

**Министерство Высшего и Среднего специального образования
Республики Узбекистан
Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан
Ташкентская Медицинская Академия
Кафедра факультетской и госпитальной хирургии медико-
педагогического факультета**

Абдуллаев Алибек Азимбаевич

МАГИСТРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

**на соискание академической степени магистра
по специальности 5А 720146 - «Экстренная медицинская помощь»**

**Научный руководитель:
д.м.н. проф. Арипова Н.У.**

Ташкент-2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1.СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСТРУЮ ТОНКОКИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	6
ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	25
2.1. Характеристика клинического материала.....	25
2.2. Методы исследования и лечения.....	28
ГЛАВА 3.УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА БОЛЬНЫХ С ОКН. Первый период наблюдения.....	29
3.1. Клиническая характеристика больных	39
3.2 Второй период наблюдения. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм.....	49
ГЛАВА 4. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПЕРИОДОВ НАБЛЮДЕНИЙ.....	67
4.1 Характеристика клинического материала по периодам наблюдений.....	67
4.2. Сравнительный анализ лечебной тактики первого и второго периодов наблюдений.....	69
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	76
ВЫВОДЫ.....	83
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	84
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	85

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АСТ - аспартатаминотрансфераза

АЛТ - аланинаминотрансфераза

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИВЛ- искусственная вентиляция легких

ИМ - инфаркт миокарда

КТ - компьютерная томография

ОриИТ - отделение реанимации и интенсивной терапии

ОТКН - острая тонко-кишечная непроходимость

ПЛ - прогнозируемая летальность

ТЭЛА - тромбоэмболия легочной артерии

УЗИ - ультразвуковое исследование

ЦВД - центральное венозное давление

ЦНС - центральная нервная система

ЩФ - щелочная фосфатаза

ФЭГДС - фиброэзофагогастродуоденоскопия

ХПН - хроническая почечная недостаточность

ОКН - острая кишечная непроходимость

ОТКН - острая тонкокишечная непроходимость

ДПК - двенадцатиперстная кишка

ГМЦР - гемомикроциркуляторное русло

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В настоящее время отмечается увеличение общего количества больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН). С одной стороны это обусловлено возрастанием числа оперативных вмешательств на «органах брюшной полости и, соответственно, спаечной непроходимости кишечника (Маят В.С. с соавт., 1998; Ерюхин И.А. с соавт., 1990; Алиев С.А.,1994; Bohmig HJ.,1999). ОКН, несмотря на широкий арсенал диагностических средств и динамично развивающиеся комплексные методы лечения, продолжает занимать одно из первых мест по летальности и осложнениям среди больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Успешное лечение острой тонкокишечной непроходимости (ОТКН) зависит от своевременной диагностики и выбора правильной хирургической тактики, а также адекватного, патогенетически обоснованного послеоперационного ведения больных. В первую очередь это связано с необходимостью коррекции нарушений моторно-эвакуаторной и всасывательной функций желудочно-кишечного тракта, являющихся общими в патогенезе всех видов непроходимости кишечника. С указанной точки зрения представляется актуальным решение проблемы патогенетически обоснованной терапии больных с синдромом острой тонкокишечной непроходимости с учетом прогнозирования возможных нарушений гомеостаза в раннем послеоперационном периоде.

Разработка вопросов тактики хирургического лечения больных с ОТКН является актуальной задачей и имеет важное практическое значение в связи с увеличением заболеваемости населения и сохраняющимися высокими показателями летальности (10-30%) (Пахомова Г.В.,1991; Тюрязев В.Г.,1991; Антонюк СМ.,1998; Тимербулатов В.М.,1999; Курыгин А.А. с соавт., 2001; Dargent J. et al., 1997; Bohmig HJ. et al.,1999).

Благодаря многочисленным исследованиям достаточно полно изучены причины и механизмы развития заболевания, совершенствуются методы диагностики и лечения ОТКН. Тем не менее, проблему нельзя считать

решенной (Ерюхин И.А. с соавт., 1999; Луцевич О.Э. с соавт., 1998; Ашрафов А.А. с соавт., 1992; Попова И.С., 2000; Бондарь Г.В. с соавт., 1991; Bohmig HJ. et al, 1999; Vazira L. et al., 1999).

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с острой тонкокишечной непроходимостью путем усовершенствования лечебно-диагностического алгоритма, основанного на внедрении шкалы диагностических признаков и интегральной оценки тяжести физиологического состояния больных с данной патологией.

Задачи исследования:

1. С целью выявления позитивных сторон и недостатков применявшейся лечебной тактики провести сравнительный анализ различных видов декомпрессии тонкой кишки в зависимости от применявшейся хирургической лечебной тактики и выбрать из них оптимальный метод декомпрессии кишечника.

2. Внедрить в клиническую практику метод балльной оценки тяжести физиологического состояния больных с острой тонкокишечной непроходимостью на основе интегральной шкалы SAPS.

3. Разработать и внедрить усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при острой тонкокишечной непроходимости, основанный на использовании шкалы диагностических признаков и интегральной оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS).

Научная новизна работы состоит в усовершенствовании и внедрении алгоритма диагностики и хирургической лечебной тактики у больных с острой тонкокишечной непроходимостью, основанного на внедрении шкалы диагностических признаков и интегральной оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS).

Практическая значимость работы. С помощью рекомендуемого лечебно-диагностического алгоритма, основанного на оценке показаний к

оперативному вмешательству с помощью шкалы диагностических признаков и учета тяжести физиологического состояния больных по шкале SAPS, уточнены показания к хирургической операции и выбран оптимальный метод декомпрессии тонкой кишки при ОТКН. Результатом применения усовершенствованной хирургической лечебной тактики при острой тонкокишечной непроходимости явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с этим тяжелым заболеванием.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 103 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа содержит 40 таблиц. Библиография: 187 источник (147 отечественных и 40 иностранных авторов).

ГЛАВА 1

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСТРУЮ ТОНКОКИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Частота диагностических ошибок при острой кишечной непроходимости (ОКН) по данным Гостищева В.К. и соавторов (2002), составляет 10%, а технические и тактические ошибки при ОКН встречаются в 27% случаев. Под врачебной тактикой понимают оптимальную последовательность диагностических и лечебных мероприятий, позволяющих у каждого больного в конкретных условиях обеспечить наиболее высокую вероятность излечения. Ошибкой в тактике врача следует считать такое действие, которое при регулярном повторении способствует ухудшению результатов лечения. Такие ошибки составляют 24 - 25% всех хирургических ошибок, послуживших причиной смерти больных (Антонюк СМ. с соавт., 1998).

При разборе вопроса о классификации ОКН необходимо отметить, что мы достаточно сдержанно относимся к применяемому в хирургической лексике термину «частичная кишечная непроходимость». Позиции по отношению к этому понятию, занимаемые разными хирургическими школами, различны и нередко резко полярны.

П.Н.Напалков считал, что этот термин должен быть навсегда исключен из врачебной терминологии. Он неверен по существу и притупляет представление врача о том, что кишечная непроходимость все же имеется, но ее проявления выражены нечетко (Э.Г.Топузов, 1999). Использование термина частичной кишечной непроходимости вредно, поскольку это дает врачу право на выжидание (Буянов В.М. с соавт., 1998). По мнению других (Даценко А.Б., 2003; Зайцев О.В., 2000), этот термин допустим именно потому, что он дает хирургам возможность отложить операцию на несколько часов и начать необходимые исследования и комплексную предоперационную подготовку.

В доказательство существования частичной кишечной непроходимости приводятся клинические наблюдения, когда возможно прохождение через препятствие только жидкого содержимого (Шальков Ю.Л. с соавт., 1990).

В.М.Буянов и М.И.Кузин (2001) считают это понятие не совсем правомерным, так как нет четких критериев частичной кишечной непроходимости. А.В.Федоров и Э. В. Луцевич (1992) полагают, что отвергать термин «частичная кишечная непроходимость» нет оснований потому, что у 20% больных с непроходимостью кишечника консервативные мероприятия позволяют разрешить явления ОКН и оперировать таких больных в плановом порядке. Неточным является и разделение на субкомпенсированную и декомпенсированную кишечную непроходимость (Бабкова И.В., 2001), так как если непроходимость возникла, она уже предполагает состояние декомпенсации. На наш взгляд, заслуживает внимания классификация, предложенная В.П.Петровым и И.А.Ерьюхиным (1999). По морфофункциональной природе авторы различают динамическую и механическую кишечную непроходимость, а по уровню обструкции тонко- и толстокишечную. Механическая непроходимость кишечника представлена в этой классификации странгуляционной, обтурационной и смешанной формами. По развитию патологического процесса выделены 3 стадии:

I-стадия острого нарушения кишечного пассажа,

II-стадия острых расстройств внутрисстеночной кишечной гемоциркуляции,

III - стадия перитонита.

Вопросы этиологии и патогенеза.

В подавляющем большинстве случаев причиной ОТКН являются спайки брюшной полости. Спайки могут быть последствием ранее перенесенных операций, травм, различных заболеваний брюшной полости. Удельный вес спаечной тонкокишечной непроходимости не имеет тенденции к снижению. Подавляющее большинство больных спаечной тонкокишечной непроходимости - люди трудоспособного возраста, что придает особую актуальность этой проблеме (Тарасенко СВ. с соавт., 2000).

Васильев И.Т. и соавторы (2000) выделяют 3 стадии развития функциональной кишечной непроходимости, отличающиеся друг от друга степенью выраженности системных и локальных расстройств, что

определяет дифференцированную тактику и объем лечебных мероприятий. Проанализировав результаты лечения 303 больных с 2 и 3 стадиями развития функциональной кишечной непроходимости, характеризующимися глубокими нарушениями местного и общего гомеостаза, для коррекции которых они предложили метод парентерального введения экстракорпорально УФ-облученной плазмы и озонотерапию.

При ущемлении участка тонкой кишки развиваются морфофункциональные изменения гемомикроциркуляторного русла (ГМЦР) в стенках кишки, в ее тканях возникают тяжелые морфологические сдвиги. В этих условиях все звенья ГМЦР стенок тонкой кишки реагируют как единая система. Дистонические явления у сосудов ГМЦР сопровождаются замедлением тока крови. Стаз крови вызывает уменьшение, а затем прекращение доставки кислорода к тканям, что приводит к гипоксии. Это сопровождается накоплением продуктов распада, их проникновением в просвет кишки и в брюшную полость. Изучены клиническая картина, макроскопические изменения приводящей и отводящей петель кишки, их адаптивные механизмы в условиях экспериментально созданной острой высокой и низкой тонкокишечной непроходимости (Милюков В.Е.,2001).

Шагинян А. и соавторы (1999) считают, что в патогенезе полиорганной недостаточности при ОКН в условиях разлитого перитонита ведущая роль принадлежит снижению защитно-барьерной функции тонкой кишки, массивной транслокации энтеральной микрофлоры в портальное русло и макрофагальной недостаточности печени, что приводит к прорыву инфекционно-токсических агентов в кровеносное русло.

При всей сложности и многообразии патологических механизмов, развивающихся после устранения ОКН, общим ключевым звеном являются микроциркуляторные изменения в кишечной стенке. Основными причинами осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде является нарушение микроциркуляции в стенках кишки и воспаление в приводящем отделе тонкой кишки (Милюков В.Е.,2001).

У больных с острой спаечной непроходимостью тонкой кишки отмечено существенное изменение иммунореактивности организма, особенно клеточного звена иммунитета, выраженность которого зависела от длительности обструкции кишки, наличия перитонита и тяжести течения заболевания. Изучение аутоиммунных реакций можно использовать в качестве маркера прогноза возникновения рецидива спайкообразования. Иммунные реакции послеоперационного периода коррелируют с наличием осложнений (Беленький В.П., 2000).

По мнению некоторых авторов ОКН сопровождается глубоким угнетением иммуносекреторной и моторно-эвакуаторной функций тонкой кишки, а также ее выраженной бактериальной контаминацией. Сочетание указанных факторов играет ключевую роль в повышении проницаемости энтерального барьера для симбионтной микрофлоры и ее транслокации в брюшную полость и порталное русло. Несостоятельность барьерной функции печени сопровождается прорывом микробных агентов в общий кровоток, что предопределяет у больных с ОКН развитие эндотоксического шока (Чернов В.Н. с соавт., 1999).

Современные методы диагностики и оценка клинических данных у больных с подозрением на ОКН.

Для клинической картины кишечной непроходимости характерны 2 группы симптомов. Первая складывается из проявлений местных изменений в желудочно-кишечном тракте, а вторую составляют общие расстройства, связанные с этими изменениями (Петров В.П. и соавт., 1989). Степень местных проявлений зависит от характера ОКН, длительности заболевания и фонового состояния организма больного. В диагностике заболевания учитываются клинические признаки и данные рентгенологического исследования. Наиболее достоверными симптомами заболевания считаются задержка стула и газов, асимметрия живота, «шум плеска», большое количество застоя в желудке. Эти симптомы являются основанием для установки диагноза полной кишечной непроходимости, уже во время

госпитализации у 10,7% больных. У 36,9% больных эти симптомы бывают менее выражены. Для подтверждения диагноза всем больным должно проводиться рентгенологическое исследование (Абдуллаев Э.Г. с соавт., 1999).

Симптомокомплекс ОКН представляет собой достаточно пеструю клиническую картину, в которой трудно выделить патогномичные признаки кишечной непроходимости. Однако, когда выражены основные признаки кишечной обструкции - схваткообразные боли, задержка стула и газов, вздутие живота, рвота - распознать кишечную непроходимость не представляет особых затруднений (Э.Г.Топузов, 1999). В то же время, даже в манифестных случаях ОКН, диагноз ставится без уточнения причины ее происхождения и даже без уточнения ее характера - толстокишечная или тонкокишечная непроходимость (Алиев С.А. и соавт., 1994).

Особенности диагностики ОКН обусловлены внедрением в клиническую практику новых методов инструментальных исследований больных. В арсенал диагностических средств, применяемых при подозрении на ОКН, в последние годы вошли ультразвуковое исследование брюшной полости, компьютерная томография, электрофизиологические методы исследования. Развитие новых технологий в хирургии позволило применять лапароскопические вмешательства не только для диагностики, но и для лечения некоторых видов непроходимости кишечника (Frank R. et al., 1991).

Рентгенологическая диагностика ОКН. Бесконтрастные методы исследования.

Основные задачи лучевого исследования заключаются в установлении факта непроходимости кишечника, проведении дифференциального диагноза динамической и механической непроходимости. При динамической непроходимости - исключение тромбоза мезентериальных сосудов, при механической - установлении её уровня и причин (Шехтер А.И., 1991).

Анализ результатов обзорной рентгенографии брюшной полости способствует проведению дифференциального диагноза механической и

паралитической кишечной непроходимости. Равномерное вздутие кишечника, хаотичное расположение различных по размеру и высоте пологих тонкокишечных арок, преобладание газа над жидкостью и отсутствие классических чаш Клойбера свидетельствуют о функциональной природе кишечной непроходимости. Вздутие же отделов кишечника, расположенных проксимальнее препятствия, последовательное ступенеобразное расположение "крутых", небольших по размерам тонкокишечных арок, преобладание жидкости над газом, наличие классических уровней жидкости говорит о высокой вероятности механической кишечной непроходимости (Щербатенко М.К. с соавт., 1999). В.М.Даценко и соавторы (1995) полагают, что стандартное клинико-рентгенологическое исследование обеспечивает достоверную диагностику ОКН у 88% больных.

"Отрицательные" результаты обзорной рентгенографии не могут достоверно исключить ОКН. В группе больных с ОКН, у которых при обзорной рентгенографии отсутствуют классические рентгенологические признаки непроходимости кишечника, достоверно чаще встречается кишечная непроходимость, вызванная странгуляцией. Развивающийся в этих случаях выраженный болевой синдром приводит к значительно более ранней госпитализации больных, когда характерная рентгенологическая картина ОКН еще не успевает развиваться (Frager D.H. et al., 1995).

Рентгенконтрастные методы исследования

Когда клиническая картина заболевания не ясна и данные обзорной рентгеноскопии не позволяют полностью исключить клинику ОКН при исключении странгуляционной причины непроходимости, показано применение рентгеноконтрастных методов исследования желудочно-кишечного тракта (Петров В.И., 1994). В такой ситуации важно определить уровень обструкции, так как предполагаемая локализация препятствия в кишечнике диктует и способ рентгеноконтрастного исследования (Шальков Ю.Л. с соавт., 1990; Mombet J., Palau R., 1993). Контрастирование проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта высокоинформативно

при тонкокишечной непроходимости, а при obturации толстой кишки большее значение приобретает срочная ирригоскопия (Топузов Э.Г., 1996; Kasai Toshifumi et al., 2001). Контрастное исследование проксимальных отделов кишечника может быть осуществлено, как путем простой дачи контрастного вещества через рот с последующим рентгенологическим контролем за его пассажем, так и с помощью зонда, когда зонд проводится через пилорический жом или за дуодено-еюнальный переход и после активной или пассивной декомпрессии осуществляется контрастирование тонкой кишки (Петров В.П. с соавт., 1999). По данным К.Д.Тоскина с соавторами (1988), контроль за пассажем контраста по желудочно-кишечному тракту обеспечивает диагностику ОКН у 55% больных в течение 2-6 часов, а зондовая энтерография позволяет установить диагноз ОКН, ее характер и уровень препятствия у 96,5% больных в течение 20 - 120 минут от начала исследования. Эти же авторы у 22,5% больных добились консервативного разрешения явлений непроходимости тонкой кишки путем повторной зондовой декомпрессии с последующим введением взвеси сульфата бария.

Плечевым В.В. с соавторами (2002) разработан способ, позволяющий сократить время и повысить надежность ранней диагностики острой спаечной кишечной непроходимости. Бариевая взвесь с рентгенконтрастной капсулой вводятся в начальные отделы тонкой кишки через зонд, проведенный в тощую кишку с помощью эндоскопа, последующее рентген-исследование проводится через 2 часа и по характеру задержки продвижения бария и рентгенконтрастной капсулы диагностируют вид и уровень кишечной непроходимости.

Ультразвуковая диагностика ОКН.

Отсутствие безошибочных рентгенологических и эндоскопических методов диагностики непроходимости кишечника и вероятность возникновения осложнений при инвазивных методах исследования способствовали поиску новых, более точных, неинвазивных способов диагностики, не имеющих осложнений. Одним из таких методов стало ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости. Применение ультразвукового исследования позволяет

не только установить наличие непроходимости, но и определить ее уровень и причину (Assalia A. et al., 1994).

Точность ультразвукового исследования при диагностике ОКН достигает 89% (71% при рентгеноскопии), при определении уровня локализации непроходимости - 76% (51% при рентгеноскопии) и установлении причины непроходимости - 20 % (2% при рентгеноскопии) (Тамм Т.И. с соавт., 2003; Ко Y.T. et al., 1993). Ультразвуковая диагностика помогает и при определении степени нарушения проходимости субкомпенсированная, декомпенсированная или осложненная непроходимость кишечника (Di-Mizio R. et al., 1995). К ультразвуковым признакам механической кишечной непроходимости относятся: синдром внутрипросветного депонирования жидкости, увеличение диаметра тонкой кишки более 3 см, утолщение стенки кишки от 3 до 7 мм, усиление перистальтики, наличие жидкости в брюшной полости (Буянов В.М. с соавт., 1993; Di-Mizio R. et al., 1995). Точность выявления странгуляции кишки с помощью УЗИ брюшной полости достигает 93%. Основным ультразвуковым признаком странгуляции является наличие резко расширенной неподвижной петли тонкой кишки. С другой стороны, ультразвуковое сканирование у 77% больных с подозрением на странгуляционную ОКН позволяет этот диагноз снять и избежать необоснованной операции (Ogata M., 1994).

УЗИ позволило установить наличие динамической или механической непроходимости кишечника, провести дифференциальную диагностику различных ее видов, определить уровень препятствия, следить за динамикой непроходимости и прогнозировать ее течение (Буянов В.М.с соавт., 1998). При ОКН на доплерографии показано увеличение показателей пиковой систолической скорости кровотока в верхней брыжеечной артерии, средней линейной скорости кровотока в верхней брыжеечной артерии. Способ применен у 20 пациентов и подтвердил высокую достоверность показателей изменения гемодинамики в бассейне верхней брыжеечной артерии (Леонтьев С.Н. с соавт., 2002). УЗИ позволяет достаточно уверенно диагностировать

острую тонкокишечную непроходимость, дифференцировать странгуляционную и обтурационную непроходимость, определить уровень непроходимости. Существуют УЗИ-признаки, позволяющие установить наличие спаек в брюшной полости. Чувствительность метода в диагностике механической тонкокишечной непроходимости составила 97,9% (Легостаева Т.Б. с соавт., 2002).

Попова И.С. с соавторами (2000) анализируют результаты УЗИ у 420 больных с ОТКН. При обтурационной непроходимости на стадии кишечной гипертензии наблюдали депонирование жидкости в просвете кишки и антиперистальтику, на стадии кишечной недостаточности - еще и увеличение диаметра кишки с утолщением и расслаиванием ее стенок, выпот в брюшной полости. При странгуляционных формах кишечной непроходимости на стадии кишечной гипертензии данные УЗИ были более скудными. В целом УЗИ оказалось диагностически эффективным в 91,3% случаев обтурационной непроходимости и в 70,7% случаев странгуляционной.

Для оценки степени ишемии тонкой кишки в США и странах Западной Европы широко применяется ультразвуковая доплерография, также позволяющая определить адекватный объем резекции (Duh Q.Y., 1993).

Перспективным методом оценки расстройств микроциркуляции в кишечной стенке считается интраоперационная контактная биомикроскопия, позволяющая объективно определить показания к резекции ишемизированных участков тонкой кишки и дренированию кишечника (Ерьюхин И.А. с соавт., 1997). Использование интраоперационной биомикроскопии приводит к значительному улучшению результатов лечения тонкокишечной непроходимости (Велик Б.М., 1991).

Хирургическое лечение ОТКН.

При странгуляционной и смешанной формах кишечной непроходимости проблема определения жизнеспособности тонкой кишки и объема ее резекции, по-прежнему, остается актуальной (Сигал М.З. с соавт., 1996; Алиев С.А., 1994; Bender J.S. et al., 1999). Общепринятые критерии

определения жизнеспособности кишки - пульсация сосудов брыжейки, видимая перистальтика кишки, цвет серозной оболочки не являются достоверными, так как внешние признаки жизнеспособности часто сочетаются с обширным некрозом слизистой оболочки (Bazira L. et al., 1999). При некрозе кишки рекомендуется производить резекцию, отступя 30 - 40 см в проксимальном и 15 - 20 см в дистальном направлении от границ пораженного сегмента кишки. Однако, даже при строгом соблюдении традиционных методик определения жизнеспособности кишки и границ ее резекции, общее число ошибок в оценке жизнеспособности достигает 16% с летальностью в этой группе 49%. К таким ошибкам относятся: некроз кишки, признанной во время операции жизнеспособной, несостоятельность швов межкишечного анастомоза, выполненного на ишемизированном сегменте кишки, резекция жизнеспособной кишки (Велик Б.М., 1991).

Методы декомпрессии тонкой кишки

Методы декомпрессии тонкой кишки подразделяются на 2 группы – однократные и длительные. Однократные методы подразумевают одномоментное удаление содержимого кишки с газом во время операции, при этом просвет кишки вскрывается или производится закрытое перемещение содержимого в дистальные или проксимальные отделы ЖКТ. Длительные методы предусматривают продленную декомпрессию (в течение нескольких дней), также существуют способы со вскрытием просвета кишки и без вскрытия.

Однократные способы декомпрессии тонкой кишки

Существуют различные способы однократного опорожнения тонкой кишки во время операции. В одних случаях декомпрессия тонкой кишки осуществляется без вскрытия ее просвета путем последовательного выдавливания («выдаивания») содержимого ретроградно в желудок или чаще антеградно в толстую кишку. Несмотря на то, что большинство авторов высказываются против такого метода, считая его травматичным и малоэффективным, существуют и его сторонники. Так, некоторые авторы у

больных кишечной непроходимостью рекомендуют применять щадящую методику однократного перемещения содержимого кишечника в нижележащие отделы. Метод состоит в том, что после устранения причины непроходимости хирург влажной марлевой салфеткой удерживает петлю кишки между первым и остальными пальцами левой кисти, перекрывая ее просвет, а между вторым и третьим пальцами правой руки протягивает ее, легко сближая стенки. Таким образом содержимое кишечника передвигается в нижележащие отделы. В это время ассистент позади правой руки хирурга перехватывает освобожденную от содержимого кишку через каждые 15 - 20 см. В некоторых случаях для освобождения кишки от содержимого ее пунктируют специально сконструированным троакар с двумя боковыми отверстиями. Одно из них с широким просветом подсоединяется к электроотсосу, второе (меньших размеров) служит для промывания трубки, если она забивается плотным содержимым. Стиллетом троакара прокалывается стенка перерастянутой тонкой кишки в центре предварительно наложенного кисетного шва. Стиллет поднимается в верхнее положение, а гильза продвигается по просвету кишки. Кишечное содержимое эвакуируют с помощью электроотсоса. При необходимости разгрузить близлежащие петли производится либо «выдаивание» химуса к месту пункции, либо в кишку вводится зонд через торцевое отверстие троакара. После эвакуации кишечного содержимого троакар извлекается, кисетный шов затягивается и дополнительно накладываются 2-3 серозно-мышечных шва (Курыгин А.А. с соавт., 2001).

Многие хирурги для опорожнения тонкой кишки производят энтеротомию. Между нитями-держалками вводят в просвет кишки наконечник электроотсоса и с его помощью сначала освобождают ближайшие участки кишки, а затем на наконечник отсоса нанизывают другие перерастянутые петли кишки. Опорожнение тонкой кишки через один из концов ее резецированного участка - достаточно распространенный способ ее однократной декомпрессии.

Удаление содержимого кишки при этом осуществляется с помощью электроотсоса или зонда (Тамм Т.И. соавт., 2003).

Несмотря на кажущуюся простоту, перечисленные методы имеют ряд существенных недостатков: они не асептичны и могут привести к микробному загрязнению операционного поля, этими способами можно опорожнить только ближайшие петли кишки, кроме того, возникает опасность несостоятельности швов, наложенных на измененную стенку кишки.

Длительная декомпрессия тонкой кишки.

Для трансректальной интубации в зависимости от возраста больного и предполагаемого уровня дренирования используются полихлорвиниловые зонды длиной от 150 до 300 см и диаметром 0,8 см, с оливой на конце. Предварительно по всей длине зонда спиралевидно на расстоянии 5 - 6 см друг от друга наносятся боковые отверстия диаметром 0,3 см. Перед манипуляцией в прямую кишку вводится 30 - 50 мл глицерина или вазелинового масла и умеренно растягивается анус. Зонд, смазанный вазелином, вводится ассистентом в прямую кишку и далее продвигается до ректосигмоидного отдела. Хирург со стороны брюшной полости продвигает его до подвздошной кишки (Ерюхин И.А. с соавт., 1998; Бойко В.В. с соавт., 2002). Техника выполнения подвешной энтеростомии по Юдину состоит в следующем. На противобрыжеечный край паретически измененной петли тонкой кишки накладывается кисетный шов. В центре кисета на кишке делается надрез. В него вставляется трубка, фиксируется к кишке и выводится через прокол брюшной стенки наружу. На 8 - 10-е сутки трубка удаляется (Курыгин А.А. с соавт., 2001). Описание дренирования тонкой кишки по Житнюку впервые изложено в журнале «Вестник хирургии» №12 за 1965 г. В лапаротомную рану извлекается терминальный отдел подвздошной кишки. На расстоянии 10-60 см от илеоцекального угла на противобрыжеечный край кишки накладывается кисетный шов. Вскрывается просвет кишки в центре кисета и в проксимальном направлении проводится зонд. По мере продвижения трубки в ее стенке каждые 10 см делаются отверстия. После завершения интубации тонкой кишки

она освобождается от содержимого. Энтеростомическая трубка выводится наружу через прокол в брюшной стенке. По окружности энтеростомического отверстия кишка подшивается к париетальной брюшине. Трубка извлекается на 8-е сутки.

Методика гастростомии по Дедереру. На переднюю стенку желудка накладывается кисетный шов. В центре его вскрывается просвет желудка. По направлению к пилорическому отделу вводится зонд и проводится в тощую кишку до 150 см. Желудок в области гастротомического отверстия фиксируется к париетальной брюшине и брюшной стенке.

Цекостомия. На переднюю стенку слепой кишки накладывают кисетный шов. В центре его делают прокол, через который в просвет кишки вводят электроотсос и эвакуируют содержимое кишки. В слепую кишку вводят зонд, который через Баугиниеву заслонку проводится в подвздошную кишку. Слепая кишка в области цекотомического отверстия фиксируется к брюшной стенке.

В настоящее время концевая энтеростомия используется, как в виде самостоятельной операции для разрешения стойкого пареза тонкой кишки, так и в целях дренирования тонкой кишки при кишечной непроходимости в условиях гнойного перитонита, когда существует угроза несостоятельности межкишечного анастомоза или наложение его по каким-либо причинам не представляется возможным. По данным В.П.Петрова (1995) и И.А.Ерюхина (1995), такая ситуация возникает у 2% больных острой кишечной непроходимостью. Косым разрезом в правой подвздошной области вскрывается брюшная полость. Отступя 6 - 7 см от илеоцекального угла пересекается подвздошная кишка. Отводящий конец ушивается наглухо, а приводящий - выводится на переднюю брюшную стенку.

При выборе способа дренирования тонкой кишки учитываются характер патологического процесса и его локализация, степень пареза кишечника, тяжесть состояния и возраст больного, сопутствующие заболевания, объем оперативного вмешательства и технические возможности реализации избранного метода интубации. При этом имеет значение опыт хирурга и его

приверженность к тому или иному методу дренирования. Во всех случаях предпочтение в выборе способа интубации следует отдавать назоэнтеральному дренированию. Этот способ не предусматривает дополнительного вскрытия просвета кишки и тем самым позволяет избежать опасности инфицирования брюшной полости и операционной раны, отхождения стомы, формирования кишечного свища и осложнений, связанных с ним.

Интубация тонкой кишки.

Тонкокишечная непроходимость в структуре механической ОКН занимает 1 место по частоте заболевания. До 40% от всех видов непроходимости кишечника представлено острой спаечной тонкокишечной непроходимостью (Гринев М.В. с соавт., 1992).

Непроходимость тонкой кишки на фоне спаечной болезни может быть обусловлена как странгуляцией кишки шнуровидной спайкой, так и множественными перегибами петель тонкой кишки плоскостными спайками без нарушения кровообращения в кишечной стенке (Женчевский Р.А., 1999). Второй вариант течения спаечной непроходимости встречается значительно чаще (Кутушев Ф.Х. с соавт., 1994). Поэтому, когда клинические данные и результаты инструментальных исследований позволяют достоверно исключить странгуляционный характер спаечного илеуса, эффективным методом консервативного разрешения явлений ОКН может оказаться интубация кишечника (Ерюхин И.А. с соавт., 1998, 1999).

Дренирование тонкой кишки преследует следующие цели: опорожнение и декомпрессию перерастянутых петель кишки от жидкого содержимого и газов; профилактику пареза кишечника в послеоперационном периоде и раннее восстановление его двигательной активности; создание условий для проведения детоксикационной терапии в виде энтеросорбции или кишечного диализа создание «каркаса» для тонкой кишки с целью предупреждения спаечной непроходимости и «беспорядочного» расположения петель тонкой кишки в брюшной полости; лабораторный контроль за состоянием кишечной среды и зондовая коррекция ее с помощью медикаментозных препаратов,

энтеросорбции и кишечного диализа; использование кишечного зонда для энтерального питания.

Для профилактики интраоперационных осложнений во время дренирования тонкой кишки необходимо придерживаться правил, обязательных для всех видов интубации:

- Хирург должен владеть техникой интубации, правильно определять показания и выбирать наиболее эффективный и безопасный способ дренирования.
- Дренирование осуществляется при устойчивых показателях гемодинамики; перед его проведением необходимо углубление наркоза и введение в корень брыжейки 100 - 150 мл 0,25% раствора новокаина.
- Необходимо стремиться к интубации всей тонкой кишки, продвижение зонда целесообразно осуществлять за счет давления по оси, а не путем ручного протаскивания по просвету кишки, с целью уменьшения травматичности манипуляции до окончания интубации не следует опорожнять тонкую кишку от содержимого.
- После завершения дренирования тонкая кишка укладывается в брюшную полость в виде 5-6 горизонтальных петель и сверху покрывается большим сальником. Не следует производить фиксацию петель кишки между собой с помощью швов, так как само укладывание кишки на энтеростомической трубке в указанном порядке предотвращает их беспорядочное расположение.
- Для предупреждения образования пролежней в стенке кишки брюшная полость дренируется минимальным количеством дренажей, которые по возможности не должны тесно соприкасаться с интубированной кишкой (Курыгин А.А. с соавт., 2001).

Интубация тонкой кишки должна дополнять все оперативные вмешательства у больных с перитонитом и кишечной непроходимостью. Представляется, что тотальную интубацию тонкой кишки следует расценивать как один из путей снижения послеоперационной летальности у больных с острыми

хирургическими заболеваниями живота (Гузеев А.И., 2002). Трансназальное дренирование тонкой кишки помогает купировать кишечную непроходимость у 36% больных, при этом лечебный эффект в большей степени зависит от того, удастся ли провести зонд через пилорический жом: если выполнена только назогастральная интубация, то экстренные операции выполняются у 89% больных, в случаях же, когда зонд проводится через привратник, число экстренных операций снижается до 55% (Wolfson P.I. et al., 1995). Достаточно важным является выработка показаний к дренированию тонкой кишки путем ее интубации как заключительного этапа операции по поводу тонкокишечной непроходимости. Интраоперационную интубацию кишечника считают обязательным условием лечения при ранней послеоперационной кишечной непроходимости (Дуденко Ф.И., Гирич Л.В., 1991), при любой операции по поводу тонкокишечной непроходимости (Ашрафов А.А. с соавт., 1992), при любых повторных операциях на органах брюшной полости (Гургумелидзе Т.П. с соавт., 1990).

Способ интубации тонкой кишки определяется теми задачами, которые решаются хирургом во время операции. Для декомпрессии с целью удаления кишечного содержимого, вызывающего интоксикацию, и для профилактики послеоперационного пареза кишечника достаточным является дренирование тощей кишки на протяжении 1 - 1,5 м от связки Трейца, осуществляемое назогастрально или через микрогастростому по Дедереру (Мирошников В.И. с соавт., 1991). Целый комплекс задач решает пролонгированная тотальная интубация тонкой кишки с ее активной санацией. При таком способе улучшается микроциркуляция в кишечной стенке, раньше восстанавливается перистальтика, предупреждая послеоперационный парез кишечника, разгружается межкишечный анастомоз (Андрющенко В.П. с соавт., 1991; Тарасенко С.В. с соавт., 2000). Дренирование тонкой кишки при ОКН позволяет снизить послеоперационную летальность более чем в 2 раза (Богомолов Н.И. с соавт., 1991), резко уменьшить число несостоятельности швов межкишечного анастомоза, избавиться от ранней спаечной

послеоперационной кишечной непроходимости (Веллер Д. Г. с соавт., 1991).

Некоторые авторы весьма осторожно подходят к формулировке показаний к интраоперационной интубации тонкой кишки, считая, что декомпрессия тонкой кишки оправдана только в случаях спаечной кишечной непроходимости, когда в ходе операции производят разделение большого количества спаек и сращений между кишечными петлями или при тонкокишечной непроходимости на фоне перитонита (Miva Nobutomo, 1998; V. Dubravka, 1999). М.П.Черенко и соавт. (1999) полагают, что при операциях без резекции кишки интубация должна выполняться только при обширном повреждении серозной оболочки, так как она часто осложняется формированием кишечных свищей.

Разработанный зонд представляет собой 3-просветную трубку длиной 300 см и диаметром 0,8 см. На дистальном конце зонда укреплена пластмассовая олива диаметром 0,9 см. На расстоянии 150 см от дистального конца имеется утолщение, которое после завершения интубации должно находиться в тощей кишке за связкой Трейца. На расстоянии 50 см от утолщения имеется утолщение, которое должно находиться в желудке. 3-канальный зонд обеспечивает адекватную декомпрессию всех отделов тонкой кишки и способствует равномерному распределению в кишке корригирующих растворов (Шорох Г.П. с соавт., 1998). Осипов В.И. с соавторами (1999) применив разные способы интубации кишки (более 100 случаев) считают наиболее эффективной ретроградную колоноинтестинальную интубацию с проведением зонда через баугиниеву заслонку.

Энтеросорбция - лечение и профилактика ОКН.

Одним из наиболее перспективных методов сорбционной детоксикации при разлитом перитоните и кишечной непроходимости является энтеросорбция. Это объясняется патогенетической направленностью воздействия сорбентов на главный источник интоксикации в послеоперационном периоде - кишечное содержимое паретически измененной тонкой кишки. Сорбенты, введенные в просвет желудочно-кишечного тракта, способны фиксировать и

инактивировать не только токсины, находящиеся в кишке, но и извлекать из крови путем диффузии аммиак, мочевины, креатинин, билирубин и другие метаболиты (Игнатъев В.Г., 1995).

Кишечный диализ. В качестве детоксикационной терапии в послеоперационном периоде может быть применен кишечный диализ. Он осуществляется путем промывания энтеростомической трубки водой или специально приготовленным диализирующим раствором. С помощью диализа происходит вымывание токсических продуктов и метаболитов не только из просвета тонкой кишки, но и из крови. Этому способствует достаточно высокий клиренс мочевины, креатинина, мочевой кислоты и молекул средней массы с поверхности кишечника. Так, при перфузии через тонкую кишку диализных растворов клиренс мочевины составляет 27,8 мл/мин. Посредством кишечного диализа из организма можно удалить до 71 г. мочевины, 2,9 г. креатинина, 2,5 г. мочевой кислоты (Тамм Т.И. с соавт., 2003).

Кузнецов И.А. (2002) приводит результаты лечения больных с ОКН с использованием длительной блокады левого грудного симпатического ствола, парааортального и околопищеводного вегетативных сплетений, блуждающих нервов и задних бронхиальных сплетений, что дает возможность в 2 раза уменьшить количество послеоперационных осложнений и летальность.

Предварительные результаты дают основание считать непрямую интестинальную электрохимическую детоксикацию эффективным методом детоксикации, что позволяет улучшить результаты лечения больных ОКН (Федосеев А.В.с соавт., 2000).

Лупальцов В.И. (2000), проанализировав результаты хирургического лечения 339 больных с ОКН предложил метод лечения функциональной послеоперационной ОКН с использованием серотонина адипината.

Плечевым В.С. и соавторами (2001) приведен опыт использования химической денервации брыжеечных артерий, заключающийся в периартериальном введении раствора медицинского биодеструктируемого полимера, сделано свыше 200 операций с применением химической

денервации верхней брыжеечной артерии при ОКН с хорошими результатами.

Хасанов А.Г. с соавторами (2002) провели эксперименты на 100 крысах (по 50 крыс в каждой группе). Проводилась лапаротомия и создавался фон для спайкообразования. В контрольной группе лапаротомная рана ушивалась, а в основной группе вносился препарат Collagenasum СС в брюшную полость. Через 8 суток производилась релапаротомия. В контрольной группе было множество спаек и они были грубыми, а в основной - спайки были нежные и небольшие (Хасанов А.Г. с соавт., 2002).

Для предупреждения возникновения поздних осложнений у пациентов, оперированных по поводу деструктивных и осложненных форм острого аппендицита, после аппендэктомии и санации брюшной полости, зона наибольшего воспаления должна быть дренирована 2-мя дренажами для инсуффляции лекарственного аэрозоля (Филенко Б.П. с соавт., 2000). Гемосорбция и плазмоферез существенно стимулируют метаболическую функцию легких. Одновременно происходит артериальная гипоксемия. Применение плазмофереза по сравнению с гемосорбцией вызывает более продолжительный и стабильный детоксицирующий эффект. Плазмоферез обязателен для больных с ОКН в сочетании с гемосорбцией и повторными сеансами спонтанного дыхания (Куцик Ю.Б., 1998, 2000).

Для улучшения результатов хирургического лечения больных с острой тонкокишечной непроходимостью назрела необходимость разработки усовершенствованного алгоритма диагностики и хирургического лечения данной патологии. Для этого мы сочли необходимым изучить принятую в нашей клинике лечебную тактику при острой тонкокишечной непроходимости и выявить ее позитивные стороны и недостатки. Необходимо также, провести сравнительный анализ разных методов декомпрессии тонкой кишки и определить оптимальную продолжительность декомпрессии кишечника.

ГЛАВА 2

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика клинического материала.

Клинический материал для исследования представлен 303 больными с ОТКН из числа прошедших лечение в период с 2006 по 2013 годы в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы №1 Минздрава Республики Узбекистан – клинической базе кафедры факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета Ташкентской Медицинской Академии. Всех больных мы разделили на 2 группы периода обследования. В первый период исследования (контрольная группа) - с 2006 по 2009 годы находились на лечении 102 больных с подозрением на ОТКН. Клинический материал этого периода наблюдений послужил основанием для анализа лечебной тактики и поиска путей ее улучшения. В течение второго периода (основная группа) наблюдений (2010-2013 гг.) хирургическая помощь оказана 201 больным, при этом использовалась усовершенствованная лечебная тактика, базирующаяся на оценке тяжести физиологического состояния больных и прогнозировании тяжести течения заболевания с применением усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма. Возраст больных с ОТКН варьировал от 15 до 85 лет, при этом преобладали лица трудоспособного возраста от 20 до 50 лет - 210(69,3%) пациентов, при этом мужчин было 159(52,5%), женщин - 144(47,5%) (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
До 20 лет	15(9,4%)	9(6,3%)	24 (7,9%)
21-30 лет	29(18,2%)	33(22,9%)	62 (20,5%)
31-40лет	48(30,2%)	25(17,4%)	73 (24,1%)
41 -50 лет	41(25,8%)	34(23,6%)	75 (24,8%)
51 -60 лет	18(11,3%)	24(16,7%)	42 (13,9%)
Старше 60 лет	8(5,1%)	19(13,1%)	27 (8,8%)
Итого:	159(100%)	144(100%)	303(100%)

Имеется большая вариабельность в сроках обращаемости пациентов, так, в первые 6 часов с момента заболевания госпитализировано большинство 158 (52,8%), в течение первых суток поступило 117 (39,1%) и в сроки более суток госпитализировано 28 (8,1%) больных (таблица 2).

Таблица 2

Сроки госпитализации больных с начала заболевания

Сроки госпитализации	Количество больных
До 6 часов	158(52,8%)
До 12 часов	64(21,4%)
До 24 часов	53(17,7%)
Свыше 24 часов	28(8,1%)
Всего	303(100%)

Большинство больных с ОТКН доставлены в стационар по экстренным показаниям бригадами скорой помощи, часть больных переведены из других терапевтических стационаров городских больниц и районов республики.

При поступлении пациентам проводилась определенная диагностическая программа, при этом синдром механической тонкокишечной непроходимости был исключен у 112(36,9%) больных, остальные 191(63,1%) были оперированы.

Основным анамнестическим фактором у больных с подозрением на ОТКН в нашем исследовании было наличие ранее перенесенных операций на органах брюшной полости у 253 (83,5%) больных. Из них перенесли одну операцию 141 больных (55,7%) две и более - 112(44,3%). Отсутствие видимой причины, вызвавшей синдром непроходимости кишечника, отмечали 50 (16,5%) больных (таблица 3).

Как видно из таблицы, в подавляющем большинстве случаев причиной непроходимости тонкой кишки в нашем исследовании являлись спайки брюшной полости - у 119(62,3%) или ущемление штрангом - у 41(21,5%) больных. Сопутствующие заболевания выявлены у 98(32,3%) больных, у большинства из них - 76, отмечалось несколько сопутствующих хронических заболеваний с тенденцией к обострению на фоне синдрома непроходимости кишечника.

Таблица 3

Причины ОТКН у оперированных больных

Причины непроходимости	Количество больных
Спайки брюшной полости	119(62,3%)
Ущемление штрангом	41 (21,5%)
Заворот тонкой кишки	7 (3,7%)
Ущемленная грыжа	7 (3,7%)
Обтурация инородным телом	(2,6%)
Инвагинация	4 (2%)
Обтурация желчным камнем	3 (1,6%)
Дивертикул Меккеля	3 (1,6%)
Обтурация опухолью	2 (1%)
Всего	191(100%)

Учитывая тот факт, что большое количество больных имело пожилой или старческий возраст, наличие сопутствующей патологии повлияло на течение заболевания, сроки оперативных вмешательств, процесс операции и наркоза, а также течение послеоперационного периода. Послеоперационные осложнения чаще встречались у пациентов преклонного возраста. Всего у больных с ОТКН было обнаружено 15 сопутствующих заболеваний с различной частотой встречаемости и вариацией сочетаний (таблица 4).

Таблица 4

Сопутствующие заболевания у больных с ОТКН

Сопутствующие заболевания	Частота сопутствующих заболеваний
Желчнокаменная болезнь	33(10,9%)
Хронический гастрит	28(9,2%)
Атеросклероз	22(7,3%)
Хронический пиелонефрит	22(7,3%)
Ишемическая болезнь сердца	18(5,9%)
Гипертоническая болезнь	18(5,9%)
Колоноптоз	14(4,6%)
Мочекаменная болезнь	13(4,3%)
Хронический панкреатит	13(4,3%)
Язвенная болезнь	11(3,6%)
Хронический бронхит	8(2,6%)
Сахарный диабет	6(1,9%)
Ревматизм	5(1,7%)
Ожирение	3(0,9%)

Бронхиальная астма	3(0,9%)
Всего заболеваний у 98	217

Как видно из данной таблицы, наибольшее число сопутствующих заболеваний приходится на патологию желудочно-кишечного тракта - 28,9%, затем следуют заболевания сердечно-сосудистой системы - 20,8%. Различные формы гастрита, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический бронхит, хронический пиелонефрит встречались во всех возрастных группах. Желчнокаменная болезнь выявлена у 25(17,6%) больных, преимущественно у женщин.

2.2 Методы исследования и лечения.

Диагностика ОТКН складывается из анамнеза, клинических проявлений, данных лабораторных и инструментальных методов исследования. В то же время некоторые формы тонкокишечной непроходимости не всегда имеют специфическую картину и практически всегда требуют четкой дифференциальной диагностики в условиях тяжелого состояния больного и выраженной полиорганной недостаточности. Тяжелое состояние пациентов всегда требует особого подхода, в этих ситуациях необходимо дифференцированное отношение к каждому больному. Независимо от диагноза, больные в тяжелом состоянии или с тяжелыми сопутствующими заболеваниями должны обследоваться и лечиться под строгим контролем всех необходимых специалистов, при необходимости - в условиях реанимационного отделения.

Клинические проявления ОТКН.

Клинические проявления ОТКН подробно освещены в литературе и в настоящее время достаточно хорошо известны. Однако при некоторых формах клиническая картина вариабельна в различные периоды развития заболевания (таблица 5).

При анализе клинической картины 303 больных с ОТКН, болевой синдром наблюдался во всех случаях (100%) без четкой локализации по всему животу и носил схваткообразный характер.

Характеристика основных клинических проявлений ОТКН

Клинические симптомы	Частота симптомов
1. Боль по всему животу	303(100%)
2. Задержка газов	293(96,7%)
3. Задержка стула	281(92,7%)
4. Тошнота и рвота	221(72,9%)
5. Вздутие живота	92(30,4%)
6. Повышение температуры тела	61(20,1%)
7. Энцефалопатия	9(2,9%)
8. Сепсис	7(2,3%)
9. Перитонеальные симптомы	141(46,5%)

Интенсивность болевого синдрома, как правило, соответствовала тяжести течения заболевания и была весьма важным прогностическим признаком, указывающим на перерастяжение просвета кишки и вовлечение в процесс брыжейки тонкой кишки. Многократная рвота желудочно-дуоденальным и кишечным содержимым, не приносящим облегчения, была отмечена у 72,9% больных. Задержка стула - у 92,7%, неотхождение газов у 96,7% больных свидетельствовало не только о механической тонкокишечной непроходимости, но и возможном развитии пареза на уровне нижележащих отделов кишечника с развитием начальной стадии перитонита. Клиническими проявлениями, помимо выше перечисленных, были, слабость, общее недомогание, лихорадка и озноб.

При объективном обследовании определяли вздутый живот у 92(30,4%) больных, симптом Валя - 96(31,7%), Матъе-Склярова - 181(59,7%), Спасокукоцкого - 157(51,8%), Байера - 171(56,4%), Гольда - 91(30%). Перитонеальные симптомы выявлены у 141(28,2%) больных и были обусловлены развитием серозно-геморрагического или гнойного перитонита, при присоединении условно патогенной флоры кишечника ввиду её трансудации или вскрытия просвета при некрозе. Явления коллапса и шока, проявлявшиеся профузным потом, снижением артериального давления, тахикардией с ослаблением пульса отмечались у 7(2,3%) больных. Токсическая энцефалопатия - у 9(2,9%) больных.

Лабораторные методы исследования.

Для объективной оценки тяжести состояния больного и тяжести течения заболевания, для определения по шкале SAPS, проводились следующие исследования: мочевины, гематокрит, лейкоциты, сахар крови, калий и натрий у всех больных второго периода наблюдения 201(66,3%) и частично в первом периоде наблюдений при показаниях в отделении реанимации и анестезиологии у 37(12,2%) больных; оценка интенсивности общего воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ) проводилась всем больным (таблица 6).

Таблица 6

Основные лабораторные показатели ОТКН и частота выявления (в %)

Лабораторные показатели	Количество наблюдений в %
1.Нарастание лейкоцитоза	73,2
2.Палочкоядерный сдвиг	59
3. Нарастание СОЭ	92,9
4. Снижение уровня белка в крови	54,3
5. Нарастание уровня мочевины и протеинурия	44,5
6. Снижение концентрации К и Na крови	75
7. Нарастание уровня сахара крови	68
10.Изменение уровня гематокрита	44,6
11. Изменение уровня HCO ₃	13,8

В наших исследованиях лабораторные показатели рассматривались в динамике - при поступлении, через 6 часов и на фоне проводимой интенсивной терапии и послужили основными критериями для оценки тяжести состояния больных с ОТКН при прогнозировании течения заболевания и выработки алгоритма хирургической тактики.

Данные проведенных лабораторных методов исследования показали, что лабораторные методы исследования не зависят от причины тонкокишечной непроходимости, а прямо пропорциональны степени тяжести состояния больного в зависимости от прогресса заболевания с вовлечением физиологических нарушений, а затем и органических патологических состояний. На фоне проводимой интенсивной терапии при ОТКН лабораторные показатели стабилизируются, а затем улучшаются в тех случаях, когда заболевание не прогрессирует. Отсутствие эффекта от проводимой терапии, нарастание

явлений интоксикации и полиорганной недостаточности обнаруживается лабораторным мониторингом и играет роль в изменении тактики ведения больного.

Инструментальные методы исследования.

Обзорная рентгенография брюшной полости

Рентгенологическое обследование включало в себя обзорную рентгенографию брюшной полости в положении стоя. Больным, состояние которых не позволяло им стоять, рентгенография проводилась в латеропозиции или сидя. Поскольку данный метод является основным в диагностике острой кишечной непроходимости, рентгенография брюшной полости проведена при поступлении у 297(98,1%) больных. На рентгенограммах были выявлены рентгенологические признаки непроходимости кишечника: множественные уровни жидкости - у 153 больных (51,5%), единичные уровни жидкости - у 76 больных (25,6%), множественные чаши Клойбера - у 124 (41,8%), единичные чаши Клойбера - у 83 (43,4%), кишечные «арки» - у 89 (29,9%), расширенные петли тонкой кишки - у 98 (32,9%), расширенные петли толстой кишки - у 36 (12,1%). Некоторые из признаков встречались одновременно у 142(47,8%) из 297 обследованных рентгенологически больных. У 87(29,3%) больных рентгенпризнаки являлись единичными и у 68(22,9%) рентгенданные за непроходимость были сомнительными или отсутствовали.

Рентгенконтрастные методы исследования Больным, у которых на обзорной рентгенограмме брюшной полости не было четких патологических признаков или эти признаки были сомнительными, назначалось рентгенконтрастное исследование путем дачи через рот жидкой взвеси сульфата бария. В нашем исследовании данный метод диагностики был применен у 142(46,9%) больных с отсроченной операцией. Больной выпивал 200 мл взвеси, ему назначалась внутри венная инфузия растворов до 2 литров в объеме, спазмолитики, очистительные клизмы, через 4 часа после приема бария больному делали первый рентген-снимок брюшной полости. Оценивали результат в зависимости от места нахождения бария в желудочно-

кишечном тракте. Если бариевая взвесь находилась в желудке, то можно было подозревать высокую тонкокишечную непроходимость. Также оценивалось состояние контрастированных петель тонкой кишки - они могли быть раздутыми равномерно или сегментарно, учитывалось наличие растянутых складок слизистой (складки Керкрина), также на повторном снимке могли образоваться уровни жидкости или чаши Клойбера в случае прогрессирования заболевания. Второй снимок делался через 6 часов после дачи сульфата бария. Также производилась оценка рентгенологических признаков, которые могли быть еще более выраженными или, наоборот, говорили не в пользу диагноза «острая тонкокишечная непроходимость». Попутно на контрастном снимке можно было обнаружить другие патологические изменения в тонкой и толстой кишке - дивертикулы, аномалии развития, опущение толстой кишки и желудка, а также опухоли кишечника, что также дает определенную информацию и может повлиять на дальнейшую тактику лечения пациентов. Третий снимок делается через 8 часов после приема сульфата бария. Это заключительный этап рентгенконтрастного исследования. При рассмотрении последнего снимка, практически, мы решали вопрос, необходима ли данному пациенту операция или нет. Оценивали месторасположение бариевой взвеси, скорость ее прохождения через желудочно-кишечный тракт, патологические изменения в кишечнике, наличие или отсутствие патогномичных для кишечной непроходимости признаков. Если контрастное вещество находится в тонкой кишке, не доходя до толстой кишки, значит, имеется препятствие для его пассажа и больному необходимо оперативное вмешательство. В этом случае нами конкретно ставился диагноз «острая тонкокишечная непроходимость».

Также из рентгенконтрастных методов нами применялась ирригоскопия. Данный метод использовался для исключения толстокишечной непроходимости, например, для обнаружения опухоли толстой кишки, заворота сигмовидной или поперечно-ободочной кишки. Ирригоскопия выполнена 12(3,96%) больным. При этом признаки опухоли толстой кишки были

обнаружены у 5(1,7%) пациентов.

Ультразвуковое исследование внутренних органов.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости проведено для установки или уточнения диагноза при поступлении у 287(94,7%) больных; в раннем послеоперационном периоде - у 187(97,9%) для обнаружения свободной жидкости при решении вопроса об удалении дренажных трубок, для оценки состояния кишечника, его моторно-эвакуаторной функции. Ультразвуковые исследования проводились на аппарате фирмы "Алока" (Япония). При обследовании обращали внимание на размеры и структуру печени, поджелудочной железы, диаметр и содержимое внутривенных и внепеченочных желчных протоков, размеры желчного пузыря, толщину его стенок и наличие конкрементов в просвете. Особое внимание уделялось состоянию тонкой кишки: 1) толщине ее стенок - при ОТКН стенки были утолщены у 163(56,8%) больных; 2) перистальтическим движениям кишки - при тонкокишечной непроходимости перистальтика была усилена либо принимала маятникообразный характер у 169(58,9%) больных, а при развитии перитонита перистальтика была ослаблена или вообще не определялась - у 23(8%). Также обращали внимание на наличие газа в просвете тонкой кишки - при непроходимости тонкой кишки в ее просвете отмечалось большое скопление газов у 157(54,7%) больных. И, наконец, на УЗИ у 173(60,3%) больных отмечали наличие свободной жидкости в брюшной полости в отлогах ее местах, а также между петлями кишечника - у 76(26,5%). Наличие жидкости в брюшной полости указывало на наличие какого-то патологического процесса, в нашем исследовании диагноз ОТКН подтверждался именно при ультразвуковом исследовании. В раннем послеоперационном периоде УЗИ делали практически всем больным, особое внимание уделяли на возможное скопление ограниченной или неограниченной жидкости в отлогах мест брюшной полости.

Назоинтестинальная интубация произведена нами в первом периоде 18 больным (25%) и во втором периоде - 105 (88,2%). Данный метод был

признан нами как наиболее предпочтительный для декомпрессии тонкой кишки, нами использовался зонд Каншина (ЗТДС ТУ 9436-012-18037666-96, сертификат РОСС RU ИМ08.ВО3274). Мы применяли его практически всем оперированным больным во втором периоде наблюдений. Доступ - срединная лапаротомия. Устранение непроходимости тонкой кишки в зависимости от ее причины. Техника проведения НИИ. Перед началом проведения зонда анестезиолог контролирует растяжение манжеты эндотрахеальной трубки. Толстым, зондом опорожняется желудок. Достигается полная релаксация и глубина наркоза. «Рабочий» конец зонда смазывается вазелином. По мере продвижения зонда хирург со стороны брюшной полости направляет его вдоль большой кривизны желудка и правой рукой фиксирует в области выходного отдела.левой рукой конец зонда направляется через пилорический канал в луковицу 12-перстной кишки. Когда конец зонда окажется в луковице 12-перстной кишки, хирург правой рукой синхронно с движениями анестезиолога продвигает зонд в дистальном направлении. Пальцами левой руки он контролирует и направляет его конец вниз кзади до нижнего изгиба и далее влево по направлению к связке Трейца. Иногда для удобства манипуляции приходится мобилизовывать 12-перстную кишку по Кохеру. Как только зонд появляется в начальном отделе тощей кишки, он захватывается правой рукой и продвигается на 10 - 15 см. В желудке зонд укладывается по ходу малой кривизны. Эластичные зонды без особых усилий продвигаются по кишке и требуют лишь легких направляющих действий хирурга. Интубация кишки заканчивается при появлении последнего бокового отверстия зонда в начальном отделе тощей кишки. Сразу после интубации кишки электроотсосом эвакуируется содержимое из ее просвета. Санация брюшной полости раствором хлоргексидина, затем дренирование 3-мя трубками через контрапертуры в типичных точках брюшной стенки.

Назоинтестинальный зонд, кроме своей дренажной функции, служил также для проведения энтеросорбции, энтерального питания и кишечного

диализа. Данная методика применена в нашей клинике у 23(7,5%) пациентов после операции по поводу ОТКН. Для энтеросорбции нами применялся 5%-ный раствор энтеродеза. Энтеродез способен сорбировать на своей поверхности токсины и образовывать с ними нетоксичные комплексы. Он не всасывается из просвета тонкой кишки и не раздражает слизистую оболочку. Энтеродез активизирует двигательную функцию кишечника, уменьшает кишечную секрецию и таким образом способствует стабилизации водно-электролитного баланса организма. Раствор энтеродеза вводили по 150 - 300 мл через назоинтестинальный зонд в кишку 3 - 4 раза в сутки и перекрывали зонд на 45 минут. Для энтерального питания использовалась смесь «Оволакт». Для кишечного диализа применяли растворы электролитов. С помощью диализа происходит вымывание токсических продуктов и метаболитов не только из просвета тонкой кишки, но и из крови. Интенсивное промывание тонкой кишки сбалансированными растворами позволяет не только снизить уровень мочевины и креатинина, но и корригировать метаболический ацидоз без существенного нарушения электролитного состава крови. Указанные лечебные мероприятия начинали проводить в первые сутки послеоперационного периода. В результате их применения наблюдался существенный положительный эффект - у больных быстро улучшалось самочувствие, симптомы интоксикации купировались, результаты анализов крови нормализовывались скорее, чем у других пациентов, которым энтеросорбция, кишечный диализ и энтеральное питание не проводились. Течение послеоперационного периода у больных при применении данных методов протекало более благоприятно, осложнений было меньше, длительность пребывания в стационаре сокращалась до 12 суток.

Важным этапом оперативного вмешательства, вне зависимости от стадии заболевания и его характера, становится удаление из брюшной полости патологического экссудата с целью максимальной деконтаминации поверхности париетальной и висцеральной брюшины. На сегодняшний день наиболее распространенным и признанным практически всеми хирургическими школами способом интраоперационной санации остается промывание

брюшной полости с использованием антисептического раствора (Мартов Ю.Б. и соавт., 1998). В условиях хорошей релаксации срединный разрез является наиболее оптимальным для вмешательства, позволяющим наложить глухой шов и провести дренирование через контрапертуры вне зоны операционной раны, что значительно снижает степень инфицирования самой лапаротомной раны. После осушения брюшной полости с помощью электроотсоса и марлевых салфеток ее санацию начинаем с промывания подогретым 0,5% водным раствором хлоргексидина. Объем жидкости для этого определяется индивидуально в каждом конкретном случае и зависит от степени загрязнения брюшной полости. Как правило, на проведение адекватной санации брюшной полости расходуется около 4 - 6 литров раствора. В поздних стадиях перитонита, когда в брюшной полости скапливается большое количество выпота, объем жидкости для промывания возрастает до 8 - 10 литров. Введение в брюшную полость 1-2 литров раствора с ополаскиванием петель кишечника, отмыванием всех отделов, анатомических складок и карманов брюшной полости с последующей аспирацией раствора продолжают до тех пор, пока жидкость не станет прозрачной. Эта процедура позволяет добиться значительного уменьшения обсемененности брюшины микроорганизмами, удаления гноя, свободных фрагментов фибрина, выпавших кусочков пищевых масс. Обязательным компонентом санации является удаление напластований фибрина с петель кишечника и брюшины, поскольку фибринные пленки содержат большое количество микроорганизмов, что и перитонеальный экссудат как в качественном, так и в количественном отношении.

Прогнозирование течения заболевания. ОТКН является синдромом, требующим от врача быстрого - принятия решения о тактике ведения поступившего больного. Главным вопросом для принимающего экстренное решение врача является правильная оценка физиологического состояния пациента, исходя из стандартного набора возможностей приемного отделения городской больницы. В- то же время большинство прогностических систем используемых для определения возможных исходов хирургического лечения

объемны, сложны в применении. Это затрудняет их применение в экстренных ситуациях, когда невозможно использование дорогостоящей и сложной аппаратуры. В связи с этим, учитывая лабораторно-диагностические возможности нашей клиники, нами, была выбрана интегральная шкала SAPS (Simplified Acute Physiological Score) - «упрощенная шкала оценки острых функциональных изменений» (Le Gall J.R.etal.,).

Оценку тяжести физиологического состояния больного и прогнозирование течения острой кишечной непроходимости начали применять в клинической практике с 2009 года. Первичная оценка тяжести состояния больного проводилась в условиях приемного отделения и основывалась на клинических проявлениях заболевания, первичных показателях лабораторных и инструментальных методов исследования. На данном этапе диагностики ставился предварительный диагноз, решался объем интенсивной терапии, в зависимости от тяжести состояния больного определялись показания к оперативному вмешательству. Оценку тяжести состояния больного и прогнозирование тяжести течения заболевания проводили по интегральной шкале SAPS: 1) при поступлении больного; 2) после 6 часов интенсивной терапии (таблица 7).

Таблица 7

Шкала оценки тяжести состояния SAPS

Признак/ балл	Балльная шкала оценки тяжести									
	4	3	2	1	0	1	2	3	4	
возраст	-		-		<45	46-55	56-65	66-75	>75	
пульс	>190	150-189	149-80	-	55-79	-	-	40-54	<40	
АД сист.	>190	-	150-189	-	80-149	-	55-79	-	<55	
темпер.тела	>41	39-40,9	-	38,5-38,9	36-38	34-35	32-33	30-31	<30	
частота дых	>50	35-49	-	25-34	12-24	10-11	6-9	-	<6	
ИВЛ				-	-	-	-	Yes		
диурез суточный	-	-	>5	3,5-4,9	0,7-3,4	-	0,5-0,69	0,2-0,4	<0,2	
мочевина	>55	36-54	29-35	7,5-28	3,5-7,4	<3,5	-	-	-	
гематокрит	>60	-	50-50	46-49	30-45	-	20-29	-	<20	
лейкоциты	>40	-	20-39,9	15-19	3-14	-	1-2,9	-	<1	
глюкоза	>44,5	27-44	-	14-27	3,9-13	-	2,8-3,9	1,6-2,7	<1,6	
калий	>7	6-6,9	-	5,5-5,9	3,5-5,4		3-3,4	2,5-2,9	<2,5	

натрий	>180	161-179	156-160	151-155	130-150	-	120-129	110-119	<110
НСОз		>40	-	30-39,9	20-29,9	10-19,9	-	5-9,9	<5
Кома по Глазго	-	-	-		13-15	10-12	7-9	4-6	3

Согласно шкале SAPS, больные делятся на 3 категории тяжести: легкую, среднюю и тяжелую (таблица 8).

Таблица 8

Шкала прогнозирования тяжести течения заболевания SAPS больных с острой тонкокишечной непроходимостью

Категории тяжести	Сумма баллов по шкале SAPS	Категория
Легкая	0-6	I
Средняя	7-11	II
Тяжелая	>12	III

Прогностические значения шкалы **SAPS** оцениваются по сумме набранных баллов и делятся на 3 категории тяжести: I категория - от 0-6 баллов, прогнозируемая летальность (ПЛ) менее 15%; II категория - при баллах от 7 - 11 - ПЛ менее 30%; III категория при баллах более 12 - ПЛ выше 30% (таблица 9).

Таблица 9

Прогнозируемая летальность по шкале SAPS

Категории тяжести	Сумма баллов по шкале SAPS	Прогнозируемая
Легкая (I)	0-6	Менее 15%
Средняя (II)	7-11	Менее 30%
Тяжелая (III)	>12	Выше 30%

Таким образом, больным, лечившимся на базе хирургических отделений, были проведены все современные методы диагностики. Методы хирургического лечения и послеоперационной консервативной также были разнообразными. Поэтому перед нами стояла задача из многообразия методов диагностики и лечения выбрать наиболее оптимальные.

ГЛАВА 3

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА БОЛЬНЫХ С ОТКН

Первый период наблюдения

3.1. Клиническая характеристика больных

В первом периоде наблюдалось 102 больных, находившихся на стационарном лечении с 2006 по 2009 гг.. В данный период при поступлении больных проводилась активная хирургическая тактика, при которой показания к операции ставились при малейшем подозрении на ОТКН, без четкого алгоритма действий, интраоперационно применялись различные методы декомпрессии тонкой кишки (выдаивание содержимого кишки с газом в нижележащие или вышележащие отделы ЖКТ, подвешная энтеростомия, энтеростомия, выведение концевой энтеростомы, назоинтестинальная интубация).

Проведенная нами оценка времени обращения за медицинской помощью от начала заболевания и до сроков операции от момента госпитализации показала, что половина больных 50(49,0%) поступили в первые 6 часов от момента заболевания и 52(51,0%) больных позже 6 часов (таблица 10)

Таблица 10

Сроки госпитализации с момента заболевания (первый период)

	Сроки госпитализации				Всего
	До 4 часов	До 6 часов	До 12	Более 12	
Число	16(15,7%)	34(33,3%)	29(28,4%)	23(22,6%)	102(100,0%)

При поступлении и первичном осмотре больных из анамнеза выявлено, что большинство исследованных нами в первом периоде пациентов перенесли в прошлом одну или несколько операций на органах брюшной полости по поводу различных заболеваний или повреждений органов брюшной полости или забрюшинного пространства - 84 (82,3%) больных. В большинстве случаев (55,9%) причиной ОТКН у оперированных больных в первом периоде наблюдений был спаечный процесс в брюшной полости (таблица 11).

Причины ОТКН у оперированных больных в первом периоде

Причины непроходимости	Количество больных
Спайки брюшной полости	42 (59,2%)
Ущемление штрангом	12 (16,7%)
Заворот	4 (5,6%)
Ущемленная грыжа	4 (5,6%)
Обтурация инородным телом	3 (4,1%)
Инвагинация	2 (2,8%)
Обтурация желчным камнем	2 (2,8%)
Дивертикул Меккеля	2 (2,8%)
Обтурация опухолью	1 (1,4%)
Всего	72(100%)

У 45(44,11%) больных из этой группы общее состояние было расценено как средней тяжести, 53(51,96%) больных находились в тяжелом состоянии и у 4(3,92%) больных состояние расценено крайне тяжелым. У больных тяжелое и крайне тяжелое состояние обуславливалось, главным образом выраженностью основного заболевания и выраженными сопутствующими соматическими заболеваниями, причем у этих больных имелись два и более сопутствующих заболеваний.

Сопутствующие заболевания в первом периоде нами выявлены у 33(32,4%) больных, у большинства из них - 26(78,8%) отмечалось несколько сопутствующих хронических заболеваний с тенденцией к обострению на фоне синдрома непроходимости кишечника.

Наибольшее число сопутствующих заболеваний приходится на патологию желудочно-кишечного тракта, затем следуют заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. Учитывая тот факт, что большое количество больных имело пожилой или старческий возраст, наличие сопутствующей патологии негативным образом повлияло на течение послеоперационного периода.

После проведенного первичного осмотра больных приступали к обследованию и диагностике по принятой в этом периоде лечебно-диагностической тактике.

3.1.1 Тактика ведения больных в первом периоде

Каждому больному с ОТКН проводились диагностические мероприятия, обязательно включавшие лабораторные анализы и инструментальные методы исследования, после которых решались дальнейшие этапы лечебной тактики. Принятие хирургом конкретного тактического решения при ОТКН зависело: во-первых, от правильной диагностики заболевания при поступлении и, во-вторых, от данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Показания к экстренной операции ставились при наличии одного из рентгенологических признаков кишечной непроходимости или симптомов. Экстренные операции проводились при поступлении больных, предоперационная подготовка проводилась только в случае нестабильной гемодинамики. Отсроченно-экстренно оперировались больные с нечетко выраженной клинической картиной заболевания, требующие дополнительных методов диагностики.

В первом периоде наблюдений из 102 больных с подозрением на острую тонкокишечную непроходимость диагноз был подтвержден у 72(70,6%) больных. В первые 6 часов от момента поступления в клинику оперированы 55(76,4%) пациентов. В отсутствие четкого лечебно-диагностического алгоритма действий большинства поступивших больных были оперированы сразу после поступления без тщательной предоперационной подготовки.

Диагностическая программа в первом периоде исследований включала в себя клинико-лабораторные и диагностические методы исследования. В анализах крови у большинства пациентов 74(72,5%) имелась картина воспаления - повышение количества лейкоцитов, палочко-ядерных нейтрофилов, СОЭ. За счет потерь жидкости у всех больных наблюдалась картина сгущения крови (повышение количества эритроцитов). Мочевина и креатинин были повышены у 19 пациентов (18,6%) вследствие начинающейся полиорганной недостаточности при перитоните. На рентгенограммах брюшной полости наблюдались следующие результаты: без

патологических изменений - 15 снимков (14,7%), раздутые петли тонкой кишки - 8 снимков (7,8%), единичные уровни жидкости - 49 снимков (48%), множественные уровни жидкости - 30 снимков. (29,4%). Ультразвуковое исследование сделано 73 пациентам - 71,6%. При этом получили следующие результаты: патологических изменений не было у 29 больных (39,7%), расширенные петли тонкой кишки с маятникообразной перистальтикой у 37 больных (50,7%), жидкость в брюшной полости у 44 больных (60,3%). Рентгенконтрастный метод в виде пероральной дачи взвеси сульфата бария был применен 24 больным (23,5%) при сомнении в диагнозе. В последующем на контрольной рентгенографии у 18 больных констатирована кишечная непроходимость, у 3 больных (12,5%) был замедленный пассаж бария, у 3 больных (12,5%) барий вышел полностью. Предоперационная подготовка была проведена у больных пожилого и старческого возраста, больным с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, пациентам с разлитым перитонитом и явлениями полиорганной недостаточности. Она включала в себя коррекцию водно-электролитного и белкового балансов, стабилизацию показателей гемодинамики, симптоматическую терапию в зависимости от имеющейся сопутствующей патологии. К предоперационной подготовке больных подключали реаниматологов, терапевтов и других специалистов по мере необходимости. Предоперационная подготовка проводилась в условиях реанимационного либо хирургического отделений. Длительность подготовки варьировала от 2 до 6 часов в зависимости от тяжести состояния больного. При относительно удовлетворительном состоянии больного и отсутствии симптомов полиорганной недостаточности предоперационная подготовка не проводилась из-за опасности некроза кишки и необходимости экстренного оперативного вмешательства.

3.1.2 Результаты хирургического лечения больных первого периода

В первом периоде наблюдений отмечалось многообразие оперативных вмешательств, направленных на адекватную декомпрессию тонкой кишки.

Использовались одномоментные и длительные методы декомпрессии, однако иногда хирурги ограничивались устранением причины кишечной непроходимости без декомпрессии тонкой кишки (таблица 12).

Таблица 12

Виды операций при ОТКН в I периоде

Операция	Количество больных
Адгезиолизис+назоинтестинальная интубация (НИИ)	18(25%)
Адгезиолизис с «выдаиванием»	13 (18,1%)
Резекция тонкой кишки с анастомозом	8(11,1%)
Резекция тонкой кишки с энтеростомией	9 (12,5%)
Адгезиолизис+ энтеростомия по Житнюку	11(15,3%)
Адгезиолизис, подвесная энтеростомия по Юдину	4 (5,6%)
Энтеротомия, удаление инородного тела тонкой кишки	3 (4,2%)
Дезинвагинация	3 (4,2%)
Деторзия тонкой кишки	3 (4,2%)
Всего оперировано	72(100%)

После проведенных оперативных вмешательств больным проводилась консервативная терапия, направленная на восстановление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ, нормализацию водно-электролитного и белкового равновесий, коррекцию показателей гомеостаза, борьбу с инфекцией и воспалением.

Для изучения результата проводимых оперативных вмешательств и проведенной послеоперационной терапии мы провели анализ эффективности применяемой хирургической тактики по динамике лабораторных показателей крови в данном периоде наблюдений, послеоперационным осложнениям и летальности.

Нами проведено лабораторное обследование больных, направленное на изучение состояния картины крови, отражающее восстановление водно-электролитного баланса и реакции крови на воспалительные явления организма больного по выбранным критериям, характерным для острой тонкокишечной непроходимости (таблица 13).

Из таблицы видно, что через 3 суток после операции наблюдалось некоторое улучшение анализов: лейкоцитоз отмечался у 51 (70,8%) больных, палочкоядерный нейтрофилез - у 46 (63,9%), повышение СОЭ - у 55 (76,4%),

повышение мочевины - у 7 (9,7%), повышение креатинина - у 6 (8,3%), повышение гематокрита - у 49 (68%).

Таблица 13

Изменения анализов крови после операции в динамике в первом периоде

Результаты анализов	Количество больных (n=72)	
	Через 3 суток	Через 6 суток
Лейкоцитоз	51(70,8%)	37(51,4%)
Повышение п/я нейтрофилов	46(63,9%)	32(44,4%)
Повышение СОЭ	55(76,4%)	28(38,9%)
Повышение мочевины	7(9,7%)	4(5,6%)
Повышение креатинина	6(8,3%)	3(4,1%)
Повышение гематокрита	49(68%)	12(16,7%)
Повышение К	26(36,1%)	8(11,1%)
Повышение Na	19(26,4%)	5(6,8%)

Через 6 суток после операции положительная динамика в анализах была более выраженной: лейкоцитоз был выявлен у 37 (51,4%), палочкоядерный сдвиг - у 32(44,4%), повышение СОЭ - у 28 (38,9%), повышение мочевины - у 4 (5,6%), повышение креатинина - у 3 (4,1%) пациентов.

При нормализации показателей крови больные выписывались на амбулаторное лечение и средняя длительность пребывания больных после операции в стационаре составила 19,5 + 7 суток.

Довольно большое количество послеоперационных осложнений связано, на наш взгляд, с чрезмерно высокой оперативной активностью (в отсутствии четкого алгоритма действий большинство поступивших больных были оперированы сразу после поступления), низким процентом применения назоинтестинальной интубации. Кроме того, сами операции при острой тонкокишечной непроходимости по объему и длительности зачастую были очень травматичными для больных, особенно у лиц пожилого возраста.

Для изучения характера и частоты послеоперационных осложнений и показателей летальности больные были распределены на 2 группы, исходя из методов декомпрессии тонкой кишки.

Одномоментная декомпрессия. Одномоментная декомпрессия методом «выдаивания» была применена у 13 больных. При спаечной кишечной непроходимости данный метод декомпрессии был применен у 10 больных, при обтурации инородным телом кишечника - у 3. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: кишечные свищи с последующим развитием гнойного перитонита - у 2 больных, нагноение послеоперационной раны-у 1.

Летальный исход после операций с одномоментной декомпрессией был отмечен в 1 случае - у больного после операции открылись кишечные свищи с развитием разлитого гнойного перитонита.

Длительная декомпрессия. Для длительной декомпрессии в первом периоде наблюдений применялись следующие методы: подвешная энтеростомия по Юдину произведена у 4 (5,6%) больных, из них у 3 больных по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости, при обтурации тонкой кишки инородным телом - у 1. Энтеростомия по Житнюку была выполнена у 11 (15,3%) больных, из которых по поводу спаечной кишечной непроходимости - у 8, по поводу заворота тонкой кишки - у 2, по поводу ущемленной грыжи – у 1. Концевая энтеростомия произведена у 9 (12,5%) больных, из которых по поводу спаечной непроходимости - у 8, при обтурации опухолью (лейомиома) тонкой кишки-у 1. Декомпрессия тонкой кишки с помощью назоинтестинальной интубации была выполнена у 18 (25%) пациентов по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости, причем осложнений удачных больных в послеоперационном периоде не отмечено (таблица 14).

Таблица 14

Осложнения после разных видов декомпрессии тонкой кишки в I периоде

Методы декомпрессии	Количество операций и осложнений	
	Операций	Осложнений
«Выдаивание»	13	5
Энтеростома по Житнюку	11	10
Энтеростома по Юдину	4	-
Концевая энтеростома	9	3

Назоинтестинальная	18	-
Всего	55	18(32,7%)

После различных методов декомпрессии тонкой кишки наблюдались следующие послеоперационные осложнения: кишечные свищи наблюдались у 7 больных - после энтеростомы по Житнюку (1 больной), адгезиолизиса с «выдаиванием» (4 больных), резекции тонкой кишки с анастомозом (2 больных). Нагноение послеоперационной раны встречались после концевой энтеростомии у 2 больных; после энтеростомы по Житнюку - у 3; адгезиолизиса с выдаиванием - у 1. Осложнения, не связанные с операцией на тонкой кишке, встречались у 13(18%) больных (таблица 15).

Таблица 15

Частота осложнений в первом периоде

Характер сложнений	Количество осложнений
Кишечные свищи	7(21,9%)
Нагноение послеоперационной	6(18,8%)
Гипостатическая пневмония	6(18,8%)
Гнойный эндобронхит	5(15,6%)
Несостоятельность стомы	3(9,3%)
Несостоятельность анастомоза	2(6,3%)
Язвенное кровотечение	1(3,1%)
Инфаркт миокарда	1(3,1%)
Флегмона передней брюшной	1(3,1%)
Всего:	32(100%)

Летальные исходы у больных с длительной декомпрессией тонкой кишки в первом периоде наблюдались в 11 случаях. Причиной смерти больных в трех случаях были кишечные свищи с развитием абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности, в двух случаях несостоятельность энтеростомы с развитием перитонита и сепсиса, в трех случаях гипостатическая пневмония с легочно-сердечной недостаточностью, в двух случаях - несостоятельность анастомоза с развитием перитонита и в одном случае инфаркт миокарда.

Таким образом, в первом периоде наблюдений умерло 12 больных и послеоперационная летальность составила 16,7% (таблица 16).

Структура летальности в первом периоде

Причины смерти	Количество больных
Кишечные свищи	4(5,5%)
Несостоятельность анастомоза	2(2,8%)
Несостоятельность стомы	2(2,8%)
Перитонит, сепсис	2(2,8%)
Пневмония	1(1,4%)
Инфаркт миокарда	1(1,4%)
Всего	12(16,7%)

Для выявления позитивных сторон и недостатков лечебной тактики первого периода наблюдений (2006 - 2009) мы провели ретроспективный анализ результатов лечения в данном периоде, который послужил для подтверждения целесообразности разработки и внедрения усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма при острой тонкокишечной непроходимости. На современном уровне прогнозирования течения острой тонкокишечной непроходимости наиболее универсальной системой интегральной оценки тяжести физиологического состояния больного является, на наш взгляд, шкала SAPS (Le Gall et al.). На основании данной шкалы нами и был произведен ретроспективный анализ.

При ретроспективном анализе все больные первого периода наблюдения по сумме набранных баллов по шкале SAPS были распределены по категориям тяжести физиологического состояния (таблица 17).

Таблица 17

Распределение больных первого периода наблюдений по категориям тяжести

Категории тяжести по SAPS	Морфологические формы ОТКН			Всего
	Острая тонкокишечная непроходимость без перитонита	Острая тонкокишечная непроходимость +некроз кишки	Острая тонкокишечная непроходимость + перитонит	
I	10(1)	1	-	11(1)
II	24	2	16(2)	42(2)
III	-	5(2)	14(7)	19(9)
Итого:	34(1)	8(2)	30(9)	72(12)

(...) — в скобках указано количество умерших больных

В результате ретроспективного анализа нам удалось установить, что у

11 больных с I категорией тяжести физиологического состояния, перенесших операцию, летальность составила 9% и соответствует прогнозируемой летальности в данной группе больных по шкале SAPS (1984), которая должна быть менее 15%. У 42 больных со II категорией тяжести состояния летальность составила 10,5%, прогнозируемая летальность по SAPS менее 30%. В группе 19 больных с III категорией тяжести физиологического состояния летальность составила 47,3%, при прогнозируемой летальности по SAPS - выше 30% (таблица 18).

Таблица 18

Ретроспективная оценка результатов оперативного лечения в I периоде

	Категории тяжести по SAPS		
	I	II	III
Оперировано	11(15,3%)	42(58,3%)	19(26,4%)
Число осложнений	3(4,2%)	8(11,1%)	18(25%)
Летальность	1(1,4%)	2(2,8%)	9(12,5%)

Ретроспективно можно предположить, что ввиду недооценки тяжести состояния больных имела место поспешность оперативных вмешательств без тщательной предоперационной подготовки, тогда как последняя могла снизить риск операции путем снижения категории тяжести физиологического состояния больных. По нашему мнению, если бы в первом периоде операции у больных с III категорией по шкале SAPS были сделаны после адекватной предоперационной подготовки, некоторых летальных исходов можно было избежать. Однако, в тот период наблюдения, мы не еще могли прогнозировать исход оперативного вмешательства, так как не применяли объективной оценки тяжести физиологического состояния по интегральной шкале SAPS.

Полученные нами результаты анализа клинического материала первого периода наблюдения, проведенного с использованием интегральной шкалы SAPS, и сделанные выводы послужили основанием для разработки усовершенствованной лечебно-диагностической тактики при ОТКН с целью улучшения результатов хирургического лечения больных.

Резюмируя вышесказанное, хотим подчеркнуть, что балльная оценка показаний к оперативному лечению и тяжести физиологического состояния позволила отметить негативные стороны лечебной тактики периода, когда выбор вида оперативного вмешательства регламентировался, главным образом, клинико-морфологическими критериями. Этот факт является, с нашей точки зрения, существенным недостатком применявшейся лечебной тактики, так как при этом не учитывалась в полной мере тяжесть течения заболевания и тяжесть физиологического состояния больного. Полученные нами результаты анализа клинического материала данного периода, проведенного с использованием интегральной шкалы оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS), послужили в дальнейшем основанием для разработки усовершенствованной лечебно-диагностической тактики при ОТКН.

3.2. Второй период наблюдения. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм.

Во втором периоде наблюдалось 201 больных, находившихся на стационарном лечении с 2010 по 2013 гг., при этом использовалась усовершенствованная лечебная тактика, базирующаяся на оценке тяжести физиологического состояния больных и прогнозировании тяжести течения заболевания с применением усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма.

В литературе в настоящее время не очень много данных об алгоритмах лечебно-диагностической тактики при ОТКН. Во всех случаях окончательное решение в вопросах определения тактики лечения больных с острой кишечной непроходимостью оставалось за клиницистами. Поэтому математическая и клиническая оценка вероятности острой непроходимости кишечника у больных проводились параллельно и в некоторых случаях реальная тактика не совпадала с математически рассчитанной, что не всегда было оправдано.

Для уточнения показаний к оперативному вмешательству нами была разработана математическая шкала диагностических признаков, основанная на клинических и инструментальных данных, наиболее характерных для ОТКН.

Для математического обоснования данной шкалы диагностических признаков были сделаны математические вычисления по методам статистической обработки по В.К.Кузнецову (1998) и S.A.Glantz (1999). С этой целью был рассчитан критерий Пирсона χ^2 для оценки состоятельности и достоверной значимости диагностических признаков при ОТКН на примере больных первого периода наблюдения. Размер таблицы выражается числом степеней свободы $\nu = (r-1)*(c-1)$ (формула 1), где r - число строк, c - число столбцов. В нашем случае $r=2$, $c=2$, следовательно $\nu=1$. Рассчитаем критерий Пирсона для наиболее характерных признаков ОТКН, входящих в нашу шкалу, например, для рвоты (таблица 19).

Построим таблицу ожидаемых результатов, исходя из данных таблицы 20. Примем нулевую гипотезу, что разработанный алгоритм не работает на клинической практике (таблица 20).

Таблица 19

Признак «рвота» в первом периоде

Рвота	Есть рвота	Нет рвоты	Всего
Оперировано	69	3	72
Не оперировано	19	11	30
Всего	88	14	102

Таблица 20

Нулевая гипотеза применительно к признаку «рвота»

Рвота	Есть	Нет	Всего
Оперировано	62,2*	9,8*	72
Не оперировано	25,8*	4,2*	30
Всего	88	14	102

Примечание: * - ожидаемые числа

Критерий Пирсона для рвоты равен $\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$ (формула 2), где O - наблюдаемое число в клетке таблиц сопряженности, E - ожидаемое число в той же клетке, $1/2$ - поправка Йейтса, вследствие того, что выборка дискретная, $\chi^2 = \frac{|69-62,2|-1/2|^2}{62,2} + \frac{|3-9,8|-1/2|^2}{9,8} + \frac{|19-25,8|-1/2|^2}{25,8} + \frac{|11-4,1|-1/2|^2}{4,1} = 16,32$ для $\nu = 1$.

Аналогичным образом рассчитываем критерий Пирсона (χ^2) для

остальных признаков из нашей шкалы. Асимметрия живота - $\chi^2 = 10,91$; вздутие живота - $\chi^2 = 11,25$; чаши Клойбера - $\chi^2 = 9,45$ (единичные), 6,56 (множественные); рентгенконтрастное исследование - $\chi^2 = 12,16$; УЗИ – признаки ОТКН - $\chi^2 = 17,45$. Полученные значения оказались немного меньше критического значения для 5% уровня значимости, но больше критического значения для 10% уровня значимости. Следовательно, можно утверждать, что наша нулевая гипотеза неверна и, значит, факторы (диагностические признаки), внесенные в шкалу диагностических признаков, достоверно значимы (таблица 21).

Таблица 21

Шкала диагностических признаков ОТКН

Показатели	Баллы
Рвота	Нет-1 Однократная - 2 Множократная - 3
Вздутие живота	Нет-1 Есть - 2
Асимметрия живота	Нет-1 Есть - 2
Симптомы тонкокишечной непроходимости	Нет-1 Один симптом - 2 Несколько - 3
Симптомы раздражения брюшины	Нет-1 Есть - 2
Рентгенологические уровни жидкости	Нет-1 Единичные - 2 Множественные - 3
Рентгенконтрастное исследование	Контраст проходит -1 Задержка пассажа — 2 Контраст не проходит — 3
УЗИ-признаки ОТКН	Нет-1 Сомнительные - 2 Несомненные - 3

Данная шкала является основной составляющей нашего лечебно-диагностического алгоритма.

В зависимости от суммы баллов диагностических признаков

выделены 3 группы показаний к оперативному вмешательству при острой тонкокишечной непроходимости: абсолютные, сомнительные и отсутствуют (таблица 22).

Таблица 22

Показания к оперативному лечению больных с ОТКН

Показания к оперативному лечению	Сумма баллов по шкале
Отсутствуют	8-9
Сомнительные	10-15
Абсолютные	16-21

При сумме баллов 8 - 9 показания к операции отсутствовали, больным показано амбулаторное лечение. При сумме 10 - 15 баллов - показания «сомнительные», была показана дополнительная диагностическая программа и консервативная терапия, объем которой определялся по шкале SAPS. При сумме 16 - 21 балл ставились абсолютные показания к экстренному оперативному лечению. На основании шкалы SAPS и шкалы диагностических признаков нами разработан усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм, направленный на улучшение результатов лечения больных с острой тонкокишечной непроходимостью и являющийся ключевым моментом в нашем исследовании. Пациентам, поступившим с подозрением на ОТКН, проводилась диагностическая программа с оценкой по шкале диагностических признаков и шкале SAPS. В результате этой оценки больные делились на 3 группы - с сомнительными, абсолютными показаниями и группа с отсутствием показаний к операции. Больным с I категорией тяжести по SAPS и абсолютными показаниями к операции при поступлении производилась тотчас экстренная операция. Больным со II и III категориями тяжести и абсолютными показаниями к операции экстренное оперативное вмешательство производилось после 2-х или 6-часовой подготовки в хирургическом или реанимационном отделениях соответственно. Пациентам с сомнительными показаниями в зависимости от категории тяжести по SAPS проводилась дополнительная 6- часовая диагностическая программа, параллельно которой пациенты получали

интенсивную терапию. Причем у больных I категории по SAPS интенсивная терапия не проводилась, а пациентам II и III категорий интенсивная терапия проводилась в хирургическом либо реанимационном отделениях соответственно. Через 6 часов проводилось повторное тестирование по шкале диагностических признаков и шкале SAPS. После данного тестирования окончательно ставили показания к операции или отвергали диагноз ОТКН.

3.2.1 Клиническая характеристика больных

Вторую группу (основную) составили 201 больных, прошедших лечение с 2010 по 2013 годы. В этот период применялась усовершенствованная тактика лечения больных с острой тонкокишечной непроходимостью, основанная на применении лечебно-диагностического алгоритма. Мужчин было 106(52,7%), женщин - 95(47,3%). Соотношение числа мужчин и женщин примерно 1:1.

Возраст больных - от 15 до 85 лет. Основной контингент больных составляют пациенты трудоспособного возраста - от 20 до 50 лет (таблица 23).

Таблица 23

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	Мужчины	Женщины	Оба пола
До 20 лет	11(10,4%)	5(5,3%)	16(7,9%)
21-30 лет	20(18,7%)	22(23,2%)	42(20,8%)
31-40 лет	31(29,2%)	19(20%)	50(24,9%)
41 - 50 лет	23(21,8%)	28(29,5%)	51(25,4%)
51-60 лет	13(12,4%)	12(12,6%)	25(12,5%)
Старше 60 лет	8(7,5%)	9(9,4%)	17(8,5%)
Всего	106(100%)	95(100%)	201(100%)

Лечебно-диагностический алгоритм у больных с ОТКН, усовершенствованный в нашей клинике и применявшийся во втором периоде наблюдений, состоит из двух основных составляющих: интегральной шкалы оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS) и шкалы диагностических признаков.

Во втором периоде при госпитализации больных проводился комплекс лабораторно-инструментальных методов исследований для получения объективной информации о степени интоксикации и органной

недостаточности. Полученные данные использовались для характеристики физиологического состояния больных и прогнозирования течения заболевания на основе использования интегральной шкалы SAPS.

Лечебно-диагностический алгоритм существенно повлиял на тактику лечения больных с острой тонкокишечной непроходимостью и явился ключевым моментом в нашем исследовании. В зависимости от ряда показателей, больные делились на тех, кому операция необходима немедленно, то есть в первые часы после поступления в стационар, и тех, кому операцию можно было отложить для уточнения диагноза, дополнительного обследования и динамического наблюдения.

При поступлении в стационар нами выявлена следующая тенденция: большинство больных - 119(59,2%) поступили в первые 24 часа от момента заболевания, 48 больных (23,9%) поступили позднее 48 часов от начала заболевания (таблица 24).

Таблица 24

Сроки госпитализации больных от начала заболевания

	Сроки госпитализации				Всего больных
	До 12 час	12-24 час	24 - 48час	Более 48 час	
Число	79	40 (19,9%)	34 (16,9%)	48 (23,9%)	201(100,0%)

3.2.2. Диагностическая программа.

Диагностическая программа во втором периоде исследований включала в себя все основные методы, применявшиеся в нашей клинике: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, группа крови, ЭКГ, рентгенография брюшной полости и грудной клетки, УЗИ брюшной полости, при показаниях - ФЭГДС, колоноскопия, ирригоскопия. В анализах крови у большинства пациентов - 74 (72,5%) наблюдалась картина воспаления - повышение количества лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов, СОЭ. За счет потери больными жидкости имелась картина сгущения крови (повышение количества эритроцитов) в 45 случаях (44,1%). Мочевина и креатинин были

повышены у 15 пациентов (7,5%) вследствие начинающейся полиорганной недостаточности при разлитом перитоните. На рентгенограммах брюшной полости наблюдались следующие результаты: без патологических изменений - 29-снимков (14,4%), раздутые петли тонкой кишки - 17 снимков (8,5%), единичные уровни жидкости - 91 снимок (45,3%), множественные уровни жидкости - 63 снимка (31,3%). На ультразвуковом исследовании у 173 пациентов было выявлено следующее: без патологических изменений - 57 больных (32,9%), расширенные петли тонкой кишки с маятникообразной перистальтикой - 97 больных (56,1%), жидкость в брюшной полости - 89 больных (51,4%). Рентгенконтрастный метод в виде пероральной дачи взвеси сульфата бария применялся у 63 больных (31,3%) в сомнительных случаях. Из них у 23 больных (36,5%) барий не проходил, у 5 больных (7,9%) был замедленный пассаж бария, у 35 больных (55,6%) барий вышел полностью.

Сопутствующие заболевания во втором периоде нами выявлены у 76(37,8%) больных, у большинства из них 58(28,9%) отмечалось несколько сопутствующих хронических заболеваний с тенденцией к обострению на фоне синдрома непроходимости тонкой кишки.

Всего во втором периоде нами было обнаружено 139 сопутствующих заболеваний у 76 больных. Среди сопутствующей патологии наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта у 39; сердечно-сосудистой системы - у 38; мочевыделительной системы - у 14 больных.

Оценку тяжести физиологического состояния больных с острой тонкокишечной непроходимостью (ОТКН) проводили по интегральной шкале SAPS. 67(33,3%) больных были отнесены к I категории тяжести; 74(36,8%) – ко II; 60(29,9%) - к III (таблица 25).

Таблица 25

Распределение больных по категориям тяжести (SAPS) во 2-м периоде	
Категория тяжести по SAPS	Количество больных
I	67(33,3%)

II	74(36,8%)
III	60(29,9%)
Итого	201(100%)

3.2.3. Результаты лечебной тактики ОТКН.

Выбор тактики лечения больного с ОТКН решался с момента постановки клинического диагноза и подтверждения его инструментальными методами. На основе алгоритма хирургической тактики и балльной оценки тяжести физиологического состояния мы проводили дифференцированный подход к объему и режиму интенсивной предоперационной подготовки, решали последовательность и срочность оперативного вмешательства.

Во втором периоде при госпитализации больных проводился комплекс лабораторно-инструментальных методов исследований для получения объективной информации о степени интоксикации и органной недостаточности. Полученные данные использовались для характеристики физиологического состояния больных и прогнозирования течения заболевания на основе использования интегральной шкалы SAPS.

Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале SAPS. Согласно этой шкале,- больные - делились на 3 категории по тяжести физиологического состояния: 1 - легкая, 2 - средняя, 3 - тяжелая. Исходя из категории тяжести, прогнозировали возможную летальность в каждой категории и предпринимали соответствующую программу действий.

С помощью интегральной шкалы оценки тяжести физиологического состояния больного (SAPS) устанавливалась возможность экстренной хирургической операции. Таким образом, без предварительной предоперационной подготовки могли быть оперированы 67(33,3%) больных с I категорией тяжести. Необходимость непродолжительной двухчасовой предоперационной интенсивной терапии диктовалась у 74(36,8%) больных со II категорией. Более тщательная и продолжительная предоперационная коррекция нарушений гомеостаза - до 6 часов интенсивной терапии в отделении реанимации и интенсивной терапии с

целью коррекции функциональных нарушений организма, требовалась у 60(29,9%) больных с III категорией.

Согласно шкале диагностических признаков, больные после первичного обследования были разделены на 2 группы по показаниям к операции - сомнительные (105) и абсолютные (96). Больные с абсолютными показаниями, в свою очередь, подразделены на 3 категории по шкале SAPS: I категория - 12 больных (оперированы сразу), II категория - 45 (оперированы после 2-часовой подготовки), III категория - 39 больных (предоперационная подготовка до 6 часов в отделении реанимации) (таблица 26).

Таблица 26

Хирургическая тактика у больных с абсолютными показаниями в зависимости от категории тяжести (SAPS)

Показания	Категория тяжести (SAPS)	При		Через 2 часа		Через 6 часов		Всего
		Не оперировано	Оперировано	Не оперировано	оперировано	Не оперировано	Оперировано	
Абс	I	-	12(1)	-	-	-	-	96
	II	-	-	-	45(4)	-	-	
	III	-	-	-	-	-	39(4)	
Итого		-	12(1)	-	45(4)	-	39(4)	

Примечание: (...) - в скобках указано количество умерших больных.

Предоперационная подготовка в условиях реанимационного отделения включала в себя мониторинг основных витальных функций организма - контроль за дыхательной и сердечной деятельностью, клинико-лабораторные исследования, контроль диуреза, динамическое измерение центрального венозного давления, насыщения крови кислородом (сатурация), а также интенсивную консервативную терапию, направленную на стабилизацию состояния больных.

Больные с «сомнительными показаниями» также были разделены на 3 категории по SAPS. Всем больным с сомнительными показаниями проводилась дополнительная 6-часовая диагностическая программа, включавшая в себя дачу бария для пассажа по желудочно-кишечному

тракту, контрольное УЗИ, колоноскопию, ирригоскопию, ФЭГДС и др. Одновременно с диагностической программой у 29 больных со II категорией тяжести проводилась интенсивная терапия в палате хирургического отделения в течение 2 часов. У 21 больного с III категорией тяжести дополнительная диагностика и интенсивная терапия проводились в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение 6 часов. Согласно прогнозу больным с I категорией тяжести интенсивная терапия не была показана и не проводилась. У группы пациентов с «сомнительными показаниями» проводились активное динамическое наблюдение и одновременно интенсивная многокомпонентная консервативная терапия, направленная на возможное разрешение кишечной непроходимости без оперативного вмешательства. Инфузионная терапия проводилась в объеме до 2 литров (растворы электролитов, глюкозо-калиевая смесь, раствор бикарбоната натрия, реополиглюкин). Спазмолитики вводили внутримышечно и внутривенно (но-шпа, папаверин, баралгин). Очистительные клизмы проводились всем пациентам.

После проведенной терапии и параллельного динамического наблюдения с дополнительной шестичасовой диагностической программой больным с «сомнительными» показаниями (105 больных) производилось повторное тестирование по шкале диагностических признаков и шкале SAPS.

После повторного диагностического тестирования у 6 больных с I категорией, у 8 больных со II категорией, у 9 больных с III категорией были выставлены абсолютные показания к операции с диагнозом «острая тонкокишечная непроходимость» и они были прооперированы (таблица 27).

Таблица 27

Хирургическая тактика у больных с сомнительными показаниями в зависимости от категории тяжести (SAPS)

Показания	Категория тяжести (SAPS)	При поступлении		Через 6 часов		Всего
		Не оперировано	Оперировано	Не оперировано	Оперировано	
Сомнительные	I	55	-	73	6	105
	II	29	-	6	8	
	III	21	-	3	9(1)	
Итого		105	-	82	23(1)	

Примечание: (...) - в скобках указано количество умерших больных

У 82 больных в результате повторного тестирования по шкале диагностических признаков показания к операции были отвергнуты. Из них у 9 больных со II и III категорией тяжести проводилась дальнейшая диагностика и уточнение диагноза в условиях стационара. На амбулаторное обследование и лечение были выписаны 73 больных с I категорией тяжести. Таким образом, в результате внедрения и применения на практике шкалы диагностических признаков у 82(40,8%) пациентов после дополнительной диагностической программы и динамического наблюдения мы отказались от оперативного вмешательства (таблица 28).

Таблица 28

Хирургическая тактика у больных с отсутствием показаний в зависимости от категории тяжести (SAPS)

Показания	Категория тяжести (SAPS)	Через 6 часов		Всего
		Стационарное лечение и обследование	Амбулаторное лечение и обследование	
Отсутствуют	I	-	73	82
	II	7	-	
	III	2	-	
Итого		9	73	

Прооперированы во втором периоде 119 пациентов (59,2%). Ко всем поступившим больным во втором периоде наблюдений применялся усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм.

Основной причиной в возникновении ОТКН у прооперированных больных во втором периоде нашего исследования являлись спайки брюшной полости 101(85,4%). В подавляющем большинстве случаев спайки образовывались после перенесенных ранее хирургических вмешательств на органах брюшной полости у 83(82,2%) больных, в меньшей степени - в результате перенесенных острых или хронических заболеваний - у 8(7,9%) больных, травм брюшной полости – у 10(9,9%) (таблица 29).

Таблица 29

Причины ОТКН во втором периоде

Причины непроходимости	Количество больных
Спайки брюшной полости	89 (74,7%)
Ущемление штрангом	12 (10,1%)
Заворот	4 (3,4%)
Ущемленная грыжа	4 (3,4%)
Обтурация инородным телом	3 (2,5%)
Инвагинация	2 (1,7%)
Обтурация желчным камнем	2 (1,7%)
Дивертикул Меккеля	2(1,7%)
Обтурация опухолью	1 (0,8%)
Всего	119(100%)

Адгезиолизис, назоинтестинальная интубация (НИИ). Данный вид операций был произведен абсолютному большинству больных во втором периоде нашего исследования (основная группа) - 83(69,7%) пациентам из 119. Так как у большинства прооперированных во втором периоде больных -104(87,4%) в анамнезе были операции на брюшной полости, основным этапом было рассечение спаек. Спайки в большинстве случаев были эластичными, легко поддающимися разделению. Такие спайки мы разделяли комбинированно - тупым и острым путями (полостными ножницами). Однако, у некоторых больных, перенесших в прошлом операцию по поводу разлитого гнойного перитонита, или несколько операций, спайки имели рубцовый характер. Такие спайки тупому разделению не поддавались, даже разъединение острым путем было сопряжено с большими техническими

сложностями. В подобных случаях от хирурга требовалась аккуратность, бережное отношение к органам, поскольку при малейшем неверном движении могли произойти десерозации кишки или вскрытие ее просвета, что в дальнейшем могло привести к образованию кишечных свищей с вытекающими отсюда последствиями. При операциях по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости мы старались добиться полного освобождения тонкой кишки из спаечного процесса. После окончания адгезиолизиса проводилась блокада корня брыжейки 100 мл 0,25%-го раствора новокаина (при отсутствии непереносимости новокаина). Операции, как правило, заканчивались назоинтестинальной интубацией тонкой кишки стандартным полихлорвиниловым зондом диаметром 0,8 см и длиной 3 метра с множеством отверстий и оливой на конце, санацией брюшной полости 0,02% водным раствором хлоргексидина. Объем антисептического раствора зависел от характера выпота в брюшной полости, его количества, степени запущенности гнойного или калового перитонита и составлял от 4 до 15 литров.

Определяя сроки назоинтестинальной интубации, мы исходили из задач, предъявляемых к этому методу лечения:

1. Декомпрессия и опорожнение перерастянутых петель кишки от жидкого содержимого и газов;
2. Профилактика пареза кишечника в послеоперационном периоде;
3. Чреззондовая энтеральная коррекция интестинальной среды;
4. Создание "каркаса" для тонкой кишки с целью предупреждения рецидивов спаечной непроходимости;
5. Проведение чреззондового энтерального питания.

Достоверной разницы в количестве отделяемого по зонду у больных со странгуляционной и обтурационной формами ОТКН не выявлено, что косвенно может служить подтверждением единства патогенеза синдрома ОТКН независимо от причин, его вызвавших. Оптимальным для решения всех задач послеоперационного периода является интубация на срок не более 5 суток. Резекцию тонкой кишки с выведением концевой энтеростомы во

втором периоде мы произвели 8(6,7%) больным по поводу некроза дистальных отделов подвздошной кишки, у 2(1,7%) больных с кишечными свищами дистальных отделов подвздошной кишки, а также у 1(0,8%) больного с несостоятельностью анастомоза, также находящегося близко от илеоцекального угла. При странгуляционной тонкокишечной непроходимости мы резецировали некротизированный участок кишки тступя 20 см дистально и 40 см проксимально от границ некроза. При этом обращали внимание на состояние слизистой оболочки кишки на остающихся концах кишки, если она была розового цвета с подсачиванием алой крови, то этот конец кишки признавался жизнеспособным и пригодным для наложения межкишечного анастомоза. Если слизистая, была темно-багрового или багрово-черного цвета с подтеканием темной крови, данный конец кишки подвергался дополнительной резекции.

Во втором периоде наблюдений для декомпрессии тонкой кишки у 105(88,2%) больных, то есть у абсолютного большинства, проводилась декомпрессия желудочно-кишечного тракта с помощью назоинтестинальной интубации зондом Каншина (таблица 30).

Таблица 30

Виды операций при ОТКН во 2-м периоде (2010-2013г.г.)

Операция	Категория тяжести		
	I	II	III
Адгезиолизис+назоинтестинальная интубация	13	33	37
Резекция тонкой кишки с анастомозом + назоинтестинальная интубация	2	7	5
Резекция тонкой кишки с Энтеростомией	-	7	4
Энтеротомия, удаление инородного тела тонкой кишки + назоинтестинальная интубация	-	2	1
Дезинвагинация + назоинтестинальная	1	1	-
Деторзия тонкой кишки + назоинтестинальная интубация	2	1	-
Адгезиолизис без декомпрессии	-	2	1
Всего операций	18	53	48

В послеоперационном периоде всем больным проводилась интенсивная

терапия в условиях реанимационного, а в последующем хирургического отделений. В послеоперационном периоде больным назначали следующее лечение:

- Антибиотики широкого спектра действия. После бактериологического исследования экссудата - по результатам бактериального исследования на чувствительность.
- Адекватную анальгезию, включающую в себя наркотические и ненаркотические обезболивающие средства.
- Инфузионную терапию, направленную на коррекцию водно-электролитного, кислотно-щелочного, белкового баланса.
- Энтеросорбцию и энтеральное питание через назоинтестинальный зонду ряда больных.
- Препараты, стимулирующие моторику кишечника (прозерин, убретид, церукал, глюкозо-калиевую смесь), а также физиотерапевтические процедуры (токи Бернара), очистительные клизмы.
- Скорейшую активизацию больных - в 1-е сутки усаживание в постели, перкуссионный массаж, дыхательную гимнастику, на 2 - 3-е сутки рекомендовали вставание с постели, ходьбу.

В послеоперационном периоде больным для стимуляции моторики кишечника в первые 3 суток назначали прозерин внутримышечно по схеме: 0,5 мл - 0,5 мл - 1,0 мл через интервалы по 15 минут с последующей очистительной клизмой - 3 раза в день; при отсутствии эффекта применяли убретид по 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки с 3-кратной очистительной клизмой. Также для стимуляции кишечника применяли физиотерапию (токи Бернара). При наличии нарушений со стороны других органов и систем проводилась параллельная корригирующая терапия с привлечением различных специалистов. Широкое интраоперационное применение назоинтестинальной интубации во втором периоде с отказом от открытых методов декомпрессии привело к улучшению результатов операций, облегчило течение послеоперационного периода, позволило снизить

количество осложнений и летальность. Назоинтестинальный зонд мы старались удалить в течение ближайших 5 суток после операции. При назоинтестинальной интубации в нашей основной группе больных мы наблюдали минимальное количество осложнений, обычно больные хорошо переносили наличие зонда в ротоглотке, зонд хорошо выполнял свою дренажную функцию. Однако, у некоторых больных, в основном пациентов пожилого и старческого возрастов при наличии сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, отмечался дискомфорт в области стояния зонда, затруднение дыхания, тошнота, икота, иногда рвота. У таких больных мы считали целесообразным скорейшее удаление зонда (на 2-е сутки).

Нами проведен анализ крови больных с ОТКН во втором периоде (таблица 31).

Таблица 31

Динамика анализов крови больных с ОТКН во втором периоде

Результаты анализов	Количество больных	
	Через 3 суток	Через 6 суток
Лейкоцитоз	84(70,6%)	46(38,7%)
Повышение п/я нейтрофилов	71(59,7%)	41(34,5%)
Повышение СОЭ	85(71,4%)	35(29,4%)
Повышение мочевины	11(9,2%)	5(4,2%)
Повышение креатинина	9(7,6%)	4(3,4%)
Повышение гематокрита	81(68,1%)	14(11,8%)
Повышение К	44(36,9%)	9(7,6%)
Повышение Na	29(24,4%)	6(5,1%)

Во втором периоде нами также было проведено наблюдение за динамикой анализов крови пациентов через 3 суток после операции и через 6 суток после операции. Через 3 суток после операции лейкоцитоз отмечался у 84(70,6%) прооперированных больных, палочкоядерный нейтрофилез - у 71(59,7%), повышение СОЭ - у 85(71,4%), повышение мочевины - у 11(9,2%), повышение креатинина - у 9(7,6%). Через 6 суток после операции лейкоцитоз был выявлен у 46(38,7%), палочкоядерный сдвиг - у 41(34,5%), повышение

СОЭ - у 35(29,4%), повышение мочевины - у 5(4,2%), повышение креатинина - у 4(3,4%) пациентов. В результате применения алгоритма хирургической тактики отмечена положительная динамика улучшения анализов. Через 6 суток после операции во 2 периоде наблюдений показатели анализов крови оказались несколько лучше, чем в те же сроки в 1 периоде

3.2.4. Результаты лечебной тактики второго периода.

Анализ эффективности выбранной тактики, основанной на оценке тяжести физиологического состояния больного и шкалы показаний к операции, применении современных технологий оперативного лечения показал, что во втором периоде наблюдается значительное улучшение результатов хирургического лечения больных с ОТКН. Улучшение выражается в первую очередь в снижении количества послеоперационных осложнений и летальности, уменьшении сроков стационарного лечения.

Во втором периоде наблюдений в раннем послеоперационном периоде наблюдалось значительно меньше осложнений: несостоятельность стомы - у 2 больных (8,3%), кишечные свищи - у 4 больных (16,7%), нагноение послеоперационной раны - у 4 больных (16,7%), флегмона передней брюшной стенки - у 1 больного (4,2%), несостоятельность анастомоза - у 1 больного (4,2%), гипостатическая пневмония - у 7 больных (29,2%), тромбоэмболия легочной артерии - у 1(4,2%), инфаркт миокарда - у 3(12,5%). Таким образом, осложнения после операции во втором периоде исследований имели место у 21(17,6%) больных (таблица 32).

Таблица 32

Частота послеоперационных осложнений во втором периоде

Виды осложнений	Количество осложнений
Гипостатическая пневмония	6(5,1%)
Кишечные свищи	4(3,4%)
Инфаркт миокарда	2(1,7%)
Несостоятельность стомы	2(1,7%)
Несостоятельность анастомоза	1(0,8%)
Тромбоэмболия легочной артерии	1(0,8%)
Гнойный эндобронхит	1(0,8%)
Всего осложнений	17(14,3%)

Послеоперационные осложнения во втором периоде наблюдений встречались реже, чем в первом периоде. Это связано с внедрением в практику алгоритма хирургической тактики, как до операции, так и во время операции. Усовершенствованная хирургическая тактика позволила прооперировать в первую очередь именно тех больных, которые действительно нуждались в оперативном вмешательстве, и избежать поспешных операций у больных с сомнительными показаниями.

Летальные исходы во втором периоде были констатированы у 10 пациентов (4,9%). Смерть наступила от следующих причин: несостоятельность анастомоза с развитием перитонита - у 1 больного, кишечные свищи с развитием перитонита - у 3 больных, несостоятельность стомы - у 2 больных, инфаркт миокарда - у 1 больного, гипостатическая пневмония с легочно-сердечной недостаточностью - у 1 больного, терминальная стадия перитонита с полиорганной недостаточностью (позднее обращение) - у 2 больных.

Средняя длительность пребывания больных после операции в стационаре составила 14,5 суток.

Резюмируя вышеизложенное, еще раз подчеркнем, что благодаря внедрению в клиническую практику алгоритма хирургической тактики, оценки тяжести физиологического состояния и системы прогнозирования течения заболевания, нами была усовершенствована тактика лечения больных с ОТКН. Она заключалась в дифференцированном подходе к постановке показаний к операции, объему и продолжительности предоперационной интенсивной подготовки, срокам оперативного лечения. Благодаря этому подходу нам удалось избежать неоправданных экстренных операций у больных с сомнительными показаниями и, тем самым, увеличить процент выполнения радикальных по объему операций, адекватных характеру заболевания. Во втором периоде наблюдений удалось значительно снизить процент послеоперационных осложнений до 14,3% и послеоперационную летальность до 8,4% по сравнению с первым периодом.

ГЛАВА 4.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПЕРИОДОВ НАБЛЮДЕНИЙ

4.1 Характеристика клинического материала по периодам наблюдений

Проведена сравнительная оценка результатов хирургического лечения больных с ОТКН первого и второго периодов наблюдений. Для более достоверного сравнения проведена характеристика клинического материала по основным клиническим параметрам: пол и возраст, этиологические факторы, сроки госпитализации с начала заболевания, сопутствующие заболевания.

При сравнительном анализе больных по полу и возрасту - мужчины и женщины распределились примерно поровну: в первом периоде мужчин было 54(52,9%), женщин - 48(47,1%). Во втором периоде мужчин было 103(51,2%), женщин - 98(48,8%). Большинство оперированных больных были в возрасте от 20 до 50 лет. В обоих периодах особых отличий по возрастному и половому составу не наблюдается (таблица 33).

Таблица 33

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	Мужчины		Женщины	
	Первый	Второй	Первый	Второй период
До 20 лет	6(5,9%)	8(3,9%)	2(1,95%)	8(3,9%)
21-30 лет	9(8,8%)	22(10,9%)	12(11,8%)	20(9,9%)
31 -40 лет	16(15,7%)	26(12,9%)	9(8,8%)	24(11,9%)
41 -50 лет	12(11,8%)	26(12,9%)	13(12,75%)	25(12,4%)
51 - 60 лет	7(6,9%)	13(6,5%)	7(7,8%)	12(5,9%)
Старше 60 лет	4(3,9%)	8(3,9%)	5(4,9%)	9(4,5%)
Всего:	54(52,9%)	103(51,2%)	48(47,1%)	98(48,8%)

Диагностическая программа для больных обеих групп исследования была практически идентичной. Всем пациентам проводили клинико-лабораторные и диагностические методы исследования. Однако, с введением в практику нашего алгоритма, дополнительным диагностическим мероприятиям стали уделять более пристальное внимание. Они направлены на уменьшение процента «напрасных» операций, повышение качества

хирургической помощи. Разработанный алгоритм позволяет более дифференцированно и профессионально подойти к каждому пациенту в отдельности, отойти от чрезмерно активной, шаблонной хирургической тактики, которая зачастую приводит к печальным последствиям.

При сравнительной оценке данных анамнеза, основным этиологическим фактором в обеих группах являлся спаечный процесс в брюшной полости у 85(83,8%) больных в первом периоде и у 171(85,4%) - во втором периоде (таблица 34).

Таблица 34

Причины ОТКН у оперированных больных

Причины непроходимости	Количество больных	
	Первый период	Второй период
Спайки брюшной полости	42 (58,2%)	89 (74,7%)
Ущемление штрангом	12 (16,6%)	12 (10,1%)
Заворот	4 (5,6%)	4 (3,4%)
Ущемленная грыжа	4 (5,6%)	4 (3,4%)
Обтурация инородным телом	3 (4,2%)	3 (2,5%)
Инвагинация	2 (2,8%)	2(1,7%)
Обтурация желчным камнем	2 (2,8%)	2(1,7%)
Дивертикул Меккеля	2 (2,8%)	2(1,7%)
Обтурация опухолью	1 (1,4%)	1 (0,8%)
Всего	72 (100%)	119(100%)

Проведенная нами оценка времени обращения за медицинской помощью от начала заболевания до госпитализации показала, что в первом периоде большинство больных - 63(61,7%) обратились за медицинской помощью через 12 - 48 часов с начала заболевания, а во втором периоде большинство - 119 (59,2%) обратились в первые 24 часа после начала заболевания (таблица 35).

Таблица 35

Сроки госпитализации больных ОТКН от начала заболевания

Сроки госпитализации	Количество наблюдений	
	Первый период	Второй период
До 12 часов	16(15,7%)	79 (39,3%)
12-24 часа	34(33,3%)	40 (19,9%)
24-48 часов	29(28,4%)	34 (16,9%)
Св.48 часов	23(22,5%)	48 (23,9%)
Всего	102(100,0%)	201(100%)

В сравниваемых периодах выявлены различные сопутствующие заболевания, которые иногда сочетались в различных вариациях у одного больного. Наибольшее количество соматических заболеваний со стороны сердечно-сосудистой, легочной и мочевыделительной систем отмечены у больных старше 55 лет, а заболевания со стороны печени, желудка, внепеченочных желчных протоков отмечены у больных в возрасте от 30 до 55 лет (таблица 36).

Таблица 36

Частота выявляемое сопутствующих заболеваний

Сопутствующие заболевания	Первый период (n=102)	Второй период (n=201)
Желчнокаменная болезнь	11(10,8%)	21 (10,4%)
Хронический гастрит	9(8,8%)	18(8,9%)
Атеросклероз	7(6,9%)	15 (7,5%)
Хронический пиелонефрит	7(6,9%)	14 (6,9%)
Ишемическая болезнь сердца	6(5,9%)	12 (5,9%)
Гипертоническая болезнь	6(5,9%)	11(5,5%)
Колоноптоз	5(4,9%)	9 (4,5%)
Мочекаменная болезнь	4(3,9%)	8 (3,9%)
Хронический панкреатит	4(3,9%)	8 (3,9%)
Язвенная болезнь	4(3,9%)	7 (3,5%)
Хронический бронхит	3(2,9%)	5 (2,5%)
Сахарный диабет	2(1,96%)	4(1,9%)
Ревматизм	2(1,96%)	3 (1,5%)
Ожирение	1(0,98%)	2 (0,9%)
Бронхиальная астма	1(0,98%)	2 (0,9%)

Как видно из общей клинической характеристики, больные в сравниваемых периодах однотипны, что может служить для точного сравнения результатов хирургического лечения больных с ОТКН в зависимости от применяемой тактики.

4.2. Сравнительный анализ лечебной тактики первого и второго периодов наблюдений

Показания к экстренной операции в обоих периодах ставились на основании клиники разлитого перитонита и проводились в первые часы с момента поступления. Однако в отношении тактики у больных без явлений

перитонита между первым и вторым периодами имеется существенная разница. С разработкой и введением в практику усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма подход к больным с подозрением на непроходимость тонкой кишки изменился. В первом периоде оперировано 72(70,6%) больных, во втором - 119(59,2%). Данный факт говорит о том, что во втором периоде превалирует активно-выжидательная тактика при острой тонкокишечной непроходимости, применяется более дифференцированный подход к каждому отдельному пациенту. При поступлении в зависимости от результатов подсчета баллов по шкале показаний мы делили больных на 3 категории. К каждой категории применялась отдельная лечебная тактика. В первом периоде больные делились на 2 группы - больные, у которых имеется явная картина острой тонкокишечной непроходимости, и больные, у которых данной картины нет. Соответственно, одним была сделана экстренная операция, другим - назначено консервативное лечение с динамическим наблюдением. Однако, в отсутствии диагностического алгоритма, в случае неизменявшегося в динамике клинического состояния больного мы склонялись к оперативному лечению. Деление больных в первом периоде наблюдений на две группы было основано лишь на клинических, лабораторно-инструментальных данных без их математической интерпретации.

В период с 2006 по 2009 гг. мы придерживались активной хирургической тактики, при малейшем подозрении на острую тонкокишечную непроходимость сомнения были в пользу операции. Например, при наличии нескольких клинических симптомов, 1-2 уровней жидкости на рентгенограмме и незначительном метеоризме на УЗИ мы ставили показания к операции. В то же время у больного в анамнезе могло быть несколько операций на брюшной полости, и с большой долей вероятности можно было утверждать, что у него имеется обширный рубцово-спаечный процесс, и операция может продлиться несколько часов, что для больных с тяжелым состоянием крайне небезопасно. К тому же, при рассечении рубцово-спаечных сращений часто происходит десерозация и даже вскрытие просвета кишки с инфицированием брюшной

полости. Таким образом, операция при обширном спаечном процессе является серьезной травмой, для организма и требует чрезвычайно взвешенного подхода. По нашему представлению, в таких случаях лучше воздержаться от поспешных действий и постараться разрешить непроходимость консервативными мерами.

Во втором периоде после разработки алгоритма хирургической тактики мы делили поступивших больных на 3 категории: 1) больные, не нуждающиеся в оперативном лечении; 2) больные, которым необходимо динамическое наблюдение с повторным подсчетом баллов по шкале показаний; 3) больные с абсолютными показаниями к операции. Алгоритм хирургической тактики, разработанный в нашей клинике, состоит из двух основных составляющих: шкалы диагностических признаков и интегральной шкалы прогнозирования тяжести течения заболевания (SAPS). Учет данных проводился при поступлении больного и после 6 часов интенсивной терапии, оценка тяжести состояния и прогнозирование течения заболевания проводили по интегральной шкале SAPS. Прогностические значения шкалы SAPS оценивались по сумме набранных баллов и делились на 3 категории тяжести: I категория - от 0-6 баллов, прогнозируемая летальность (ПЛ) менее 15%; II категория - при баллах от 7 - 11 - ПЛ менее 30%; III категория при баллах более 12 - ПЛ выше 30%.

Для оценки ближайших результатов лечения больных с острой тонкокишечной непроходимостью в обеих группах мы провели сравнение по динамике анализов крови, послеоперационным осложнениям и летальности (таблица 37).

Из данной таблицы видно, что в первом периоде при отсутствии алгоритма хирургической тактики улучшение анализов крови после операции происходило медленнее, чем во втором, где при использовании алгоритма положительная динамика в анализах происходила значительно быстрее.

Таблица 37

Сравнение динамики анализов крови у оперированных больных в первом и втором периодах наблюдений

Результаты анализов	Количество больных в I периоде (n=72)		Количество больных во II периоде (n=119)	
	Через 3	Через 6	Через 3	Через 6
Лейкоцитоз	51(70,8%)	37(51,4%)	84(70,6%)	46(38,7%)
Повышение п/я нейтрофилов	46(63,9%)	32(44,4%)	71(59,7%)	41(34,5%)
Повышение СОЭ	55(76,4%)	28(38,9%)	85(71,4%)	35(29,4%)
Повышение мочевины	7(9,7%)	4(5,6%)	11(9,2%)	5(4,2%)
Повышение	6(8,3%)	3(4,1%)	9(7,6%)	4(3,4%)
Повышение	49(68%)	12(16,7%)	81(68,1%)	14(11,8%)
Повышение К	26(36,1%)	8(11,1%)	44(36,9%)	9(7,6%)
Повышение Na	19(26,4%)	5(6,8%)	29(24,4%)	6(5,1%)

Особенно ощутима разница в показателях крови через 6 суток после операции. В первой и второй группах после операции в раннем послеоперационном периоде наблюдались различные осложнения, представленные в таблице 38.

Таблица 38

Ранние послеоперационные осложнения у больных с ОТКН

Осложнения	Количество осложнений (N)	
	I период (N = 72)	II период (N = 119)
Кишечные свищи	7(9,7%)	4(3,4%)
Нагноение послеоперационной	6(8,3%)	-
Гипостатическая пневмония	6(8,3%)	6(5,1%)
Гнойный эндобронхит	5(6,9%)	1(0,8%)
Несостоятельность стомы	3(4,1%)	2(1,7%)
Несостоятельность анастомоза	2(2,8%)	1(0,8%)
Язвенное кровотечение	1(1,4%)	-
Инфаркт миокарда	1(1,4%)	2(1,7%)
Флегмона передней брюшной	1(1,4%)	-
Тромбоэмболия легочной артерии	-	1(0,8%)
Итого	32(44,4%)	17(14,3%)

Из приведенной таблицы следует, что различная тактика в первом и втором периодах повлияла на количество и характер послеоперационных осложнений.

По нашему мнению, серьезные осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных в первом периоде наблюдений, возникали ввиду чрезмерно высокой хирургической активности по отношению к больным с сомнительными показаниями к операции. При отсутствии четкого алгоритма хирургической тактики большинство больных были оперированы

непосредственно после поступления. Ввиду отсутствия объективной оценки тяжести состояния (SAPS) не было разграничения больных на действительно нуждающихся в немедленной операции и тех, кому оперативное вмешательство можно, отсрочить. Также значительную роль в возникновении осложнений в первом периоде сыграли методы декомпрессии тонкой кишки во время операции, мало применялась назоинтестинальная интубация, предпочтение отдавалось другим методам, которые мы считаем менее совершенными. В первом периоде применялись различные методы декомпрессии тонкой кишки, преимущественно со вскрытием просвета кишки, что непосредственно повлияло на развитие осложнений со стороны кишечника и брюшной полости. При выведении кишечных стом больные дольше находились в постели, двигательная активность их была ограничена по сравнению с больными, которым была сделана назоинтестинальная интубация. Во втором периоде наших исследований число послеоперационных осложнений уменьшилось по сравнению с первым на 30%.

Во втором периоде наших исследований процент послеоперационных осложнений (7,6%) после различных видов декомпрессии тонкой кишки уменьшился по сравнению с первым почти в четыре раза (32,7%) (таблица 39).

Таблица 39

Осложнения после разных видов декомпрессии тонкой кишки

Методы декомпрессии	I период (2006-2009)		II период (2010-2013 гг.)	
	Операций	Осложнени	Операций	Осложнени
«Выдаивание»	13	5	-	-
Энтеростома по Житнюку	11	10	-	-
Энтеростома по Юдину	4	-	-	-
Концевая энтеростома	9	3	11	4
Назоинтестинальная	18	-	105	5
Всего	55	18(32,7%)	116	9(7,6%)

Как видно из таблицы 40, в первом периоде наблюдений длительная декомпрессия тонкой кишки путем наложения разгрузочных кишечных энтеростомий была выполнена 24 больным, после которых отмечались различные послеоперационные осложнения у 18(32,7%) больных. Во втором периоде наблюдений назоинтестинальная интубация была

произведена 105 больным, из которых лишь у 5 пациентов были отмечены послеоперационные осложнения.

В первом периоде наблюдений умерло после операции 12 человек (16,7%). Во втором периоде умерло 10 человек, послеоперационная летальность составила 8,4%. При сравнении показателей летальности видно, что во втором периоде процент послеоперационной летальности снизился почти в 2 раза. Это дает основание полагать, что применение разработанного алгоритма оправдано, и он имеет право на существование (таблица 40).

Таблица 40

Послеоперационная летальность в первом и втором периодах наблюдений

Причины смерти	Количество больных	
	Первый период	Второй период (n=119)
Несостоятельность	2(2,8%)	1(0,8%)
Несостоятельность стомы	2(2,8%)	2(1,75%)
Кишечные свищи	4(5,5%)	3(2,5%)
Пневмония	1 (1,4%)	1(0,8%)
Инфаркт миокарда	1(1,4%)	1(0,8%)
Перитонит, сепсис	2(2,8%)	2(1,75%)
Всего умерло	12(16,7%)	10(8,4%)

Из таблицы 40 видно, что среди причин летальных исходов преобладают осложнения со стороны кишечника - несостоятельность стомы и анастомоза, кишечные свищи. Осложнений такого рода больше отмечено в первом периоде исследования, когда не применялся на практике алгоритм хирургической тактики. Эти данные говорят о том, что усовершенствование и внедрение такого алгоритма в клиническую практику является действительно необходимой и своевременной мерой для улучшения результатов хирургического лечения, предупреждения послеоперационных осложнений и снижения летальности у больных с острой тонкокишечной непроходимостью.

Подводя итоги вышеизложенного, на основании результатов наших наблюдений, следует считать, что проведен сравнительный анализ результатов лечения у идентичных групп больных, исследованных в двух независимых

периодах времени и отличающихся различной хирургической тактикой. В обеих группах основной причиной возникновения острой тонкокишечной непроходимости являлся спаечный процесс в брюшной полости. В результате анализа исходов хирургического лечения больных первого периода наблюдений был создан усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм, применявшийся во втором периоде (2010 - 2013 г.г.), состоящий из шкалы диагностических признаков и шкалы SAPS. Проведенный сравнительный анализ использованных двух хирургических тактик указал на преимущество использования усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма. Прослежены также различные методы декомпрессии, тонкой кишки, в результате чего предпочтение отдано длительной назоинтестинальной интубации, доказательством преимущества которой явилось уменьшение во втором периоде наших исследований процента послеоперационных осложнений почти в четыре раза по сравнению с первым.

Благодаря внедрению в клиническую практику во втором периоде наблюдений усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма, нами была оптимизирована тактика лечения больных с острой тонкокишечной непроходимостью. Она заключалась в дифференцированном подходе к определению показаний к операции с учетом тяжести физиологического состояния больных, коррекции объема и длительности необходимой предоперационной подготовки. В результате нам удалось избежать неоправданных операций и, тем самым, увеличить процент выполнения радикальных по объему операций, адекватных характеру заболевания и при этом уменьшить количество послеоперационных осложнений в 3 раза (14,3%) и снизить послеоперационную летальность при острой тонкокишечной непроходимости почти в 2 раза (8,4%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что в последние годы арсенал диагностических и лечебных средств для лечения острой тонкокишечной непроходимости значительно расширился, а при хирургическом лечении применяются разработанные в клинике методы интраоперационной декомпрессии кишечника и его санации, результаты лечения острой тонкокишечной непроходимости остаются не всегда удовлетворительными.

Одной из причин этого является значительная сложность диагностики, нередко вследствие скрытого течения заболевания. Совершенствование методов лечения острой кишечной непроходимости связано не только со своевременной диагностикой и выбором правильной хирургической тактики, но и адекватным послеоперационным ведением больных. С учетом того, что в последние годы отмечена тенденция роста случаев острой тонкокишечной непроходимости в структуре острых заболеваний органов брюшной полости, проблема своевременной диагностики этого патологического состояния представляется достаточно актуальной. Тем более что работ, в которых предпринимались бы попытки создания алгоритма действий при острой тонкокишечной непроходимости, в настоящее время явно недостаточно.

Создание четкого алгоритма хирургической тактики при острой тонкокишечной непроходимости и проектирование на ее основе автоматизированных систем диагностики и принятия решения при подозрении на острую непроходимость тонкой кишки имеет большое практическое значение, особенно для молодых и начинающих хирургов. Методика формирования групп больных не по одному признаку, а по сумме набранных в процессе ретроспективного анализа факторов сделала возможным давать экспертное заключение о вероятности и прогнозе острой тонкокишечной непроходимости для каждого конкретного больного.

Моделирование оптимальной тактики хирурга при подозрении на острую тонкокишечную непроходимость мы попытались осуществить с помощью усовершенствованного нами алгоритма хирургической тактики,

который на основании математического подсчета баллов по специальной шкале данных позволял распределить поступивших больных с диагнозом «острая тонкокишечная непроходимость» на 3 группы. Исходя из суммы набранных баллов по шкале диагностических признаков и тяжести состояния по шкале SAPS, у каждой группы больных применялась своя тактика лечебных или диагностических мероприятий.

В нашей работе анализируются непосредственные результаты лечения 303 больных с острой тонкокишечной непроходимостью и с подозрением на нее; лечившихся в хирургическом отделении Республиканской Клинической больницы №1 МЗ РУз в период с 2006 по 2013 годы. В зависимости от применявшейся хирургической тактики все больные были разделены на две группы: 1) контрольную — 102 (33,7 %) пациентов (2006 по 2009 годы до внедрения алгоритма хирургической тактики); 2) основную — 201(66,3%) пациентов (2010 по 2013 годы с использованием разработанного нами алгоритма хирургической тактики).

Проведена общая характеристика клинического материала больных с острой тонкокишечной непроходимостью. Из 303 больных было прооперировано 191 (63%). Мужчин было 159(52,5%), женщин - 144(47,5%). Соотношение числа мужчин и женщин примерно 1:1. Возраст больных - от 15 до 85 лет. Основной контингент больных составляют пациенты трудоспособного возраста — от 20 до 50 лет.

Обработка данных анамнеза выявила, что в подавляющем большинстве случаев причиной ОТКН являются спайки брюшной полости. К другим факторам, имеющим значение в возникновении острой непроходимости тонкой кишки, относятся: завороты, инвагинации, обтурации опухолью (очень редко в сравнении с толстокишечной непроходимостью), обтурации инородным телом (пищевым комком), желчным камнем. Исходя из основного этиологического фактора, в нашем исследовании основной акцент делался на больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью.

В первом периоде предпочтение отдавалось активной хирургической

тактике: при поступлении больных показания к операции ставились при малейшем подозрении на ОТКН, без разработанного алгоритма не было четко отлаженной системы действий. Интраоперационно применялись различные методы декомпрессии тонкой кишки (выдаивание содержимого кишки с газом в нижележащие или вышележащие отделы ЖКТ, подвешная энтеростомия по С.С.Юдину, энтеростомия по И.Д.Житнюку, выведение концевой энтеростомы, назоинтестинальная интубация) - 59 больных (81,9%); или операции завершались без декомпрессии тонкой кишки - 13 больных (18,1%).

По нашему мнению, серьезные осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных в первом периоде наблюдений, возникли ввиду поспешных хирургических операций при отсутствии шкалы диагностических признаков у больных с подозрением на острую тонкокишечную непроходимость, которым, возможно, операция не была показана. В I периоде наблюдений при отсутствии четкого алгоритма хирургической тактики большинство больных были прооперированы непосредственно при поступлении. Не было разграничения больных на действительно нуждающихся в немедленной операции и тех, кому оперативное вмешательство можно было отсрочить.

Во втором периоде проводилась диагностика и прогнозирование исхода заболевания при поступлении и динамическом наблюдении. В качестве интраоперационной декомпрессии тонкой кишки нами применялась назоинтестинальная интубация практически всем больным (у 105 больных из 119 - 88,2%). Во втором периоде с введением в практику нашего алгоритма, у 82 больных (40,8%) мы воздерживались от немедленной операции, что положительно сказалось на результатах. Оперировано во втором периоде было 119 человек из 201 (59,2%).

Лабораторные клиничко-биохимические исследования крови и мочи производились по общепринятым методам.

Специальные методы исследования: рентгенография брюшной полости проводилась практически всем поступившим, у больных с «сомнительными»

показаниями применялся рентгенконтрастный метод исследования путем дачи бария перорально с дальнейшим рентгенологическим контролем, ультразвуковое исследование производилось также практически всем больным, при особых показаниях проводилась ФЭГДС и колоноскопия.

Учитывая лабораторно-диагностические возможности нашей клиники, для оценки степени тяжести физиологического состояния больных и прогнозирования тяжести течения заболевания во втором периоде исследований нами была внедрена интегральная шкала оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS), как наиболее доступная и не требующая особых условий и дополнительных материально-технических средств. Согласно данной шкалы, все больные делились на 3 категории тяжести: 1) легкая; 2) средняя и 3) тяжелая.

Надо отметить, что в силу большого количества больных пожилого и старческого возраста доля сопутствующих заболеваний значительна в обеих группах. Чаще всего среди сопутствующих заболеваний встречаются: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, желчнокаменная болезнь, хронический пиелонефрит, гастрит и гипертоническая болезнь.

Лечебная тактика первого периода наблюдений была построена на клинической и лабораторно-инструментальной постановке диагноза, особенно в отношении больных с перенесенными ранее операциями, у которых подразумевалось наличие обширного спаечного процесса в брюшной полости.

Полученные нами результаты анализа клинического материала первого периода наблюдения, проведенного с использованием интегральных шкал, и сделанные выводы послужили основанием для разработки усовершенствованной лечебно-диагностической тактики, основанной на балльной оценке тяжести физиологического состояния больных и шкале диагностических признаков. Данная шкала является своеобразным математическим выражением синдрома ОТКН. Она включает в себя основные лабораторно-инструментальные и клинические проявления ОТКН.

Объем оперативных вмешательств заключался в рассечении спаек и странгов, деторзии кишки и ее резекции при некрозе. В принципе, основной ход операций в обоих периодах был однотипным, разница заключалась в выборе метода декомпрессии тонкой кишки. В первом периоде (контрольная группа) применялись в основном однократные методы декомпрессии (выдаивание) и методы, основанные на вскрытии просвета тонкой кишки (энтеростомия по Житнюку, подвесная энтеростомия по Юдину, концевая энтеростомия); во втором периоде (основная группа) предпочтение отдавалось назоинтестинальной интубации. Она произведена 105 из 119 прооперированных больных.

В первом периоде наблюдений произведены следующие виды операций: адгезиолизис с назоинтестинальной интубацией - у 18 (25%) больных; адгезиолизис с «выдаиванием» - у 13 (18,1%); резекция тонкой кишки с анастомозом - у 8 (11,1%); резекция тонкой кишки с энтеростомией - у 9 (12,5%); адгезиолизис с энтеростомией по Житнюку - у 11 (15,3%); адгезиолизис, подвесная энтеростомия по Юдину - у 4 (5,6%); энтеротомия, удаление инородного тела тонкой кишки - у 3 (4,2%); дезинвагинация - у 3 (4,2%); деторзия тонкой кишки - у 3 (4,2%) больных.

Во втором периоде наблюдений были произведены следующие виды операций: адгезиолизис с назоинтестинальной интубацией - у 83 больных; резекция тонкой кишки с анастомозом и назоинтестинальной интубацией - у 14 (11,8%); резекция тонкой кишки с энтеростомией - у 11 (9,2%); энтеротомия, удаление инородного тела тонкой кишки и назоинтестинальная интубация — у 3 (2,5%); дезинвагинация и назоинтестинальная интубация - у 2 (1,7%); деторзия тонкой кишки и назоинтестинальная интубация - у 3 (2,5%); адгезиолизис без декомпрессии - у 3 (2,5%) больных.

При изучении динамики восстановления лабораторных показателей крови, характеризующих изменения при ОТКН видно, что в первом периоде при отсутствии алгоритма хирургической тактики нормализация анализов крови после операции происходила медленнее, чем во втором, где при

использовании алгоритма положительная динамика наступала значительно быстрее.

В первом периоде наблюдались следующие 32 послеоперационных осложнения у 29 больных - единичные и сочетанные: несостоятельность стомы 3, кишечные свищи - 5, нагноение послеоперационной раны - 5, флегмона передней брюшной стенки - 1, несостоятельность межкишечного анастомоза - 2, гипостатическая пневмония - 6, гнойный, эндобронхит - 5, острая язва желудка с кровотечением - 1, инфаркт миокарда - 1.

Во второй группе после операции в раннем послеоперационном периоде наблюдалось значительно меньше осложнений: несостоятельность стомы - у 2 больных, кишечные свищи - у 4 больных, нагноение послеоперационной раны у 4 больных, флегмона передней брюшной стенки - у 1 больного, несостоятельность анастомоза - у 1 больного, гипостатическая пневмония - у 7 больных, тромбоэмболия легочной артерии - у 1, инфаркт миокарда - у 3. Различная тактика в первом и втором периодах повлияла на количество и характер послеоперационных осложнений. В первом периоде применялись различные методы декомпрессии тонкой кишки, преимущественно со вскрытием просвета кишки, что непосредственно повлияло на развитие осложнений со стороны кишечника и брюшной полости. Например, кишечными свищами, нагноениями послеоперационной раны, несостоятельностью стомы и анастомоза больше осложнялся послеоперационный период у пациентов контрольной группы. С внедрением в практику во втором периоде наблюдений усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма количество послеоперационных осложнений снизилось в три раза по сравнению с первым периодом.

Значительному снижению количества экстренных операций во втором периоде способствовала лечебно-диагностическая тактика, основанная на интегральной оценке тяжести физиологического состояния больного и прогнозировании тяжести течения заболевания, а также на применении шкалы диагностических признаков с более углубленной диагностической

программой для больных с «сомнительными» показаниями к операции.

Летальность в первой (контрольной) группе наблюдений составила 16,7% - умерло 12 больных. Во второй (основной) группе умерло 10 больных (8,4%). При сравнении показателей летальности видно, что во втором периоде при применении на практике алгоритма хирургической тактики летальность снизилась, почти в 2 раза. Это дает основание полагать, что применение разработанного алгоритма оправдано.

При анализе структуры летальности видно, что среди причин летальных исходов преобладают осложнения со стороны кишечника - несостоятельность стомы и анастомоза, кишечные свищи. Осложнений такого рода больше отмечено в первом периоде исследования, когда не применялся на практике алгоритм хирургической тактики. Эти данные говорят о том, что разработка и внедрение такого алгоритма является действительно необходимой и своевременной мерой для улучшения результатов хирургического лечения, предупреждения послеоперационных осложнений и снижения летальности у больных с ОТКН.

Мы надеемся, что выполненная нами работа по созданию и апробации алгоритма диагностики и лечения ОТКН будет способствовать скорейшему переходу вопросов математического моделирования патологических процессов из плоскости чисто академического интереса в повседневную клиническую практику.

ВЫВОДЫ

1. Анализ результатов хирургического лечения больных с ОТКН в первом периоде наблюдений (2006-2009 годы) выявил недостатки применявшейся лечебной тактики, что определялось большим количеством осложнений (44,4%) и высокой послеоперационной летальностью (16,7%).
2. Применение интегральной шкалы оценки тяжести состояния больных (SAPS) позволяет определить оптимальные сроки проведения оперативных вмешательств, объем и продолжительность предоперационной подготовки больных с острой тонкокишечной непроходимостью.
3. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при ОТКН на основе шкалы диагностических признаков позволяет рекомендовать более избирательный подход к оперативному вмешательству за счет дополнительной диагностической программы для больных с «сомнительными» показаниями к операции.
4. Из существующих способов декомпрессии тонкой кишки при ОТКН наиболее предпочтительным методом является назоинтестинальная интубация с управляемым контролем моторно-эвакуаторной функции кишечника.
5. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при ОТКН, основанный на применении шкалы диагностических признаков и оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS), позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с данным заболеванием и снизить послеоперационную летальность почти в два раза (8,4%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При выборе лечебной тактики больным с ОТКН целесообразнее использовать усовершенствованный нами лечебно-диагностический алгоритм, основанный на шкале диагностических признаков и оценке тяжести физиологического состояния (SAPS).
2. Больных в зависимости от набранного количества баллов по шкале диагностических признаков рекомендуется распределять на 3 группы. Больным первой группы без показаний к операции проводится консервативная терапия. Второй группе больных с «сомнительными» показаниями применяется дополнительная шестичасовая диагностическая программа с повторным тестированием по шкале диагностических признаков. Больные с абсолютными показаниями подлежат экстренному оперативному вмешательству.
3. Назоинтестинальная интубация, как наиболее удобный и безопасный метод декомпрессии, должна применяться во время операции всем больным с острой тонкокишечной непроходимостью. Играя роль «каркаса», назоинтестинальная интубация является методом профилактики спаечного процесса в брюшной полости. Оптимальным сроком продолжительности назоинтестинальной интубации является срок до 5 суток.
4. Стимуляцию моторно-эвакуаторной деятельности кишечника необходимо проводить всем без исключения больным после операции по поводу острой тонкокишечной непроходимости начиная с 3-х суток после операции. Кроме прямой своей функции (ускорение пассажа кишечного содержимого), стимуляция кишечника играет важную роль в предупреждении возникновения спаек в брюшной полости. В комплекс консервативных мероприятий для стимуляции кишечника необходимо включить введение, токи Бернара, очистительную клизму.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Александров А.И., Афанасьев Д.А. Клинико-рентгенологические признаки острой спаечной кишечной непроходимости // Актуальные вопросы хирургии, травматологии и ортопедии, Владимирский Госуниверситет 1999 с 89-91.
2. Абдуллин С.Г. Способ прогнозирования течения кишечной непроходимости // Скорая медицинская помощь. - 2004. - №3. - с.63 - 64.
3. Алиев С.А. Особенности диагностики и хирургической тактики при спаечной кишечной непроходимости // Хирургия.-1994.- № 2.- с. 13 - 17.
4. Андриященко В.П., Жовнирук Я.А. Пролонгированная декомпрессия тонкой кишки в хирургическом лечении острой кишечной непроходимости // Тезисы докл. и сообщ. V съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 20-22 мая 1991 г.- Ташкент, 1991.-е. 129-131.
5. Антонюк С.М., Гловня П.Ф., Свиридов Н.В., Ахрамеев В.Б., Андриященко И.Б. Диагностика острой непроходимости кишечника. // Клінічна хірургія. - 1998.-№4.-с.17-18.
6. Апоян В.Т., Геворкян Л. А. Фитобезоары как причина острой тонкокишечной непроходимости // Хирургия.- 1998.- № 12.- с. 68 - 70.
7. Астахов Г.И., Демин В.И., Николаевский О.Ю., Баянов Н.И. Редкая причина острой кишечной непроходимости // Хирургия. - 1998. - №12. - с.56.
8. Ашрафов А.А., Курбанзаде А.Г., Рафиев С.Ф. Тактика хирургического лечения острой непроходимости кишечника // Клиническая хирургия. - 1992.-№4.-с. 37-39.
9. Бабкова И.В., Мишукова Л.Б., Бузукашвили Б.М., Тимофеев М.Е. Ультразвуковая диагностика острой кишечной непроходимости // Ультразвуковая диагностика. 1997 №2 с.5.
10. Баженов Ю.Г., Коцовский М.И., Алексеев М.В. Желчнокаменная непроходимость при холецистодуоденальном свище // Хирургия. - 1991.- № 11. т- с. 43 -46.
11. Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Войтковский А.В., Мартынцов А.А.

Острая послеоперационная спаечная кишечная непроходимость как проблема эндохирургии: Тезисы доклада (4-й Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии, Москва, 2001) // Эндоскопическая хирургия. - 2001. - №3. - с.28.

12. Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Махин И.В. Лапароскопический метод лечения спаечной болезни брюшной полости // Эндоскопическая хирургия. -1998.-№2.-с.53.

13. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Мандриков В.В. Критерии отказа от лапароскопического адгезиолизиса у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью: Тезисы докладов (4-й Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии, Москва, 2001) // Эндоскопическая хирургия. - 2001.-№3.-с.30.

14. Беленький В.П. Изменение показателей иммунитета у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью и возможности ее коррекции // Клінічна хірургія. - 2000. - №3 - с.23 - 24.

15. Беляева О.А., Иванов М.А. Показатели сократительной активности тонкой кишки у больных после операций по поводу острой кишечной непроходимости //-Вопросы прикладной анатомии и хирургии: Материалы 7-й межвузовской конференции СНО и молодых ученых, СПб, 1999, с.59 - 60.

16. Беспалько В.П. Метод наложения отсроченного анастомоза с интубацией тонкой и толстой кишки // Клиническая хирургия. — 1999.- №2.-с.67.

17. Богданов А.Е., Ступин В.А., Закиров Д.В., Силуянов СВ., Михальский В.В. Периферическая компьютерная электрогастроэнтерография в диагностике и тактике при синдроме ОКН // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы конф., Н.Новгород, 3-4 октября 1995 г. 4-Н.Новгород. - 1995. - с .77 - 78.

18. Богданов А.Е., Стулин В.А., Закиров Д.Б. Периферическая компьютерная электрогастроэнтерография в диагностике ранней спаечной кишечной непроходимости // Острые хирургические заболевания брюшной полости (клиника, диагностика, лечение). - Тез. докл. Пленума комисс. АМН

СССР и Всесоюз. конф. по неотлож. хирургии, 23-24 мая 1991 г.- Ростов н/Д, 1991.-с.21 -23.

19. Богомолов Н.И., Иорданская Н.И., Осипов В.И., Богомолов И.Н. Декомпрессия пищеварительного тракта при острой непроходимости кишечника // Тезисы докл. и сообщ. V съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 20-22 мая 1991 г. - Ташкент, 1991.-С.134-136.

20. Бойко В.В., Бандура А.И. Трансанальный способ интубации кишечника // Клінічна хірургія. - 2002.- №9. - с.61 - 62.

21. Бондаренко Н.М., Перец Н.В., Бондаренко И.Н. Ближайшие результаты лечения больных с острой ранней послеоперационной непроходимостью кишечника // Клиническая хирургия. - 1993. - № 4. - с. 20-22.

22. Бондарь Г.В., Хараберюш В.А., Ватеев В.Х., Эмин Ф.Э., Соболев А.А. Тактика лечения полной кишечной непроходимости // Тезисы докл. и сообщ. V съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 20-22 мая 1991 г.Ташкент 1991.с.136-137.

23. Борисов А.Е., Левин Л.А., Митин С.Е., Старосельцев К.Л. Видеолапароскопические вмешательства при синдроме кишечной непроходимости: Тезисы докладов (4-й Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии, Москва, 2001) // Эндоскопическая хирургия. - 2001.-№3.-с.32.

24. Буянов В.М., Ишутинов В.Д., Дорошев И.А. Ультразвуковое исследование в диагностике механической кишечной непроходимости // Медицинская радиология. - 1993.- № 4. - с.11 - 13.

25. Буянов В.М., Род оман Г.В., Сиротинский В.В., Харитонов СВ. Дифференциальная диагностика острой кишечной непроходимости //Проблемы неотложной хирургии (К 90-летию со дня рождения академика В.И.Стручкова).-М.,1998.-с.14-18.

26. Васильев И.Т., Мумладзе Р.Б., Сельцовский А.П. Патогенетическое лечение функциональной кишечной непроходимости // Анналы хирургии, 2000, №2, с.59 - 65.

27. Велик Б.М. Некоторые аспекты улучшения результатов хирургического лечения странгуляционной острой непроходимости кишечника // Острые хирургические заболевания брюшной полости (клиника, диагностика, лечение).-Тез. докл. Пленума комисс. АМН СССР и Всесоюз. конф. по неотлож. хирургии, 23-24 мая 1991 г.- Ростов н/Д, 1991. - с. 14 - 16.
28. Веллер Д.Г., Усиков Ф.Ф., Логачев В.К., Гусак И. В.,Хацкелевич В.С., Ревин В.М. Длительная тотальная интубация кишечника в комплексном лечении острой кишечной непроходимости // Тезисы докл. и сообщ. V съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 20-22 мая 1991г.- Ташкент, 1991.-с.141 - 142.
29. Вереснева Э.А. Рентгендиагностика функциональной кишечной непроходимости // Острые хирургические заболевания брюшной полости (клиника, диагностика, лечение).- Тез. докл. Пленума комисс - АМН СССР и Всесоюз. конф. по неотлож. хирургии, 23-24 мая 1991 г.- Ростов н/Д, 1991.-е. 18-20.
30. Гланц С. Медико-биологическая статистика. - М., Практика. - 459 с.
31. Гостищев В.К., Афанасьев А.Н., Мисник В.И., Глушко В.А., Лебедской А.Г. Алгоритм лечебно-диагностических мероприятий при спаечной кишечной непроходимости // Неотложная помощь в клинических условиях, 2002, с.29 -31.
32. Гринев М.В., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Острая кишечная непроходимость как проблема неотложной хирургии //Вестник хирургии. - 1992. - № 4-5-6. - с. 130 - 138.
33. Гринев М.В., Громов М.И., Комраков В.Е. Хирургический сепсис // СПб, М.,2001.
34. Гузеев А.И. Интубация тонкой кишки в неотложной абдоминальной хирургии // Вестник хирургии. - 2002. - №2. - с.92 - 95.
35. Гургумелидзе Т.П., Карасев И.А., Синев Ю.В., Романов Л. В. Назоинтестинальная эндоскопическая интубация в комплексном лечении послеоперационной кишечной непроходимости // Вестник хирургии. -1990.-

№4.-с.128-131.

36. Дронов А.Ф., Поддубный И.В. Лапароскопические операции при острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. — 2000.-№6.-с.43-48.

37. Дуденко Ф.И., Гиринов Л. В. Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость // Тезисы докл. и сообщ. V съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 20-22 мая 1991 г.Ташкент, 1991.- С.159-160.

38. Ермолов А.С., Удовский Е.Е., Андреев В.Г. Пути снижения летальности при острой кишечной непроходимости // Тезисы докл. и сообщ. V съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 20-22~мая-1991 г.-Ташкент, 1991.-с.160- 161.

39. Ерюхин И.А., Зубарев П.Н., Рухляда Н.В. Декомпрессия тонкой кишки при острой непроходимости кишечника // Вестник хирургии. -1998.- № 11.- С.15-20.

40. Ерюхин. И.А., Рухляда Н.В. Интраоперационная контактная биомикроскопия как метод оценки нарушений микроциркуляции при тонкокишечной непроходимости // Вестник хирургии. - 1997.- №6. - с.32 -36.

41. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: руководство для врачей. - СПб. - Питер. - 1999. - 235 с.

42. Женчевский Р.М. Спаечная болезнь. - М.Медицина. - 1999. - 189с

43. Житнюк И.Д. Метод дренирования тонкой кишки // Вестник хирургии. 1995.-№12.-с.36-37.

44. Журбенгаев Ш.М., Савицкий В.И., Памурин Л.Г., Доскалиев Ж.А., Мочалов А.Г. Прогнозирование ранней послеоперационной кишечной непроходимости по факторам риска // Тезисы докл. и сообщ. V съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 20-22 мая 1991 г.- Ташкент, 1991.-с.163 - 164.

45. Заверный Л.Г., Пойда А.И., Тарасов А.А., Мельник В.М.,Надееев С.С. Показания к релапаротомии при острой послеоперационной непроходимости

- кишечника // Клиническая хирургия. - 1992.- № 4. - с.4 - 7.
46. Завьялова Н.Г., Завадовская В.Д., Осина И.И. Ультразвуковое исследование при кишечной непроходимости. Тезисы докладов. (1-й съезд врачешмУЗ-диагностики Сибири, Красноярск, 2001)7// Эхография. - 2001. - №3. -С.323.
47. Зубарев П.Н., Рухляда Н.В., Ивануха С.Я., Ваганов И.А. Опухоли тонкой кишки // Вестник хирургии. - 1999,- №8.-с.45-49.
48. Игнатъев В.Г. Энтеральная детоксикация в комплексном лечении острой кишечной непроходимости // Автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук. - Москва. - 1995. - 26 с.
49. Кисляков В.А. О желчнокаменной кишечной непроходимости // Советская медицина. - 1991.- № 4. - с.88 - 89.
50. Красильников Д.М., Карпухин О.Ю. Электроэнтерография в оценке нарушений моторной функции желудочно-кишечного тракта у больных. . с : острой кишечной непроходимостью // Казанский медицинский журнал. - 1999.- № 6.-с.457.
51. Красильников Д.М., Скобелкин О.К., Федоров В.В., Тверское СВ., Зарипов, Н.З. Ранняя спаечная послеоперационная непроходимость кишечника // Вестник хирургии. - 1994,- №1 - 2. - с.17 - 21.
52. Красильников Д.М., Федоров В.В., Ахмеров А.В., Тверсков СВ., Зарипов Н.З. Диагностика ранней послеоперационной спаечной непроходимости II Тезисы докл. и сообщ. V съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 20-22 мая 1991 г. - Ташкент, 1991.-с.181-182.
53. Кригер А.Г. Рецидив желчнокаменной кишечной непроходимости // Хирургия. - 1995. - №1. - с. 105.
54. Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Воскресенский П.К. Острая спаечная кишечная непроходимость: возможности диагностики и лечения лапароскопическим методом // Эндоскопическая хирургия. - 2002. - №1. - с.41-45.
55. Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Горский В.А., Берелавичус СВ., Макарова

- Е.Е. Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Хирургия. - 2001. - №7. - с.25 - 29.
56. Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Ованесян Э.Р., Берелавичус СВ. Обтурационная кишечная непроходимость, вызванная желчными камнями // Хирургия. - 2003. - №9. - с51.
57. Кувшинников М.С, Молев В.П., Мейзерович Д.Л. Хирургическое лечение безоаров желудочно-кишечного тракта // Хирургия. -1991.- № 5. - с.147-148.
58. Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2001.
59. Кузнецов И.А. Длительная блокада грудных вегетативных нервных стволов в комплексном лечении больных с ОКН. // Хирургия. - 2002. -№11.- с.49-51.
60. Кузнецов В.К. Статистическая обработка первичной медицинской информации.-М., 1978. - 80 с.
61. Кунафин М.С, Сибаяев В.М., Гарипов Р.М., Уразбахтин И.М. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной кишечной непроходимости // 5-я Всероссийская конференция «Новые технологии в хирургии», Уфа, 2001, тезисы докладов. - Уфа, 2001. - с.76 - 77.
62. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко СФ. Неотложная хирургическая гастроэнтерология // СПб, Питер. - 2001. - 469 с.
63. Кутушев Ф.Х., Гвоздев М.П., Филин В.И., Либов А.С. Неотложная хирургия груди и живота // Л.: Медицина, 1994.-248 с.
64. Куцик Ю.Б. Роль экстракорпоральной детоксикации в профилактике и лечении дыхательных нарушений у больных с острой кишечной непроходимостью // Клінічна хірургія. - 1998. - №6. - с.4 - 6.
65. Куцик Ю.Б. Синдром ендогенної інтоксикації і його зв'язок з волемічними порушеннями у хворих на гостру кишкову непрохідність // Експерим. та клін. фізіологія і біохімія. - 2000. - №1. - с.88 - 91.
66. Легостаева Т.Б., Кириллова Н.Ю. Ультразвуковая диагностика острой тонкокишечной непроходимости // Радиология. - 2002. - №2. - с. 17 - 21.

67. Леонтьев С.Н., Совцов С.А., Подшивалов В.Ю. Диагностическая ценность доплерографии при механической кишечной непроходимости // Вестник хирургии. - 2002. - №2. - с.37 - 39.
68. Леонтьев С.Н., Совцов С.А., Подшивалов В.Ю. Методика доплерографии при механической кишечной непроходимости // 5-я Всероссийская конференция «Новые технологии в хирургии», Уфа, 2001. - Тезисы докладов. Уфа, 2001. - с.80-82.
69. Лупальцов В.И., Сенников И.Ф., Ягнюк А.И., Жарко СВ. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острой непроходимостью кишечника // Клінічна хірургія. - 2000. - №11. - с.8 - 9.
70. Мальцев В.Н. Непроходимость кишечника // Проблемы медицины. 2000. №1. - с.47-50.
71. Махнев А.В., Петров В.Г., Бродер А.И., Еремин А.А. Применение никелидтитановых имплантатов в хирургическом лечении больных с ОКН // Медико-биологический вестник им. Я.Д.Витебского. - 1997. - №1. - с.56 - 57.
72. Милюков В.Е. Изменения гемомикроциркуляторного русла при разных видах кишечной непроходимости // Морфология. - 2001. - №5. - с.31 - 34.
73. Милюков В.Е. Изучение основных патогенетических механизмов после устранения острой тонкокишечной непроходимости // Российский медико-биологический вестник. - 2001. - №4. - с.55 - 59.
74. Мирошников Б.И., Лабозанов М.М. Резенция на книгу В.П.Петрова, ИА.Ерьюхина "Кишечная непроходимость". М., Медицина, 1999 // Вестник хирургии. 1991. №4. с.153-155.
75. Митин С.Е., Сухопара Ю.Н., Игнатович И.Г. Лапароскопические вмешательства при острой кишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - №2. - с.45.
76. Мищенко Н.В. Применение лапароскопии в диагностике и лечении ОКН // Клінічна хірургія. - 2001. - №1. - с.55 - 56.
77. Моисеев А.Ю., Данилов А.И., Долгов Д.Л., Шулутко А.М. Шинирование тонкой кишки при спаечной непроходимости // Хирургия. - 1994. - № 6. - с.30-

32.

78. Муканов М.У. Лечебная лапароскопия острой спаечной кишечной непроходимости // Новые технологии в хирургии. Хирургическая инфекция. Материалы 1-й межрегиональной научно-практической конференции хирургов памяти В.В.Сороки. Великий Новгород, 1999, с.48 - 49.

79. Напалков П.Н., Учваткин В.Г., Артемьева Н.Н. Свищи желчных путей. - Л. Медицина. - 1996. - 156 с.

80. Нестеренко Ю.А., Ступин В.А., Богданов А.Е., Силуянов СВ., Закиров Д.Б. Хирургическая тактика при острой obturационной кишечной непроходимости // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы конф., Н.Новгород, 3-4 октября 1995 г.- Н.Новгород. -1995. -С.117- 118.

81. Новомлинский В.В., Музальков В.А., Куркин А.В., Филипцов А.В. Малоинвазивные вмешательства при тонкокишечной спаечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - №2. - с.48.

82. Осипов В.И., Филатов А.А., Максимова Е.Н., Гончарова Е.В., Золотарев А.В. Антеградная и ретроградная интубация кишки при острой непроходимости кишечника // Забайкальский медицинский вестник. - 1999. - №1.-с.53.

83. Панцырев Ю.М., Мишукова Л.Б., Бабкова И.В., Ларичев СЕ. Способ дифференциальной диагностики формы острой тонкокишечной непроходимости // Патент на изобретение №2176480, Россия, МІЖ 7 А61В 8/06. - РГМУ. - 2001. - бюл. №34.

84. Петров В.И. Клинико-рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости.- М., Медицина. - 1994. - 165 с.

85. Петров В.И., Светник А.П., Баркалин В.В., Луцевич О.Э., Сухомлинова Л.В. Некоторые критерии определения степени интоксикации у больных с острой кишечной непроходимостью// Хирургия. -1998.- № 6. -с.95-100.

86. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. - М.; Медицина. - 1999. 357 с

87. Плечев В.В., Пашков С.А., Корнилаев П.Г., Дунюшкин СЕ. Новое в

диагностике острой спаечной кишечной непроходимости // Актуальные проблемы гепатологии: Материалы межрегиональной конференции к 70-летию профессора И.А.Сафина, Уфа, 2002, с.262 - 264.

88. Плечев В.В., Пашков С А., Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р. Химическая денервация брыжеечных артерий в хирургическом лечении больных острой спаечной кишечной непроходимостью // 5-я Всероссийская конференция «Новые технологии в хирургии», Уфа, 2001, тезисы докладов. - Уфа, 2001. - с.114-115.

89. Платонов С.М. Оптимизация тактики хирурга при острой кишечной непроходимости // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - С.Петербург. 1997. 24 с.

90. Попова И.С, Жидовинов Г.И., Шварцман И.М., Андреев М.Ю. Ультразвуковые критерии на этапах развития острой тонкокишечной непроходимости //Эхография. - 2000. - №4. - с.471 -472.

91. Поташов Л.В., Фигурина Т.Д. Диагностика острой кишечной непроходимости в общетерапевтической практике // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 1998. - №3. - с.82 - 83.

92. Праздников Э.Н., Сорокин О.Н., Семенов М.В., Вельшер Л.З. Опыт лапароскопических вмешательств при острой спаечной кишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - №2. - с.53 - 54.

93. Ржевская М.С., Шейманидзе А.Я., Евдокимов В.Н. // Острая кишечная непроходимость. - М. - 1997. - 82 с.

94. Родаков А.В. Комплексное лечение больных ОКН с применением раннего энтерального зондового питания // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Ростовский Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, 2000. - 124 с.

95. Романов Э.И., Ерастов Н.А., Косолапов А.Г., Шахов А.В. Ошибки диагностики острой кишечной непроходимости // Нижегородский медицинский журнал. - 1998. - №4. - с.32 - 35.

96. Рухляда Н.В., Зубарев П.Н. Визуальная ангиотензометрия при операциях

по поводу острой кишечной непроходимости и ущемленной грыжи // Вестник хирургии. - 1997.- № 1. - с.33 - 36.

97. Рухляда Н.В., Стрелков А.Ф., Гаврин А.В. Острая обтурационная непроходимость тонкой кишки, обусловленная желчными камнями // Клиническая хирургия. - 1999.- № 9. - с.58 - 59..

98. Рыбачков В.В., Майоров М.И., Макенов О.А., Редько СВ. О прогнозировании течения острой кишечной непроходимости // Неотложная хирургия (Ярославль). - 1999. - №2. - с. 168 - 169.

99. Рябцев В.Г., Джейранов Ф.Д., Алиев М.Я., Мысловатый В.С., Масюкевич А.В. Комплексное лечение острой кишечной непроходимости // Хирургия. - 1989.- № 2. с.3-7.

100. Рябцев В.Г., Джейранов Ф.Д., Горбовицкий Е.В., Денутович С.А., Яценко СИ., Мамедов М.М. Синдром интоксикации у больных острой кишечной непроходимостью // Хирургия. - 1990.- № 7. - с.63 - 68.

101. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Гельфанд Е.Б. // Абдоминальный сепсис у хирургических больных клиническая характеристика и прогноз // Анналы хирургии. - 2000. - №6 - с.11 - 18.

102. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Гельфанд Е.Б. Прогнозирование в неотложной хирургии брюшной полости // Материалы девятого всероссийского съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - с.45 - 47.

103. Салихов И.А., Красильников Д.М., Федоров В.В., Карпухин О.Ю. Острая спаечная кишечная непроходимость - ретроспективный анализ // Казанский медицинский журнал. - 1988.- № 6. - с.422 - 424.

104. Сацукевич В.Н., Казьмин И.А., Ложкевич А.А., Теремков В.К. Фитобезоар желудка і как причина тонкокишечной непроходимости // Хирургия. - 2003. -№9.-с.49-50.

105. Сигал М.З., Розергартен М.Ю. Тактика хирурга при острой кишечной непроходимости // Казань, изд-во Казанского ун-та, 1996. - 269 с.

106. Силаев В.Н., Гвиниашвили Г.Г., Козлов С.Е., Новосельцев А.Е. Редкие формы кишечной непроходимости // Хирургия. - 2000. - №5. - с.44.

107. Слюсаревский В.А. Редкий вид ранней послеоперационной кишечной непроходимости // Хирургия. - 2002. - №2. - с.50.
108. Станчиц И.В., Платонов СМ., Топузов Э.Г. Оценка риска летального исхода у больных с острой кишечной непроходимостью // Вопросы прикладной анатомии и хирургии: Материалы 7-й межвузовской конференции СНО и молодых ученых, С-б, 1999, с.58 - 59.
109. Ступин В.А., Богданов А.Е., Закиров Д.Б. Применение периферической компьютерной электрогастроэнтерографии при острой кишечной непроходимости // Тезисы докл. и сообщ. V съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана: Ташкент, 20-22 мая 1991 г. Ташкент, 1991.-с.216-218. ПО. Ступин В.А., Гридчик И.Е.,
110. Коваленко А.Л. Применение иммуномодуляторов в хирургической клинике // М., 2005. - 124 с.
111. Тамм Т.И., Бардюк А.Я., Даценко А.Б., Богун Е.А. Диагностика и тактика лечения больных острой кишечной непроходимостью // Харьков. - 2003. - 115с.
112. Танасиенко И.Д., Вуренко Г.В., Мелин В.М., Супрун Ю.А., Вьюницкий В.П., Галь А.И. Оптимизация хирургического лечения острой непроходимости тонкой кишки// Клиническая хирургия. - 1989.-№ 5.-С.78.
113. Тарасенко СВ., Зайцев О.В., Захаров И.Н., Артамонов СВ. К вопросу о спаечной кишечной непроходимости // 50 лет университета: научные итоги и перспективы-Рязанский государственный медицинский университет.Рязань.-2000.с.30 -31.
114. Тарасенко СВ., Зайцев О.В., Песков О.Д., Артамонов СВ. Анализ результатов оперативного лечения спаечной кишечной непроходимости //50 лет университета: научные итоги и перспективы. - Рязанский государственный медицинский университет. - Рязань. - 2000. - с.31 - 33.
115. Тенета СБ. Кишечная непроходимость, вызванная камнем желчного пузыря // Хирургия. - 1998. - №3. - с.56.

116. Тимербулатов В.М., Хунафин С.Н., Гаттаров И.Х., Кунафин М.С. Клиника и хирургическое лечение спаечной- кишечной непроходимости // Вестник хирургии. - 1999. - №6. - с.36 - 39.
117. Тимофеев М.Е. Лапароскопия в диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Автореферат диссертации кандидата медицинских наук, М., РГМУ, 2000. - 126 с.
118. Торопов Ю.Д. Реабилитация больных, оперированных по поводу острой спаечной непроходимости // Хирургия. - 1998. - №11.- с.24 - 27.
119. Тоскин К.Д., Пак А.Н. Использование зондовой декомпрессионной энтерографии в диагностике острой непроходимости тонкой кишки // Клиническая хирургия. - 1988.- № 2. - с,22 - 24.
120. Тюрязев А.А., Ким В.П., Куликова О.Л., Ким И.В., Гаджимирзоев А. Г, Острая кишечная непроходимость спаечной этиологии // Тезисы докл. и сообщ. V съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 20-22 мая 1991г. -Ташкент, 1991. -с.223 -224.
121. Федоров В.Д., Луцевич Э.В., Чернова Т.Г. Желчнокаменная непроходимость тонкой кишки // Хирургия. - 1992. - №1.-с.37-42.
122. Федосеев А.В., Корвякова Е.Р., Леонченко СВ. Коррекция микрофлоры у больных непроходимостью кишечника // Российский медико-биологический вестник. -2001. - №3. - с.60 - 66.
123. Федосеев А.В., Леонченко СВ. Непрямая интестинальная электрохимическая детоксикация у больных ОКН // 50 лет университета: научные итоги и перспективы. - Рязанский государственный медицинский университет. — Рязань. - 2000. - с.27 - 28.
124. Филенко Б.П., Сазонов К.Н., Мирошниченко А.Г. Возможности профилактики спаечной болезни после аппендэктомии // Вестник хирургии, 2000. - №2. - с.73 - 77.
125. Фомин А.В., Варвинский В.Н., Харченко В.Г. Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости // Тезисы докл. и сообщ. V съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 20-22 мая 1991 г. -

Ташкент, 1991-с. 224-225.

126. Хасанов А.Г., Фаязов Р.Р., Каланов Р.Г., Мехдиев Д.И. Профилактика послеоперационных брюшинных спаек в эксперименте // Актуальные проблемы гепатологии: Материалы межрегиональной конференции, посвященной 70-летию профессора И.А.Сафина, Уфа, 2002. - с.302 - 303.

127. Хрячков В.В., Абдуллин С.Г. Возможности ультразвукографии в диагностике ОКН // Актуальные вопросы медицинской радиологии: Материалы межрегиональной конференции, Челябинск. - 1997. - с.194 - 195.

128. Хунафин С.Н., Гаттаров И.Х., Кунафин М.С., Мурзин Г.А., Нурмухаметов А.А. Диагностика и хирургическая тактика при острой спаечной кишечной непроходимости // Здравоохранение Башкортостана. - 1999. - №5. - с. 10 - 13.

129. Хунафин С.Н., Гаттаров И.Х., Нурмухаметов А.А., Мурзин Г.А. Желчнокаменная непроходимость кишечника // Хирургия. - 2002. - №4. - с.57 -60.

130. Хунафин С.Н., Мурзин Г.А., Кунафин М.С., Гаттаров И.Х., Рамазанов И.А. Назоинтестинальная интубация тонкой кишки при острой спаечной кишечной непроходимости // Успехи теоретической и клинической медицины. - 2001. - №4.-с.233.

131. Чеканов В.Я., Иванов А.М., Лупанов Г.Г., Бойченко Э.Т. Диагностика и лечение желчнокаменной тонкокишечной непроходимости // Казанский мед.журн. - 1990.- № 2. - с.101 - 103.

132. Чеминава Р.В., Трчильников Г.В., Цой К.Л., Лукашева О.А. Диагностика и лечение спаечной болезни // Учен. Зап. СПбГМУ. - 1999. - №3. - с. 147-149.

133. Черенько М.П., Бойков Я.П., Яцетюк М.Н., Игнатовский Ю.В., Шпита П.А., Сушко СП. Клиника, лечение и профилактика спаечной кишечной непроходимости // Клиническая хирургия. - 1998.- № 2. - с. 3 - 5.

134. Черенько М.П., Бойков Я.П., Яцетюк М.Н., Игнатовский Ю.В., Сушко СП., Шпита П.А. Спаечная непроходимость кишечника и ее лечение //

Клиническая хирургия. - 1999.- № 5. - с.77.

135. Чернов В.Н., Велик Б.М., Поляк А.И., Васильева Л.И., Брагина Л.Е. Иммуно-микробиологическая характеристика тонкой кишки и транслокация энтеральной микрофлоры при ОКН // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 1999. - №4. - с.70 - 74.

136. Шагинян А., Гладкова А.С., Павленко О.П., Бордаков В.Р., Чернов В.Н. К вопросу о патогенезе полиорганной недостаточности при ОКН в условиях разлитого перитонита // 53-я итоговая научная конференция, Ростов-на-Дону, 1999. - Аннотации докладов - с. 120.

137. Шалаков Ю.Л., Левендюк А.М., Гамидов А.Н. Рентгеноконтрастные методы исследования в хирургии спаечной кишечной непроходимости // Хирургия.-1990 № 3 с54-57

138. Шашков А.А., Джанумов А.В., Корольков Ю.Н. Эндометриоз тонкой кишки, осложненный кишечной непроходимостью // Хирургия. - 2000. - №2. -с.64.

139. Шехтер А. И. Острая кишечная непроходимость // Медицинская радиология. - 1991. - № 9. - с. 53-54.

140. Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Матющенко А.И. Хирургическая тактика при острой толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы конф., Н.Новгород, 3-4 октября 1995 г., Н.Новгород, 1995. - с. 153 - 154.

141. Шорох Г.П., Кирковский В.В., Шиманский И.Е., Руммо О.О., Румбас А.К. Раздельная декомпрессия ЖКТ при кишечной непроходимости и перитоните // Медицинские новости. - 1998. - №10. - с.47 - 49.

142. Штейн Л.Б. Опыт прогнозирования в медицине с помощью ЭВМ /А ЛГУ им.А.А.Жданова: Изд-во ЛГУ. - 1997. - 145 с.

143. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Хоменко М.Н. Особенности клинической картины и хирургического лечения желчнокаменной кишечной непроходимости // Хирургия. - 1996. - №2. - с.58 - 60.

144. Щербатенко М.К., Вереснева М.А. Неотложная рентгендиагностика

- острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости. - М., 1997.
145. Щербатенко М.К., Вереснева Э.А., Городецкая Т.Н., Мороза Н.А. Дифференциальная диагностика механической и функциональной кишечной непроходимости // Вестник рентгенологии. - 1996. - № 5. - с. 46-52.
146. Щербатенко М.К., Вереснева Э.А., Дубров Э.Я., Селина И.Е., Нестерова Е.А. Рентгеноультразвуковая диагностика тонкокишечной непроходимости // Визуализация в клинике. - 1999. - №14 - 15. - с.34 - 38.
147. Angelelli G., Macarini L., Di Giulio G. Le possibilita della Tomografia Computerizzata nello studio dell'ileomeccanico dell'intestino tenue // Radiol.Med. Torino .-1991,- V. 82.- № 5.- P. 629-634.
148. Argov S., Itzkovitz D. Wiener F. A new method for differentiating simple intra-abdominal from strangulated small-intestinal obstruction // Curr-Surg.- 1989.-V. 46.- № 6.- P. 456-460.
149. Asbun HJ., Pempinello C, Halasz N.A. Small bowel obstruction and its management/Int. Surg.- 1999.-V. 74.- № 1.- P. 23-27.
150. Assalia A., Schein M. Abdominal ultrasonography for the diagnosis of strangulation in small bowel obstruction // Br. J. Surg.- 1994.- V. 81.- № 10.- P. 1545-1546.
151. Balthazar E.J. CT of small-bowel obstruction. // AJR. Am. J. Roentgenol.- 1994.- V. 162.- № 2.- P. 255-261.
152. Barkan H., Webster S., Ozeran S. Factors predicting the recurrence of adhesive small-bowel obstruction // Am. J. Surg.- 1995,- V. 170.- № 4.- P. 361-365.
153. Bastug D.F., Trammell S.W., Boland J.P., Mantz E.P., Tiley E.H. Laparoscopic adhesiolysis for small bowel obstruction // Surg. Laparosc. Endosc- 1991.-V. 1.- №4.- P. 59-262.
154. Bazira L., Nsabimana C., Armstrong O. Influence de la necrose intestinale dans le pronostic post-operatoire des occlusions intestinale aiguës // Ann.Chir.- 1999.-№10.-P.811-813.

155. Behnke K.D., Kuhnt R Mtiler Th. Die Prognose beim mechanischen Ileus *II Zbl.Chir.- № 6.- P.360-364.*
156. Bender J.S., Busuito M.J., Craham Ch., Allafen K.D. Small bowel obstruction in the elderly *Amer.Surg.- 1999.-№ 6.-P.385-388.*
157. Bernardini R., Cignoni U., Civitelli B. Un raro caso di occlusione ileale: il leiomiosarcoma. *II Acta chir. Ital., 2000, №1, p.55 - 59.*
158. Bizez L.S., Liebling R.W, Delany H.M., Glidman M.L. Small Bowel Obstruction. The Role of Nonoperative Treatment in Simple Intestilation Obstruction // *Surgery.- 1991.- № 4.- P.407-413.*
159. Blake M.P., Mendelson R.M. Computed tomography in acute small bowel obstruction *II Australas- Radiol,-1994.- V. 38.- № 4.- P. 298-303.*
160. Bohmig H.J., Enkner U. Mechanischer Dimdarmileus // *Chirurg.- 1998 № 4.-p.189-197.*
161. Butler J.A., Cameron B.L., Morrow M., Kahng K., Tom J. Small bowel obstruction in patients with a prior history of cancer // *Am. J. Surg.- 1991.- V. 162.- № 6.- P. 624-628.*
162. Catani M., De Milito R., Picconi T., Ratta G., Manzi P., Abati G., Rengo M. Trattamento laparoscopica di un raro caso di occlusione intestinale da gravidanza ectopica. *II Minerva chir. - 1999 - №7 - p.505 - 507.*
163. Dargent J. Callot J.L., Chalbet J.Y., Neidhardt J.P.H. Occlusions postdperatoires tardives du frele par brides. Etude retrospective de dossiers, facteurs de pronostic *II Lyon.Chir.- 1997.- № 6.- P.404-406.*
164. Dehn T.C, Nolan D J. Enteroclysis in the diagnosis of intestinal obstruction in the early postoperative period *II Gastrointest. Radiol.- 1999.- B. 14.- № 1.- P. 15-21.*
165. Deutsch A.A., Eviatar E., Gutman U., Reiss R. Small bowel obstruction: areview of 2 64 cases and suggestions for management *II Postgrad. Med. J- 1999.- V.65.- №7, P. 463-467.*
166. Di Mizio R., Grassi R., Marchese E., Basti M., Di Campli G. Catalano O.,

- Rotondo A., Fanucci A. Ileomeccanico "scompensato" dell'intestino tenuenell'adulto. Rilievo ecografico di liquido libero tra le anse e suo significato prognostico *II Radiol. Med.Torino.*- 1995.- V. 89.- № 6.- P. 787-791.
167. Dittrich K., Weiss H. Dunndarnileus durch einen verlorenen Gallenstein Eine Spatkomplikation nach laparoskopischer Cholecystektomie *II Chirurg.*- 1995.- B.66.- № 4.- P.443-445.
168. DuhQ.Y. Laparoscopic procedures for small bowel disease/*Baillieres-Clin-Gastroenterol.*1993.№ 4.P.833-850.
169. Ercovic M., Pervan M., Mandic A., Monar M. Acute ileus caused by anomalies of intestinal rotation and fixation - radiological findings. *II European Radiology*, 1999,№4,p.824.
170. Eskelinen M., Ikonen J., Lipponen P. Contributions of history-taking, physical examination, and computer sistance to diagnosis of acute small-bowel obstruction. A prospective study of 1333 patients with acute abdominal pain// *ScandJ.Gastroenterol.*- 1994.- № 8.- P. 715-171. Fabri P.J., Rosemurgy A. Reoperation for small intestinal obstruction *II Surg.Clin.North.Am.*- 1991.- №1.- P.131-146.
172. Federmann G., Schneider A., Bauermister G., Scheele C. «Laparoscopic therapy of mechanical or adhesion ileus of small intestine preliminary results». *II Zentral bl Chir*, - 1995.- №5. -p.377- 381.
173. Fleshner P.R., Siegman M.G., Slater G.I., Brolin R.E., Chandler J.C, Aufses A.H. A prospective, randomized trial of short versus long tubes in adhesive small-bowel obstruction *II Am-J-Surg.*- 1995.- № 4.- P.366-370.
174. Trager D., .Medwid S.W., Baer J.W., Mollinelli B., Friedman M. CT of small-bowel obstruction: value in establishing the diagnosis and determining the degree andcause *II AJR-Am-J-Roentgenol.*- 1994.-№ 1.-P.37-41.
175. FragerD.H., Baer J.W. Role of CT in evaluating patients with small-bowel obstruction *II Semin-Ultrasound-CT-MR.*- 1995.- № 2.- P. 127-140.
176. Frager D.H., Baer JW., Rothpearl A., Bossart PA. Distinction between postoperative ileus and mechanical small-bowel obstruction: value of CT

- compared with Roentgenol *II Semin-Ultrasound-CT-MR.*- 1995.- № 4.-P.891-894.
177. Franklin M.E., Dorman J.P., Pharand D. Laparoscopic surgery an acute small bowel obstruction *II Surg.-Laparosc. Enclose* - 1994.- № 4.-P.289-296.
178. Frykberg E.R., Phillips J.W. Obstruction of the small bowel in the early postoperative period *II South-Med-J.*-1999.- № 2.- P.169-173.
179. Gearr E.E., Richardson J.D., Cheadle W.G. The importance of aerly diagnosis of small bowel obstruction// *Corr.Surg.*- 1989.- № 5.- P.429-430.
180. Ha H.K. CT in the early detection of strangulation in intestinal obstruction *II Sernin-Ultrasound-CT-MR.*- 1995.- № 2.- P. 141-150.
181. Haarmann W., Ahrens O., Kozuschek W. Der operierte mechanische Dunndarmileus *II Zentralbl-Chir.*-1991.-№ 6.-p.381-386.
- Value of CT in the diagnosis and management of patients with suspected acute small-bowel obstruction *II AJR-Am-J-Roentgenol.* -1995.- № 5.- P.1
182. Vcev Aledsandar, Barbie Jerko, Vcev Andrijana. Obstruction of the duodenum due to a biliary calculus. *II Radiol. And Oncol.* - 1998. - №2. - p.161 – 163.
183. Vidmar Dubravka, Repse Stane. Ultrasound diagnosis, of gallsstone ileus. *II Radiology and Oncology.* - 1999. - №2. - p.95 - 99.
184. Wolfson P.L, Bauer I.I., Glernt I.M., Kreel I., Auf ses A.H. Use of the long tube in the management of patients with small-intestinal obstruction due to adhesions// *Arch.Surg.*- 1995.- № 9.- P. 1001-1006.
185. Wysocki Andrzej, Drozd Wlodzimierz, Krzywon Jerzy. Mechaniezhna niedroznosc jelit spovodovana nkameniem zolciowym. *II Pol. Prz. chir.* - 1998. - №8. -p.809-815.
186. Zalcham M., Sy M., Donckier V., Struyven J.L. CT diagnosis of strangulating adhesive. obstruction of the small bowel. // *Abstr. 10th European Congress of Radiology, Vienna, Austria, 1997.* - Amsterdam, 1997. - p.582.
187. Zornig C, Peiper M., Emmermann A., Broelsch CE. Inkompletter Ileus bei Dunndarm-Karzinoid-Grenzbereich der laparos kopischen Operationstechnik *II Zbl.Chir.* - 1995. - № 2. - P. 145 - 147.