

© В. В. БЕНЕДИКТ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Гостра непрохідність кишки. Операційне чи консервативне лікування?

V. V. BENEDYKT

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION. SURGICAL OR CONSERVATIVE TREATMENT?

Гостра непрохідність кишки (ГНК) залишається актуальною і однією зі складних проблем у сучасній абдомінальній хірургії. У 203 хворих на ГНК досліджено тривалість захворювання, клінічний перебіг, показники загального гомеостазу. Консервативна терапія використовувалася у 54 пацієнтів, у 122 випадках – хірургічне втручання. Крім цього, проведено ретроспективний аналіз 27 медичних карт померлих від ГНК.

У 32,02 % випадків на догоспітальному етапі спостерігалися діагностичні помилки, що пояснюються варіабельністю перебігу ГНК та відсутністю пильності щодо цього захворювання. Тільки 12,81 % хворих на ГНК були госпіталізовані в строки до 6 год, а 45,81 % пацієнтів зверталися за медичною допомогою через 24 год від початку захворювання. Звертається увага на необхідність визначення ступеня компенсації функціонального стану пацієнта. У перебігу ГНК виділено стадію компенсації і декомпенсації. Наголошується, що стадія перебігу захворювання не завжди збігається з функціональним станом пацієнта. Наведено критерії ефективності консервативної терапії і показання до операційного втручання. Запропоновано алгоритм діагностично-лікувальної тактики, який із загальноприйнятими заходами дозволить проводити динамічне спостереження за хворими на ГНК і відповісти на питання про необхідність і строки хірургічного лікування.

Acute intestinal obstruction (AIO) remains relevant and one of the difficult problems in modern abdominal surgery. In 203 patients with acute obstruction there was investigated disease duration, clinical course, indicators of general homeostasis. Conservative therapy was used in 54 patients, in 122 cases – surgery. In addition there was conducted a retrospective analysis of 27 medical records of deceased patients with acute obstruction of the intestine.

In 32,02 % of cases prehospital diagnostic errors were observed, due to variability in the course of the disease and lack of vigilance regarding the disease. Only 12,81 % of patients were hospitalized for up to 6 hours, and 45,81 % of patients seek care after 24 hours of illness. Attention is drawn to the need for the determination of the degree of compensation of the functional status of the patient. In the course of acute obstruction was determined the stage of compensation and decompensation. It is noted that the stage of the disease does not always coincide with the functional state of the patient. The criteria of efficiency conservative therapy and indications for surgical intervention are presented. The algorithm for diagnostic and therapeutic tactics that with conventional measures allow for dynamic monitoring of patients with acute intestinal obstruction and answer questions about the need and terms of surgical treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Гостра непрохідність кишки (ГНК) є складною патологією у невідкладній абдомінальній хірургії. Летальність у хворих на ГНК зберігається на досить високих цифрах [5, 7, 10]. Частота діагностичних помилок при ГНК навіть в умовах хірургічного стаціонару досягає 21,2–34 % [2]. Крім цього, однією з важливих причин незадовільних результатів лікування ГНК є необґрунтована пролонгація термінів консервативної терапії. Перед хірургом часто виникають питання: Оперувати хворого чи ні? Якщо оперувати, то коли? На даний час діагностика ГНК ґрунтується на результатах клінічного та рентгенологічного обстежень хворого [10], які, особливо на початкових стадіях захворювання, є недостатньо інформативними [9].

Мета роботи: визначення й оцінка деяких клінічних ознак у хворих на ГНК для вибору диференційованої лікувальної тактики, що покращить результати лікування цих пацієнтів.

Матеріали і методи. У клінічних умовах обстежено 203 хворих на ГНК. У 54 пацієнтів проведено консервативне лікування з позитивним ефектом. У 122 випадках виконано операції, які були спрямовані на ліквідацію ГНК. Проведено ретроспективний аналіз 27 медичних карт стаціонарних хворих, померлих від ГНК. Досліджували тяжкість інтоксикаційного синдрому – за лейкоцитарним індексом інтоксикації (ЛІІ) [6] і концентрацією молекул середньої маси (МСМ) [3], неспецифічну резистентність організму – за паличкоядерно-лімфоцитарним індексом (ПЛІ) [1], стан ве-

гетативної нервової системи за індексом Кердо [4]. Отримані дані порівнювалися з результатами рентгенологічних, сонографічних та загальноклінічних досліджень.

Цифрові величини обробляли методом варіаційної статистики. Різницю між порівнюваними величинами визначали за Стьюдентом.

Результати досліджень та їх обговорення. Вік хворих коливався від 17 до 83 років, однак більшість пацієнтів (65,02 %) була працездатного віку. Хворих чоловічої статі було 67, жіночої – 136. Частота помилкових діагнозів на догоспітальному етапі у хворих на ГНК в досліджуваних групах наведена на рисунку 1.



Рис. 1. Частота помилкових діагнозів на догоспітальному етапі.

Таблиця 1. Строки госпіталізації у хворих на ГНК

Групи хворих	Тривалість захворювання					Разом
	до 6 год	6–12 год	12–24 год	24–48 год	більше 48 год	
Неоперовані	5 (9,26 %)	16 (29,63 %)	12 (22,22 %)	9 (16,67 %)	12 (22,22 %)	54 (100 %)
Оперовані	21 (17,21 %)	23 (18,85 %)	26 (21,31 %)	20 (16,39 %)	32 (26,23 %)	122 (100 %)
Померлі	-	1 (3,70 %)	6 (22,22 %)	2 (7,41 %)	18 (66,67 %)	27 (100 %)
Всього	26	40	44	31	62	203

76,09 % хворих, чаші Клойбера – в 23,91 % пацієнтів, арки та рівні рідини – в 28,26 % хворих. Особливу увагу ми приділяли УЗД органів черевної порожнини. При первинному обстеженні розширення петель тонкої кишки було в 84,0 % хворих, “маятникоподібний” рух хімусу в них спостерігався в 20,0 % пацієнтів, наявність вільної рідини в черевній порожнині в 12,0 % осіб. Хворі були госпіталізовані в компенсованому функціональному стані організму. При проведенні консервативної терапії спостерігали позитивну динаміку в перебігу захворювання протягом перших годин, що дозволяло в подальшому проводити консервативну терапію до самого розрешення ГНК.

Така значна частота помилкових діагнозів пояснюється варіабельністю перебігу ГНК та відсутністю пильності щодо цього захворювання.

Незвернення хворих за медичною допомогою і помилки на догоспітальному етапі призвели до таких строків госпіталізації в хірургічні стаціонари (табл. 1).

Цілком зрозуміло, що пізня госпіталізація впливала на наслідки перебігу захворювання.

У всіх неоперованих хворих спостерігався біль, який в 72,22 % мав переймистий характер, нудота була у 72,22 % пацієнтів, блювання – у 48,15 % хворих, невідходження газів – у 75,93 % осіб. Здуття живота спостерігали в 75,93 % хворих. Характер моторики тонкої кишки був таким: пригнічення перистальтики – у 13 (24,07 %) пацієнтів, її посилення – в 37 (68,52 %), задовільна – в 4 (7,41 %) випадках. Найбільш інформативним був симптом Склярва (55,56 %). Кількість лейкоцитів у середньому становила $(9,29 \pm 1,32) \times 10^9/\text{л}$, ЛП – $(4,40 \pm 0,64)$ од., ПЛП – $(0,77 \pm 0,11)$ од. При госпіталізації переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи спостерігали в 57,69 % хворих, переважання парасимпатичного відділу – майже в 2 рази менше випадків, вегетативна рівновага – у 13,46 % пацієнтів.

При рентгенологічному дослідженні черевної порожнини пневматизацію кишки спостерігали в

Критеріями ефективності консервативної терапії були: об'єктивне поліпшення загального стану хворого і зменшення рівня інтоксикації, поступове, стійке відновлення пасажу по травному каналу (відсутність застійного вмісту в шлунку, зникнення рентгенологічних, УЗД-ознак непрохідності кишки та симптому Склярва, самостійне відходження газів і калу).

Показаннями до оперативного втручання були: ГНК, яка не розршується консервативними методами, наявність клініки перитоніту, встановлення странгуляційного характеру ГНК.

При проведенні ретроспективного аналізу померлих пацієнтів було встановлено, що тільки 4

(14,81 %) пацієнти з несприятливим перебігом ГНК госпіталізовані в першій стадії перебігу захворювання, в другій – 14 (51,85 %) хворих і в третій – 9 (33,33 %) пацієнтів. При дослідженні ступеня компенсації функціонального стану цих пацієнтів декомпенсацію спостерігали в 17 (62,96 %) випадків. Таким чином, стадія перебігу ГНК не завжди збігається з компенсаторними можливостями організму хворого. Тривалість передопераційної підготовки була в межах від 1 год до 6 діб. Такі коливання в часі вказують на недостатньо чітке визначення перебігу захворювання. Причиною летального наслідку в 21 (77,78 %) випадку був синдром поліорганної недостатності, декомпенсація серцево-судинної системи – у 5 (18,52 %) хворих і емболія легеневої артерії – в 1 (3,70 %) пацієнта. У цій групі досліджених відсутність перистальтики кишки спостерігалось в 22 (81,48 %) хворих, а її пригнічення – в 6 (22,22 %) пацієнтів. У всіх хворих було виявлено переважання симпа-

тичного відділу вегетативної нервової системи, значний ступінь інтоксикації і зниження неспецифічної резистентності організму, що деякою мірою зумовлює пік летальності на першу (16 %) і третю (32 %) доби після операції.

У хворих на ГНК, яким проводили хірургічне лікування, ЛШ до операції склав $(2,91 \pm 0,13)$ од., концентрація МСМ – $(0,355 \pm 0,049)$ оп. од. Встановлено суттєве порушення співвідношення симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи із значним переважанням першого. При вивченні стану неспецифічної резистентності організму у хворих відмічали значне напруження неспецифічної резистентності і навіть її зниження.

Проаналізувавши клінічні ознаки перебігу захворювання у наших хворих на ГНК, ми вважаємо за доцільне до операції визначати ступінь компенсації функціонального стану пацієнта і розрізняти стадію компенсації та декомпенсації (табл. 2).

Таблиця 2. Клінічна характеристика ступеня компенсації функціонального стану хворого на ГНК

Клінічні, лабораторні, інструментальні ознаки	Стадія компенсації	Стадія декомпенсації
Загальний стан хворого	Середнього ступеня	Тяжкий
Стан язика	Вологий	Сухий
Погодинний діурез	30–60 мл за годину	Менше 30 мл за годину
ЦВТ	В межах норми	Нижче 50 мм вод. ст.
Перистальтика кишки	Визначається	Не визначається
Характер виділень із назогастрального зонда	Шлунковий, дуоденальний	Кишковий
Гематокрит	В межах норми	Понад 0,50
ЛШ	До 3 од.	Понад 4 од.
ПЛШ	0,5–1,0	Понад 1,0
Стан згортальної системи	Не порушений або незначні зміни	Схильність до гіперкоагуляції
Стан вегетативного гомеостазу	Рівновага або незначне переважання симпатичного відділу	Значне переважання симпатичного відділу
ЕКГ	Синусова тахікардія, помірна гіпоксія міокарда	Порушення ритму, провідності, виражена гіпоксія міокарда
Рентгенологічне обстеження	Сумнівні або поодинокі, локальні ознаки	Виражені прямі ознаки ГНК
УЗД	Набряк складок Керкрінга, гіперпневматоз привідної кишки, вихід рідини в просвіт кишки, зворотно-поступальні рухи хімусу	Гіперпневматоз, вихід рідини в просвіт кишки та в черевну порожнину, відсутність перистальтики

Такий підхід до оцінки функціонального стану хворого на ГНК дозволяє визначити тривалість підготовки до операції, об'єм оперативного втручання й особливості ведення післяопераційного періоду.

Тривалість підготовки до операції зумовлюється періодом перебігу ГНК, компенсацією функціонального стану організму пацієнта, показниками неспецифічної резистентності і вегетативного гомеостазу, рівнем наявної інтоксикації, супутньою патологією. Таким чином, отримані нами резуль-

тати досліджень призвели нас до проведення такого алгоритму в лікуванні (рис. 2).

Запропонований нами комплекс із загальноприйнятими заходами дозволить проводити динамічне спостереження за хворими на ГНК і відповідати на питання про необхідність та строки хірургічного лікування.

Висновки. 1. Гостра непрохідність тонкої кишки є нестандартним захворюванням, яке потребує індиві-

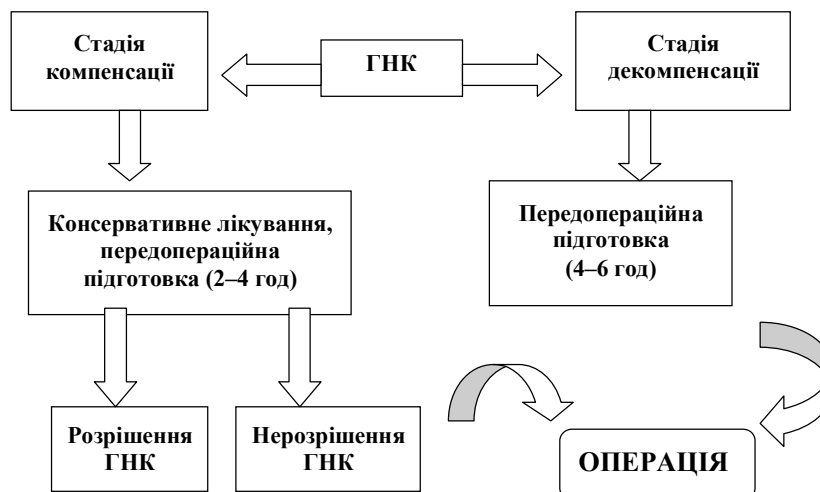


Рис. 2. Алгоритм вибору методу лікування хворих на гостру непрохідність кишки.

дуального визначення строків лікування до операції, неординарних хірургічних маніпуляцій і прийомів під час операційного втручання та особливо скрупульозного ведення післяопераційного періоду.

2. У хворих на гостру непрохідність кишки для вирішення питання про лікувальну тактику необхідним є складання хірургічних стандартів із вра-

хуванням стадії компенсації основних функцій організму при цьому захворюванні.

Перспективи подальших досліджень. Формування єдиної діагностично-лікувальної тактики до, під час операції і при веденні післяопераційного періоду, яка обов'язково приведе до зміни думки деяких авторів і хірургів [7] про непередбачуваність перебігу гострої непрохідності кишки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бенедикт В. В. Особливості змін показників неспецифічної резистентності організму у хворих на перитоніт / В. В. Бенедикт, М. С. Гнатюк, Ю. М. Голда // Здобутки клінічної та експериментальної медицини : збірник наукових праць ХЛУ підсумкової науково-практичної конференції. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – Вип. 7. – С. 65–66.
2. Березницький Я. С. Стандартизація медичної допомоги при непрохідності кишечника / Я. С. Березницький, Н. А. Яльченко, Р. І. Васишин // Харківська хірургічна школа. – 2004. – № 1/2. – С. 11–15.
3. Габриэлян Н. И. Диагностическая ценность определения средних молекул в плазме крови при нефрологических заболеваниях / Н. И. Габриэлян, А. А. Дмитриев, Г. П. Кулаков // Клиническая медицина. – 1981. – № 10. – С. 38–42.
4. Зыгало Э. В. Сравнительная характеристика вегетативных показателей сердечно-сосудистой системы у больных с сочетанием гастроэнтерологических заболеваний / Э. В. Зыгало // Лікарська справа. – 1999. – № 7–8. – С. 90–92.
5. Ерюхин И. А. Кишечная непроходимость : руководство для врачей / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич. – СПб. : Питер, 1999. – 448 с.
6. Кальф-Калиф Я. Я. О гематологической дифференциации различных форм и фаз острого аппендицита / Я. Я. Кальф-Калиф // Хирургия. – 1947. – № 7. – С. 40–43.
7. Милуков В. Е. Патогенез метаболических нарушений при динамической кишечной непроходимости / В. Е. Милуков // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – № 6. – С. 70–72.
8. Моше Шайн. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии ; пер. с англ. / под ред. Б. Д. Савчука. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 272 с.
9. Особенности диагностики и лечения больных с острой непроходимостью кишечника / Т. И. Тамм, А. Я. Бардюк, А. П. Захарчук, Е. А. Богун // Клінічна хірургія. – 2005. – № 3. – С. 18–21.
10. Тотиков В. З. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / В. З. Тотиков, М. В. Калицова, В. М. Амриллаева // Хирургия. – 2006. – № 2. – С. 38–43.

Отримано 17.08.12