevent the development of thromboembolic complications in the early postoperative period, all patients were required to take the necessary preventive measures before and after the surgical intervention.