

Б.І. Слонецький¹, М.І. Тутченко², І.В. Вербицький¹, С.М. Лобанов³, В.О. Коцюбенко³

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

³Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Особливості діагностико-лікувальної тактики у хворих із субтотальною резекцією тонкої кишки

У дослідженні проведено порівняльний аналіз діагностичних підходів щодо верифікації гострих захворювань органів черевної порожнини, які стали причиною госпіталізації пацієнта та субтотальної резекції тонкої кишки. Застосування динамічного моніторингу регіонарних маркерів оцінки стану органів черевної порожнини дозволило скоротити термін очікування операції, знизити рівень післяопераційних ускладнень і летальність цих пацієнтів.

Ключові слова: кишечник, субтотальна резекція тонкої кишки, післяопераційні ускладнення, летальність.

Вступ

Не зважаючи на тривалу історію вивчення діагностики та лікування гострих захворювань кишечнику, зазначене питання і надалі залишається однією зі складних проблем і не втрачає інтересу науковців і практиків. Це пов'язано із чималою кількістю ускладнень (16–29% випадків) та досить високою летальністю, особливо при гострих судинних захворюваннях кишечнику, що в окремих вікових групах пацієнтів досягає 59–73% (Denegri A. et al., 2014; Garnett G.M. et al., 2014; Forbes A., 2014; Lloyd A. et al. 2014).

Незважаючи на досягнуті суттєві фармакологічні та медико-технологічні здобутки, на превеликий жаль, вони досі не впроваджені в медичну практику в повному обсязі. Проте кожен пацієнт хоче отримати бездоганну допомогу з найменшими втратами, не враховуючи різний термін госпіталізації, розмаїття супутньої патології та особливості перебігу патологічного процесу (Vargas J.H., 2013).

Мета дослідження — проаналізувати ефективність окремих особливостей діагностико-лікувальної тактики у хворих із субтотальною резекцією тонкої кишки.

Об'єкт і методи дослідження

У роботі проаналізовано результати діагностико-лікувальної тактики у 91 хворого, госпіталізованого в ургентному порядку до хірургічного відділення Лікарні швидкої медичної допомоги міста Києва в період 2006–2014 рр. із приводу гострих захворювань тонкої кишки, які стали підставою до проведення субтотальної резекції останньої.

До 1-ї групи увійшли 42 пацієнти, до 2-ї — 49. У пацієнтів 2-ї групи для покращення діагностики додатково застосовували:

- багатоетапну методику ультразвукового дослідження (УЗД), яка включала стандартне сірошкальне дослідження органів черевної порожнини у В-режимі,

кольорове доплерівське картування та дуплексне сканування досліджуваної судинної ділянки кишки;

- УЗД-моніторинг прогресування синдрому ентеральної недостатності;
- об'єктивізацію синдрому ентеральної недостатності шляхом оцінки динамічних змін регіонарних маркерів;
- динамічну рентгеноскопію (рентгенографію) шляхом крапельного введення контрастної суміші через антеградно заведений зонд за зв'язку Трейція.

Рівень абдомінального перфузійного тиску (АПТ) визначали за формулою D.H. Deeren та співавторів (2005). Вимірювання внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) здійснювали непрямим методом через сечовий міхур і згідно з рекомендаціями M.L. Cheatham та співавторів (2006). Оцінка стану тонкої кишки включала дослідження всмоктування D-ксилози за методикою П.О. Гасанова та І.А. Шамова (1984). Клініко-діагностичний комплекс включав лабораторні, біохімічні та інструментальні методи дослідження. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою статистичної програми Microsoft Excel 2008 із використанням критерію Стюдента і визначенням ступеня вірогідності (р).

Результати та їх обговорення

Аналіз діагностики гострих захворювань органів черевної порожнини, які призвели до проведення субтотальної резекції тонкої кишки, виявив досить широкий спектр попередніх діагнозів на різних етапах надання медичної допомоги. Так, із 16 хворих із защемленою багатокамерною вентральною грижею (ЗБВГ) правильний попередній діагноз на догоспітальному етапі встановлено лише у 5 пацієнтів і у 9 — при госпіталізації. Із 21 пацієнта з гострою кишковою непрохідністю непухлинного генезу (ГКННГ) на догоспітальному етапі правильний діагноз вдалося встановити тільки 13 хворим, решті — під час госпіталізації. Лише 11 та 4 пацієнтам із 40 вдалося діагностувати гостру

оклюзійну судинну недостатність кишечнику (ГОСНК) на догоспітальному та госпітальному етапі відповідно. Захворювання тонкої кишки непухлинного генезу на доопераційному етапі взагалі не були верифіковані. Тобто первинна верифікація першопричини гострого захворювання органів черевної порожнини має місце лише у кожного 3-го хворого на догоспітальному етапі та у половини пацієнтів клінічно при госпіталізації до стаціонару.

За результатами комплексного інструментального дослідження виявлено чимало екстраабдомінальних захворювань, загострення яких ускладнювало своєчасну діагностику основного гострого захворювання органів черевної порожнини. У 62 (68,13%) хворих відзначали різний ступінь вираженості захворювань серцево-судинної системи, у кожного 4-го виявляли захворювання органів дихання, майже у кожного 5-го — захворювання нижніх кінцівок, ендокринної, сечовидільної та опорно-рухової систем. Лише у 24 (26,37%) пацієнтів виявлено загострення одного захворювання, у 20 (21,97%) — двох та у 23 (25,27%) — кожного 4-го — три чи більше захворювань.

Результати аналізу джерел літератури стали підставою для проведення ретроспективного дослідження особливостей передопераційної діагностики і терміну проведення хірургічного втручання у пацієнтів 1-ї групи (Пряників А.Д. і соавт., 2010; Тарасенко С.В., 2011; Anil G. et al., 2012). Дані аналізу ефекту від використання інструментального діагностичного комплексу та передопераційної консервативної терапії свідчили, що хірургічне втручання в окремих пацієнтів 1-ї групи проводили навіть через 38 год від моменту госпіталізації. Крім низької суб'єктивних та об'єктивних факторів, причинами цього стали індивідуальні особливості перебігу окремих захворювань, які потребували як загальної, так і специфічної діагностичної тактики. Наприклад, у 4 хворих у період із 12-ї по 24-ту годину проводили диференційну діагностику ЗБВГ із невправною грижею тривалістю понад 5 років. У 5 із 10 пацієнтів із ГКННГ

Таблиця Особливості динамічних змін окремих параметрів прогресування патологічного процесу в черевній порожнині у пацієнтів 2-ї групи в доопераційний період

Параметр	Термін спостереження, год			
	<6	6–12	12–18	18–24
Рівень D-ксилози в сечі, г/л	1,64±0,13	1,37±0,09	1,18±0,09	1,05±0,07
Залишковий об'єм вмісту шлунка, мл	187,14±10,42	255,38±14,71	329,62±22,17	378,66±19,34
Залишковий об'єм вмісту кишечника, мл	207,18±7,14	271,49±12,58	344,68±18,76	396,27±14,73
Діаметр тонкої кишки, см	2,41±0,31	2,92±0,21	3,42±0,19	4,03±0,28
ВЧТ, мм рт. ст.	9,25±0,53	11,34±0,49	13,87±0,89	15,08±0,64
АПТ, мм рт. ст.	85,24±6,38	80,17±4,22	73,98±5,85	68,04±4,74

Достовірна різниця порівняно з величиною параметра на період спостереження: $p^* < 0,05$; $p^{**} < 0,01$ – <6 год; $p_1^* < 0,05$; $p_1^{**} < 0,01$ – 6–12 год; $p_2^* < 0,05$ – 12–18 год.

тривалість передопераційної підготовки становила >18 год, що пов'язано з наявністю в їх анамнезі >4 лапаротомних втручань. Відсутність чіткого моніторингу за станом судинного басейну кишечника у пацієнтів із ГОСНК стала підставою для відтермінування оперативного втручання у більшій половині з них на >18 год із моменту госпіталізації.

Отримані результати дозволили встановити суттєві переваги від застосування динамічного моніторингу за регіонарними та системними маркерами особливостей передопераційного перебігу гострих захворювань тонкої кишки у хворих 2-ї групи (таблиця). При несприятливому перебігу патологічного процесу відзначали збільшення залишкового об'єму вмісту шлунка, діаметра петлі тонкої кишки, пригнічення всмоктування в тонкій кишці, що супроводжувалося підвищенням ВЧТ та зниженням АПТ.

Запропонований діагностичний підхід дозволив скоротити термін передопераційної підготовки, особливо у пацієнтів із ГКННГ та ГОСНК (рисунок). При зіставленні об'єму передопераційної підготовки та терміну виконання оперативних втручань у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп виявлено значні переваги розширеного діагностичного підходу. Такий підхід дозволив не лише скоротити термін передоперацій-

ної підготовки в усіх хворих 2-ї групи, але й значно швидше обґрунтувати абсолютні показання до операції, особливо у пацієнтів із патологічним процесом судинного та оклюзійного генезу.

Застосування у хворих 2-ї групи, на відміну від пацієнтів 1-ї групи, запропонованої діагностико-лікувальної тактики дозволило зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 65 до 58,62% та знизити післяопераційну летальність з 52,38 до 40,82%.

Висновки

1. Застосування у пацієнтів 2-ї групи динамічного моніторингу регіонарних маркерів оцінки стану органів черевної порожнини дозволило провести субтотальну резекцію тонкої кишки у 29 (59,18%) пацієнтів вже протягом 12 год після їх госпіталізації до стаціонару.

2. Вдосконалення та розширення діагностичного комплексу в доопераційний період у хворих 2-ї групи сприяло більш точному визначенню причини патологічного процесу, що зумовило зменшення післяопераційних ускладнень на 6,38% та післяопераційної летальності на 11,56% порівняно з показниками 1-ї групи.

Список використаної літератури

- Гасанова П.О., Шамов І.А. (1984) Микрометод определения содержания D-ксилозы в крови и моче. Лаб. дело, 6: 349–352.
- Прямыков А.Д., Хрипун А.И., Шурыгин С.Н. и др. (2010) D-димеры в диагностике тромбоза брыжеечных артерий. Анналы хирургии, 4: 20–22.
- Тарасенко С.В. (2011) Субтотальная резекция кишечника у больной с тромбозом начального отдела верхней брыжеечной артерии. Журн. им. Н.И. Пирогова., 4: 60–61.
- Anil G., Wee-Thong N., Ashley Robless P. (2012) Short bowel syndrome after endovascular recanalization of superior mesenteric artery embolic occlusion: a rare event. J. Vasc. Interv. Radiol., 23(12): 1709–1711.
- Cheatham M.L., Ivatury R.R., Malbrain M.L., Sugrue M. (2006) Options and challenges for the future. Abdominal Compartment Syndrome. Landes Bioscience, Georgetown, 300 p.
- Deeren D.H., Dits H., Malbrain M.L. (2005) Correlation between intra-abdominal and intracranial pressure in nontraumatic brain injury. Intensive Care Med., 31(11): 1577–1581.

Denegri A., Paparo F., Denegri R. et al. (2014) A multidisciplinary approach to short bowel syndrome. Ann. Ital. Chir., 85(4): 332–340.

Forbes A. (2014) Crohn's disease: rehabilitation after resection. Dig. Dis., 4: 395–398.

Garnett G.M., Kang K.H., Jaksic T. et al. (2014) First STEPs: serial transverse enteroplasty as a primary procedure in neonates with congenital short bowel. J. Pediatr. Surg., 49(1): 104–107.

Lloyd A., Kerr C., Breheny K. et al. (2014) Economic evaluation in short bowel syndrome (SBS): an algorithm to estimate utility scores for a patient-reported SBS-specific quality of life scale (SBS-QoL™). Qual. Life Res., 23(2): 449–458.

Vargas J.H. (2013) Short bowel syndrome/intestinal failure. J. Pediatr., 163(5): 1243–1246.

Особенности диагностико-лечебной тактики у больных с субтотальной резекцией тонкой кишки

Б.И. Слонетский, Н.И. Тутченко, И.В. Вербицкий, С.М. Лобанов, В.О. Коцюбенко

Резюме. В исследовании проведен сравнительный анализ диагностических подходов к верификации острых заболеваний органов брюшной полости, которые стали причиной госпитализации пациента и субтотальной резекции тонкой кишки. Применение динамического мониторинга регионарных маркеров оценки состояния органов брюшной полости позволило сократить срок ожидания операции, снизить уровень послеоперационных осложнений и летальность этих пациентов.

Ключевые слова: кишечник, субтотальная резекция тонкой кишки, послеоперационные осложнения, летальность.

Features of diagnostic and therapeutic management of patients with subtotal resection of the small intestine

B.I. Slonetsky, M.I. Tutchenko, I.V. Verbitskiy, S.M. Lobanov, V.O. Kotsyubenko

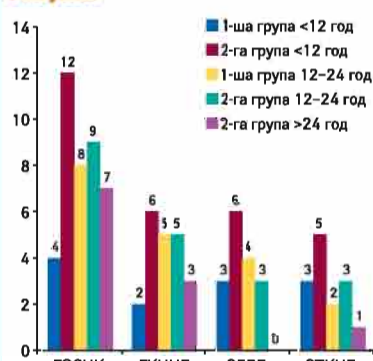
Summary. In the study, A comparative analysis of diagnostic approaches for verification of acute diseases of the abdominal cavity organs, which caused the hospitalization of the patient and subtotal resection of the small intestine was conducted in the study. Use of dynamic monitoring of regional assessment markers of abdominal cavity organs condition reduce the waiting period for surgery, decrease postoperative complications and mortality of these patients.

Key words: intestine, subtotal resection of the small intestine, postoperative complications, mortality.

Адреса для листування:

Слонетський Борис Іванович
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9
Національна медична академія
пслядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
кафедра медицини невідкладних станів
E-mail: slobis@ukr.net

Одержано 18.04.2016

Рисунок

Порівняння термінів проведення субтотальної резекції тонкої кишки у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп

ЗТКНГ – захворювання тонкої кишки непухлинного генезу.