



І. А. Лурін, І. А. Тітомір,  
О. І. Гладішенко,  
Г. І. Софієнко, Ю. М. Захараш,  
А. В. Червонописький,  
О. Я. Грушевський

Центральний госпіталь  
Військово-медичного управління  
Служби безпеки України,  
м. Київ

© Колектив авторів

## ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРУ СПАЙКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ КИШЕЧНИКА

**Резюме.** Проаналізовано результати лікування 150 хворих на спайкову хворобу очеревини. У 116 хворих, яких прооперовано з приводу гострої спайкової непрохідності кишечника, проведено профілактичну програму із застосуванням сандостатину, фібринолізину, гідрокортизону та вазапрантану. Доведено, що проведення запропонованої профілактичної програми забезпечує суттєве зниження ризику рецидиву спайкової хвороби очеревини.

**Ключові слова:** спайкова хвороба очеревини, лікування, профілактика.

### Вступ

Спайкова хвороба очеревини (СХО) та пов'язана з нею гостра спайкова непрохідність кишечника (СНК) залишаються однією з актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. Серед всіх видів непрохідності спайкова непрохідність складає від 40 до 86 % випадків [2]. СХО та пов'язані з нею ускладнення є причиною зниження якості життя хворих, їх інвалідизації, а, нерідко, і летального наслідку. Післяопераційна летальність при цьому становить від 5 до 25 % і не має стійкої тенденції до зниження. Актуальність даної теми спонукає хірургів шукати принципово нові підходи до лікування та профілактики СХО [3].

### Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати лікування 150 хворих СХО, що ускладнилась гострою кишковою непрохідністю, за період з 2003 по 2009 роки. Чоловіків було 84 (56 %), жінок – 66 (44 %). Захворювання зустрічалось однаково часто в усіх вікових групах з 18 до 86 років.

Аналіз ефективності профілактичних заходів, які направлені на попередження розвитку та рецидиву СХО, було проведено у 116 хворих. З цією метою досліджувались *основна* та *контрольна* групи хворих, які були прооперовані з приводу гострої СНК. Основну групу склали 56 хворих, яким після завершення основного етапу операції проводили запропоновану профілактичну програму. У 60 хворих контрольної групи оперативне втручання завершували без проведення запропонованої профілактичної програми, обмежуючись тільки загальноприйнятими профілактичними заходами. Ефективність цієї програми оцінювали в найближчому та віддаленому післяопераційному періоді у хворих обох груп протягом трьох років кожних 6 місяців.

Відповідно до сучасних уявлень одними з провідних ланок патогенезу утворення спайок

є фактор тканинної ішемії [5], прискорення репаративних процесів в пошкодженому мезотелії [4], зниження фібринолітичної активності мезотеліоцитів та тривалий післяопераційний парез кишечника. Запропонований спосіб профілактики спайкоутворення передбачає, після виконання основного етапу операції, санації та дренивання, введення в черевну порожнину сандостатину 100 мкг, 40000 ОД фібринолізину, 250 мг гідрокортизону у 400 мл 0,9 % р-ну NaCl та внутрішньовенно крапельно вазапрантану по 40 мкг на 250 мл 0,9 % р-ну NaCl 1 раз на добу протягом 3–5 діб [1].

### Результати досліджень та їх обговорення

При надходженні до стаціонару діагноз СНК було встановлено у 144 хворих (96 %). В інших випадках клінічний перебіг маскувався у вигляді загострення хронічного панкреатиту, загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, гострого апендициту, інфільтрату черевної порожнини, харчової токсикоінфекції. Правильний діагноз в цих випадках було встановлено під час динамічного спостереження із застосуванням додаткових методів обстеження, або безпосередньо під час операції. Найчастіше СХО розвивалась після апендектомії в анамнезі – в 63 (42 %) випадках, у 31 (20,7 %) хворій захворювання розвинулось після операцій з приводу позаматкової вагітності, надпихової ампутації та екстирпації матки, резекції яєчників, в 15 випадках (10 %) – після операцій з приводу проникаючих ножових поранень черевної порожнини. У 12 (8 %) хворих в анамнезі виконана холецистектомія, у 8 (5,3 %) – резекція шлунку, в 7 (4,7 %) – ушивання перфоративної виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки, в 10 (6,7 %) – спленектомія з приводу закритої тупої травми живота. В 10 (6,7 %) випадках виконувалась пластика вентральних гриж.



Для клінічної симптоматики СНК найбільш характерним симптомом є біль у животі, він зустрічався у всіх 150 (100 %) хворих, у 62 із них (41 %) в перші години захворювання біль носив переймоподібний характер. Другим за частотою симптомом було здуття живота, що зустрічалось у 146 (97,3 %) хворих. Затримка стулу та газів виявлені у 136 (91 %), а нудота та блювота на початку захворювання — у 99 (66 %) хворих. При об'єктивному обстеженні асиметрія живота виявлена у 14 (9,3 %) хворих, шум плеску — у 25 (16,7 %), здуття поперечної ободової кишки — у 6 (4 %) хворих. Аускультативно посилення перистальтики на момент поступлення в стаціонар виявлене у 116 (77 %) пацієнтів, а у 34 (22,7 %) вона була ослаблена.

Усім хворим виконано оглядову рентгеноскопію чи рентгенографію органів черевної порожнини. Для уточнення діагнозу 98 (65,3 %) хворим проводилась рентгенографія травного тракту з сульфатом барія, що дозволяло не тільки встановити діагноз, але і визначити рівень непрохідності. Частині хворих з метою диференційної діагностики виконувались фіброгастроуденоскопія, іригоскопія, фіброколоноскопія. У 34 (22,7 %) хворих явища кишкової непрохідності були усунуті за допомогою консервативної терапії, а в 116 (77,3 %) виконано оперативне втручання. Показами до виконання оперативного втручання були не ефективність консервативної терапії протягом 6–8 годин або розвиток перитоніту. Об'єм оперативного втручання визначався під час операції, залежав від рівня та виду СНК, стану кишкової стінки. Із 116 оперованих хворих висока тонкокишкова СНК (на рівні дванадцятипалої та худої кишки) виявлена у 38 (32,8 %) хворих, низька тонкокишкова (на рівні клубової кишки) — у 64 (55,2 %), товстокишкова СНК — у 4 (3,4 %) і тотальний спайковий процес — у 10 (8,6 %) хворих. Странгуляційна СНК виявлена у 23 (20 %) оперованих, обтураційна — у 83 (71,5 %), змішана — у 10 (8,5 %) хворих.

Під час оперативного втручання розсікання спайок виконано у 83 (71,6 %), резекція тонкої кишки у зв'язку з розвитком її некрозу — у 33 (28,4 %) хворих.

Оперативне втручання завершувалось інтубацією тонкої кишки. Перевагу надавали назоінтестинальній інтубації, яка була виконана 101 (87 %) хворому. Ретроградна інтубація тонкої кишки виконана у 10 (8,6 %) хворих, що було пов'язано з наявністю протипоказань до назоінтестинальної інтубації. У 5 хворих, у зв'язку з неможливістю розсікти численні спайки та провести інтубацію кишечника, при відсутності некротичних змін кишкової стінки, операцію завершили накладанням обхідних анастомозів: в 2 випадках — ентеро — ентероанастомоз, у трьох випадках — ілеотрансверзоанастомоз.

Ефективність профілактичної програми оцінювали за характером скарг хворих, клінічної картини захворювання в ранньому та віддаленому післяопераційному періодах та за допомогою лапароскопічного контролю. Результати застосування запропонованої профілактичної програми відображено в таблиці.

Таблиця

Результати застосування профілактичної програми у хворих, яких прооперовано з приводу СНК

Критерій	Основна група	Контрольна група	p
Відсутність больового синдрому	28 (50 %)	9 (15 %)	<0,05
Незначний біль в животі, який не потребує медикаментозного лікування	14 (25 %)	15 (25 %)	>0,05
Періодичний біль в животі, який супроводжується здуттям живота, нудотою, затримкою випорожнення	11 (19,64 %)	15 (25 %)	>0,05
Рецидив гострої СНК, який був ліквідований консервативним шляхом	2 (3,57 %)	8 (13,33 %)	<0,05
Рецидив гострої СНК, який потребував оперативного втручання	1 (1,79 %)	11 (18,33 %)	<0,05
Розвиток РПСНК	0	2 (3,33 %)	>0,05
Всього	56 (100 %)	60 (100 %)	

Після виписки зі стаціонару 28 хворих основної групи взагалі не висували скарг на біль в животі, 14 хворих скаржились на періодичний незначний біль в животі, який не потребував прийому спазмолітичних та знеболюючих препаратів і не обмежував працездатності; 11 хворих скаржились на періодичний біль в животі, що іноді супроводжувався нудотою, здуттям живота, затримкою газів і купірувався прийомом спазмолітичних препаратів. І тільки 3 хворих були повторно госпіталізовані з клінікою СНК. Серед них у 2 хворих непрохідність ліквідувалась за допомогою консервативних заходів, і 1 хворий був прооперований з приводу гострої СНК. Лапароскопічну холецистектомію в період від 1 до 3 років після операції виконано п'яти хворим основної групи серед тих, що не висували скарг на біль в животі, яка пов'язана із СХО. При оцінці стану органів черевної порожнини ознак рецидиву спайкоутворення не виявлено. Серед 11 хворих, що скаржились на періодичний біль в животі, здуття живота, нудоту, у 3 жінок виконана лапароскопічна резекція яєчників з приводу полікістозу через 1,5 та 2 роки після операції. При оцінці стану органів черевної порожнини у однієї хворої виявлені поодинокі пухкі спайки в області здухвинної кишки та малого тазу. У двох хворих спайковий процес був обмежений порожниною малого тазу.

Серед хворих контрольної групи тільки 9 взагалі не висували скарг на біль в животі, 15 хворих скаржились на незначний періодичний біль в животі, який не потребу-



вав прийому знеболюючих та спазмолітичних препаратів і купувався самостійно. У 15 обстежених біль в животі супроводжувався здуттям живота, затримкою газів, нудотою, але купувався прийомом спазмолітичних та знеболюючих препаратів, застосуванням клізм. Повторно госпіталізовано 19 хворих зі скаргами на сильний біль в животі, нудоту, блювоту, затримку випорожнення та газів. Із них 11 хворих були прооперовані з приводу гострої СНК. У 8 хворих явища непрохідності кишечника були куповані за допомогою консервативних заходів. Крім того, у хворих основної групи в ранньому післяопераційному періоді (протягом трьох тижнів після оперативного втручання) після проведення профілактичної програми не було випадків розвитку ранньої післяопераційної спай-

кової непрохідності кишечника (РПСНК). Із 60 хворих контрольної групи у двох розвинулась РПСНК, що потребувала повторного оперативного втручання.

#### Висновки

Таким чином, ефективність лікування хворих на СНК залежить від її ранньої діагностики та раннього повноцінного лікування. Хворим, що прооперовані з приводу СХО, доцільно проводити профілактику спайкоутворення з інтраопераційним застосуванням гідрокортизону, фібринолізину, сандостатину з доповненням в післяопераційному періоді внутрішньовенного введення вазапрантану. Застосування запропонованої схеми профілактики спайкоутворення дозволяє ефективно зменшити ризик рецидиву СХО.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Декларційний патент на винахід 71368 А Україна, МПК А61В17/00, А61К31/00. Спосіб лікування і профілактики спайкової хвороби очеревини / В. О. Шапринський, М. В. Мазур, О. І. Гладіщенко. — Заявл. 25.12.2003; Опубл. 15.11.2004. — Бюл. № 11.
2. Люлько І. В. Діагностика та лікування хворих зі злуковою непрохідністю кишечника / І. В. Люлько, Е. Ф. Самарець, В. К. Кадук // Харківська хірургічна школа. — 2004. — № 1–2. — С. 48–49.
3. Радзиховский А. П. Лапароскопическая диагностика и лечение острой тонкокишечной непроходимости / А. П. Радзиховский, Е. Б. Колесников, Н. А. Мендель // Хірургія України. — 2010. — № 2 (34). — С. 89–94.
4. Diamond M.P. Animal adhesion models: design, variables, and relevance // Pelvic surgery: adhesion formation and prevention / Eds: G.S. diZerega, A.H. DeCherney, R.C. Dunn [et.al.] // — Springer-Verlag, New York Inc. — 1997. — P. 65–70.
5. Duffy D.M. Is peritoneal closure necessary? / D. M. Duffy, G. S. diZerega // Obstet. Gynecol. Survey. — 1994. — Vol. 49, № 12. — P. 817–822.
6. Fewer adhesions induced by laparoscopic surgery? / C. N. Gutt, T. Oniu, P. Schemmer [et al.] // Surg. Endosc. — 2004. — Vol. 18. — P. 1202–1207.

#### ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА

*И. А. Лурия, И. А. Титомир, О. И. Гладыщенко, Г. И. Софиев, Ю. М. Захараш, А. В. Червонопиский, А. Я. Грушевский*

#### PRINCIPLES OF SURGICAL CARE FOR PATIENTS WITH ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

*I. A. Lurin, I. A. Titomir, A. I. Gladishenko, G. I. Sofienko, Y. M. Zakharash, A. V. Chervonopisky, A. Y. Grushevskii*

**Резюме.** Проанализированы результаты лечения 150 больных спаечной болезнью брюшины. У 116 больных, прооперированных по поводу острой спаечной непроходимости кишечника, проведена профилактическая программа с использованием сандостатина, фибринолизина, гидрокортизона и вазапрантана. Доказано, что проведение предложенной профилактической программы обеспечивает значительное снижение риска рецидива спаечной болезни брюшины.

**Ключевые слова:** спаечная болезнь брюшины, лечение, профилактика.

**Summary.** Results of treatment of 150 patients with peritoneal adhesions disease are analyzed. In 116 patients operated on acute adhesive intestinal obstruction, prevention program conducted with the use of sandostatin, fibrinolizin, hydrocortisone and vazaprostan. It is proved that the conduct of the proposed prevention program provides a significant reduction in the risk of recurrence of adhesive disease of the peritoneum.

**Key words:** adhesive disease of the peritoneum, treatment, prevention.