

## Случаи из практики / Cases from practice



КРАСНОЯРСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ  
1942/2022

© ЛОБАНОВ Л. С., МОРОЗОВ Е. Ю., ЛОБАНОВ С. Л., ШАПОВАЛОВ К. Г., ЛОБАНОВ Ю. С., ВАСИЛЬЦОВА Н. А.

УДК 617-089

DOI: 10.20333/25000136-2022-4-114-116

### Хирургическое лечение острой кишечной непроходимости в условиях инфекционного госпиталя для пациентов с COVID-19

Л. С. Лобанов<sup>1</sup>, Е. Ю. Морозов<sup>1</sup>, С. Л. Лобанов<sup>2</sup>, К. Г. Шаповалов<sup>2</sup>, Ю. С. Лобанов<sup>2</sup>, Н. А. Васильцова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Городская клиническая больница № 1, Чита 672039, Российская Федерация

<sup>2</sup> Читинская государственная медицинская академия, Чита 672000, Российская Федерация

**Резюме.** При оказании хирургической помощи в условиях многогоспиталя для больных с COVID-19 возникает ряд организационных проблем, в связи с отсутствием профильных отделений. В данной статье приводится опыт хирургического лечения в условиях многогоспиталя на основании полутора лет работы в таком режиме. Всего проведено около 400 операций. Обобщены подходы к лечению 7 пациентов с острой кишечной непроходимостью. Отмечено значительное количество гематом в брюшной полости, различной локализации под париетальной и висцеральной брюшиной, а также в подкожножировой клетчатке. Вероятно, это связано с проведением антикоагулянтной терапии, входящей в схему лечения пациентов с COVID-19, согласно временным методическим рекомендациям министерства здравоохранения РФ. В качестве иллюстрации приводится успешный случай лечения больного COVID-19, с ущемленной грыжей белой линии живота, осложненной острой кишечной непроходимостью.

**Ключевые слова:** COVID-19, острая кишечная непроходимость, гематома, ущемленная грыжа, многогоспиталь.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Для цитирования:** Лобанов ЛС, Морозов ЕЮ, Лобанов СЛ, Шаповалов КГ, Лобанов ЮС, Васильцова НА. Хирургическое лечение острой кишечной непроходимости в условиях инфекционного госпиталя для пациентов с COVID-19. *Сибирское медицинское обозрение*. 2022;(4):114-116. DOI: 10.20333/25000136-2022-4-114-116

### Surgical treatment of acute intestinal obstruction in the infectious department environment for covid-19 patients

L. S. Lobanov<sup>1</sup>, E. Yu. Morozov<sup>1</sup>, S. L. Lobanov<sup>2</sup>, K. G. Shapovalov<sup>2</sup>, Yu. S. Lobanov<sup>2</sup>, N. A. Vasiltsova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> City Clinical Hospital № 1, Chita 672039, Russian Federation

<sup>2</sup> Chita State Medical Academy, Chita 672000, Russian Federation

**Abstract.** Surgical care in a mono-hospital for patients with COVID-19 leads to a number of organisational problems due to the lack of specialised departments. The article presents the experience of surgical treatment in a mono-hospital obtained from one and a half years of work in this mode. In total, approximately 400 surgeries were performed. The experience of treatment of 7 patients with acute intestinal obstruction has been summarised. In the abdominal cavity, a significant number of hematomas of varied localisation were found under the parietal and visceral peritoneum, as well as in the subcutaneous fat. This is possibly associated with anticoagulant therapy included in the treatment regimen for patients with COVID-19 according to the methodical recommendations by the Ministry of Health of the Russian Federation. As an illustration, a successful case of treating COVID-19 patient with strangulated hernia of the abdominal white line complicated by acute intestinal obstruction is presented.

**Key words:** COVID-19, acute intestinal obstruction, hematoma, strangulated hernia, mono-hospital.

**Conflict of interest.** The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

**Citation:** Lobanov LS, Morozov EYu, Lobanov SL, Shapovalov KG, Lobanov YuS, Vasiltsova NA. Surgical treatment of acute intestinal obstruction in the infectious department environment for covid-19 patients. *Siberian Medical Review*. 2022;(4):114-116. DOI: 10.20333/25000136-2022-4-114-116

#### Введение

Пандемия COVID-19 явилась серьезным вызовом к системе здравоохранения в целом и регионального в частности. Для организации стационарной помощи возникла необходимость перепрофилирования крупных многопрофильных больниц с развитой реанимационной службой в моногоспиталы для пациентов с COVID-19 [1, 2, 3]. При этом ургентная помощь при неинфекционной патологии перенесена в другие лечебные учреждения. Вместе с тем, среди значительного числа заболевших COVID-19 периодически возникали случаи экстренной хирургической патологии, что требовало организации соответствующей помощи на базе моногоспиталя. Городская многопрофильная больница № 1 г. Читы была

переведена в режим моногоспиталя с 1 апреля 2020 г. С учетом возникающих эпизодически ургентных хирургических ситуаций была развернута экстренная операционная, где с соблюдением всех необходимых требований проводились оперативные вмешательства инфицированным больным. За 9 месяцев 2020 г. выполнено 172 операции [4]. На 15 декабря 2021 г. около 400 операций. Одной из наиболее тяжелых патологий, требующих экстренного хирургического вмешательства, является острая кишечная непроходимость (ОКН), летальность при которой составляет 7-10 % [5, 6, 7]. К настоящему времени в литературе отсутствуют сведения об особенностях клинического течения и хирургической помощи при острой кишечной непроходимости у пациентов с подтвержденным

диагнозом COVID-19. В связи с этим, клиническое течение ОКН в сочетании с COVID-19, является актуальной и практически неизученной проблемой.

*Цель работы.* Анализ особенностей хирургической помощи при острой кишечной непроходимости у больных с COVID-19.

### Материал и методы

Всего пролечено 7 пациентов с ОКН. Причины непроходимости: спаечная болезнь – 3, опухоль сигмовидной кишки – 1, ущемленная грыжа – 3. У всех пациентов подтвержден диагноз COVID-19, а также обнаружена пневмония КТ-2 у трех больных, КТ-3 у двух, КТ-4 у одного.

### Результаты и обсуждение

Выполненный объем оперативного лечения: рассечение спаек – 3, в одном случае с резекцией тонкой кишки. Герниотомия с герниопластикой – 3. Операция Гартмана – 1. Умер 1 пациент. Летальность составила 14,3 %. Из особенностей оперативного вмешательства следует отметить наличие обширных гематом в разных участках брюшной полости с локализацией в брыжейке, большом сальнике, под висцеральной и париетальной брюшиной, а также нередко в подкожной клетчатке. Вероятно, данное обстоятельство связано с назначением антикоагулянтов, входящих в схему лечения пациентов с COVID-19, согласно временным методическим рекомендациям Минздрава РФ, а также активной работой вспомогательной дыхательной мускулатуры на фоне респираторной недостаточности, что требует дальнейшего изучения. Стандартная антикоагулянтная терапия заключалась в введении эноксапарина натрия по 1 мг на кг веса тела 2 раза в сутки в течение 7-10 дней, с последующим переводом после выписки на пероральный прием ксарелто 10 мг 1 раз в сутки в течение месяца. Пациентам с ОКН, после операции дозу антикоагулянта после операции, учитывая наличие гематом в брюшной полости и мягких тканях, снижали до профилактической. Эноксапарин натрия 40 мг 1 раз в сутки в течение 7-10 дней. Считаю важным представить свой опыт в лечении пациентов при сочетании данных двух тяжелых патологий.

В качестве иллюстрации приводим клинический случай лечения больного с ОКН на фоне ущемленной вентральной грыжи.

Больной Д. 66 лет. Поступил в ГКБ № 1 11.12.21 в 11-40 с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, незначительные схваткообразные боли в животе.

За 10 дней до поступления появилась температура до 38 градусов, слабость, кашель. Обратился в поликлинику по месту жительства. При обследовании установлен и подтвержден диагноз COVID-19. Назначено лечение в амбулаторных условиях. За сутки до поступления состояние ухудшилось, появилась одышка, незначительные боли в животе, тошнота, рвота.

При объективном обследовании: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Перкуторный звук легочный. Аускультация с жестким оттенком. Хрипов нет. ЧДД в минуту 18. SpO<sub>2</sub> 97 % на атмосферном воздухе. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 126 в минуту. АД 107/95 мм. рт. ст. Язык влажный, живот ассиметричный за счет большого округлого (около 15 см. в диаметре)

болезненного грыжевого выпячивания в эпигастральной области. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет.

Данные МСКТ ОГК: двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония. КТ2. Высокая вероятность COVID-19. ПЦР-диагностика: SARS CoV 2 +. Общий анализ крови и мочи, биохимические показатели без значимых отклонений.

*Диагноз.* Основной (U 07.1) COVID-19, вирус идентифицирован, нетяжелое течение. Осложнение: внебольничная двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония, средне-тяжелое течение. КТ-2. Сопутствующий ИБС. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. Энцефалопатия сложного генеза. Идиопатическая B12 железodefицитная анемия, легкой степени. Невправимая грыжа белой линии живота без признаков ущемления. Больной госпитализирован в инфекционное отделение. Назначено лечение согласно методическим рекомендациям.

В 14-00 пациент, после акта дефекации, отмечает усиление болей в животе. В 14-30 осмотрен хирургом. Жалобы на слабость, Вновь однократно была рвота. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отеки нет. Дыхание жесткое. ЧДД 18 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС: 90 ударов в минуту. АД 110/90 мм. рт. ст. Стул оформленный. Ректально ампула свободная, стенки гладкие. Мочеиспускание самостоятельное. Диурез снижен. Локальный статус: живот ассиметричный за счет большого округлого (около 15 см. в диаметре) болезненного грыжевого выпячивания в эпигастральной области. При пальпации живот мягкий, болезненный в области грыжевого выпячивания. Перистальтика ослаблена. Диагноз: ущемленная грыжа белой линии живота. Рекомендовано оперативное лечение в экстренном порядке.

Операция 11.12.21 15-20. Герниолапаротомия, рассечение ущемляющего кольца, ревизия, резекция пряди большого сальника. После обработки операционного поля, под эндотрахеальным наркозом, вертикальным доступом с иссечением полоски кожи послойно выделен и вскрыт грыжевой мешок. Выделилась геморрагическая прозрачная грыжевая вода. Всю полость грыжевого мешка занимают петли тонкой кишки протяженностью 20 см. и прядь большого сальника. Кишка вздута, серозная оболочка синюшно-багрового цвета, не перистальтирует, в брюшную полость не вправляется. В области корня брыжейки тонкой кишки имеется гематома до 7 см в диаметре.

Ущемляющее кольцо диаметром 2 см. рассечено, выполнена герниолапаротомия, в брюшной полости выпота нет, в брыжейку тонкой кишки введено S. Novocaini 0.25 % 60 мл, ущемленная кишка согрета влажными салфетками. Через 5 мин. кишка розовая, серозная оболочка блестящая, кишка перистальтирует, странгуляционные борозды розовые, пульсация сосудов брыжейки ущемленной кишки удовлетворительная. Приводящая кишка 60 см до связки Трейца незначительно вздута, жидкость в просвете не содержится, отводящая кишка спавшаяся, серозная оболочка кишки блестящая. Прядь большого сальника плотная, инфильтрирована,



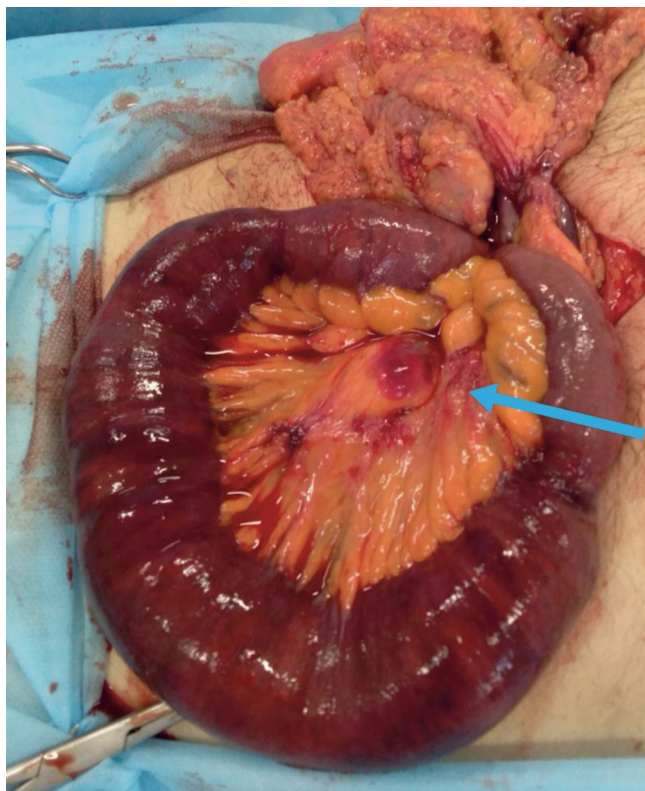


Рисунок. Вид петель кишечника после устранения ущемления – стрелкой обозначена гематома брыжейки.

Figure. View of intestinal loops after elimination of infringement – the arrow indicates the hematoma of the mesentery.

с участками некрозов, в пределах здоровых тканей резецирована. Другой патологии не обнаружено. Грыжевой мешок иссечен, к пластике подготовлен апоневроз. Выполнена пластика грыжевых ворот швами Кунца. Контроль на гемостаз. Швы на рану. Спирт. Наклейка. Объем кровопотери 20 мл. Макропрепарат – грыжевой мешок с салником. Диагноз: ущемленная грыжа белой линии живота с некрозом большого салника. Осложнение основного заболевания: странгуляционная тонкокишечная непроходимость.

В послеоперационном периоде состояние больного тяжелое, стабильное. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная и антибактериальная терапия, а также терапия по поводу COVID-19 по схеме согласно методическим рекомендациям МЗ РФ, антикоагулянтная терапия (эноксапарин натрия 40 мг 1 раз в сутки) в течение 10 суток, с последующим переводом на пероральные антикоагулянты (ксарелто 2,5 мг 2 раза в сутки в течение месяца). Признаков дыхательной недостаточности после операции не выявлено. Клинико-лабораторные показатели в пределах нормы. Выздоровление.

### Выводы

В условиях моногоспиталя для больных с COVID-19 необходимо создание хирургической службы для оказания экстренной помощи при возникновении ургентной хирургической патологии у данной группы больных.

Причины возникновения множественных гематом у пациентов с COVID-19 требуют дальнейшего изучения для выработки наиболее оптимальной лечебной тактики.

### Литература / References

1. Готьё СВ, Ревившвили АШ, Пушкаръ ДЮ. Экстренная хирургическая помощь в условиях COVID-19 : метод. рекомендации. М.: 2020. 14 с. [Got'e SV, Revishvili ASH, Pushkar' DYU. Emergency surgical care in the context of COVID-19: metod. rekomendacii. M.: 2020. 14 p. (In Russian)]
2. Корольков АЮ, Теплов ВМ, Зайцев ДА, Цебровская ЕА, Никитина ТО. Оказание экстренной хирургической помощи в условиях многопрофильного стационара, перепрофилированного под лечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). *Вестник хирургии имени И.И. Грекова*. 2020;179(5):11-15. DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-5-11-15. [Korol'kov AYU, Teplov VM, Zajcev DA, Cebrovskaya EA, Nikitina TO. Providing emergency surgical care in a multidisciplinary hospital redesigned for the treatment of patients with a new coronavirus infection (COVID-19). *Vestnik hirurgii imeni I.I. Grekova*. 2020;179(5):11-15. (In Russian)] DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-5-11-15
3. Cocolini F, Perrone G, Chiarugi M, Di Marzoni F. Surgery in COVID-19 patients : operational directives. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020;15:25. DOI: 10.1186/s13017-020-00307-2. 4
4. Лобанов ЛС, Чепцов ФР, Шилина ИН, Лобанов ЮС, Шаповалов КГ, Лобанов СЛ. Хирургические вмешательства в городской больнице в период ее деятельности в качестве моностационара для пациентов с Covid-19. Девятимесячный опыт. *Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова*. 2021;(7):45-48. DOI: 10.17116/hirurgia2021714 [Lobanov LS, Cheptsov FR, Shilina IN, Lobanov YuS, Shapovalov KG, Lobanov SL. Surgical procedures at the city hospital for patients with Covid-19. A 9-month experience. *Khirurgiya*. 2021;(7):45-48. (In Russian)] DOI: 10.17116/hirurgia20210714

### Сведения об авторах

Лобанов Леонид Сергеевич, заместитель главного врача по хирургии, кандидат медицинских наук, Городская клиническая больница № 1; адрес: Российская Федерация, 672039, Чита, ул. Ленина 8, тел.: +79145085838; e-mail: leonid.lobanov74@mail.ru

Морозов Евгений Юрьевич, заведующий отделением гнойной хирургии, Городская клиническая больница № 1; адрес: Российская Федерация, 672039, Чита, ул. Ленина 8, тел.: +79242720303; e-mail: Dok2005@yandex.ru

Лобанов Сергей Леонидович, д.м.н., проф., заведующий кафедрой факультетской хирургии, Читинская государственная медицинская академия; адрес: Российская Федерация, 672000, Чита, ул. Горького 39а, тел.: +79245097072; e-mail: slobanov15@mail.ru, http://orcid.org/0000-0003-1665-3754

Шаповалов Константин Геннадьевич, д.м.н., проф., заведующий кафедрой анестезиологии и реанимации, Читинская государственная медицинская академия; адрес: Российская Федерация, 672000, Чита, ул. Горького 39а; тел.: +79145010478; e-mail: shkg26@mail.ru, http://orcid.org/0000-0002-3485-5176

Лобанов Юрий Сергеевич, к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии, Читинская государственная медицинская академия; адрес: Российская Федерация, 672000, Чита, ул. Горького 39а, тел.: +79242723676; e-mail: yurilobanov@mail.ru, http://orcid.org/0000-0002-9398-1447

Васильцова Наталья Александровна, врач-хирург, Городская клиническая больница № 1, адрес: Российская Федерация, 672039, Чита, ул. Ленина 8, тел.: +79143559136; e-mail: Nvas95@mail.ru

### Author information

Leonid S. Lobanov, Cand. Med. Sci., Deputy Chief Physician for Surgery, City Clinical Hospital № 1; Address: 8, Lenin Str., Chita, Russian Federation 672039; Phone: +79145085838; e-mail: leonid.lobanov74@mail.ru

Evgeniy Y. Morozov, Head of the Department of Purulent Surgery, City Clinical Hospital № 1; Address: 8, Lenin Str., Chita, Russian Federation 672039; Phone: +79242720303; e-mail: Dok2005@yandex.ru

Sergey L. Lobanov, Dr. Med. Sci., Professor, Head of the Department of Faculty Surgery, Chita State Medical Academy; Address: 39a, Gorky Str., Chita, Russian Federation 672000; Phone: +79245097072; e-mail: slobanov15@mail.ru, http://orcid.org/0000-0003-1665-3754

Konstantin G. Shapovalov, Dr. Med. Sci., Professor, Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation, Chita State Medical Academy; Address: 39a, Gorky Str., Chita, Russian Federation 672000; Phone: +79145010478; e-mail: shkg26@mail.ru, http://orcid.org/0000-0002-3485-5176

Yuri S. Lobanov, Cand. Med. Sci., Associate Professor of the Department of Faculty Surgery, Chita State Medical Academy; Address: 39a, Gorky Str., Chita, Russian Federation 672000; Phone: +79242723676; e-mail: yurilobanov@mail.ru, http://orcid.org/0000-0002-9398-1447

Natalia A. Vasiltsova, surgeon, City Clinical Hospital № 1; Address: 8, Lenin Str., Chita, Russian Federation 672039; Phone: +79143559136136; e-mail: Nvas95@mail.ru

Дата поступления 23.12.2021

Дата рецензирования 26.04.2022

Принята к печати 30.05.2022

Received 23 December 2021

Revision Received 26 April 2022

Accepted 30 May 2022