

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Кадыров Р.Н

Очилов С.Ш.

*Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра
Экстренной Медицинской Помощи
Самаркандский государственный медицинский университет*

Острым спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) является распространенной хирургической проблемой, осложненной высокой смертностью, которая оценивается от 5,2 до 28,4%. В результате появления новых медицинских технологий традиционные методы хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) были пересмотрены. Из-за своей способности снизить риск повторного образования спаек лапароскопия стала популярным методом, поскольку она считается менее травматичной процедурой. Но потенциальные повреждения кишечника и сложности операции при обширных спаечных образованиях мешают широко использовать эту технику. Таким образом, из-за риска ишемических повреждений необходимо быстро и точно определять пациентов, для которых лапароскопическое вмешательство является оптимальным вариантом.

Целью исследования является повышение эффективности лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью за счет улучшения методов диагностики и лечения.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 456 больных ОСКН, получавших стационарное лечение в Самаркандском филиале РНЦЭМП с 2018 по 2023 гг.

Исследование проводилось на пациентах с острой спаечной кишечной непроходимостью. Группа А включала данные ретроспективных исследований с 2018 по 2020 годы с 296 пациентами, а группа Б включала данные проспективных исследований с 2021 по 2023 годы с 160 пациентами. В группе Б был использован новый подход к выбору стратегии лечения. В них были выделены различные подгруппы в зависимости от методов лечения: полностью консервативное лечение, лапаротомические операции, лапаротомические операции, а также переход от консервативного к оперативному лечению и переход с лапароскопической операции на лапаротомическую операцию.

В каждой группе пациентов случайным образом распределили по полу и возрасту; в каждой группе было в два раза больше женщин, чем мужчин, и средний возраст пациентов составлял около пятидесяти лет. С помощью аппарата SIEMENS ACUSON S3000 проводилось ультразвуковое

сканирование передней брюшной стенки для оценки состояния кишечника и определения спаек. Тест висцерального скольжения в каждой из девяти зон брюшной стенки по методу Соссолини использовался для определения диффузных пленочных спаек, которые могут ограничивать движения внутрибрюшных органов в течение дыхательного цикла. Ультразвуковая эхография использовалась для непосредственного визуального обнаружения шнуровидной спайки, чтобы определить разницу в плотности акустических сред между соединительной тканью и жидкостью.

Из 212 пациентов, которым было проведено оперативное вмешательство по поводу острой спаечной непроходимости кишечника, большинство (46,2%) получили достаточное количество адгезиолизиса, чтобы восстановить функционирование кишечника. У 36,8% пациентов была проведена резекция тонкой кишки с последующим наложением энтероэнтероанастомоза или энтеростомы, а у 9,4% пациентов из-за перитонита была проведена санация брюшной полости. У остальных пациентов были проведены дополнительные процедуры для декомпрессии желудочно-кишечного тракта, такие как дополнительная назоэнтеральная или трансанальная интубация. 94 пациента, перенесших операцию, имели шнуровидные спайки, 88 — диффузные пленочные спайки, а 30 — оба вида спаек.

Результаты и их обсуждение.

Исследование показало, что в 94 случаях диффузные спайки были обнаружены во всех областях брюшной полости. Наиболее часто это было в центральной области (30–80 %), нижней срединной области (26–84,6%) и правой области (18–44,4%). Кроме того, было обнаружено 92 случая шнуровидной спайки во всех зонах; чаще всего они были обнаружены в центральной (20–90%), верхней боковой (16–75%), верхней срединной (12–83,3%) и правой (10–80%). Оказалось, что ложноположительные результаты диффузных спаек были более распространены в верхних областях живота, чем в нижних.

Чувствительность диффузных спаек снижалась при приближении к нижней и правой областям, достигая минимума в правом нижнем квадранте (44,4%). Для шнуровидных спаек наименьшая чувствительность была обнаружена в двух средне-боковых областях.

Специфичность ультразвукового теста для диффузных и шнуровидных спаек превышала 95%. Это привело к значительной разнице между значением теста с положительными и отрицательными прогнозами. Мы обнаружили, что чувствительность нашего теста была немного ниже, чем в предыдущих исследованиях. Это, возможно, связано с различиями в методологии и фоне сравнения данных. Кроме того, следует отметить, что многие предыдущие исследования основывались на данных МРТ, в то время как мы связывали результаты УЗИ с операционными находками напрямую.

Результаты предоперационного ультразвукового исследования подтвердили наличие спаек в брюшной полости. Тем не менее, положительная прогностическая ценность теста была ниже, в частности для диффузных пленочных спаек. В целом, ультразвуковое исследование (УЗИ) достаточно эффективно для диагностики висцеральных спаек.

Выводы.

1. Тяжесть спаечного процесса при острой спаечной болезни с сочетанными и множественными спаями напрямую зависит от количества операций, перенесенных ранее. Количество операций, проведенных с лапаротомическим доступом, значительно выше, чем при лапароскопическом доступе, и увеличивается в 1,5 раза. Кроме того, при обнаружении некроза кишечника тяжесть спаечного процесса увеличивается на 1,3 раза, особенно при резекции кишечника.

2. Трансабдоминальное ультразвуковое исследование показало высокую точность в определении вида спаек у пациентов с острой спаечной непроходимостью (с чувствительностью 74,5% для диффузных спаек и 82,6% для шнуровидных спаек) и их местоположения в различных областях живота. Кроме того, с его помощью можно проводить оценки тонкокишечной непроходимости с высокой чувствительностью и специфичностью (соответственно 94,9% и 95,4%). Полученные данные могут помочь в оптимизации лечения.

3. Разработана стратегия лечения острой спаечной кишечной непроходимости, основанная на оценке формы, стадии и сложности заболевания с использованием различных клинических, лабораторных и ультразвуковых методов. Благодаря этому методу можно эффективно контролировать результаты консервативной терапии, определять необходимость оперативного вмешательства и выбрать наиболее подходящий хирургический метод (открытый или лапароскопический), а также планировать объем и инвазивность лечебных процедур во время операции.