

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.34-007.272-07

ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

А.В. ФЕДОСЕЕВ, В.Н. БУДАРЕВ, С.Ю. МУРАВЬЁВ, М.А. ТИХОНОВА

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Рязань

OBTURATION OBSTRUCTION OF INTESTINE: STRATEGY OF TREATMENT AND METHODS OF ITS IMPROVEMENT

A.V. FEDOSEEV, V.N. BUDAREV, S.YU. MURAVYEV, M.A. TIKHONOVA

Ryazan State I.P. Pavlov Medical University, Ryazan

Обтурационная кишечная непроходимость – заболевание, требующее усовершенствования лечебной тактики. Возможный способ решения этой задачи – оценка имеющейся у пациента полиорганной недостаточности. При этом становится возможным выбор оптимального способа оперативного вмешательства.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, полиорганная недостаточность.

Obstructive ileus is a disease requiring the improvement of medical tactics. Possible way to solve this problem – the assessment of the patient's multiple organ failure. Thus it becomes possible to select the optimum type of surgical intervention.

Keywords: intestinal obstruction, polyorganic failure.

Введение

Актуальность вопросов, связанных с опухолевой обтурационной ки-

шечной непроходимостью определяется рядом факторов. Среди них и достаточно высокая распространённость

данного заболевания (до 3-5% всей острой хирургической патологии), и высокая смертность больных с подобным диагнозом (послеоперационная летальность колеблется от 30 до 60%). Чаще всего острая кишечная непроходимость возникает при раке сигмовидной и нисходящей ободочной кишки. Данное заболевание характеризуется отсутствием общепринятых подходов к лечению. Формированию таких подходов препятствует наличие целого ряда вопросов, однозначно ответить на которые крайне тяжело. Главные из них – какую операцию и в какие сроки необходимо выполнять.

Острая обтурационная непроходимость левых отделов толстой кишки подразумевает теоретическую возможность выполнения как минимум пяти видов оперативных вмешательств (эндоскопическая реканализация опухоли, лапароскопическая колостомия, наложение петлевой колостомы из местного минилапаротомного доступа и после выполнения срединной лапаротомии, операция Гартмана). Условно их можно разделить на две большие группы – радикальные и паллиативные. Первые – это те операции, в ходе которых опухоль удаляется уже на первом этапе. Онкология как наука вкладывает в понятие радикальности иной смысл, подразумевающий удаление из организма всех опухолевых клеток вообще, что предотвращает развитие ре-

цидивов. В данной ситуации, когда больные оперируются в остром периоде кишечной непроходимости, добиться такого результата крайне затруднительно. Операция Гартмана может быть названа радикальной лишь условно на фоне операций паллиативных. Последние характеризуются тем, что в ходе первого этапа лечения опухоль из организма не удаляется вообще. Выбор даже между этими группами не всегда прост. Возможно, ситуация станет понятней, если рассмотреть вопрос с точки зрения фазы имеющейся у пациента полиорганной недостаточности.

Полиорганная недостаточность (ПОН) – синдром, возникающий при большом количестве тяжёлых заболеваний. В случае своего возникновения он, зачастую, начинает превалировать в имеющейся клинической картине. В такой ситуации именно борьба с данным синдромом выходит на первый план в комплексе проводимых лечебных мероприятий. В ургентной хирургии ПОН довольно часто становится фактором, определяющим применяемую хирургическую тактику. Ярким примером такой ситуации как раз и является острая обтурационная кишечная непроходимость при опухолях левого фланга толстой кишки.

Цель исследования

Оптимизация хирургической тактики при острой обтурационной

толстокишечной непроходимости путём оценки фазы имеющейся у пациента полиорганной недостаточности.

Материалы и методы

Материалом нашего исследования стало наблюдение 46 пациентов, прооперированных в больнице скорой медицинской помощи города Рязани по поводу острой обтурационной кишечной непроходимости на уровне сигмовидной и нисходящей ободочной кишок. Методы были таковы: состояние всех пациентов в дооперационном периоде оценивалось с помощью скрининг-системы, позволяющей оценить фазу имеющейся у пациента ПОН. Примененная скрининг-система на основании ряда клинических и лабораторных методов рассматривала состояние шести основных органов и систем. Полученные данные интегрировались и сопоставлялись с видом и результатом проведённого лечения.

Результаты и их обсуждение

В ходе исследования были получены следующие результаты. 24 пациентам была выполнена паллиативная операция (выведение петлевой колостомы), 22 была выполнена операция Гартмана. Было установлено, что пациенты, находящиеся в фазе декомпенсации ПОН фактически неоперабельны, послеоперационная летальность среди них составила 100%. Вероятно наиболее рациональный

путь ведения таких больных – попытаться перевести их в фазу субкомпенсации ПОН посредством консервативной терапии и только после этого оперировать. Не вызывает удивления тот факт, что среди пациентов в стадии компенсации ПОН послеоперационная летальность почти на порядок ниже, чем среди субкомпенсированных больных (5,6% и 30,0% соответственно). Однако, полезнее посмотреть на различия в летальности после радикальных и паллиативных операций. Количественное соотношение этих операций среди исследованных больных было практически 1:1 (47,8% и 52,2%). И если после радикальных операций средняя послеоперационная летальность составила 32,6%, то после паллиатива она была равна нулю (конечно, за исключением пациентов с декомпенсированной ПОН). Другими словами, если удавалось взять пациента на операционный стол в состоянии компенсации или хотя бы субкомпенсации ПОН, паллиативная операция фактически давала гарантию выживания в раннем послеоперационном периоде.

Оценка фазы имеющейся у пациента при обтурационной кишечной непроходимости полиорганной недостаточности позволяет избежать выполнения неоправданных оперативных вмешательств. Становится возможной оптимизация лечебной тактики, приводящая к снижению после-

операционной летальности, так как из числа больных вычлняются для проведения консервативных мероприятий те, которые заведомо не смогут перенести операцию. В отношении тех пациентов, которым показано оперативное лечение, полученные данные могут помочь в выборе конкретного способа вмешательства. Паллиативная операция, имеющая определённые недостатки по сравнению с первично-радикальной, характеризуется принципиально более низкой послеоперационной летальностью. Исходя из этого, именно её надо в первую очередь применять у больных в состоянии субкомпенсации ПОН.

Выводы

1. Соотношение радикальных и паллиативных операций при обтурационной кишечной непроходимости на уровне сигмовидной и нисходящей ободочной кишок в больнице скорой медицинской помощи города Рязани составляет 47,8% и 52,2% соответственно.

2. Послеоперационная летальность у пациентов с ПОН в стадии компенсации, субкомпенсации, декомпенсации составила 5,6%, 30,0%, 100,0% соответственно.

3. Послеоперационная летальность при паллиативных операциях на фоне компенсированной и субком-

пенсированной полиорганной недостаточности равна 0,0%.

Литература

1. Дуданов И.П. Лапароскопия при острой кишечной непроходимости / И.П. Дуданов, В.Е. Соболев, Ю.В. Андреев // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – Т. 12, № 2. – С. 40.

2. Ермолов А.С. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки / А.С. Ермолов, Э.П. Рудин, Д.Д. Оюн // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 4-7.

3. Макаров Н.П. Выбор хирургической тактики при обтурационной толстокишечной непроходимости / Н.П. Макаров, Б.С. Троицкий, Е.Г. Быков // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 45-48.

4. Макаров О.Г. Выбор рациональной тактики лечения рака толстой кишки, осложнённого кишечной непроходимостью в условиях областного колопроктологического стационара / О.Г. Макаров // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 75-79.

5. Ханевич М.Д. Особенности диагностики и лечения острой кишечной непроходимости опухолевой этиологии / М.Д. Ханевич, М.А. Шашолин, А.А. Зязин // Военно-медицинский журнал. – 2003. – № 10. – С. 64-65.

Сведения об авторах

Федосеев Андрей Владимирович – д.м.н., проф., зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: hirurgiarzn@gmail.com.

Бударев Вадим Николаевич – к.м.н., доц. кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

Муравьев Сергей Юрьевич – к.м.н., доц. кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

Тихонова Марина Александровна – врач-хирург 1 хирургического отделения ГБУ РО ГК БСМП.