

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Асланов В.Г.¹, Хужабаев С.Т.²

¹Навоийский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

²Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.13253104>

Аннотация: Исследование основано на исследовании данных о 359 людях, у которых были опухоли желудочно-кишечного тракта. При таких опухолях лапароскопические операции имеют ряд преимуществ перед традиционными хирургическими методами из-за их меньшей инвазивности. Тем не менее, выполнение этой процедуры при спаечном процессе и расширенных петлях тонкой кишки влечет за собой некоторые риски, такие как трудности в техническом отношении и вероятность интраоперационных осложнений. Послеоперационная частота осложнений и смертность снизились до 10,0% и 0,83% соответственно благодаря улучшению методологии и более четкому определению показаний лапароскопических операций. Результаты лечения пациентов с опухолями желудочно-кишечного тракта значительно улучшились благодаря использованию передовых методов диагностики, хирургического вмешательства и послеоперационного ухода. Общая смертность составила 4,5%, а послеоперационные осложнения составили 6,7%.

Ключевые слова. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость, хирургическая тактика.

DIFFERENTIATED SURGICAL TACTICS IN ACUTE ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Abstract: The study is based on the examination of data on 359 people who had gastrointestinal tumors. In such tumors, laparoscopic operations have a number of advantages over traditional surgical methods due to their less invasiveness. However, performing this procedure in the presence of adhesions and dilated loops of the small intestine entails some risks, such as technical difficulties and the likelihood of intraoperative complications. Postoperative complication rates and mortality rates decreased to 10.0% and 0.83%, respectively, due to improved methodology and clearer definition of indications for laparoscopic surgery. The treatment outcomes for patients with gastrointestinal tumors have improved significantly due to the use of advanced diagnostic, surgical, and postoperative care methods. The overall mortality rate was 4.5%, and postoperative complications were 6.7%.

Keywords. Acute adhesive small intestinal obstruction, surgical tactics.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В лечении опухолей желудочно-кишечного тракта вопрос времени проведения операции остается ключевым. Существует два противоположных подхода. Сверхактивный подход требует немедленного вмешательства в течение 2-4 часов с момента поступления, а избыточно выжидательный подход предпочитает консервативную терапию в течение 24-72 часов. Оба подхода не привели к желаемым результатам: сверхактивная тактика сопровождается высокой летальностью от 5 до 10,8%, в то время как избыточно выжидательная позиция часто приводит к неоправданным задержкам в операции.

Лапароскопический адгезиолизис становится все более распространенным методом хирургического лечения опухолей желудочно-кишечного тракта. Его преимущества включают снижение травматичности и риска смертельных исходов и рецидивов спаечной непроходимости. Но риск ятогенных повреждений кишки, который составляет от 3 до 17%, и высокая частота необходимости перехода к открытой хирургии, которая составляет 43%, ограничивают использование этого метода. Эти разногласия требуют дальнейшего анализа и создания строгих стандартов, которые определяют, как проводить лапароскопические операции при опухолях желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования. Внедрение индивидуальной стратегии лечения для каждого пациента, страдающего острой спаечной кишечной непроходимостью, является основой для разработки новых методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование основано на анализе данных о 359 пациентах, госпитализированных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСТКН) в период с 2018 по 2023 год. В исследуемой группе было 217 женщин, по сравнению с 142 мужчинами, что привело к соотношению 1,53:1. Средний возраст пациентов составил $51,1 \pm 19,7$ лет, и 34,3% из них были старше 60 лет. Большинство пациентов обращались за медицинской помощью на ранних этапах заболевания, и средняя длительность до поступления в стационар составляла $25,4 \pm 10,2$ часа. 75,5% пациентов были госпитализированы в первый день после появления симптомов, и 12,1% из них имели более длительный период заболевания с выраженными метаболическими нарушениями.

Для лечения острой спаечной кишечной непроходимости важно различать странгуляционный и обтурационный тип. 76 пациентов (21,3%) имели транзиторную форму, которая наиболее опасна из-за сдавления брыжейки и нарушения кровоснабжения в стенке тонкой кишки. В то время как у 282 пациентов обтурационная форма проявляется нарушением пассажа по различным частям тонкой кишки без нарушения кровоснабжения. Рентгенография, ультразвуковое исследование, эндоскопия и иногда диагностическая лапароскопия — все это инструментальные методы, используемые для подтверждения диагноза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из наиболее важных и до сих пор недостаточно решенных вопросов в хирургической тактике остается выбор наилучшего времени для операции. Раннее вмешательство считается предпочтительным при странгуляционной форме острой спаечной кишечной непроходимости. Наши данные подтверждают эту практику: в большинстве случаев оперативное лечение в течение первых четырех часов после поступления было связано с наименьшей послеоперационной летальностью (6,0%). У четырех пациентов с этой непроходимостью задержка операции более 10 часов привела к летальному исходу у одного из них (50%), что подчеркивает важность своевременного хирургического вмешательства.

Решение о неотложной операции при обтурационной форме острой спаечной непроходимости кишечника не всегда является однозначным, особенно у тяжелых пациентов. Сроки до операции для некоторых могут быть продлены из-за возможности устраниć непроходимость кишечника и избежать сложных хирургических вмешательств. Тем не менее, у этой группы больных часто наблюдались тяжелые метаболические нарушения и декомпенсация функции кишечника, что сопровождалось высокой

летальностью (11,9%). Пациенты, которые обратились за медицинской помощью на ранних стадиях без явных признаков обтурационной непроходимости, имели значительно более благоприятные результаты и имели низкую летальность (1,9%). Основной проблемой является выбор наилучшего подхода к управлению тяжелыми пациентами. Это включает в себя выбор между консервативной терапией для разрешения непроходимости и оптимальной длительностью терапии.

Наши исследования показали, что консервативные методы лечения острой спаечной кишечной непроходимости не решают непроходимость у 26,2% пациентов. Кроме того, успех в разрешении непроходимости был выше в первые четыре часа после поступления в больницу, при этом 45,5% случаев были разрешены в этот период. Тем не менее, наиболее важный факт заключается в том, что летальные исходы наблюдались всего лишь в 6,9% случаев при длительности консервативной терапии менее шести часов. Однако продление этого срока более чем на шесть часов привело к значительному увеличению смертности до 23,1%. Таким образом, подход к управлению этими пациентами должен быть индивидуальным, с приоритетом экстренного хирургического вмешательства после подготовки, направленного на устранение метаболических нарушений и органной недостаточности в течение четырех до шести часов.

Операции были выполнены у 101 из 259 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью в первые часы после поступления. Для оставшихся 258 пациентов была выбрана консервативная терапия для устранения непроходимости. Наши данные показывают, что для консервативной терапии обтурационной острой спаечной кишечной непроходимости оптимальным временем является от 8 до 16 часов, со средней продолжительностью 11,4–4,8 часов. В течение этого периода больше всего пациентов (58,1%) получили успешное лечение кишечной непроходимости с помощью консервативной терапии. Если консервативная терапия не была эффективной, послеоперационная летальность составляла 5,8%, а общая летальность составляла 2,4%.

Одной из наиболее важных частей хирургической тактики является выбор метода операции при острой спаечной кишечной непроходимости. Благодаря своей неинвазивности, низкому риску послеоперационных осложнений и низкой вероятности рецидива лапароскопические вмешательства являются предпочтительной альтернативой. Из 236 пациентов, перенесших операцию по поводу острой спаечной кишечной непроходимости с 2018 по 2023 годы, 47,9% (113 из них) прошли лапароскопическое вмешательство. Из-за высокого риска повреждения внутренних органов у остальных 123 пациентов была выбрана открытая хирургия вместо лапароскопии. Из тех, кто подвергся лапароскопии, 53,1% (60 пациентов) смогли успешно устранить непроходимость, в то время как у 53 пациентов потребовалась конверсия к открытой операции.

Сила и распространенность спаечного процесса в брюшной полости определяли вероятность проведения лапароскопического адгезиолизиса. Считалось, что проведение лапароскопического вмешательства было наиболее сложным при тотальном спаечном процессе, особенно в случаях значительного расширения петель тонкой кишки.

Мы обнаружили, что существует прямая связь между количеством и характером предшествующих операций и интенсивностью спаечного процесса в брюшной полости. Исследование показало, что наиболее подходящее время для проведения лапароскопического адгезиолизиса — когда пациенту предшествовали не более двух операций, таких как холецистэктомия, гинекологические вмешательства или

аппендэктомия. Низкая частота конверсии — 45,8% из 107 пациентов — и низкая вероятность интраоперационных осложнений — 5,6% из них.

Напротив, пациенты, перенесшие три или более операции в связи с перитонитом, непроходимостью или травмой живота, имеют наибольший риск проведения лапароскопии. В таких случаях количество интраоперационных осложнений достигает своего максимума. У 33,3% из 6 пациентов произошло повреждение кишки, а у 66,7% из них произошло конверсия.

Один из важных критериев выбора метода операции - это степень расширения тонкой кишки. С увеличением диаметра тонкой кишки увеличивается вероятность ятрогенных повреждений и перехода к лапаротомии. При расширении более 50 мм конверсия в лапаротомию происходит у 75,0% из 10 пациентов, в то время как при диаметре менее 40 мм вероятность лапаротомии не превышает 39,2% (25 из 63 случаев). Средний диаметр кишки у пациентов, подвергшихся лапароскопическому адгезиолизису, был значительно меньше, чем у тех, кому пришлось перейти на лапаротомию - $37,2 \pm 6,3$ мм по сравнению с $45,3 \pm 7,2$ мм соответственно. Из 16 пациентов с интраоперационными ранениями тонкой кишки у 93,8% диаметр ее был более 40 мм.

Странгуляционная форма кишечной непроходимости, наиболее опасная с точки зрения прогноза, обычно требует выбора лапаротомии вместо лапароскопии. Основным аргументом является необходимость оценки жизнеспособности кишки, возможность ее резекции и проведение адекватной декомпрессии кишки назоинтестинальным зондом. Тем не менее, мы считаем, что лапароскопические вмешательства возможны при странгуляционной форме ОСТКН при отсутствии дополнительных неблагоприятных факторов, таких как длительное заболевание с выраженным расширением петель тонкой кишки, массивный спаечный процесс, некроз органа и перитонит. В нашем исследовании они были возможны и успешно проведены у 57,6% из 46 пациентов со странгуляционной формой ОСТКН.

В общей сложности интраоперационные осложнения при лапароскопических операциях составляли 7,1% случаев. Три пациента испытали десерозацию, а пять — вскрытие просвета тонкой кишки. У 93,8% из восьми пациентов были выраженные симптомы непроходимости с расширением тонкой кишки более 4 см, а у 87,5% из восьми пациентов были распространенные спаечные процессы брюшной полости. Эти два фактора были основными причинами этих осложнений. Это подчеркивает важность осторожного использования лапароскопии при лечении ОСТКХ.

После лапароскопического адгезиолизиса, послеоперационные осложнения и летальность составили, соответственно, 10,0% и 0,83%. Потребность в конверсии в ходе лапароскопических процедур возникла у 46,9% пациентов из 123, в основном из-за факторов, таких как значительный спаечный процесс, расширение тонкой кишки или наличие некроза. Случаи хирургического вмешательства были приоритетны для самых серьезных случаев непроходимости кишечника и широкого спаечного процесса. Большинство из них (89,8%) были успешно разрешены путем разделения спаек. В редких случаях (1,1%) было выполнено наложение обходного анастомоза, а у 9,1% пациентов была проведена резекция тонкой кишки с наложением анастомоза из-за выраженных трофических нарушений. После хирургических вмешательств послеоперационные осложнения произошли у 30,9% пациентов, и послеоперационная летальность составила 8,2%. Общая летальность операций составила 4,2%, что свидетельствует о хороших

результатах лечения ОСТКН благодаря дифференцированному подходу к выбору метода операции.

ВЫВОДЫ

1. Экстренные операции рекомендуются в случае странгуляции или при явных признаках серьезной кишечной непроходимости. Остальные пациенты могут быть подвергнуты консервативной терапии с целью разрешения ОСТКН в течение 10-12 часов. В случае, если консервативные методы не дали желаемого результата, назначается срочная операция.

2. Лапароскопические процедуры при ОСТКН, благодаря своей минимальной инвазивности, имеют ряд преимуществ перед традиционными операциями. Однако, при наличии спаечного процесса в брюшной полости и расширенных петлях тонкой кишки, такие вмешательства могут стать рискованными и технически сложными, часто вызывая интраоперационные осложнения. Благодаря улучшению техники и четкому определению показаний для лапароскопических операций удалось сократить число послеоперационных осложнений и смертельных исходов до 10,0% и 0,83% соответственно.

3. Современные методы диагностики, хирургической стратегии и послеоперационного ухода значительно повысили эффективность лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью. Общая смертность снизилась до 4,5%, а частота послеоперационных осложнений составила 6,7%.

Литература.

1. Dillman, Jonathan R., et al. "CT findings of small-bowel obstruction: implications for clinical management." *American Journal of Roentgenology* 212.1 (2019): 104-111.
2. Patel, Rajan, et al. "Magnetic resonance enterography in small bowel Crohn's disease: a review." *Gastroenterology Research and Practice* 2016 (2016).
3. Ballard, David H., et al. "Evaluation of bowel obstruction with helical CT: a pattern approach." *Radiographics* 20.4 (2000): 1169-1185.
4. Patino, Manuel, et al. "Acute small bowel obstruction: a comprehensive review." *Emergency Medicine International* 2019 (2019).
5. Асланов В. Г., Хужабаев С. Т. Возможности радиологических методов в диагностике острой спаечной тонкокишечной непроходимости //Молодые ученые. – 2024. – Т. 2. – №. 18. – С. 138-139.
6. Utayev L. H. et al. Clinical Features of Impinged Ventral Hernias Complicated by Intestinal Obstruction // *World Bulletin of Public Health*. – 2024. – Т. 36. – С. 13-17.
7. Асланов В. Г., Хужабаев С. Т. Индивидуализированный подход к хирургическому лечению острой спаечной тонкокишечной непроходимости //Молодые ученые. – 2024. – Т. 2. – №. 18. – С. 140-141.
8. Xujabaev S. T. et al. Disorders of the hemostasis system in the stage of burn shock in patients with burn injuries. – 2023.
9. Утаев Л. Х., Дусияров М. М., Хужабаев С. Т. Анализ влияния ущемления грыжи на развитие синдрома острой энтеральной недостаточности и повышенного внутрибрюшного давления (обзор литературы) //Евразийский журнал технологий и инноваций. – 2024. – Т. 2. – №. 5. – С. 25-30.