

УДК: 616.34-007.272-07

Люлька О. М.

СУЧАСНА СИМПТОМАТИКА ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКА

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема лікування гострої спайкової непрохідності кишечника залишається актуальною та далекою від вирішення протягом всієї історії сучасної хірургії. У роботі проаналізовані результати оперативного лікування 117 хворих з гострою спайковою непрохідністю кишечника. Клінічні прояви були обумовлені рівнем та ступенем обструкції кишечника, залученням у спайковий процес брижі кишки, компенсаторними можливостями організму і не залежали від виду внутрічеревних спайок, кількості попередніх операцій, тривалості захворювання. Серед усіх патогномонічних симптомів ГСНК не було жодного, який беззаперечно визначає необхідність виконання невідкладного оперативного втручання, тому рішення щодо операції приймалось за результатами комплексного клінічно-інструментального обстеження. Динамічне спостереження за перистальтикою, рентгенологічне та сонографічне обстеження дозволяли реалізувати об'єктивний динамічний контроль та при неефективності консервативної терапії виконати оперативне втручання в умовах невиражених змін кишкової стінки.

Ключові слова: гостра спайкова непрохідність кишечника, синдром системної запальної відповіді.

Дана робота є фрагментом НДР «Морфологічні та функціональні порушення органів та систем організму при гострій та хронічній хірургічній патології, оптимізація діагностики та лікувальної тактики, прогнозування, профілактика та лікування післяопераційних ускладнень», № держ. реєстрації 0111U006302.

Вступ

Спайкова хвороба черевної порожнини продовжує притягувати увагу хірургів через поширеність, що практично не змінюється протягом багатьох років, не дивлячись на неодмінні досягнення медицини у лікуванні та профілактиці її виникнення [1,3,4].

Розвиток абдомінальної хірургії також збільшує чисельність хворих зі спайками черевної порожнини. Надія на те, що лапароскопічні технології в хірургії є запорукою від виникнення спайкового процесу, не виправдовуються [2,3].

За світовими даними, кожного року з приводу спайкової хвороби в хірургічних стаціонарах лікується близько 1% оперованих раніше хворих, а у 50-75% цих хворих виникає найнебезпечніше ускладнення – гостра спайкова непрохідність кишечника (ГСНК), смертність від якої сягає від 13 до 55% [3,4]. Причинами такого високого рівня летальності при ГСНК вважаються пізні звернення хворих за медичною допомогою, перевага хворих похилого та старечого віку, значна кількість діагностичних і тактичних помилок, та, як наслідок, несвоєчасність оперативного втручання і розвиток ускладнень [1,2,3].

Мета дослідження

Вивчити особливості клінічного перебігу та діагностичні критерії ГСНК в залежності від характеру та розповсюдження спайок для обґрунтування лікувальної тактики.

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз стаціонарного лікування 117 хворих з ГСНК, оперованих в клініці кафедри хірургії №1 на базі міської клінічної лікарні №2 м. Полтави протягом 2004-2013 років.

Чоловіків було 55 (47%), жінок – 62 (53%). Вік хворих коливався у межах від 21 до 80 років. Більшість пацієнтів перебувала у працездатному

віці (40-60 років) – 82 (70,1%). Тривалість хвороби була від 3 місяців до 18 років. У 87 хворого (74,4%) була виявлена супутня патологія, серед якої переважали цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, хвороби дихальної системи, хронічні хвороби органів черевної порожнини (панкреатит, холецистит, виразкова хвороба тощо).

Більшість хворих звернулася за медичною допомогою протягом першої доби від початку захворювання – 73 (62,4%), причому до 6 годин – 21 (18%) хворих, від 6 до 12 годин – 24 (20,5%), від 12 до 24 годин – 28 (23,9%) пацієнтів. Після 24 годин з початку захворювання госпіталізовано 44 (37,6%) хворих з вираженими клінічними проявами ГСНК.

Причиною перших клінічних проявів спайкової хвороби і ГСНК у 55 (47%) випадках була перенесена апендектомія, у 21 (17,9%) – різноманітні гінекологічні операції, у 12 (10,2%) – після холецистектомії, у 9 (7,7%) після операцій на органах ШКТ, у 5 (4,3%) після операцій з приводу травми та поранень органів черевної порожнини, у 5 (4,3%) – після інших лапаротомій. У 10 (8,6%) хворих операцій на органах черевної порожнини не було, а виникнення внутрішньочеревних спайок можна було пояснити закритими травмами живота або запальними процесами у малому тазу у жінок.

Одне оперативне втручання в анамнезі було у 67 (57,3%) хворих, в інших 50 (42,7%) пацієнтів – 2 лапаротомії й більше. Лікування з приводу непрохідності кишечника в минулому вже отримували 26 (22,2%) хворих. Крім того, у 9 (7,7%) пацієнтів єдине оперативне втручання, що призвело до виникнення ГСНК, виконувалось у дитинстві (до 15 років).

Діагностична програма при ГСНК, крім загальноприйнятих, включала фізикальне обстеження, клініко-лабораторні дослідження за критері-

ями синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ – SIRS), визначення тяжкості стану хворого за допомогою адаптованої шкали SAPS, динамічні рентгенологічні та сонографічні методи обстеження. Досліджувальними ознаками ССЗВ були: температура тіла ($>38^{\circ}\text{C}$ або $<36^{\circ}\text{C}$); частота скорочень серця (>90 за хв.); частота дихальних рухів (>20 за хв. або $\text{Pa CO}_2 <32$ мм рт ст.), кількість лейкоцитів ($>12 \times 10^3/\text{л}$ чи $<4 \times 10^3/\text{л}$) або кількість незрілих форм $>10\%$. Визначали також лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) та індекс агресії (ІА).

Результати дослідження та їх обговорення

Серед клінічних проявів ГСНК головним симптомом, що спонукав хворих звернутись за медичною допомогою, був біль у животі. Всі хворі пред'являли скарги на біль у животі. Характер больових відчуттів був різним. Переймоподібний біль спостерігався у 76 (65%) хворих. На біль у животі постійного, ниючого характеру скаржились 36 (30,8%) пацієнтів. У 5 (4,2%) хворих відмічався інтенсивний постійний біль у животі, що суттєво не зменшувався під час проводимої консервативної терапії.

Поширеним симптомом ГСНК була нудота, що спостерігалась у 113 (96,6%) пацієнтів, у 48 з яких, крім того, була і блювота. Слід зазначити, що блювота спостерігалась у хворих тяжкого та середнього ступеня тяжкості стану, але у 7 випадках мала місце однократна блювота у хворих легкого ступеня.

Скарги на затримку відходження калу та газів вважались характерними для ГСНК, але не постійними, і були у 96 (82%) хворих. Існуюча думка, що наявність нудоти та блювоти у хворого свідчить про високий рівень перепони при ГСНК, а затримка відходження газів та акту дефекації про низький, не знайшла абсолютного підтвердження під час операції і констатована лише у 86 (74%) випадках.

Серед інших симптомів ГСНК слід відзначити: здуття живота у 97 (82,9%) хворих; асиметрію живота зі зміненою перистальтикою у 54 (46,2%) спостереженнях; “шум плескоти” у мезогастрії у 49 (41,9%) випадках, симптоми перитоніту – у 5 (4,3%) хворих.

При лабораторних дослідженнях крові хворих виявлявся лейкоцитоз, підвищення гематокриту та ШОЕ, зниження рівня загального білка, зниження вмісту калію, натрію, хлоридів.

Згідно критеріїв SAPS у 16 (14%) випадках стан хворих був легкого ступеня, у 67 (57%) – середнього ступеня, а у 34 (29%) – тяжкий. Також, розвиток ССЗВ був діагностований у 84 (72%) хворих. Серед цих хворих переважали пацієнти похилого та старечого віку з вираженою супутньою патологією та ті, що були госпіталізовані більше доби від початку захворювання. Рівень ЛІІ коливався від $1,57 \pm 0,6$ ум.од. при стані хворих легкого та середнього ступеня до $6,2 \pm 0,82$ ум.од. при стані тяжкого ступеню. Рі-

вень ІА збільшувався від $1,3 \pm 0,32$ ум.од. до $7,3 \pm 1,3$ ум.од.

Обов'язковим було проведення рентгенологічного дослідження (оглядова рентгенографія чи рентгеноскопія черевної порожнини). У 108 (92,3%) пацієнтів виявлено рентгенологічні ознаки кишкової непрохідності: гіперпневматоз тонкої кишки, “чаші Клойбера”, кишкові арки, горизонтальні рівні рідини у просвіті кишки. Рентгенологічного підтвердження кишкової непрохідності не спостерігали у 9 (7,7%) пацієнтів з малим терміном захворювання та високим рівнем обструкції.

Сонографічне дослідження черевної порожнини виконано 102 (87%) хворим з ГСНК і характеризувалось високою інформативністю: феномен “секвестрації рідини” в просвіті кишки та гіперпневматоз кишечника у привідному відділі визначались у всіх обстежених; зворотно-поступальні рухи вмісту кишки у 96 (94%) випадках; розширення просвіту кишки $> 2,0$ см – у 66 (65%) пацієнтів; потовщення стінки кишки, візуалізація кишкових складок та зміна їх форми – у 43 (42%) спостереженнях; вільна рідина у черевній порожнині – у 20 (19,6%) хворих.

Крім того, сонографія дозволила визначити супутню патологію та проводити динамічне спостереження ефективності консервативного лікування, метою якого було усунення кишкової непрохідності.

Всім хворим з моменту госпіталізації проводилась дезінтоксикаційна терапія, корекція обмінних процесів та гіповолемії, нормалізація мікроциркуляторних порушень, протишокові заходи, декомпресія шлунково-кишкового тракту. Критеріями ефективності консервативної терапії було: покращення загального стану хворого, зникнення (зменшення) болю, позитивна рентгенологічна та сонографічна динаміка, відновлення прохідності кишечника, відсутність перитоніту.

Після передопераційної підготовки у невідкладному порядку прооперовані 5 (4,3%) хворих з ознаками перитоніту. Показаннями до операції в інших хворих були прогресування захворювання та розвиток перитоніту на фоні проводимого лікування. У випадках відсутності клінічного ефекту від консервативних заходів при повторних рентгенологічних дослідженнях негативна динаміка відмічалась у 65 (58%) хворих, а при сонографічних – у 90 (80,4%).

Оперативні втручання виконувались під загальним знеболенням з середнього лапаротомного доступу. Непрохідність кишечника була усунена шляхом розсічення вісцеро-вісцеральних та вісцеро-парієтальних спайок різноманітної локалізації. В ділянці післяопераційного рубця спайковий процес був у 97 (83%) оперованих, в анатомічних ділянках попередніх операцій у 104 (88,9%), одночасно в інших анатомічних ділянках (навіть віддалених) – у 59 (50,4%) хворих. У 5 (4,3%) хворих діагностовано странгуляцію петлі тонкої кишки внаслідок утворення у черевній порожнині, так званого, “вікна”.

У 8 (6,8%) пацієнтів внаслідок спайкового процесу виник некроз ділянки тонкої кишки, який був усунений шляхом резекції некротизованої кишки з накладанням анастомозу з подальшою інтубацією кишечника зондом.

Після оперативного лікування померло 9 (7,7%) хворих. Причиною смерті були: перитоніт; інтоксикація; тромбоз легеневої артерії; поліорганна недостатність з серцево-судинною, легеневою та нирковою недостатністю. Всі померлі хворі були віком старше 58 років і поступили до клініки пізніше 24 годин від початку захворювання.

Висновки

1. Клінічні прояви ГСНК обумовлені рівнем та ступенем обструкції кишечника, залученням у процес брижі кишки, компенсаторними можливостями організму і не залежать від виду внутрішньочеревних спайок, кількості попередніх операцій, тривалості захворювання.

2. Серед усіх патогномічних симптомів ГСНК немає жодного, який беззаперечно визначає необхідність виконання невідкладного оперативного втручання, тому рішення щодо опе-

рації повинно прийматися за результатами комплексного клінічно-інструментального обстеження.

3. Дотримання розширеної діагностичної програми при ГСНК дозволяє об'єктивно визначити стан хворого, спрогнозувати розвиток ускладнень, оцінити ефективність консервативного лікування та виконати своєчасне оперативне втручання при менш виражених змінах стінки кишки.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці нових методів діагностики схильності пацієнтів до спайкової хвороби та ефективних методів її профілактики.

Література

1. Тамм Т.І. Діагностика і тактика лікування хворих на гостру кишкову непрохідність. Навчальний посібник / Т.І. Тамм, О.Я. Бардюк, О.Б. Даценко [та ін.] // Харків. – 2003. – 124 с.
2. Лазаренко В.А. Современная семиотика острой спаечной кишечной непроходимости / В.А. Лазаренко, В.А. Липатов, А.С. Сотников [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т.V, № 2. – С. 292-296.
3. Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины / И.А. Чекмазов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 160 с.
4. DiZerega G.S. Peritoneal repair and postsurgical adhesion formation / G.S. DiZerega, J.D. Campeau // Hum.Reprod. – 2001. –V. 6. – P. 547-555.

Реферат

СОВРЕМЕННАЯ СИМПТОМАТИКА ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Люлька О.М.

Ключевые слова: острая спаечная непроходимость кишечника, синдром системного воспалительного ответа.

Проблема лечения острой спаечной непроходимости кишечника остается актуальной и далекой от решения на протяжении всей истории современной хирургии. В работе проанализированы результаты оперативного лечения 117 больных с острой спаечной непроходимостью кишечника. Клинические проявления были обусловлены уровнем и степенью обструкции кишечника, вовлечением в спаечный процесс брыжейки кишки, компенсаторными возможностями организма и не зависели от вида внутрибрюшных сращений, количества предыдущих операций, длительности заболевания. Среди всех патогномических симптомов ОСНК нет ни одного, который объективно определял необходимость неотложного оперативного вмешательства, поэтому решение о проведении операции принималось на основании комплексного клинично-инструментального обследования. Динамическое наблюдение за характером перистальтики, рентгенологическое и сонографическое обследование позволяли реализовывать объективный динамический контроль и при неэффективности консервативной терапии выполнять оперативные вмешательства в условиях менее выраженных изменений кишечной стенки.

Summary

PRESENT-DAY SYMPTOMATOLOGY OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

Lulka O.M.

Key words: acute adhesive intestinal obstruction syndrome, systemic inflammatory response.

The problem of the treatment of acute adhesive intestinal obstruction (AAIO) is still remaining relevant and far from being solved throughout the history of modern surgery. The paper analyzed the results of surgical treatment of 117 patients with acute adhesive intestinal obstruction. Clinical manifestations were determined by the level and degree of obstruction of the bowel adhesions involving the bowel mesentery, compensatory abilities of the body and did not depend on the type of intra-abdominal adhesions, the number of previous operations, the duration of disease. Among all the pathognomonic symptoms of AAIO there was no one that implicitly indicated the necessity of urgent surgery as the decision on an operation was made on the basis of comprehensive clinical and instrumental examination. Dynamic observation of peristalsis, radiological and ultrasound examination allowed to provide dynamic objective control and in a case of the ineffective conservative therapy to perform operations under slightly marked changes on the intestinal wall.