

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

**СЕРГЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ ДОБРОКВАШИН**, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей хирургии  
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
e-mail: gsurgery1@yandex.ru

**ДМИТРИЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ ВОЛКОВ**, канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии  
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
e-mail: gsurgery1@yandex.ru

**АЛЕКСАНДР ГЕННАДЬЕВИЧ ИЗМАЙЛОВ**, канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии  
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
e-mail: izmailov\_alex@mail.ru

**Реферат.** Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью путем разработки и внедрения рациональной программы профилактики и лечения послеоперационных осложнений. **Материал и методы.** За 4 года в отделение хирургии ГдВВ (Госпиталь для ветеранов войн) г. Казани было госпитализировано 106 больных с различными формами острой непроходимости тонкого кишечника (ОКН). Диагноз устанавливали на основании анамнеза, осмотра, характерных рентгенологических признаков, ультразвукового исследования, рентгеноконтрастной диагностики. Все госпитализированные больные получали стандартное лечение, направленное, прежде всего, на борьбу с шоком и интоксикацией, коррекцию водно-электролитного и белкового баланса, восстановление естественного пассажа по кишечнику. **Результаты и их обсуждение.** В результате лечения у 83 (78,3%) пациентов явления кишечной непроходимости разрешились консервативным путем, в 23 (21,7%) случаях ввиду неэффективности консервативных методов пациенты были прооперированы. Определены подходы инфузионной терапии на различных стадиях кишечной непроходимости. В послеоперационном периоде частота гнойно-септических осложнений составила 17,3% (4 случая). В послеоперационном периоде умер 1 больной. Общая послеоперационная летальность составила 4,3%. **Заключение.** На программу комплексного метода лечения больных с острой непроходимостью тонкого кишечника, безусловно, оказывает влияние и такие факторы, как возраст больного, сроки госпитализации, патологический процесс в брюшной полости, наличие и характер сопутствующей патологии.

**Ключевые слова:** инфузионная терапия, гнойно-септические осложнения, острая тонкокишечная непроходимость, периоперационная антибиотикопрофилактика.

## SOME ASPECTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

**SERGEY V. DOBROKVAISHIN**, PhD, Professor, Head of the Department of General Surgery,  
of SBEI HPE «Kazan State Medical University», e-mail: gsurgery1@yandex.ru

**DMITRY E. VOLKOV**, Associate Professor, Department of General Surgery, of SBEI HPE «Kazan  
State Medical University», e-mail: gsurgery1@yandex.ru

**ALEXANDER G. IZMAILOV**, Associate Professor, Department of General Surgery, of SBEI HPE «Kazan  
State Medical University», e-mail: izmailov\_alex@mail.ru

**Abstract.** The purpose of the research is to improve the results of treatment of patients with acute intestinal obstruction, by developing and implementing a rational program of prevention and treatment of postoperative complications. **Material and methods.** For 4 years in surgery department at HfVW in Kazan 106 patients with various forms of acute intestine obstruction were hospitalized (IPOs). Diagnosis was based on anamnesis and examination, the radiographic signs, ultrasound, diagnostic radiopaque. All hospitalized patients received standard treatment aimed primarily to combating shock and intoxication, correction of water-electrolyte and protein balance, restore natural passage through the intestines. **Results and discussion.** As a result of treatment ileus resolved conservatively in 83 (78,3%) patients, in 23 (21,7%) cases due to the ineffectiveness of conservative methods, patients were operated on. The approaches of infusion therapy at various stages of intestinal obstruction are determined. Postoperatively, the frequency of purulent-septic complications was 17,3% (4 cases). Postoperatively, 1 patient died. Overall postoperative mortality was 4,3%. **Conclusion.** The complex treatment of patients with acute intestinal ileus certainly influenced by such factors as the patient's age, length of stay, the pathological process in the abdominal cavity, the presence and nature of comorbidity.

**Key words:** infusion therapy, purulent-septic complications, acute intestinal obstruction, perioperative antibiotic prevention.

**Введение.** Острая кишечная непроходимость составляет от 3,8 до 4,5% от всех хирургических заболеваний органов брюшной полости [1,2]. При этом острая тонкокишечная непроходимость составляет не менее 60% от всех больных с механической кишечной непроходимостью [3,4]. При этом тонкокишечная непроходимость является результатом спаечной болезни в 79% случаев [5], результатом заворота и узлообразования в 11,4% [6], в 7,3% случаев является результатом ущемления тонкой кишки, спаечной непроходимости в грыжевом мешке [7]. Послеоперационная летальность при этом колеблется от 20 до 40% [8]. Инфузионные медикаментозные мероприятия являются актуальной проблемой в лечении и предоперационной подготовки больных с острой кишечной непроходимостью.

**Материал и методы.** За 4 года в отделение хирургии ГдВВ г. Казани было госпитализировано 106 больных с различными формами острой непроходимости тонкого кишечника (ОКН). Диагноз устанавливали на основании анамнеза, осмотра, характерных рентгенологических признаков, ультразвукового исследования, рентгеноконтрастной диагностики. Все госпитализированные больные получали стандартное лечение, направленное, прежде всего на борьбу с шоком и интоксикацией, коррекцию водно-электролитного и белкового баланса, восстановление естественного пассажа по кишечнику. В результате проведенного лечения у 83 (78,3%) пациентов явления кишечной непроходимости удалось разрешить консервативным путем. В 23 (21,7%) случаях консервативные мероприятия были не показаны или неэффективны и больные были оперированы. В группе оперированных больных у 10 (43,5%) пациентов время с начала заболевания составило менее 12 ч, у 12 (52,1%) больных — от 12 до 36 ч и у 1 (4,3%) больного — свыше 36 ч. Среди 23 (100%) оперированных больных 15 (65,2%) пациентов составили женщины и 8 больных (34,8%) мужчины. Средний возраст больных составил  $(61 \pm 3,4)$  года. При этом 4 (17,4%) пациента были старше 60 лет и 10 (43,5%) пациентов старше 70 лет, что в совокупности составляет более 60%. Это говорит о том, что основная группа пациентов — это лица пожилого возраста, имеющие в анамнезе многочисленные тяжелые сопутствующие заболевания, которые только утяжеляют течение основного заболевания. Предоперационная подготовка заключалась в следующем: катеризация центральных и периферических вен, объем инфузионной терапии определялся в зависимости от стадии кишечной непроходимости. На ранних стадиях кишечной непроходимости (до 12 ч), когда гемодинамические расстройства компенсированы, общий объем инфузий (0,9% физиологический раствор, 5% раствор глюкозы, дисоль, три-соль, раствор Рингера — Локка) до операции составил 20—35 мл/кг массы, или 1,5—2,0 л в течение 2 ч, внутривенно, капельно. На поздних стадиях непроходимости (более 12 ч) выражены нарушения гемодинамики и водного обмена (потеря жидкости более 10% массы тела), поэтому объем инфузий увеличивали до 35—50 мл/кг в течение 2—3 ч внутривенно, капельно. Проводилась катеризация мочевого пузыря для измерения почасового диуреза. Подготовка желудочно-кишечного тракта в виде постановки желудочного зонда.

**Результаты и их обсуждение.** Среди причин непроходимости тонкого кишечника в группе оперированных больных на первом месте стоит спаечный процесс брюшной полости, возникший в результате перенесенных ранее оперативных вмешательств, что выявлено в

20 (86,9%) случаях (в двух случаях с явлениями странгуляции). При этом у 6 (26,1%) пациентов причиной непроходимости являлся спаечный процесс в грыжевом мешке, обусловленный наличием у пациентов большой послеоперационной вентральной грыжи и, как правило, сопровождающейся частичным ущемлением органов. У одной больной (4,3%) явления кишечной непроходимости наблюдались вследствие «Рихтеровского» ущемления петли тонкой кишки в бедренной грыже, что было диагностировано только во время операции. Также среди установленных причин острой тонкокишечной непроходимости имелся один случай (4,3%) узлообразования и один случай (4,3%) полного заворота тонкой кишки. В группе оперированных больных у 16 (69,5%) пациентов среднее время от момента поступления и до операции составило  $(3,7 \pm 0,6)$  ч, что соответствует современной хирургической тактике лечения ОКН. Однако остальные 7 (30,5%) оперированных больных имели неопределенную клиническую картину и подострое течение. Указанные пациенты в предоперационном периоде потребовали дополнительного наблюдения и продолжения рентгеноконтрастного исследования, так как благоприятная клиническая картина не соответствовала характеру и темпу пассажа рентгеноконтрастного вещества по кишечнику. В этой группе больных время от момента поступления в стационар до операции составило  $(2,6 \pm 0,6)$  сут. По нашему мнению, таких пациентов можно отнести к больным с обострением спаечной болезни брюшной полости. Это не острая кишечная непроходимость, но состояние, которое в определенных случаях может закончиться острым илеусом. По нашим данным, в динамическом рентгеноконтрастном исследовании кишечника нуждались более 67 человек (63%) из всех поступивших в отделение больных, что в 45 (42,4%) случаях, прежде всего, связано с неопределенной клинической картиной и невозможностью однозначного решения в пользу операции. В общем количестве оперированных больных среднее время от момента поступления до операции составило  $(18,4 \pm 5,6)$  ч.

В 16 случаях (69,5%) оперативным доступом являлась срединная лапаротомия, у 6 (26%) больных произведена герниолапаротомия, в 1 (4,3%) случае операция начата с ревизии грыжевого выпячивания в паховой области с переходом на срединную лапаротомию, и в одном наблюдении (4,3%) выполнена диагностическая лапароскопия с переходом на лапаротомию. В дальнейшем оперативный прием был традиционным и заключался в ревизии брюшной полости, ликвидации субстрата непроходимости, висцеролизе, санации и дренировании брюшной полости. В 5 (21,7%) случаях произведена резекция участка тонкой кишки вследствие его нежизнеспособности, при этом у 3 (13%) пациентов выполнен энтеро-энтеро анастомоз по типу «бок в бок», а у 2 (8,7%) больных наложена одноствольная илеостома, которая была обусловлена расположением нежизнеспособного участка в терминальном отделе подвздошной кишки, сопутствующим перитонитом и тяжелым состоянием пациента. Следует особо отметить, что одним из основных и решающих компонентов оперативного лечения больных с данной патологией является дренирование тонкой кишки двухпросветным зондом с активной аспирацией кишечного содержимого. Во всех случаях мы использовали метод трансназальной интубации тонкого кишечника по Эбботу—Миллеру. При резекции кишки обязательным являлось заведение зонда за анастомоз. Удаление зонда производили после относительной нормализации

функции кишечника, ориентируясь при этом на характер отделяемого по зонду и его дебет, на появление четких аускультативных признаков перистальтики, появление стула и отхождения газов в ответ на стимуляцию. В среднем удаление зонда из кишечника производили на (3,7±0,1) сут. Несостоятельности анастомозов отмечено не было. Придерживаясь данной тактики лечения, средний койко-день у больных с данной патологией составил (17,3±1,2) дня. В послеоперационном периоде умер 1 больной. Общая послеоперационная летальность составила 4,3%. Профилактика венозных тромбозов и тромбозов легочной артерии проводилась у всех оперированных больных путем применения эластического бинтования нижних конечностей, назначением по разработанным схемам антикоагулянтной терапии, а именно применение низкомолекулярных гепаринов (фраксипарина 0,3—0,6 мл подкожно или фрагмина) в течение 7—10 сут. Эти препараты по сравнению с антикоагулянтами прямого действия обладают более селективным эффектом, что сопровождается низким риском развития послеоперационных кровотечений, а также не требуют контроля коагулограммы. Развитие в послеоперационном периоде восходящего тромбоза большой подкожной вены бедра явилось показанием к проведению операции кроссэктомии у 1 (4,3%) больного с последующим применением прямых антикоагулянтов (гепарин 5 000 ЕД 4 раза в день).

Несмотря на определенные успехи в диагностике и лечении данной патологии количество послеоперационных гнойно-септических осложнений все еще остается на высоком уровне. В наших наблюдениях частота послеоперационных гнойно-септических осложнений составила 17,3% (4 случая). В структуре раневых осложнений преобладали инфицированные гематомы (2 наблюдения), в двух случаях наблюдали истинное нагноение послеоперационной раны. При этом у одного пациента наложены вторичные швы, а в другом случае заживление раны произошло по типу вторичного натяжения. В обоих случаях проблеме удалось решить консервативными методами. Следует отметить, что в послеоперационном периоде все больные получали антибактериальную терапию, которая нередко включала в себя комбинацию из цефалоспоринов 3-го поколения либо фторхинолонов в сочетании с метронидазолом.

**Заключение.** Современная тактика предполагает применение антибиотиков указывает на широкое внедрение в практику периоперационной антибиотикопрофилактики. Полученные нами результаты микробиологических исследований указывают на необходимость антибиотикопрофилактики у больных с ОКН. Несмотря на это, из 23 оперированных больных антибиотикопрофилактика была проведена лишь у 3 (13%) пациентов. Всем 3 пациентам была применена традиционная схема, заключающаяся во внутривенном введении антибиотика за 30 мин до кожного разреза. В качестве антибактериального препарата использовали цефалоспорины 3-го поколения цефтриаксон.

Таким образом, помимо коррекции имеющихся нарушений центральной гемодинамики, комплексные методы лечения острой кишечной непроходимости в зависимости от стадии позволили компенсировать синдром эндогенной интоксикации. На программу инфузионной терапии, безусловно, оказывают влияние такие факторы, как возраст больного, наличие и характер сопутствующей патологии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили, А.Г. Спаечная болезнь брюшной полости / А.Г. Бебуришвили, А.А. Воробьев, И.В. Михин // Эндоскопическая хирургия. — 2003. — № 1. — С. 51—63.
2. Кочнев, О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта / О.С. Кочнев. — Казань, 1984. — С. 288.
3. Клевакин, Э.Л. Лапароскопические ассистированные операции в лечении больных с острой спаечной кишечной непроходимостью / Э.Л. Клевакин // Новые технологии в хирургии: Междунар. хирургический конгр., 5—7 окт. 2005. — Ростов н/Д., 2005. — С. 213.
4. Хаджибаев, А.М. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости / А.М. Хаджибаев, Н.А. Ходжимухамедова, Ф.А. Хаджибаев // Казанский медицинский журнал. — 2013. — Т. 94, № 3. — С. 377—381.
5. Милуков, В.Е. Патогенетические механизмы развития перитонита при острой тонкокишечной непроходимости / В.Е. Милуков, М.Р. Сапин // Хирургия. — 2005. — № 7. — С. 40—46.
6. Малков, И.С. Редкий случай острой кишечной непроходимости / И.С. Малков, В.А. Филиппов, А.П. Киришин [и др.] // Казанский медицинский журнал. — 2010. — Т. 91, № 6. — С. 810—811.
7. Рыбачков, В.В. Нейрогуморальные изменения при острой кишечной непроходимости / В.В. Рыбачков, М.И. Майоров, О.А. Манакон // Вестник хирургии. — 2005. — Т. 164, № 1. — С. 25—28.
8. Миннуллин, М.М. Диагностика и хирургическое лечение больных с острой кишечной непроходимостью / М.М. Миннуллин, Д.М. Красильников, Я.Ю. Николаев // Практическая медицина. — 2014. — № 02 (78). — С. 46—51.

## REFERENCES

1. Beburishvili, A.G. Spaechnaya bolezni' bryushnoi polosti [Adhesive abdominal disease] / A.G. Beburishvili, A.A. Vorob'ev, I.V. Mihin // Endoskopicheskaya hirurgiya [Endoscopic Surgery]. — 2003. — № 1. — S. 51—63.
2. Kochnev, O.S. Ekstrennaya hirurgiya zheludochno-kishechnogo trakta [Emergency surgery of the gastrointestinal tract] / O.S. Kochnev. — Kazan', 1984. — S. 288.
3. Klevakin, E.L. Laparoskopicheskie assistirovannye operacii v lechenii bol'nyh s ostroi spaechnoi kishechnoi neprohodimost'yu [Laparoscopy assisted surgery in the treatment of patients with acute adhesive intestinal obstruction] / E.L. Klevakin // Novye tehnologii v hirurgii: Mezhdunar. hirurgicheskii kongr., 5—7 okt. 2005 [International Surgical Congress. New technologies in surgery]. — Rostov n/D., 2005. — S. 213.
4. Hadzhibayev, A.M. Diagnostika i lechenie ostroi kishechnoi neprohodimosti [The diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction] / A.M. Hadzhibayev, N.A. Hodzhimuhamedova, F.A. Hadzhibayev // Kazanskii medicinskii zhurnal [Kazan Medical Journal]. — 2013. — T. 94, № 3. — S. 377—381.
5. Milyukov, V.E. Patogeneticheskie mehanizmy razvitiya peritonita pri ostroi tonkokishechnoi neprohodimosti [Pathogenetic mechanisms of peritonitis at the acute intestinal obstruction] / V.E. Milyukov, M.R. Sapin // Hirurgiya [Surgery]. — 2005. — № 7. — S. 40—46.
6. Malkov, I.S. Redkii sluchai ostroi kishechnoi neprohodimosti [The rare case of acute intestinal obstruction] / I.S. Malkov, V.A. Filippov, A.P. Kirshin [i dr.] // Kazanskii medicinskii zhurnal [Kazan Medical Journal]. — 2010. — T. 91, № 6. — S. 810—811.
7. Rybachkov, V.V. Neirogumoral'nye izmeneniya pri ostroi kishechnoi neprohodimosti [Neurogumoral changes in the acute intestinal obstruction] / V.V. Rybachkov, M.I. Maiorov, O.A. Manakov // Vestnik hirurgii [Journal of Surgery]. — 2005. — T. 164, № 1. — S. 25—28.
8. Minnullin, M.M. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie bol'nyh s ostroi kishechnoi neprohodimost'yu [The diagnosis and surgical treatment of patients with acute intestinal obstruction] / M.M. Minnullin, D.M. Krasil'nikov, Ya.Yu. Nikolaev // Prakticheskaya medicina [The practice of medicine]. — 2014. — № 02 (78). — S. 46—51.

Поступила 31.08.2014