

# СИНДРОМ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ЗЛУКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ КИШКІВНИКА

Бондарев Р.В., Орехов О.А., Чібісов О.Л., Крамаренко Е.Н.

Луганський державний медичний університет, м. Луганськ, Україна

**Ключові слова:** гостра злукова кишкова непрохідність (ГЗКН), відеолапароскопія, поліорганна недостатність.

**Вступ.** Вивчення проблеми гострої злукової непрохідності інтенсивно розвивається в продовж останніх 10-15 років. Зростання числа та об'єму оперативних втручань на черевній порожнині призвело до зростання кількості хворих зі злуковою хворобою. За даними ряду авторів, у 55-100% пацієнтів, які мали операцію на черевній порожнині в анамнезі, у післяопераційному періоді розвивається злуковий процес, який здатен призвести в 1% випадків до ГЗКН.

У той же час затримка з оперативним втручанням сприяє швидкому росту ендогенної інтоксикації і множинної дисфункції органів. Методи хірургічного лікування ГЗКН не завжди ефективні, а часті рецидиви захворювання та висока летальність в 3-10% вимагають шукати нові підходи до вирішення цієї проблеми. Впровадження лапароскопічних технологій у хірургічну практику дозволяє значно змінити погляди на їх роль і місце в комплексі лікувальних заходів. Що стосується діагностики лікування ГЗКН, то більшість хірургів вважають застосування лапароскопії не тільки нераціональним, але й небезпечним через можливе ятрогенне пошкодження кишки в умовах парезу та злукового процесу у черевній порожнині. Об'єктивна оцінка вираженості системних порушень, у тому числі і зв'язок органних порушень з синдромом системної запальної реакції (ССЗР), дозволяє оптимізувати тактику лікування хворих з ГЗКН.

**Мета дослідження:** визначення групи ризику розвитку ССЗР з розробкою оптимального варіанту лікування хворих з ГЗКН.

**Матеріали та методи дослідження:** Для вирішення задач дослідження був проведений аналіз розвитку захворювання у 61 пацієнта з ГЗКН. Чоловіків було 29, жінок – 32 (від 16 до 72 років).

Причиною ГЗКН були перенесені раніше оперативні втручання: апендектомія – у 12, гінекологічні операції – у 8, з приводу проникаючих поранень черевної порожнини – у 13, закриті травми черевної порожнини – у 10, непрохідність кишківника – у 6, захворювання шлунка та кишківника – у 3, деструктивного панкреатиту – у 3 пацієнтів. Причина утворення злуків залишилась невиявленою у 2 пацієнтів. По одній операції було виконано 42 пацієнтам (69%), по дві – 12 хворим (19,6%), по три – 7 пацієнтам (11,4%).

З використанням відеолапароскопічних методів було прооперовано 23 (37,3%) пацієнта, які склали основну групу. 38 (62,3%) хворих було прооперовано “традиційним”

відкритим методом (група порівняння). Ознаки абдомінального сепсису було виявлено у 25 хворих з в'язим перитонітом третинного перитоніту. Клінічні ознаки ССЗР зареєстровано у хворих в приймальному відділенні при госпіталізації в хірургічний стаціонар. При аналізі отриманих даних відмічаються наступні зміни: гіпертермія була виявлена у 54,2% пацієнтів основної групи та у 47,8% хворих групи порівняння, тахікардія – у 75,4% та у 80,2% пацієнтів, тахіпноє – у 50,6% і у 41,3% хворих відповідно. Лейкоцитоз відмічали у 78,9% пацієнтів основної групи і у 76,2% хворих групи порівняння. Кількість незрілих форм лейкоцитів більше 10% визначали у 23% пацієнтів основної групи і у 18% хворих групи порівняння.

Для оцінки поліорганної недостатності використовували шкалу SOFA, яка дозволяє визначити вплив органної недостатності і тяжкості стану пацієнтів на момент госпіталізації та на подальший розвиток патологічного процесу в аналізованих групах хворих.

Госпіталізовані пацієнти були оперовані під ендотрахеальним наркозом через 2-3 години після проведення короточасної передопераційної підготовки, направленої на попередження виникнення та лікування дихальної, серцево-судинної недостатності, корекцію порушень водно-електролітного обміну, стимуляцію імунної системи. У 34 пацієнтів проводилася назогастральна інтубація, з них у 5 хворих основної групи інтубація початкових відділів тонкої кишки проводилася за допомогою фіброгастродуоденоскопа. Для інтубації тонкої кишки використовували розроблений у клініці багатоканальний зонд (Деклараційний патент України №7543 від 12.07.05), який дозволяє проводити за допомогою одного інструменту декомпресію кишки, селективну деконтамінацію і ентеральне живлення. Зонд являє собою три поліхлорвінілові трубки діаметром 10, 7 та 5 мм. При цьому зовнішній діаметр другої трубки відповідає внутрішньому діаметру першої, зовнішній діаметр першої трубки в свою чергу відповідає діаметру зовнішньої трубки, що забезпечує їх взаємопересунення. Після операції починали активну аспірацію з зовнішньої трубки, для чого підтягували допоміжні та відкривали бокові отвори зовнішньої трубки. Санацію просвіта кишківника проводили через першу допоміжну трубку. Ентеральне живлення проводили шляхом введення суміші у другу допоміжну трубку. Кожну добу зонд виймали на 2-3 см для того щоб змінити точки контакту його зі стінкою кишківника (профілактика пролежня).

Статична обробка виконувалась за допомогою персонального комп'ютера із набору програм "Біостатистика" та використанням критерія Ст'юдента.

**Результати та їх обговорення:** Було встановлено наступні показання до відеолапароскопічного втручання: відсутність обширних лапаротомних рубців на передній черевній стінці; відсутність раніше перенесених великих за об'ємом операцій на органах черевної порожнини; відсутність в анамнезі кишкових нориць; вагітність на малих строках; помірний метеоризм (діаметр тонкої кишки не більше 5 см за даними ультразвукового дослідження).

Після відеолапароскопічного дослідження у 4 хворих діагноз ГЗКН був виключений. При цьому встановлені наступні захворювання: прикрита перфорація шлунка – у 2 пацієнтів, гострий апендицит з тромбозом мезентеріальних судин – у 2 хворих. Таким чином, відеолапароскопія дозволяє своєчасно провести адекватне оперативне втручання у 21,6% пацієнтів.

У 15 хворих було встановлено внутрішньочеревні зрощення, що в різній мірі порушували звичне анатомічне взаєморозташування органів.

Після верифікації діагнозу ГЗКН вирішувалося питання про відеолапароскопічне розділення зрощень. Ендоскопічне лікування проводилося при локальному злуковому процесі, поодиноких злуках, у хворих з декількома операціями на органах черевної порожнини в анамнезі, коли ризик рецидиву злукової хвороби залишався високим. З них у 12 хворих ендоскопічним лікуванням зрощень вдалося ліквідувати злукову непрохідність, а виділення органів зі злукового процесу дозволило відновити їх фізіологічну рухливість, запобігти деформації стінки кишки. У 3 хворих ендоскопічне втручання було продовжено конверсією, у зв'язку з наявністю інтимних плоскостних зрощень кишечника. При цьому було неможливо чітко диференціювати петлі кишечника, що обумовлювало високий ризик перфорації органа. У даних хворих була необхідність проведення назоінтестинальної інтубації кишечника.

При аналізі перебігу післяопераційного періоду інволюцію ознак ССЗР відмічено починаючи з другої доби післяопераційного періоду у 67% пацієнтів основної групи, що проявлялося у зникненні гіпертермії, зниженні тахікардії – у 54% хворих. Тільки у 13% пацієнтів мало місце тахіпноє. Лейкоцитарний показник ССЗР мав тенденцію до зниження тільки з 5–6 доби, що свідчить про тяжкий перебіг органних порушень. На третю добу у 20 хворих активувалась перистальтика кишечника, з'явилося регулярне відходження калу та газів. На 4–5 добу видаляли інтубаційний зонд. Раннє ентеральне харчування починали з 2 доби післяопераційного періоду, для чого використовували суміш BERLAMIN (Німеччина).

В групі порівняння виявлено більш перманентне зниження основних ознак ССЗР: тахікардія знижувалася з 3 доби, лейкоцитарний індекс зменшувався з 7 доби та наближався до нормальних показників на 12 добу. Нами відмічено більш тривале збереження парезу кишечника, нормалізація стула відмічена починаючи з 5–6 доби. Інтубаційний зонд видаляли на 6–7 добу післяопераційного періоду. Порівнюючи результати хірургічного лікування в обох групах, відмічається зменшення частоти парезу кишечника, числа евентрацій. Ліжко-день у середньому знизився з 13,2 до 9,5.

Вмерло 2 хворих від перитоніту в поєднанні з легеневиими ускладненнями.

При оцінюванні віддалених результатів відеолапароскопічного метода лікування ГЗКН ми орієнтувалися на суб'єктивний статус хворого. Добрі, найближчі результати відеолапароскопічного лікування досягнуті у 11 (73,3%) хворих. Характерним для цього була відсутність больового синдрому, нормалізація функції шлунково-кишкового тракту. Задовільні результати лікування отримані у 3 хворих, незадовільні – у 1 хворого.

**Висновок:** Таким чином, отримані результати свідчать, що при ГЗКН доцільно використовувати відеолапароскопію, як з діагностичною, так і з лікувальною метою. Відеолапароскопія дозволяє своєчасно діагностувати гострі хірургічні захворювання. Використання лапароскопічних технологій в більшості випадків буває достатньо адекватним, сприяє полегшенню перебігу післяопераційного періоду за рахунок меншої травматизації та зменшення больового синдрому, ранній активізації хворих, раннього відновлення функцій кишечника. Динаміка змін показників ССЗР у післяопераційному періоді свідчить про необхідність використання малоінвазивних технологій в комплексі лікувальних заходів у хворих з ГЗКН.

*Рецензент: член-кор. НАМН України, д.мед.н., професор Захараш М.П.*

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Осінова В.І., Герасімов А.А. Прогнозування злукової хвороби після оперативних втручань з приводу розлитого перитоніту. // Вісник хірургії ім. І.І. Грекова. – 1996. – №3. – С. 19–21.
2. Покидько М.І., Феджага І.П. Клінічні та експериментальні основи прогнозування спайкової хвороби очеревини. // Шпитальна хірургія. – 2001. – №3. – С. 84–86.
3. Семенова Т.В., Бомбушкар І.С., Мірошніченко Є.Ю. Профілактика злукового процесу органів черевної порожнини. // Шпитальна хірургія. – 2000. – №1. – С. 130–133.
4. Сотникова В.Н., Єрохін П.Г., Захаров І.Б. Можливості ендоскопічного методу при злуковій хворобі черевної порожнини. // Хірургія. – 1994. – №6. – С. 25–28.

**СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО  
ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ  
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

*Бондарев Р.В., Орехов О.А.,  
Чибисов О.Л., Крамаренко Е.Н.*

*Луганський державний медичний  
університет, м. Луганськ, Україна*

**Резюме:** В работе представлены результаты хирургического лечения 61 больного с острой спаечной кишечной непроходимостью, у которых использовались современные видеолaparоскопические вмешательства, что позволило снизить летальность с 20% до 8,8% по сравнению с контрольной группой больных, которые лечились с применением традиционных методов.

**Ключевые слова:** острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН), видеолaparоскопия, полиорганная недостаточность.

**SIRS WITH ACUTE INTESTINAL  
ADHESIONS ILEUS**

*Bondarev R.V., Orekhov A.A.,  
Chibisov A.L., Kramarenko E.N.*

*Lugansk State Medical University, Lugansk, Ukraine*

**Summary:** The paper presents the experience of surgical treatment of 61 patients with acute intestinal adhesions ileus (AIAI). The disease was caused by pathologic changes in vermiform process (2), in uterus and uterine appendages (2), by surgical treatment of abdomen wounds (3), by a closed trauma of abdomen (2), by intestinal ileus (2), by stomach and abdomen diseases (2), by destructive pancreatitis (1). In two cases the cause was not determined. In all the cases videolaparoscopy was used as a means of diagnostics and treatment. Postoperative clinical data prove that the method is of low traumatic character. The videolaparoscopy method is proved to be optimal for the patients in certain recommended conditions.

**Key words:** acute intestinal adhesions ileus, videolaparoscopy.