

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2019-23(4)-19

УДК: 616.34-007.272-089.168-079.4-08

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДИНАМІЧНОГО ІЛЕУСУ

Непомнящий В.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти (вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61022)

Відповідальний за листування:
e-mail: doktor.nep@gmail.com

Статтю отримано 29 серпня 2019 р.; прийнято до друку 30 вересня 2019 р.

Анотація. Актуальною проблемою абдомінальної хірургії є діагностика та лікування хворих з довготривалим парезом кишківника, який спостерігається в післяопераційному періоді з частотою від 3,5 до 75%. Причиною тривалого парезу, в одних випадках, можуть бути функціональні порушення моторики кишківника, що вимагають консервативної терапії; в інших - ускладнення самого оперативного втручання або ж патологічного стану, що виникло незалежно від нього, але вимагає релапаротомії. На сьогоднішній день об'єктивні критерії диференціальної діагностики тривалого парезу та динамічного ілеусу, який є наслідком інтраабдомінальних ускладнень, що вимагають оперативного втручання, відсутні. Мета дослідження - виявлення та визначення в ранньому післяопераційному періоді достовірних діагностичних критеріїв диференціальної діагностики "тривалого парезу" та інших ускладнень, які потребують оперативного втручання у вигляді релапаротомії. У дослідження включені 52 пацієнта основної групи, у яких діагноз динамічного ілеусу та його причини встановлювали методом УЗД; в групу порівняння увійшли 50 пацієнтів, у яких діагностику динамічного ілеусу здійснювали за поєднанням клінічних та рентгенологічних методів дослідження. Дослідження показало, що найбільш важливим у диференціальній діагностиці динамічного ілеусу і причин, які його викликають, є УЗД. Виконання рентгенологічного дослідження малоінформативне в ранньому післяопераційному періоді, оскільки виконується в горизонтальному положенні і черевна порожнина в ці терміни містить вільний газ (перенесена релапаротомія, наявність дренажів). Застосування запропонованого методу в основній групі дозволило своєчасно встановити причини тривалого парезу та встановити показання до релапаротомії: у 9 (17,2%) РЗНК виявлена на 3 та 4 добу, післяопераційний перитоніт - у 3 (5,7%), у 1 (1,9%) - міжпетельовий абсцес. У 38 (73%) динамічний ілеус вирішився консервативно. У групі порівняння РЗНК виявлена у 8 (16%) на 7 добу, післяопераційний перитоніт - у 4 (8%) хворих, у 5 (10%) хворих групи порівняння релапаротомія виконана даремно. Таким чином, основним діагностичним методом в ранньому післяопераційному періоді у хворих з тривалим парезом є УЗД, за допомогою якого можна проводити диференціальну діагностику механічного та динамічного ілеусу і визначати показання до релапаротомії у даній категорії хворих. Результатом використання УЗД стало зниження післяопераційної летальності.

Ключові слова: динамічний ілеус, післяопераційний парез, перитоніт, диференціальна діагностика, ультразвукове дослідження.

Вступ

Однією з актуальних проблем абдомінальної хірургії завжди буде якнайшвидше відновлення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту в післяопераційному періоді [1]. Особливо це стосується хворих, які перенесли оперативні втручання на тонкій і товстій кишці [4]. За даними різних авторів частота тривалого парезу кишечника після великих операцій на органах черевної порожнини варіює в межах 3,5-75%. [2, 5, 9]. У медичній літературі довгостроково існуючий післяопераційний парез описаний під різними назвами - післяопераційний метеоризм, динамічна кишкова непрохідність, функціональний стаз кишечника [1, 4].

Даний вид післяопераційного ускладнення призводить до інших ускладнень - розладу функції дихання, інтоксикації, неспроможності міжкишкових анастомозів, перитоніту [1, 3, 9].

У даний час з усіх існуючих термінів у літературі все частіше використовується "післяопераційний парез кишечника"; який спостерігається в перші 72 години і більше після оперативного втручання на органах черевної порожнини [1, 8].

Причиною тривалого післяопераційного парезу можуть бути, в одних випадках, функціональні порушення

моторики кишечника, що вимагають консервативної терапії. В інших випадках парез може підтримуватися ускладненнями самого оперативного втручання або ж патологічними станами, що виникли незалежно від нього, але вимагають термінової операції [1-4].

У ранньому післяопераційному періоді хворі отримують інфузійну корегуючу терапію, антибактеріальну та знеболювальну терапію, включаючи наркотичні препарати. На цьому тлі проводити диференціальну діагностику причин динамічного ілеусу складно.

Мета дослідження - виявлення та визначення у ранньому післяопераційному періоді достовірних діагностичних критеріїв диференціальної діагностики "тривалого парезу" та інших ускладнень, які потребують оперативного втручання у вигляді релапаротомії.

Матеріали та методи

Повідомлення базується на аналізі результатів лікування 102 пацієнтів, які перенесли різні оперативні втручання на органах черевної порожнини. Критерієм включення в дослідження були хворі з клінікою "тривалого післяопераційного парезу", у яких була відсутня перистальтика через 72 години і більше після відкритої лапа-

Таблиця 1. Види перенесених оперативних втручань у хворих з післяопераційним парезом.

Операції	Основна група (n=52)		Група порівняння (n=50)	
	n	%	n	%
Апендектомія	2	3,8	2	4
ЛХЕ	4	7,7	3	6
Гастректомія	2	3,8	5	10
Правостороння ГКЕ	5	9,6	4	8
Левостороння ГКЕ	13	25	12	24
Резекція прямої кишки	4	7,7	3	6
Екстирпація прямої кишки	6	11,5	10	20
Колпроктомія	10	19,2	11	22
Панкреатодуоденальна резекція	6	11,5		
Всього	52	100	50	100

ротомії і 48 годин після лапароскопічного втручання. Види оперативних втручань у хворих, включених у дослідження представлені в таблиці 1.

Методи дослідження включали в себе дані клініко-лабораторного, біохімічного дослідження крові, а також променеві методи дослідження (оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, ультразвукове дослідження та комп'ютерна томографія).

Групу порівняння становили 50 пацієнтів, у яких тактику лікування визначали за сукупністю клінічних, лабораторних даних, результатів рентгенологічного та ультразвукового досліджень органів черевної порожнини без урахування розроблених сонографічних критеріїв. Основну групу становили 52 пацієнта, у яких тактика лікування заснована на результатах УЗД органів черевної порожнини, проведеного в динаміці.

Результати. Обговорення

Проблема так званого "тривалого післяопераційного парезу" в абдомінальній хірургії має два варіанти свого розвитку [1, 7, 9]. Перший - розрив парезу кишечника під впливом консервативної інфузійної терапії та динамічного спостереження, і другий - виконання термінової релапаротомії при підтвердженні різних ускладнень (рання спайкова непрохідність кишечника, інтра-абдомінальний абсцес, перитоніт, неспроможність міжкишкових анастомозів і ін.) [1, 6, 9].

Хід подальших подій залежить від ряду факторів - стану хворого, лабораторних показників, суб'єктивної позиції хворого та родичів, а також досвіду оперуючого хірурга. На сьогоднішній день у літературі немає достовірних діагностичних критеріїв, що дозволяють визначити тактику лікування у хворих з "тривалим післяопераційним парезом", де варто продовжувати консервативну терапію, спрямовану на стимуляцію перистальтики кишечника, а де виконувати релапаротомію?

Аналізуючи досліджувані групи хворих, слід зазначи-

ти, що більша кількість післяопераційних асептичних парезів спостерігається у пацієнтів після найбільш травматичних абдомінальних операцій. Як видно з таблиці 1 більша кількість тривалих парезів спостерігається у хворих після колпроктомії - 21 (20,6%) хворих, екстирпації прямої кишки - 16 (15,7%), лівосторонньої геміколектомії - 25 (25%) пацієнтів, у 13 (12,7%) - після резекції шлунка і у 6 (11,5%) хворих - після панкреатодуоденальної резекції.

У післяопераційному періоді для уточнення причини динамічного ілеусу хворим одночасно і послідовно виконували оглядову рентгенографію і УЗД органів черевної порожнини. Отримані результати представлені в таблиці 2.

Найбільш значущими в диференціальній діагностиці виду ілеусу на 3-5 добу стало УЗД, так як не всім у ці терміни хворим можливо виконати рентгенологічне дослідження через тяжкість їх стану. Виконання рентген дослідження в горизонтальному положенні є мало інформативним через гіперпневматоз кишечника і можливо наявності вільного газу в черевній порожнині.

Перевагу в цих випадках має УЗД, так як з його допо-

Таблиця 2. Ехографічні і рентгенологічні критерії післяопераційного парезу у хворих у ранньому післяопераційному періоді.

Ехографічні критерії				
	Основна група (n=52)		Група порівняння (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
1. Гіперпневматоз	50	96	48	96
2. Розширення петель кишки > 25 мм	42	81		
3. Складки Керкрінга	39	75		
4. Відстань між складками Керкрінга:				
- 1 - 5	28	53,8		
- 5 - 10	12	23		
- 10 - 15	9	17		
5. Висота складок Керкрінга:				
- 1 - 2	12	23		
- 3 - 5	13	25		
- 6 - 10	27	52		
6. ЗГР*	12	23	11	22
7. Товщина стінки тонкої кишки	41	79		
8. Симптом "маятника"	48	92	15	30
9. Вільна рідина в черевній порожнині	17	33	13	26
Рентгенологічні ознаки				
1. Гіперпневматоз кишечника	49	94	32	64
2. Чаші Клойбера	8	15,4	6	12
3. Симптом Кейсі	-	-	1	2
4. Симптом Петрова	42	80,8	41	82
5. Вільна рідина в черевній порожнині	9	17,3	11	22

Примітка. ЗГР - зворотно-поступальні рухи.

могою визначають арсенал ехографічних ознак, що дозволяють у тому числі проводити диференційну діагностику динамічного та механічного ілеусу. В окремих випадках УЗД дозволяє виявляти патологічні зкупчення в черевній порожнині. До ехографічних ознак будь-якого ілеусу відносяться - товщина стінок кишки, наявність складок Керкрінга, їх висота і відстань між ними; виявлення симптому "маятника", наявність або відсутність зворотно-поступальних рухів хімусу в просвіті кишки. Ехографічні та рентгенологічні ознаки, що спостерігалися в групі хворих з післяопераційним парезом, представлені в таблиці 2.

З таблиці 2 випливає, що для функціонального парезу кишечника характерно поєднання наступних ехографічних критеріїв - гіперпневматоз кишечника, розширення його петель до 20-30 мм, наявність млявої перистальтики або її відсутність, наявність симптому "маятника".

Для ранньої спайкової непрохідності кишечника (РСНК) характерно поєднання таких ультразвукових критеріїв, як розширення петель тонкої кишки до 25-35 мм, наявність зворотно-поступальних рухів (ЗПР) хімусу, певна частота скорочувальних хвиль в одну хвилину, переважання висоти складок Керкрінга над відстанню між ними, а також наявність, у ряді випадків, вільної рідини в черевній порожнині.

Для перитоніту в ранньому післяопераційному періоді характерне поєднання таких ехографічних ознак як гіперпневматоз, розширення петель тонкої кишки без перистальтичних рухів, але при цьому присутній симптом "маятника" і потовщення стінки кишки від 5 до 10 мм. Виключення становлять випадки, що характеризуються потовщенням стінки тонкої кишки у хворих після трансназальної її інтубації.

З 52 хворих основної групи, у яких причину і вид тривалого парезу визначали методом УЗД, у 38 (73%) встановлено динамічний ілеус у вигляді тривалого парезу, який вдалося вирішити консервативними заходами. У 3 (5,7%) хворих на 3 добу, у 6 (11,5%) хворих на 4 добу за даними УЗД встановлено ознаки механічного ілеусу, що стало показанням до оперативного втручання. Під час операції у цих хворих виявлено поодинокі ангуляції тонкої кишки за рахунок пухких спайок. Їм проведена ліквідація непрохідності з подальшою одномоментною декомпресією. Ознаки післяопераційного перитоніту на 2-4 добу діагностовано у 3 (5,7%) хворих, з яких у 2 (3,8%) - його причиною стала неспроможність міжкишкових анастомозів, а в 1 (1,9%) - витік жовчі з ложа жовчного міхура після ЛХЕ.

Більш складним у діагностичному плані є таке ускладнення, в ранньому післяопераційному періоді, як міжпетльові абсцеси. Серед променевих методів у цих випадках потрібно віддавати перевагу КТ. У нашому дослідженні міжпетльові абсцеси за допомогою КТ виявлені у 2 (3,8%) пацієнтів на 5 добу, а у 1 (1,9%) хворого - за допомогою УЗД на 7 добу післяопераційного періо-

ду.

Основною ознакою тривалого парезу кишечника є визначення його перистальтики, яке, як правило, здійснюють аускультативно.

У хворих основної групи відновлення перистальтики ми визначали за допомогою УЗД. При цьому основне значення надавали діаметру просвіту кишки, товщині її стінки, наявності складок Керкрінга, висоті та відстані між ними, а також контролювали частоту і характер перистальтичних хвиль. Вище перераховані критерії можна отримати тільки за допомогою УЗД, так як ні аускультация, ні КТ ці ознаки не дає.

У 50 хворих групи порівняння контроль відновлення перистальтики здійснювали за клінічними ознаками і даними аускультатії.

Клінічним орієнтиром відновлення перистальтики були кількість і характер стоків, здуття живота, вислуховування перистальтичних шумів, у якості рентгенологічних ознак, звертали увагу на гіперпневматоз і чаші Клойбера. У групі порівняння, де орієнтиром у діагностиці причини і виду тривалого парезу в ранньому післяопераційному періоді використовували клініко-лабораторні дані і потім КТ. РСНК виявлена у 8 (16%) хворих на 7 добу. Цим хворим виконана релапаротомія з ліквідацією непрохідності та інтубацією кишки всім пацієнтам. У цій групі помер 1 (2%) хворий. Післяопераційний перитоніт, причиною якого у 4 (8%) була неспроможність міжкишкових анастомозів, у 1 (2%) - міжпетльовий абсцес, дані ускладнення виявлено на 6-9 добу і у 1 (2%) - перфорація стресової виразки тонкої кишки. Після релапаротомії у цій групі помер 1 (2%) хворий.

Слід зазначити, що у 5 (10%) пацієнтів на тлі тривалого парезу кишечника була виконана марна релапаротомія, оскільки під час повторної операції патології в черевній порожнині не було виявлено. У пацієнтки старшого віку марна релапаротомія привела до декомпенсації серцево-судинної системи і летального результату.

Дані таблиці 2 свідчать, що найбільш значущими в діагностиці різних ускладнень, що виникають в післяопераційному періоді, є метод УЗД. Метод дозволяє своєчасно визначити вид післяопераційного ілеусу і його причину. Своєчасно виявлені післяопераційні ускладнення дозволяють уникнути даремних релапаротомій, а при наявності показань вчасно вжити повторне оперативне втручання, що загалом дозволило знизити післяопераційну летальність.

Слід підкреслити, що основним критерієм розрішення динамічного ілеусу є відновлення перистальтики, яке традиційно визначається аускультативно. У цих випадках більш інформативним є УЗД. Причини релапаротомії у досліджуваних групах представлені в таблиці 3.

Результатом того, що в основній групі хворих усі оперативні втручання були виконані своєчасно, відразу після встановлення діагнозу, стала відсутність летальних випадків. У групі порівняння у 22 (44%) хворих показання до релапаротомії були поставлені на 7 добу у 10 (20%)

Таблиця 3. Причини релапаротомії у досліджуваних групах.

Причини релапаротомії	Основна група (n - 52)		Група порівняння (n - 50)	
	абс.	%	абс.	%
РСНК	9	17,3	8	16
П/о перитоніт	3	5,7	6	12
Неспроможність міжжілкових анастомозів	2	3,8	4	8
Міжпелтльові абсцеси	2	3,8	1	2
Перфорація стресової виразки	-	-	1	2
Усього	16	31	20	40

хворих, на 8-добу - у 7 (14%) хворих і на 10 добу - у 5 (10%) хворих, що свідчить про явне запізнє прийняття рішення до виконання релапаротомії. Крім того у 5 (10%) хворих під час релапаротомії причин тривалого парезу виявити не вдалося, що можна розцінювати як марні або необґрунтовані оперативні втручання. Наслідком запізнєї діагностики ускладнень, які потребують релапаротомії, стала смерть 3 (6%) хворих. Причиною

смерті у 1 хворого була поліорганна недостатність, у 1 - триваючий перитоніт і 1 пацієнтки - декомпенсація серцево-судинної системи.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Одним з основних діагностичних методів у ранньому післяопераційному періоді, що дозволяє виявляти післяопераційні ускладнення у хворих, які перенесли інтраабдомінальні втручання, є УЗД, за допомогою якого можливо проводити диференційну діагностику механічного та динамічного ілеусу, а також визначати показання до релапаротомії у хворих з "тривалим післяопераційним парезом" кишечника.

Виконання УЗД моніторингу в ранньому післяопераційному періоді дозволяє своєчасно діагностувати післяопераційні ускладнення, що вимагають оперативного лікування і уникнути виконання марних релапаротомій у хворих з "тривалим післяопераційним парезом", що загалом дозволяє знизити післяопераційну летальність.

Список посилань

- Бойко, В. В., Тимченко, Н. В., Бойчук, І. П., & Белявський, О. В. (2014). Фактори ризику виникнення післяопераційного парезу кишечника у пацієнтів, що оперовані на товстій кишці. *Харківська хірургічна школа*, 2 (65), 47-50.
- Заневський, В. П., Кулагін, А. Е., & Ровдо, І. М. (2011). *Нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника после внутрибрюшинных операций: учебно-методическое пособие*. Минск: БГМУ.
- Миминошвили, О. И., & Корчагин, Е. П. (2011). Эндолимфатическое комбинированное лечение послеоперационного пареза кишечника у больных с распространенным перитонитом. *Вестник неотложной и восстановительной медицины*, 12(4), 427-430.
- Соловьев, И. А., & Колунов, А. В. (2013). Послеоперационный парез кишечника: проблема абдоминальной хирургии. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 11, 46-52.
- Бенедикт, В. В., Гнатюк, М. С., & Мігенько, Б. О. (2003). Особливості лікування післяопераційної кишкової непрохідності у хворих на перитоніт. *Хірургія України*, 4, 124-127.
- Бондарев, Р. В., Орехов, А. А., Чибисов, А. Л., & Селиванов, С. С. (2013). Оптимизация комплексного лечения спаечной болезни брюшной полости. *Харківська хірургічна школа*, 1, 112-114.
- Радзіховський, А. П., Мироненко, О. І., & Курілішин, В. П. (2009). Аспекти клінічного перебігу та лікування ранньої злукової післяопераційної непрохідності кишкового тракту. *Вісник Української стоматологічної академії*, 9, 4(2), 81-82.
- Шальков, Ю. Л. (2011). *Парезы и параличи желудочно-кишечного тракта*. Х.: Коллегиум.
- Michael, G., & Mythen, M. D. (2009). Postoperative gastrointestinal tract dysfunction: an overview of causes and management strategies. *Cleveland clinic journal of medicine*, 76(4), 66-71.
- Boiko, V. V., Tymchenko, N. V., Boichuk, I. P., & Bieliavskyi, O. V. (2014). Faktory ryzyku vynyknennia pisliaoperatsiinoho parezu kyshechnyky u patsientiv, shcho operovani na tovtstii kyshtsi [Risk factors for postoperative bowel paresis in patients undergoing colon surgery]. *Kharkivska khirurgichna shkola* - *Kharkiv Surgical School*, 2 (65), 47-50.
- Zanevskij, V. P., Kulagin, A. E., & Rovdo, I. M. (2011). *Narusheniya motorno-evakuatornoj funktsii kyshechnyky posle vnutribryushinykh operatsij: uchebno-metodicheskoe posobie [Disorders of the motor-evacuation function of the intestine after intraperitoneal operations: a training manual]*. Minsk: BGMU.
- Miminoshvili, O. I., & Korchagin, E. P. (2011). Endolimfaticeskoe kombinirovannoe lechenie posleoperatsionnogo pareza kyshechnyky u bolnykh s rasprostranennym peritonitom [Endolymphatic combined treatment of postoperative intestinal paresis in patients with advanced peritonitis]. *Vestnik neotlozhnoj i vosstanovitelnoj medicyny - Bulletin of emergency and rehabilitation medicine*, 12(4), 427-430.
- Solovev, I. A., & Kolunov, A. V. (2013). Posleoperatsionnyj parez kyshechnyky: problema abdominalnoj khirurgii [Postoperative intestinal paresis: the problem of abdominal surgery]. *Hirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Magazine named after N.I. Pirogova*, 11, 46-52.
- Benedykt, V. V., Hnatiuk, M. S., & Mihencko, B. O. (2003). Osoblyvosti likuvannia pisliaoperatsiinoy kyshechnoy neprokhidnosti u khvorykh na perytonit [Features of treatment of postoperative intestinal obstruction in patients with peritonitis]. *Khirurgiya Ukrainy - Surgery of Ukraine*, 4, 124-127.
- Bondarev, R. V., Orekhov, A. A., Chibisov, A. L., & Selivanov, S. S. (2013). Optimizatsiya kompleksnogo lecheniya spaechnoy bolezni bryushnoy polosti [Optimization of the complex treatment of adhesive diseases of the abdominal cavity]. *Kharkivska khirurgichna shkola - Kharkov Surgical School*, 1, 112-114.
- Radzikhovskiy, A. P., Myronenko, O. I., & Kurilishyn, V. P. (2009). Aspekty klinichnogo perebihu ta likuvannia rannoї zlukovoy pisliaoperatsiinoy neprokhidnosti kyshechnoho traktu [Aspects of clinical course and treatment of early post-operative bowel obstruction of the intestinal tract]. *Visnyk Ukrainy skoi stomatolohichnoi akademii - Bulletin of the Ukrainian Dental Academy*, 9, 4(2), 81-82.
- Shalkov, Yu. L. (2011). *Parezy i paralechi zheludochno-kyshechnogo traktu [Paresis and paralysis of the gastrointestinal tract]*. H.: Kollegium.

References

- Boiko, V. V., Tymchenko, N. V., Boichuk, I. P., & Bieliavskyi, O. V. (2014). Faktory ryzyku vynyknennia pisliaoperatsiinoho parezu kyshechnyky u patsientiv, shcho operovani na tovtstii kyshtsi [Risk factors for postoperative bowel paresis in patients undergoing colon surgery]. *Kharkivska khirurgichna shkola*

9. Mythen, M. D. (2009). Postoperative gastrointestinal tract dysfunction: an overview of causes and management

strategies. *Cleveland clinic journal of medicine*, 76(4), 66-71. doi: 10.3949/ccjm.76.s4.11.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДИНАМИЧЕСКОГО ИЛЕУСА

Непомнящий В.В.

Аннотация. Актуальной проблемой абдоминальной хирургии является диагностика и лечение больных с длительно существующим парезом кишечника, который наблюдается в послеоперационном периоде с частотой от 3,5 до 75%. Причиной затянувшегося пареза, в одних случаях, могут быть функциональные нарушения моторики кишечника, требующие консервативной терапии; в других - осложнения самого оперативного вмешательства или же патологического состояния, возникшего независимо от него, но требующего релапаротомии. Объективные критерии дифференциальной диагностики затянувшегося пареза и динамического илеуса, как следствие осложнений, требующих оперативного вмешательства на сегодняшний день отсутствуют. Цель исследования - выявление и определение в раннем послеоперационном периоде достоверных диагностических критериев дифференциальной диагностики "затянувшегося пареза" и других осложнений, требующих оперативного вмешательства в виде релапаротомии. В исследование включены 52 пациента основной группы, у которых диагноз динамического илеуса и его причин осуществляли методом УЗИ; в группу сравнения вошли 50 пациентов, у которых диагностику динамического илеуса осуществляли по сочетанию клинических и рентгенологических методов исследования. Исследование показало, что наиболее значимым в дифференциальной диагностике динамического илеуса и причин, которые его вызывают, является УЗИ. Выполнение рентгенологического исследования малоинформативно в раннем послеоперационном периоде, так как выполняется в горизонтальном положении и брюшная полость в эти сроки содержит свободный газ (перенесенная релапаротомия, наличие дренажей). Применение предложенного метода в основной группе позволило своевременно установить причины затянувшегося пареза и определить показания к релапаротомии: у 9 (17,2%) РСНК выявлена на 3 и 4 сутки, послеоперационный перитонит - у 3 (5,7%), у 1 (1,9%) - межпетельный абсцесс. У 38 (73%) динамический илеус разрешен консервативно. В группе сравнения РСНК выявлена у 8 (16%) на 7 сутки, послеоперационный перитонит - у 4 (8%) больных, у 5 (10%) больных группы сравнения релапаротомия выполнена напрасно. Таким образом, основным диагностическим методом в раннем послеоперационном периоде у больных с затянувшимся парезом является УЗИ, с помощью которого можно проводить дифференциальную диагностику механического и динамического илеуса и определять показания к релапаротомии у данной категории больных. Результатом использования УЗИ явилось снижение послеоперационной летальности.

Ключевые слова: динамический илеус, послеоперационный парез, перитонит, дифференциальная диагностика, ультразвуковое исследование.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF POST-OPERATIVE DYNAMIC ILEUS

Непомнящий В.В.

Annotation. *Diagnostics and treatment of patients with long-term existing intestinal paresis in post-operative period with the frequency from 3.5 to 75% is an actual problem of abdominal surgery. Functional violations of intestinal motility demanding conservative therapy can be in one of case the cause of prolonged paresis, in other case - complications of surgery itself or pathologic state appearing independently but demanding relaparotomy. The objective criteria of differential diagnostics of prolonged paresis and dynamic ileus as a consequence of complications demanding surgery are absent by now. Aim of the study - identification and determination of reliable diagnostic criteria of differential diagnostics of "prolonged paresis" and other complications demanding surgery in the way of relaparotomy. 52 patients of the main group with dynamic ileus and its causes confirmed by ultrasound were included into the study; 50 patients with diagnosed dynamic ileus by combination of clinical and radiological methods of study were included into the comparison group. The study demonstrated that ultrasound method is most significant in differential diagnostics of dynamic ileus and its causes. Radiological study is uninformative in early post-operative period as it is done in horizontal position and the abdomen in these terms contains free gas (relaparotomy, presence of drainages). The use of the suggested method in the main group allowed determination of the causes of prolonged paresis and indications for relaparotomy: in 9 (17.2%) patients BO was found on the 3-4th day, post-operative peritonitis - in 3 (5.7%) cases, interstitial abscess - in 1 (1.9%). In 38 (73%) cases dynamic ileus was resolved conservatively. In the comparison group BO was found in 8 (16%) patients on the 7th day, post-operative peritonitis - in 4 (8%) cases, in 5 (10%) cases of the comparison group relaparotomy was done in vain. Thus ultrasound method is the main diagnostic method in early post-operative period in patients with prolonged paresis with the help of which differential diagnostics of mechanical and dynamic ileus can be done and indications for relaparotomy in the given category of patients can be determined. Decrease of post-operative mortality from 6 to 0% was the result of ultrasound method.*

Keywords: dynamic ileus, post-operative paresis, peritonitis, differential diagnostics, ultrasound examination.