

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Пушкарев Б.С., Самарцев В.А.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера МЗ РФ
Российская Федерация, г. Пермь

Введение. Острая обтурационная кишечная непроходимость (ООКН) считается одним из наиболее опасных осложнений в ургентной абдоминальной хирургии. На сегодняшний день результаты лечения пациентов с ООКН остаются неудовлетворительными, а летальность в послеоперационном периоде достигает 24-54%. Одной из основных проблем современной хирургии ООКН является выбор сроков выполнения вмешательства, которые детально не разработаны, а результаты применения различных вариантов противоречивы. Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ООКН за счет своевременной диагностики и определения оптимальной тактики и сроков хирургического лечения данной группы пациентов.

Материал и методы. Было проведено одноцентровое ретроспективно-проспективное исследование результатов лечения пациентов с ООКН (n = 249). Группа наблюдения была представлена пациентами (n = 124), обследование и хирургическое лечение которых было дополнено мониторингом внутрибрюшного давления (ВБД). Группа сравнения была представлена ретроспективной выборкой пациентов (n = 125), обследование и хирургическое лечение которых осуществлялось согласно установленному стандарту оказания медицинской помощи. Пациенты группы наблюдения были распределены по степени компенсации ООКН на: декомпенсированную (n = 54), субкомпенсированную (n = 30) и компенсированную (n = 40) формы. С целью выбора оптимальной хирургической тактики у пациентов группы наблюдения с ООКН различного генеза производилась оценка ВБД, пациентам с субкомпенсированной формой ООКН дополнительно проводился компьютерный мониторинг ВБД. В обеих группах пациенты были разделены на следующие подгруппы: I – пациенты с ООКН неопухолевого генеза, II – пациенты с ООКН опухолевого генеза. Подгруппа I группы наблюдения была представлена спаечной болезнью брюшной полости в 39 (31,45%) случаях, группы сравнения – 37 (29,60%) пациента. У пациентов с II подгруппы группы наблюдения чаще других нозологий выявлялись: ЗНО сигмовидной кишки – у 27 (21,77%) пациентов, ЗНО прямой кишки – у 14 (11,29%), ЗНО ректосигмоидного соединения – у 11 (8,87%), группы сравнения – ЗНО сигмовидной кишки – у 26 (20,80%), ЗНО прямой кишки – у 16 (12,80%), ЗНО нисходящей ободочной кишки – у 15 (12,00%) пациентов.

Результаты. Декомпенсированная форма ООКН наблюдалась у 9 пациентов с II степенью ИАГ, 43 – с III степенью и 2 – с IV степенью. Компенсированная форма ООКН отмечена у 6 пациентов с I степенью ИАГ, 33 – со II степенью, 1 – с III степенью. У 3 пациентов с I степенью ИАГ, 21 – с II степенью, 6 – с III степенью была установлена субкомпенсированная форма ООКН. У пациентов группы наблюдения в обеих подгруппах время от поступления в стационар до проведения хирургического лечения было меньше, чем в группе сравнения, и составило 6,00 (Q1-Q3: 4,00-8,00) часов и 10,00 (Q1-Q3: 6,00-12,00) часов соответственно, (p < 0,0001). Летальность пациентов в группе наблюдения подгруппы I составила 6 (4,8%) человек, подгруппы II – 4 (3,2%) человека; в группе сравнения подгруппы I – 20 (16,0%) человек, подгруппы II – 12 (9,6%) человек. Достоверно доказано, что количество летальных исходов в группе наблюдения ниже (p = 0,001), чем в группе сравнения.

Выводы. Таким образом, применение компьютерного мониторинга внутрибрюшного давления в сочетании с дифференцированным выбором сроков и объема оперативного лечения позволяет снизить медиану времени от поступления в стационар до проведения хирургического лечения с 10 до 6 часов для субкомпенсированной формы острой обтурационной кишечной непроходимости что, в свою очередь, уменьшает количество летальных исходов (p = 0,001).