11. Nakadate Y., Fukuda T., Hara H., Tanaka M. *J. Anesth.* 2011;25(5):745-748.
12. Pisanu A., Porceddu G., Podda M., Cois A., Uccieddu A. *Journal of Surgical Research.* 2014;188(1):152-161.
13. Remacle M., Eckel H. *Springer Scienc;* 2010.
14. Rubin A., Sataloff R. *Surgical Oncology Clinics of North America.* 2008;17(1):175-196.
15. Seddon H. *Brain.* 1943;66(4):237-288.
16. Serpell J. W. *Ann Surg Oncol.* 2010;17(6):1628-1636.
17. Snyder S. K., Lairmore T. C., Hendricks J. C., Roberts J. W. *Journal of the American College of Surgeons.* 2008;206(1):123-130.
18. Zeuren R., Biagini A., Grewal R. K., Randolph G. W., Kaman D., Sabra M. M. *The Laryngoscope.* 2015;125(10):2417-2424.

Сведения об авторах:

Назарочкин Юрий Валерианович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии и офтальмологии; тел.: (8512)253308, 89608539408; e-mail: nazarochkin@gmail.com

Панова Тамара Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии; тел.: 89021121767; e-mail: tamara.panova@yandex.ru

Проскурин Александр Иванович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии и офтальмологии; тел.: (8512)735483; e-mail: agrigoryeva@mail.ru

Кучин Юрий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии; тел.: 89086147764; e-mail: yukuchin@mail.ru

Мустафин Роберт Дамерович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии; тел.: 89033485605; e-mail: robert.mustafin1@gmail.com

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.341-007.272-089

DOI – <http://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11118>

ISSN – 2073-8137

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. З. Тотиков, М. В. Калицова, З. В. Тотиков, В. В. Медоев

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

THE WAYS OF OPTIMIZATION OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROGRAM FOR ACUTE ADHESIVE OBTURATION SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Totikov V. Z., Kalitsova M. V., Totikov Z. V., Medoev V. V.

North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, Russia

Проанализированы результаты лечения 955 больных с острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимостью. Из специальных методов исследования использовали обзорную рентгенографию и ультразвуковое исследование брюшной полости, при помощи которых диагностировали и прогнозировали течение кишечной непроходимости. Исследования проводили дважды – при поступлении и после активной декомпрессионной терапии, через 6 часов. По динамике клинических, рентгенологических и ультразвуковых данных диагностировали стадию заболевания. На основании данной классификации разработана лечебно-диагностическая программа, позволяющая прогнозировать течение непроходимости, определять показания к консервативному или оперативному лечению, определять сроки предоперационной подготовки, что позволило снизить количество оперированных больных до 15,94 %, избежав необоснованных оперативных вмешательств, и снизить летальность до 1,37 %.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, классификация, тактика

The results of treatment of 955 patients with acute adhesive obturation small bowel obstruction were analyzed. From special methods of investigation, we used radiography of abdominal cavity and abdominal ultrasound to diagnose and predict the course of intestinal obstruction. These studies were performed twice – at admission and after active decompression therapy, 6 hours later. According to the dynamics of clinical, radiographic and ultrasound data, we diagnosed a stage of disease. On the basis of this classification we designed a medical-diagnostic program that will predict the course of obstruction, determine the time of preoperative preparation, the indications for conservative and surgical treatment. It has reduced the number of operated patients to 15.94 %, thus avoiding unnecessary operations and reduced mortality to 1.37 %.

Keywords: intestinal obstruction, classification, tactics

Острая спаечная кишечная непроходимость является одним из наиболее тяжёлых и распространённых заболеваний в абдоминальной хирургии. Удельный вес острой спаечной кишечной непроходимости среди других видов илеуса составляет от 50–93 % и не имеет тенденции к снижению, что связано с увеличением количества операций на органах брюшной полости и расширением их объёма [1, 2, 3, 4].

Результаты лечения острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости нельзя признать удовлетворительными. Так, по последним сообщениям, летальность достигает 8–30 %, а количество послеоперационных осложнений 8–40 % [2, 3, 4]. Среди причин этого, наряду с тяжестью самого процесса, особое место занимает отсутствие единой, рациональной хирургической тактики, различия которой связаны с неоднозначной оценкой и недостаточной изученностью клинического течения нарушения проходимости тонкой кишки на фоне декомпрессионной терапии, что не позволяет индивидуально определить длительность и объём предоперационной подготовки [2, 3, 4].

Одним из наиболее важных факторов, определяющих исходы лечения у больных с острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимостью, является определение показаний к консервативному или оперативному лечению, а также выбор оптимального срока предоперационной подготовки [3, 4].

Таким образом, дальнейшая разработка рациональной хирургической тактики при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости, определение показаний к операции, разработка способов прогнозирования, профилактики и лечения осложнений у таких больных представляются актуальными.

Цель исследования: оценить эффективность декомпрессионной терапии у пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью (ОСТН).

Материал и методы. В основу работы положены результаты комплексного клинического обследования 467 больных с острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях клинической больницы скорой помощи. Больные разделены на 2 группы: контрольную группу – 94 пациента, у которых применялись общепринятые методы диагностики и лечения, и основную – 373 пациента, у которых применялась разработанная лечебно-диагностическая программа. Выделенные группы больных репрезентативны по основным показателям.

Всем больным проводили клинические и лабораторные методы исследований по общепринятым методикам.

Обзорную рентгенографию брюшной полости производили по стандартной методике на аппарате DIAGNOST 56 Philips с использованием пленки Retina, размером 30X40 см. Обзорная рентгенография брюшной полости использовалась и для прогнозирования исхода декомпрессионной терапии. С этой целью больным основной группы обзорную рентгенографию брюшной полости производили при поступлении и через 6 часов после декомпрессионной терапии. Затем на обеих рентгенограммах измеряли площадь газа над уровнями жидкости и сравнивали их. Определение площади газа над уровнями жидкости проводилось по двум методикам: 1) с помощью специального приспособления, состоящего из прозрачной пластины размером 30x40 см, расчерченной на квадраты размером 1x1 см, которое позволяло проводить математический подсчет пло-

щади газа над уровнями жидкости; 2) с помощью компьютерной программы, для чего рентгенологическое изображение выводилось на экран компьютера.

Ультразвуковое исследование брюшной полости производили на аппарате LOGIQTMa200 General Electric Co с использованием линейного датчика с частотой 7,5 МГц и конвексного датчика с частотой 3,5 МГц. Обследование производили без предварительной подготовки. Выполняли поперечные, косые и продольные сечения по ходу проекции тонкой кишки на переднюю брюшную стенку. При ультразвуковом исследовании брюшной полости определяли диаметр тонкого кишечника, толщину его стенки, объем секвестрированной в просвет кишечника жидкости, характер перистальтики, наличие или отсутствие выпота в брюшной полости.

Эффективность декомпрессионной терапии (ДТ) в основной группе оценивали по трём вариантам исхода: первый вариант – на фоне терапии явления непроходимости разрешались; второй – ДТ приносит эффект, но полностью разрешить непроходимость не удается; третий вариант – ДТ эффекта не дает и непроходимость нарастает. При исследовании зависимости результатов лечения от длительности предоперационной подготовки и степени эффективности декомпрессионной терапии лучшие результаты лечения отмечены у больных с первым вариантом исхода декомпрессионной терапии – летальных исходов не было, непроходимость разрешилась в течение 72 часов, после чего больные были выписаны на амбулаторное лечение. При втором варианте исхода декомпрессионной терапии лучшие результаты лечения отмечены в случаях, когда оперативные вмешательства выполнялись через 6–12 часов. Для проведения предоперационной подготовки при отсутствии эффекта от декомпрессионной терапии (третий вариант) наиболее оптимальным сроком были 6 часов.

Полученные данные обрабатывались параметрическим методом с помощью t-критерия Стьюдента и непараметрическим методом с помощью критерия согласия χ^2 , используя компьютерную программу «Microsoft Excel».

Результаты и обсуждение. При лечении 94 (61,84 %) больных контрольной группы придерживались тактических рекомендаций XXVI Всесоюзного съезда хирургов, проводя оперативные вмешательства всем пациентам после 2–3-часовой предоперационной подготовки. В результате послеоперационные осложнения развились у 39 (41,5 %) больных, умерло – 18 (19,2 %).

Анализ причин развития осложнений и летальных исходов в контрольной группе убедил нас в том, что наиболее важным фактором, определяющим исходы лечения у больных с острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимостью, является определение показаний к консервативному или оперативному лечению, а также выбор оптимального срока проведения предоперационной подготовки.

Для выявления достоверных критериев исхода декомпрессионной терапии мы ретроспективно изучили динамику развития непроходимости у 431 больного (58 пациентов контрольной и 373 больных основной группы) и сопоставили полученные данные с результатами специальных методов диагностики. При этом выявлены различия в оценке использования специальных методов диагностики. Наиболее информативными и безопасными методами являлись обзорная рентгенография и ультразвуковое исследование брюшной полости, позволяющие за короткое время поставить диагноз и прогнозировать исход декомпрессионной терапии.

В развитии острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости на фоне декомпрессионной терапии следует выделить четыре стадии.

В основной группе при течении острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости для первой стадии было характерно обильное отхождение кишечного содержимого, уменьшение вздутия живота, снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение состояния больного. На контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости определялось уменьшение площади газа над уровнями жидкости более чем на 30 %. На УЗИ брюшной полости определялось достоверное уменьшение диаметра тонкого кишечника с $3,36 \pm 0,18$ до $2,83 \pm 0,13$ см ($p < 0,01$), увеличение толщины кишечной стенки с $4,82 \pm 0,18$ до $5,34 \pm 0,16$ мм ($p < 0,02$), исчезновение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее ($p < 0,05$), уменьшение объема секвестрированной жидкости с $60,85 \pm 4,5$ до $30,05 \pm 15,0$ см³ ($p < 0,05$), усиление кишечной перистальтики у всех больных ($p < 0,05$).

Для второй стадии течения ОСТН было характерно отхождение кишечного содержимого, уменьшение вздутия живота, снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение состояния пациента. На контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости определяли уменьшение площади газа над уровнями жидкости менее чем на 30 % или более чем на 30 % при сохранении фиксированных тонкокишечных арок, площадь газа в которых не имела тенденции к снижению. На УЗИ брюшной полости определяли тенденцию к увеличению диаметра тонкого кишечника с $3,46 \pm 0,22$ до $3,72 \pm 0,18$ см ($p > 0,1$), уменьшению толщины кишечной стенки с $7,23 \pm 0,24$ до $6,88 \pm 0,21$ мм ($p > 0,1$), сохранению выпота в брюшной полости (если он определялся ранее) ($p > 0,05$), сохранению объема секвестрированной жидкости в пределах от $80,5 \pm 10,0$ до $80,0 \pm 15,05$ см³ ($p > 0,1$), ослаблению кишечной перистальтики ($p > 0,05$).

При третьей стадии кишечное содержимое отходило в незначительном количестве, наблюдалось вздутие живота и сохранялся болевой синдром, состояние больного ухудшалось. На контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости определялось нарастание площади газа над уровнями жидкости. На УЗИ брюшной полости определялось достоверное увеличение диаметра тонкого кишечника с $3,86 \pm 0,17$ до $4,57 \pm 0,21$ см ($p < 0,05$), уменьшение толщины кишечной стенки с $8,66 \pm 0,72$ до $5,48 \pm 0,41$ мм ($p < 0,02$), нарастание выпота в брюшной полости ($p < 0,05$) и объема секвестрированной жидкости с $80,0 \pm 10,0$ до $135,0 \pm 20,0$ см³ ($p < 0,02$), ослабление кишечной перистальтики у всех больных ($p < 0,05$).

Остальным 792 (98,63 %) больным с клиникой острого нарушения проходимости тонкой кишки произведены обзорные рентгенографии и 702 (87,42 %) из них – УЗИ

брюшной полости. Далее в течение 6 часов проводили комплексную терапию, направленную на декомпрессию кишечника и коррекцию метаболических нарушений, после чего обзорные рентгенографии и ультразвуковые исследования брюшной полости повторяли. На основании клинических, рентгенологических и ультразвуковых данных диагностировали стадию заболевания.

В результате у 675 (84,06 %) больных выявили первую стадию острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости и продолжили декомпрессионную терапию в полном объеме. У всех пациентов в течение 72 часов явления непроходимости были ликвидированы, они были выписаны на 5–7 сутки в удовлетворительном состоянии. У 67 (8,3 %) больных диагностировали вторую стадию заболевания и установили показания к оперативному вмешательству. Предоперационную подготовку у этих больных ограничили 12 часами. Перед операцией всем больным была проведена терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных и сердечно-сосудистых нарушений, что позволило улучшить их общее состояние. У 50 (6,23 %) больных заболевание расценено как третья стадия, в связи с чем предоперационная подготовка была ограничена 6 часами.

После общего осмотра у 11 (1,37 %) больных была выявлена клиника острой кишечной непроходимости с перитонитом. У этих больных предоперационную подготовку ограничили 2–3 часами. Всего оперативные вмешательства были выполнены 128 (15,9 %) больным со второй и третьей стадиями ОСТН. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения были выявлены у 33 (25,8 %) больных, у 10 (7,8 %) больных они привели к летальному исходу.

Заключение. Наиболее частыми причинами развития послеоперационных осложнений и летальных исходов являлось выполнение необоснованных оперативных вмешательств в контрольной группе, когда непроходимость можно было устранить консервативным путем, либо запоздалых операций из-за неоправданно длительного применения консервативных мероприятий. Неполноценная предоперационная подготовка с тактическими ошибками во время операции и в послеоперационном периоде также являлась причиной неблагоприятных исходов.

На основе разработанной клинической классификации острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости обоснованы показания к выбору способа лечения и к длительности предоперационной подготовки. У больных с первой стадией – к лечению консервативному, у больных со второй и третьей стадиями – к оперативному лечению. Сроки предоперационной подготовки ограничены у больных со второй стадией 12 часами, а у больных с третьей стадией – 6 часами. Полученные в работе результаты свидетельствуют об эффективности представленных подходов.

Литература

1. Ерюхин, И. А. Кишечная непроходимость / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич. – СПб. : Питер, 1999. – С. 43.
2. Тотиков, В. З. Критерии прогноза острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / В. З. Тотиков, М. В. Калицова, З. В. Тотиков, В. В. Медоев // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2010. – № 11. – С. 79.

References

1. Eryukhin I. A., Petrov V. P., Khanovich M. D. Kischechnaya neprokhodimost. SPb: «Piter»; 1999. P. 43.
2. Totikov V. Z., Kalitsova M. V., Totikov Z. V., Medoyev V. V. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. – Bulletin of St. Petersburg State University. 2010;11:79.

3. Тотиков, В. З. Спаечная кишечная непроходимость / В. З. Тотиков, М. В. Калицова. – Владикавказ, 2012. – С. 5–79.
4. Шахов, А. В. Оптимизация диагностики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шахов А. В. – Волгоград, 2009. – С. 3–4.

3. Totikov V. Z., Kalitsova M. V. Spayechhnaya kischechnaya neprokhodimost. Vladikavkaz; 2012. P. 5–79.
4. Shakhov A. V. Optimizatsiya diagnostiki i lecheniya ostroy spayechhnay kischechnoy neprokhodimosti. Volgograd; 2009. P. 3–4.

Сведения об авторах:

Тотиков Валерий Зелимханович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2; тел.: (8672)551875; e-mail: z-totikov@mail.ru

Калицова Мадина Валентиновна, кандидат медицинских наук, доцент; тел.: 89188241535; e-mail: madina777@yandex.ru

Тотиков Заурбек Валерьевич, кандидат медицинских наук, доцент; тел.: (8672)551875; e-mail: z-totikov@mail.ru

Медоев Вадим Вальтерович, кандидат медицинских наук, ассистент; тел.: (8672)740435

© Коллектив авторов, 2016

УДК 617.581

DOI – <http://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11119>

ISSN – 2073-8137

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

И. Ф. Ахтямов¹, О. Г. Анисимов², Е. С. Шигаев³

¹ Казанский государственный медицинский университет, Россия

² Казанская государственная медицинская академия, Россия

³ Республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко, Улан-Удэ, Россия

POSTOPERATIVE ANALGESIA OF THE PATIENTS WITH PROXIMAL FEMORAL TRAUMA

Akhlyamov I. F.¹, Anisimov O. G.², Shigaev E. S.³

¹ Kazan State Medical University, Russia

² Kazan State Medical Academy, Russia

³ Semashko Republican Clinical Hospital, Ulan-Ude, Russia

Проводилось исследование различных вариантов послеоперационного обезбоживания пациентов пожилого возраста при травмах ПОВК. Проведено проспективное двухцентровое рандомизированное исследование среди 38 пациентов. Основную группу составили 18 пациентов, которым была проведена комбинация продленной эпидуральной аналгезии с высокоселективным ингибитором ЦОГ-2 и последующим продлением его использования до 7 суток. В группу сравнения вошли 20 пострадавших, которым проводилось традиционное послеоперационное обезбоживание трамadolом в 1 сутки после операции с назначением НПВП со 2 по 7 сутки. Виды и продолжительность вмешательств в рецензируемых группах были сопоставимы (остеосинтез системами динамической фиксации и артропластика). Оценку интенсивности боли проводили при помощи ВАШ. Оба варианта послеоперационного обезбоживания позволяли проводить успешную активизацию пациентов через 24 часа после операции, однако метод мультимодальной аналгезии оказался существенно эффективнее в плане обезбоживания в первые 24 часа. Последующее применение эторикоксиба на протяжении первой недели после операции облегчает раннюю реабилитацию пациентов в обеих группах.

Ключевые слова: послеоперационное обезбоживание, травма проксимального отдела бедра, эторикоксиб

The work dealt with the research of the various options of postoperative analgesia in elderly patients with PF injuries. A prospective two-center, randomized study was carried out among 38 patients. The main group consisted of 18 patients who underwent the combination of epidural analgesia with a highly selective inhibitor of COX-2 and the subsequent extension of its use up to 7 days. The comparison group consisted of 20 victims who underwent conventional postoperative analgesia of tramadol on the first day after the operation with administration of NSAIDs from 2 to 7 days. Types and duration of the interventions in the reviewed groups were comparable (osteosynthesis with the systems of dynamic fixation and arthroplasty). Pain intensity assessment was performed using a VAS. Both variants of postoperative analgesia allowed to carry out a successful activation of the patients within 24 hours after surgery, but the method of multimodal analgesia was significantly more effective in terms of pain relief within the first 24 hours. Subsequent application of Etoricoxib during the first week after surgery facilitates early rehabilitation of patients in both groups.

Keywords: postoperative anesthesia, trauma of proximal femur, Etoricoxib