

УДК: 616.34-007.271-089-053.3

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Худойбердиев Санжар Собирович

e-mail: sanjar.s1983@mail.ru

<https://orcid.org/0009-0005-7667-6773>

Бухарский государственный медицинский институт.

Актуальность. Среди наиболее распространенных патологий в ургентной абдоминальной хирургии, у больных пожилого и старческого возраста, по настоящее время, лидирует острая кишечная непроходимость (1,3,5,7).

Проведенный анализ статических сведений по уровню смертности в общей структуре неотложных заболеваний, за период с 2000 по 2020 годы, показал вариационное значение по острой кишечной непроходимости среди больных пожилого и старческого возраста в пределах от 14,8% до 19,2% (2,4,6,8,9,11,13,15).

Разработка обоснованных критериев дифференцированной диагностики и раннего прогнозирования исхода заболевания можно считать одним из приоритетным направлением для проведения исследований. В этом направлении большую роль играют мультицентральные исследования, которые позволяют разработать конкретные практические рекомендации и оптимальные стандарты оказания лечебно-диагностической помощи. О важности таких исследований было неоднократно высказано и отражено в резолюциях крупных международных конгрессах и конференциях (10,12,17,19,21).

В послеоперационном периоде в проведении контроля общего состояния больного, оценке динамики течения процесса и прогнозирования послеоперационных осложнений большую роль лабораторные и инструментальные методы исследования (1,7,12). Однако, имеющиеся литературные сведения относительно данного аспекта послеоперационного ведения больных не унифицированы и как указывают сами исследователи, результаты могут быть отличительными у больных пожилого и старческого возраста (14,16,18,20). Они характеризуются серьезными нарушениями в

системе тромбообразования, развития эндотелиальной дисфункции, энтерального дистресс-синдрома (21,22,23,24,25,26,27,28,29,30).

Острые хирургические заболевания у больных пожилого и старческого возраста, имеют ряд особенностей в этиологии, в патогенезе и в клиническом проявлении которые напрямую определяют исход применяемых методов лечения. Именно освещение этих аспектов является актуальной и востребованной в медицинской практике.

Цель исследования: изучение результатов традиционных методов комплексного лечения острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования: Проанализированы результаты 53 пациентов с кишечной непроходимостью, в пожилом и в старческом возрасте, которые находились на лечении и обследовании в клинике Сырдарьинского областного филиала Республиканского научно-практического медицинского центра экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан с 2016 по 2019 годы. Распределение больных по полу из общего их количества выявило незначительное преобладание больных мужского пола (на 1,8%).

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста имели своеобразную картину, которая имела как сходства, так и свои отличительные стороны.

В целях сопоставления проявлений клинических признаков острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста нами проведен однотипный анализ хронологии развития фаз данного заболевания согласно клиническим рекомендациям Российского общества хирургов.

Согласно данным клинической рекомендации различают 3 фазы клинического проявления острой кишечной непроходимости: первая фаза «илеусного крика», которая протекает на протяжении от 2 до 12 часов от начала заболевания, вторая фаза «интоксикации» 12-36 часов и третья фаза «перитонита» - более 36 часов.

Как показали наши исследования, средний уровень хронологии клинических проявлений острой кишечной непроходимости в целом соответствует данным клинических рекомендаций. Однако при анализе

показателей доверительного интервала нами обнаружены выраженные расхождения, что принято нам за особенности клинического течения у больных пожилого и старческого возраста.

Особенностями развития и клинических проявлений острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста являются превалирование обтурационного вида поражения преимущественно опухолевого генеза, стертой патогномичных симптомов с пролонгированием первой фазы заболевания (на $8,28 \pm 1,3$ часа) и более ранним наступлением клинических признаков, характерных для второй (на $19,57 \pm 3,9$ часа) и третьей (на $8,2 \pm 2,3$ часа) фазы патологического процесса. Тяжесть проявления клинических признаков острой кишечной непроходимости обусловлена выраженным морбидным фоном, включающий в себя в среднем по 5,3 ед. и 5,6 ед. нозологических наименований у больных пожилого и старческого возраста соответственно.

Исследование клинических параметров в первую очередь включала в себя показатели гемодинамики по интегральной шкале «M-SAPS».

Динамика послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте характеризовалась стойкой тахикардией на всем протяжении исследования. Максимальный и минимальный уровни доверительного интервала не превышал 1 балла по системе интегральной шкалы M-SAPS. В то же время, максимально пиковое значение тахипноэ приходилось только на 1-сутки после операции.

Дооперационный период у больных с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте характеризовался гикалиемией, которая на уровне минимального значения доверительного значения достигала 4 балла по системе интегральной шкалы M-SAPS [CI: 1,37; 3,03]. Протромбиновое время в целом имело склонность к ускорению достигая в среднем на 6-7 сутки послеоперационного периода референс значений ([CI: 9,42; 12,61] и [CI: 9,72; 13,24] соответственно). При этом минимальные значения доверительного интервала свидетельствовали о сохранении все еще склонности к тромбообразованию (таблица 8).

На уровне референс значений находилась средняя скорость тромбинового времени ($15,70 \pm 1,94$ сек), хотя минимальное значение доверительного интервала

начиная со 2-суток послеоперационного значения имела склонность к укорочению, что могло приводить к нарушению в микроциркуляторной системе.

Уровень среднего значения фибриногена в целом за весь период проведенного исследования находился на уровне референс показателя за исключением 2-суток послеоперационного периода ($p < 0,05$). Между тем максимальный диапазон доверительного интервала в дооперационном периоде и на 1-5 сутки послеоперационного периода имела склонность к формированию тромбоза.

Среднее высокое значение показателя Д-димер за весь период проведенного исследования, составившее $1,87 \pm 0,37$ мкг/мл свидетельствовало о повышенном его уровне. Уровень С-реактивного белка был высоким на всем протяжении динамики послеоперационного периода. В среднем у больных пожилого и старческого возраста его значение приравнивалось $18,41 \pm 1,69$ мг/л [СІ: 16,72; 20,1]. Максимальное его значение приходилось на дооперационный период [СІ: 20,83; 29,94], однако минимальное значение доверительного интервала был выше у больных на 1-сутки послеоперационного периода [СІ: 22,56; 24,87]. Хотя в динамике проведенного исследования уровень С-реактивного белка в крови постепенно уменьшался, тем не менее он оставался выше референс значений, что свидетельствовало о сохранении воспалительных явлений даже на 7-сутки послеоперационного периода [СІ: 8,98; 10,93].

Таким образом, анализ изменения показателей свертываемости крови по всем основным параметрам свидетельствовал о склонности к тромбообразованию как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах. При этом процесс изменения этих параметров был не однозначным и должен учитываться при оценке динамики течения послеоперационного периода. Вместе с этим, мы считаем, что не мало важное значение в данном аспекте должно было так же отводиться внимание уровню изменения интраабдоминального и интраэнтерального давления, так как они косвенно свидетельствуют о развитии ишемии в стенке кишечника.

Сопоставительный анализ изменения динамики интраабдоминального и интраэнтерального давления выявил расхождение характера значений в ближайшие и совпадение в ранние сроки послеоперационного периода.

В целом, особенностями изменений показателей клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования в динамике проведенного лечения острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста

являются достоверные различия лабораторных показателей по интегральной шкале M-SAPS: ЛИИ ($p < 0,025$), гематокрита ($p < 0,031$), и калия плазмы ($p < 0,016$), динамика которых имеет общую картину с изменением уровня интраабдоминального ($p < 0,022$) и интраэнтерального ($p < 0,036$) давления. На этом фоне имеет место повышения в крови Д-Димера (в 5,2 раза) и С-реактивного белка (в 25,4 раза), а также укорочения протромбинового времени (в 1,9 раза) и активированного частичного тромбопластинового времени (в 1,5 раза), что свидетельствует о высокой вероятности развития тромбообразования, ишемии кишечника и энтерального дистресс-синдрома.

Все больные были оперированы в экстренном (ущемленные грыжи, заворот кишечника, странгуляционная кишечная непроходимость) или в срочном порядке (обтурационная кишечная непроходимость) после неэффективности проводимых консервативных мероприятий, направленных на разрешение острой кишечной непроходимости.

Все предоперационные консервативные методы лечения у больных контрольной группы проводились согласно утвержденным стандартам министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Они основывались на стадии острой кишечной непроходимости и уровню интраабдоминальной гипертензии.

В большинстве случаев местные послеоперационные осложнения были представлены нагноением послеоперационной раны (17,0%), краевым некрозом и несостоятельности швов послеоперационной раны (15,1%), эвентрацией внутренних органов (15,1%), развитием ранней спаечной кишечной непроходимостью (13,2%) и сформированными абсцессами брюшной полости (13,2%).

В меньшей степени развивались перфорации десерозированных участков кишечника (9,4%), некрозом колостомы (7,5%), несостоятельностью швов кишечного анастомоза (5,7%) и некрозом илеостомы (3,8%).

Общие послеоперационные осложнения у больных развивались в меньшей степени (47,1%). Они были представлены различными послеоперационными пневмониями (13,2%), острым инфарктом миокарда (11,3%), развитием тяжелого сепсиса (7,5%), тромбоэмболией легочной артерии (7,5%), острыми нарушениями мозгового кровообращения (5,7%) и печеночно-почечной недостаточности (1,9%).

Следует отметить, что ряд послеоперационных общих и местных осложнений у больных контрольной группы комбинировались, что повышала тяжесть состояния больного.

В целом, уже на 1-3 сутки послеоперационного периода умерло 1/3 всех больных. А на протяжении 1-4 суток можно выделить наиболее опасный срок для возможного летального исхода (до 60%) в послеоперационном периоде у больных пожилого и старческого возраста. Именно в данный промежуток времени в причинах летальности мы можем проследить развитие тяжелых общих осложнений, в основе которых лежат ишемические и некротические процессы в результате повышенного тромбообразования.

Таким образом, оценка и анализ результатов традиционных методов лечения острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста выявила превалирование в 2,1 раза местных послеоперационных осложнений над общими. В 75,4% случаев в основе как местных, так и общих послеоперационных осложнений лежат патологические процессы, связанные с усилением процессов тромбообразования, приводящие к развитию ишемических (24,5%) и некротических (50,9%) процессов, а также послеоперационной летальности (28,3%).

Выводы:

1. Оценка и анализ результатов традиционных методов лечения острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста выявила превалирование в 2,1 раза местных послеоперационных осложнений над общими. В 75,4% случаев в основе как местных, так и общих послеоперационных осложнений лежат патологические процессы, связанные с усилением процессов тромбообразования, приводящие к развитию ишемических (24,5%) и некротических (50,9%) процессов, а также послеоперационной летальности (28,3%).

2. Стартовую позицию в развитии неудовлетворительных результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте, следует определять в пользу функциональных, а в последующем и структурных нарушений самого кишечника. Именно развивающаяся интраабдоминальная и интраэнтеральная гипертензия приводит к комбинированному сдавлению стенки кишечника и нарушает микроциркуляцию в данном органе.

3. Выявлены грубые нарушения в коагуляционной системе в виде повышенной склонности к тромбообразованию, что является стартовой позицией в развитии энтерального дистресс-синдрома при острой кишечной непроходимости..

4. Более углубленное исследование в системе показателей микроциркуляторных нарушений, в частности показателей эндотелиальной дисфункции в стенке кишечника и в организме в целом в разрезе исхода заболевания позволит определить основные возможности для прогнозирования и профилактики послеоперационных осложнений острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста.

Литература

1. Землянский И.Л. К вопросу профилактики, диагностики и лечения спаечной болезни брюшной полости // Здоровье населения и качество жизни : электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 30 марта 2021 года. Том Часть 1. – Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, 2021. – С. 203-210.
2. Зенков Н.К., Меньщикова Е.Б., Реутов В.П. NO-синтазы в норме и при патологии различного генеза // Вестник РАМН. 2020. - №4. - С. 30-34.
3. Какубава М.Р. Роль внутрибрюшной гипертензии в развитии осложнений при кишечной непроходимости у геронтологических больных: дисс. канд. мед. наук. М., 2012. 116 с.
4. Косинец В.А. Коррекция биоэнергетических процессов в тонкой кишке при экспериментальном распространенном гнойном перитоните. Экспериментальная и клиническая фармакология. 2022;75(8):39-43.
5. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Даминова Н.М. Интубация тонкой кишки как компонент лечения острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости // Вестник Авиценны. – 2018. – Т. 20, № 4. – С. 436-441.
6. Лабезник Л. Б. Практическая гериатрия (избранные клинические и организационные аспекты). М., 2022. С. 14-22.
7. Лазебник Л. Б., Дроздов В. Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. М.:Анахарсис, 2023. С. 3-18.

8. Лапароскопический метод в хирургическом лечении спаечной тонкокишечной непроходимости / С.Ж. Антонян, П.А. Ярцев, А.Г. Лебедев, и др. // Доказательная гастроэнтерология. – 2019. – Т. 8, № 2. – С. 5-11.
9. Механическая кишечная непроходимость как причина смерти в судебно-медицинской практике: ретроспективное исследование / А.Е. Рубцов, М.Ю. Морозов, В.Н. Николенко, Ю.Е. Морозов // Судебная медицина. – 2020. – Т. 6, № 4. – С. 24-29.
10. . Khamdamov I.B. Clinical evaluation of the effectiveness of the traditional approach to the treatment of hernias of the anterior abdominal wall in women of fertile age // Doctor's Bulletin. –Samarkand 2022. No. 2.2 (104).-P.65-70.
11. Khamdamov I.B., Khamdamov A.B. Differentiated approach to the choice of hernioplasty method in women of fertile age (Clinical and experimental study) // Tibbiyotda Yangi kun. – Bukhoro, 2021.-No. 6 (38/1).-P. 112-114.
12. Стойко Ю. М., Зубрицкий В. Ф., Забелин М. В. Профилактика и лечение абдоминального компартмент-синдрома у больных с острой кишечной непроходимостью // Вестник Национального медикохирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2020. Т. 5. №4. С.73-77.
13. A forecasting method of postoperative intestinal paralysis and its timely resolution. // V. Madyarov, M. Kuzikeev, M. Malgazhdarov, et al. Prz Gastroenterol. 2023;18(4):393-401.
14. Basilisco G., Marchi M., Coletta M. Chronic intestinal pseudo-obstruction in adults: A practical guide to identify patient subgroups that are suitable for more specific treatments. Neurogastroenterol Motil. 2024 Jan;36(1):e14715.
15. Coagulation parameters in patients with intestinal necrosis. What is primary? / D. Bassini, C. Montana, D. Curara, A. Dominica // Collection of proceedings of the international conference on diseases of the digestive system // New Zealand, 2019. P.143-145.
16. Хамдамов Б.З. Comparative evaluation of methods of amputation related to tidiotarus with severe forms of diadetic foot syndrome. European Science Review. Austria, Vienna 2014 Septemba-October №9-10. - С. 58-60.
17. Хамдамов Б.З. Диабетик товон синдромида бажариладиган юкори ампутациялардан сунг беморларнинг хаёт кечириш сифатидаги узгаришлар тахлили. Самарканд. Биология ва тиббиёт муаммолари. №1, 2019., (107) - С. 115-117.
18. Хамдамов Б.З. Комплексное лечение синдрома диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей. Журнал биомедицины и практики. Ташкент 2020, Специальный выпуск. 5 часть. – С. 801-814.

19. Хамдамов Б.З. Метод лазерной фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции при синдроме диабетической стопы. Биология ва тиббиёт муаммолари №1 (116) 2020. – С. 142-148
20. Хамдамов Б.З. Морфологические изменения при применении фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции в эксперименте. Журнал Морфология. Санкт-Петербург. 2020. Том 157 (2-3). –С. 223-224.
21. Хамдамов Б.З. Оптимизация методов местного лечения гнойно-некротических поражений стопы при сахарном диабете. Журнал. Тиббиётда янги кун. 2018, №4 (24) - С. 112-115.
22. Khamdamov B. Z., Akhmedov R. M., Khamdamov A. B. The use of laser photodynamic therapy in the prevention of purulent-necrotic complications after high amputations of the lower limbs at the level of the lower leg in patients with diabetes mellitus. Scopus Preview. International journal of Pharmaceutical Research. Volume 11, Issue 3, July-Sept, 2019
23. Khamdamov B. Z., Nuraliev N.A. Pathogenetic approach in complex treatment of diabetic foot syndrome with critical lower limb ischemia. American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2020 10 (1) 17-24 DOI: 10.5923/j.20201001.05.
24. Khamdamov B.Z. Indicators of immunocytocine status in purulent-necrotic lesions of the lower extremities in patients with diabetes mellitus. American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2020 10 (7): 473-478 DOI: 10.5923/j.20201001.08
25. Khamdamov, B., & Dekhkonov, A. (2022). Clinical and laboratory parameters of the wound process complicated by the systemic inflammatory response syndrome in patients with diabetes mellitus. Journal of education and scientific medicine, 2(3), 25-29. Retrieved from <https://journals.tma.uz/index.php/jesm/article/view/349>
26. Khamroev, U., & Khamdamov, B. (2022). Features of changes in endothelial system parameters in patients with diffuse toxic goiter. Journal of education and scientific medicine, 2(3), 62-67. Retrieved from <https://journals.tma.uz/index.php/jesm/article/view/358>
27. Хамдамова М.Т., Жалолдинова М.М.,Хамдамов И.Б. Состояние оксида азота в сыворотке крови у больных кожным лейшманиозом // Тиббиётда янги кун. - Бухоро, 2023. - № 5 (55). - С. 638-643.
28. Хамдамова М.Т., Жалолдинова М.М.,Хамдамов И.Б. Значение церулоплазмينا и меди в сыворотки крови у женщин носящих медьсодержащих внутриматочной спирали // Тиббиётда янги кун. - Бухоро, 2023. - № 6 (56). - С. 2-7.

29. Хамдамова М.Т., Хасанова М.Т. Различные механизмы патогенез гиперплазии эндометрия у женщин постменопаузального периода (обзор литературы) // Тиббиётда янги кун. - Бухоро, 2023. - № 8 (58). - С. 103-107.
30. Khamdamova M. T., Khasanova Makhfuza Toyqulovna, Umidova Nigora Nabievna The role of genetic determinants in the occurrence of hyperplastic processes of the reproductive system of women's menopausal age // Journal of Advanced Zoology ISSN: 0253-7214 Volume 44 Issue Special Issue-2 Year 2023 Page 3724:3730