

## ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ ЗГЦЭМ И СП

**Ганжий В. В., Бачурин А. В., Бачурин А. А.**

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье

Диагностика и лечение спаечной тонкокишечной непроходимости остается одной из актуальных и далеко нерешенных проблем в экстренной абдоминальной хирургии. Количество больных со спаечной кишечной непроходимостью составляет от 50 до 93,3% всех видов механической непроходимостей неопухолевого генеза, а показатели летальности, несмотря на интенсивное внедрение в практику новых медицинских технологий, остаются стабильно высокими, достигая в ряде случаев 7,6 – 16%. Проблема хирургического лечения данного заболевания пока что далека от окончательного решения.

Целью работы явилось улучшение результатов хирургического лечения больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью за счет внедрения в клиническую практику комплекса дооперационного обследования с последующим развитием тактической схемы и выбора рационального объема оперативного вмешательства.

С 2001 по 2005 год в клинике по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости оперировано 150 больных, из них мужчин 83, женщин – 67. Возраст пациентов от 17 до 83 лет.

Все больные были ранее оперированы по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. По нашим данным (табл. 1) чаще острая спаечная тонкокишечная непроходимость развивается у больных, перенесших ранее острые хирургические заболевания органов брюшной полости, которые носили гнойно-деструктивный характер (острый аппендицит, острые гинекологические заболевания малого таза), а также после операций, при которых в брюшной полости было большое количество крови (закрытая травма органов брюшной полости с повреждением печени, селезенки; ножевые ранения с повреждением крупных сосудов и т.д.). Большой процент ОСТН составили больные, перенесшие ранее операцию на толстом кишечнике. Наиболее часто ОСТН возникала в течение первого года после операции.

**Таблица 1 — Количество больных по различной нозологии**

Нозология	Количество больных
Острые воспалительные гинекологические заболевания	15
Перфоративная язва желудка и 12 п. к-ки	18
Острый аппендицит	17
Закрытая травма живота, разрыв селезенки	13
Ножевые ранения печени, полых органов	8
Онкологические заболевания толстого отдела кишечника	10
Острый холецистит	3
Панкреонекроз	4
Сочетание нескольких вышеперечисленных патологий	51
Спаечная кишечная непроходимость	11

67 пациентов (44,7%) перенесли ранее одну операцию, 47 (31,3%) – две операции. Это говорит о том, что не существует прямой зависимости выраженности спаечного процесса от количества предшествующих операций. В то же время на нашем материале мы проследили прямую зависимость тяжести лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости от наличия в анамнезе ранее проведенных операций по поводу ОСТН.

Таблица 2 — Количество больных и число предшествующих операций

Число предшествующих операций				
	после 1-й операции	после 2-х операций	после 3-х и более операций	из них, в том числе после ОСТН
Кол-во больных	67	47	24	12

Тяжесть состояния многих пациентов усугублялась различными сопутствующими заболеваниями (язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, вентральная грыжа и др.).

Распределение больных по срокам поступления в стационар с начала заболевания представлено в таблице 3. Обращает внимание, что большая часть больных обратилась за помощью спустя не менее 12 часов от начала заболевания.

Таблица 3 — Сроки поступления больных в стационар

Группа больных	Часы				
	16-12	12-24	24-48	Более 48 часов	Всего:
Всего:	31	39	36	44	150

Следовательно, большая часть больных доставлена спустя 12 часов от начала заболевания – 79,%. Это связано с поздним обращением больных за медицинской помощью, что в значительной степени утяжеляет течение болезни.

Диагноз ОКН у 71,9% больных был поставлен на до госпитальном этапе врачами скорой медицинской помощи, хирургами поликлиники по районам обслуживания. Ошибки в диагностике на до госпитальном этапе объяснимы объективными трудностями вследствие стертости клинической картины на фоне приема больными на дому препаратов с анальгезирующим и спазмолитическим действием, отсутствием на госпитальном этапе дополнительных методов исследования.

При поступлении все больные предъявляли жалобы на приступообразные боли в животе, чувство вздутия живота, тошноту, рвоту, задержку отхождения стула и газов. При осмотре наблюдался увеличенный в объеме живот, а у некоторых больных – асимметрия живота. При пальпации, как правило, отмечалась боль по всему животу, аускультативно – ослабление перистальтики или ее отсутствие.

Параллельно с нарушениями функций кишечника регистрировались изменения, обусловленные синдромом интоксикации и гиповолемией из-за депонирования жидкости в кишку. Снижалось АД, на фоне гиповолемии была компенсаторная тахикардия, снижалось ЦВД. В клинико-биохимических анализах крови при поступлении из-за вызванного гиповолемией сгущения крови отмечались высокие цифры эритроцитов, гемоглобина, общего белка. Отмечались изменения со стороны электролитного состава крови. ЛИИ и МСМ до операции во всех группах резко превышали норму.

Объем дооперационного обследования включал в себя забор клинико-биохимических анализов, рентгеноскопическое исследование брюшной полости с

контролем пассажа бариевой взвеси по тонкому кишечнику через 4, 6, 8 и 12 часов. Это позволило выявить появление и увеличение тонкокишечных уровней и задержку бария в верхних отделах кишечника. Задержка бария в желудке и тонкой кишке, отсутствие газа в толстом кишечнике, наличие «арок» и чаш Клойбера выявлено у всех больных. С целью более ранней диагностики обращали внимание на скопление газа в петлях тонкой кишки выше места препятствия – данный признак выявлен у 82 пациентов. При прогрессировании процесса наблюдалось скопление газа и жидкости в просвете кишечника, что определялось в виде «арок» - у 130 пациентов.

Средняя длительность от момента госпитализации до операции составила 5,9 часов, включая время на проведение лечебно-диагностического поиска (исследования пассажа бария, УЗИ-диагностика, коррекция водно-электролитных нарушений). Таким образом, большая часть пациентов оперирована до 6 часов от момента поступления в стационар.

В качестве предоперационной подготовки всем больным проводилась коррекция водно-электролитных нарушений, введение спазмолитиков, анальгетиков.

Объем и количество оперативных вмешательств представлены в таблице 4.

Таблица 4 — **Объём и количество оперативных вмешательств**

Название операции	Количество	
	Абс.	%
Рассечение спаек, назоинтестинальная интубация	119	79,3
Рассечение спаек, назоинтестинальная интубация, резекция участка кишки с анастомозом «бок в бок»	18	12,0
Резекция терминального отдела подвздошной кишки с илеотрансверзоанастомозом	7	4,7
Рассечение спаек, интубация через цекостому	2	1,3
Рассечение спаек, интубация через гастростому	1	0,7
Рассечение спаек, интубация через аппендикостому	3	2,0
Всего	150	100

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом, срединным доступом, что позволило произвести адекватную ревизию, санацию брюшной полости и декомпрессию кишечника. После вскрытия брюшной полости отмечалось расширение петель тонкого кишечника в 2-3 раза. Наиболее частой причиной кишечной непроходимости явились спаечный конгломерат, сращение кишки в виде двустволки и передавливание спайкой всего просвета кишечника или заворот вокруг спайки.

У 84 пациентов уровень препятствия располагается на расстоянии до 1 м от илеоцекального угла. Всем этим пациентам ранее выполнялись операции по поводу острого аппендицита, гинекологической патологии или заболеваний толстого кишечника, то есть на органах нижнего этажа брюшной полости.

К 3-м п/о суткам у всех пациентов отмечалось повышение ЛИИ. К норме ЛИИ приходил к 7-10-м суткам послеоперационного периода. Динамика показателей молекул средней массы была аналогичной. В особо тяжелых запущенных случаях повышались креатинин, печеночные пробы, амилаза, что говорило о присоединившихся явлениях полиорганной недостаточности и ухудшало прогноз заболевания. Особенно показательны эти изменения были в группе больных, объединенных наличием до операции такого рентген-признака как уровня жидкости в тонкой кишке, свидетельствующие о наличии синдрома кишечной недостаточности.

Высокая летальность обусловлена синдромом интоксикации на фоне неразрешившегося пареза кишечника и занимает от 33 до 50%. Для борьбы с синдромом эндогенной интоксикации мы предлагаем следующую программу:

1. Кишечный лаваж 200-400 мл физраствора 3 раза в день, позволяющий снизить содержание токсичного содержимого желудка и кишечника методом промывания и удаления последнего из просвета кишечника.

2. Для ликвидации анаэробной микрофлоры кишечника и насыщения портального кровотока  $O_2$  – вводить 3 раза в день по 200 см<sup>3</sup>  $O_2$  внутризондово.

3. Дезинтоксикацию проводили путем введения больным 3 раза в день 300 мг энтеросорбентов, позволяющих значительно снизить процент всасывания токсических продуктов из просвета паретически расширенного кишечника.

4. Борьба с дисбактериозом осуществлялась введением эубиотиков (канадский йогурт) по 1 капсуле 3 раза в день.

5. С целью нормализации моторно-эвакуаторной функции кишечника вводились прокинетики – перилиум.

6. В качестве средства, позволяющего нормализовать все виды обмена, средства, стимулирующего перистальтику кишечника, больным осуществлялось чреззондовое раннее энтеральное питание смесями «Инпит», «Берламин модуляр» начиная со 2-3 п/о суток по 50 г каждые 2-3 часа.

Для осуществления данной программы использовался полифункциональный зонд (оригинальная конструкция)

Осложнения в послеоперационном периоде представлены в таблице 5.

Таблица 5 — Осложнения в послеоперационном периоде

Осложнения	Количество	
	Абс.	%
Несостоятельность швов анастомозов	5	3,3
Дыхательная и сердечная недостаточность	9	6,0
Печеночно-почечная недостаточность	7	4,7
Нагноение послеоперационной раны	10	6,7
Пневмония	7	4,7
Всего	38	25,4

Анализируя приведенные данные, следует отметить, что нагноение послеоперационной раны наблюдалось чаще у больных, которым выполнялась антеградная интубация тонкой кишки через цеко-, аппендикостому. Пневмония наблюдалась у пожилых больных с тяжелой сопутствующей патологией, активизация которых в раннем послеоперационном периоде вызывала определенные трудности. Несостоятельность швов анастомозов чаще всего наблюдалась у больных с явлениями перитонита на момент операции, вызванного длительным сроком нахождения больного на догоспитальном этапе и развитием синдрома энтеральной недостаточности. Послеоперационный период у таких больных протекал с явлениями гипопроteinемии, выраженными в разной степени явлениями полиорганной недостаточности.

Летальность больных при рекомендуемой коррекции гомеостаза составила 12,2% больных.

Таким образом, результаты исследования показывают, что интубация кишечника двухпросветным зондом, имеющим датчики для постоянной оценки состояния функций кишечника с применением дезинтоксикационной чреззондовой

программы имела значительные преимущества по сравнению с традиционной интубацией кишки однопросветным зондом с пассивным оттоком по нему. Показаниями для извлечения зонда считали восстановление моторной функции кишки (нормализацию фазовой моторики и внутрипросветного давления), рН кишечного содержимого.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Сереброва С. Ю. Хронический панкреатит: современный подход к диагностике и лечению // Русский Медицинский Журнал. Болезни органов пищеварения. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 30.
2. Смирнова Г. О., Ступин В. А., Силуянов С. В. Новый метод диагностики нарушений моторной функции ЖКТ у хирургических больных // Тезисы, присланные на XI съезд хирургов России. – Волгоград, 2011.
3. Добровольский О. В., Сереброва С. Ю. Терапия язвенной болезни и проблемы сохранения микроэкологии желудочно-кишечного тракта // Русский Медицинский Журнал. – 2007. – Т. 15, № 16. – С. 1193-1198.
4. Ступин В. А., Смирнова Г. О., Баглаенко М. В., Силуянов С. В., Закиров Д. Б. Периферическая электрогастроэнтерография в диагностике нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта // Лечащий врач. — 2005. — № 2. — С. 60-62.
5. Смирнова Г. О., Силуянов С. В. Периферическая электрогастро-энтерография в клинической практике. – Пособие для врачей. / Под ред. профессора В. А. Ступина – М., 2009. – 20 с.
6. Патофизиология органов пищеварения. Джозеф М. Хендерсон. Бином и невский диалект, 1997.
7. Барбара Бэйтс, Линн Бикли, Роберт Хекельман и др. Энциклопедия клинического обследования больного / перевод с английского. М.: Геотар медицина, 1997.
8. Частная хирургия: учебник / Под редакцией профессора М.И. Лыткина. — Л.: ВМА имени Кирова, 1990.

УДК 616.895.4 - 07

### **СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕСТИ ДЕПРЕССИИ**

**Григорьева Е. А.**

ГБОУ ВПО ЯГМА Минздрава России, Ярославль

Проблема депрессий находится в центре внимания, как в нашей стране, так и за рубежом. Сложность изучения депрессий обусловлена многообразием и вариабельностью их проявлений, неоднотипностью в понимании термина депрессии (заболевание, симптом, синдром), нечеткостью психопатологических границ, противоречивостью классификаций.

Интерес к депрессиям особенно возрос в связи с увеличением числа больных депрессиями и расширяющимися возможностями психофармакологии. По данным Всемирной организации здравоохранения, к началу XXI века удельный вес депрессивных и ассоциированных с ними (коморбидных) тревожных расстройств составил около 40% в общей структуре зарегистрированной в мире психической патологии (WHO, 2001). Ежегодно около 100 млн. жителей планеты обнаруживают депрессивные расстройства и нуждаются в медицинской помощи. Предсказанное O. Nagnell et all (1982) наступление «века меланхолии» в настоящее время становятся