

© Люлька О. М.

УДК 616. 34-007. 272-07

**Люлька О. М.**

## **ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКА НЕПУХЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ**

**Вищий державний навчальний заклад України**

**«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

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.** Гостра непрохідність кишечника (ГНК) займає одне з провідних місць у структурі гострої хірургічної патології і характеризується тяжким клінічним перебігом та незадовільними результатами лікування [1,2,4]. Доведеними причинами цієї проблеми є збільшення випадків спайкової непрохідності кишечника через загальне збільшення кількості оперативних втручань, пізні звернення хворих за медичною допомогою, значна кількість діагностичних та тактичних помилок і, як наслідок, несвоечасність проведення оперативного втручання [2,3,4]. Помилки в діагностиці та затримка у проведенні оперативного лікування пов'язані з відсутністю високоінформативного методу виявлення непрохідності на етапі її раннього формування [3,5].

Не дивлячись на сучасні досягнення хірургії, результати лікування хворих на ГНК не можливо вважати задовільними через високий рівень летальності, що сягає 21% при непухлинній етіології непрохідності [2,4].

**Мета роботи** – визначити ефективність передопераційної діагностики ГНК непухлинного ґенезу шляхом аналізу діагностичних можливостей методів дослідження.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети проаналізовано результати оперативного лікування 89 хворих на ГНК непухлинного походження, що знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні 2-ї міської клінічної лікарні м. Полтави за період з 2009 р. по 2013 р.

Жінок було 64 (72%), чоловіків – 25 (28%). Вік хворих коливався у межах від 21 до 76 років. Більшість хворих перебувало у віці від 40 до 60 років – 58 (65,2%). Супутня патологія виявлена у 49 (55%) пацієнтів, яка представлена ішемічною хворобою серця, гіпертонічною хворобою, цукровим діабетом, хронічними захворюваннями легень, хронічними захворюваннями органів черевної порожнини.

Тривалість хвороби була різною, так менше 6 годин від початку захворювання пройшло у 22

(24,7%) госпіталізованих, від 6 до 12 годин з моменту захворювання – у 20 (22,5%) хворих, від 12 до 24 годин – 21 (23,6%), та пізніше 24 годин – 26 (29,2%). Відповідно до стадії перебігу захворювання, розподіл хворих був наступним: у стадії гострого порушення кишкового пасажу (до 12 год.) поступило 42 (47,2%) пацієнтів, у стадії гемодинамічних розладів кишкової стінки та її брижі (до 24 год.) – 21 (23,6%) і у стадії поліорганної недостатності (більше 24 год.) – 26 (29,2%) госпіталізованих.

У більшості хворих причиною ГНК були спайки черевної порожнини – 70 (78,7%) випадків, у 13 (14,6%) хворих спостерігався заворот петель кишечника, у 6 (6,7%) була визначена защемлена грижа. Таким чином, змішана форма ГНК була у 70 (78,7%) хворих, а странгуляційна – у 19 (21,3%).

Діагностичний алгоритм при ознаках ГНК включав у себе фізикальне обстеження хворих, лабораторні загально клінічні та біохімічні аналізи, рентгенологічне та ультразвукове дослідження (УЗД) черевної порожнини.

### **Результати досліджень та їх обговорення.**

Клінічні прояви ГНК були зумовлені рівнем обструкції кишечника, ступенем утягнення брижі кишки у патологічний процес, тривалістю захворювання і практично не залежали від форми непрохідності. Так, больовий синдром спостерігався у всіх обстежених хворих, але його характер та інтенсивність різнились в залежності від форми та стадії хвороби. Так, серед випадків спайкової непрохідності кишечника (СНК) у 41 (58,6%) пацієнтів був виражений переймоподібний абдомінальний біль, у 26 (37,1%) – переймоподібний біль був меншої інтенсивності або постійним, а у 3 (4,3%) – больові відчуття були помірними. У хворих зі странгуляційною формою спостерігався виражений різкий постійний абдомінальний біль.

Затримка акту дефекації та відходження газів була характерною при ГНК і виявлена у 83 (93,3%) хворих, а у 2 (2,2%) пацієнтів спостерігались імперативні випорожнення. Більшість хворих також скаржились на спрагу, нудоту та блювоту.

Серед об'єктивних ознак, що виявлялись під час фізикального обстеження, переважали: здуття живота у 86 (96,6%) хворих, а у 25 (28%) з них – нерівномірне (асиметрія живота); тимпаніт при перкусії та біль при пальпації визначався практично у всіх пацієнтів, але у випадках странгуляції він був більш

вираженим; порушення перистальтики кишечника (від підсиленої та дзвінкої з металічним відтінком до пригніченої, в'ялої чи відсутності взагалі) вислуховувались у 81 (91%) випадку, а у 23 (25,8%) хворих спостерігався шум плескоти у черевній порожнині; симптоми подразнення очеревини діагностовано у 22 (24,7%) госпіталізованих. Інші місцеві симптоми спостерігались значно рідше. Також визначались і загальні розлади організму, які були обумовлені рівнем ендотоксикозу та метаболічних порушень, тривалістю захворювання, наявністю супутньої патології та віком хворим.

При лабораторних дослідженнях крові хворих на ГНК виявлено: підвищення гемоглобіну у 25 (28,1%), а у 29 (32,6%) – навпаки, його зниження; підвищення гематокриту – у 46 (51,7%) пацієнтів; лейкоцитоз з підвищенням ШОЕ – у 53 (59,6%); гіпопротеїнемія – у 33 (37,1%) випадках; підвищення “ниркових проб” – у 38 (42,7%) пацієнтів.

Таким чином, значення лабораторних показників крові при обстеженні хворих на ГНК відображає лише ступені порушення функції різних органів та систем і допомагає при проведенні їх медикаментозної корекції.

Всім хворим виконана оглядова рентгенографія органів черевної порожнини у вертикальному, горизонтальному положенні або у латеропозиції (залежно від загального стану). Провідними рентгенологічними ознаками вважались: пневматоз тонкої кишки, що спостерігався у 49 (55,1%) хворих з СНК та у 6 (31,6%) зі странгуляційною; чаші Клойбера визначались у 44 (62,8%) спостереженнях при СНК і у 15 (78,9%) при странгуляційній формі; тонкокишкові арки з поперековою викресленістю (симптоми “риб'ячого хвоста” або “розтягнутої пружини”) у 21(30%) спостереженні при СНК та у 8 (42,1%) при странгуляції. Слід зазначити, що прямі рентгенологічні ознаки непрохідності (чаші Клойбера та тонкокишкові арки) визначались, переважно, у пацієнтів з тривалістю захворювання, більшою 12 годин, а така ознака, як наявність вільної рідини у черевній порожнині не виявлено при оглядовій рентгенографії в жодному випадку.

УЗД черевної порожнини виконано 79 (88,7%) госпіталізованим. У 76 (96,2%) хворих визначався феномен “секвестрації рідини” у просвіті кишки з гіперпневматозом тонкої кишки та зворотно-поступальні рухи вмісту кишки. Потовщення стінки у привідному відділі з візуалізацією складок та збільшення діаметру кишки діагностовано у 73 (92,4%) пацієнтів. У 17 (21,5%) хворих виявлено наявність вільної рідини у черевній порожнині зі сповільненою перистальтикою, що свідчило про розвиток перитоніту. Крім того, з метою контролю ефективності консервативної терапії 43 хворим повторно виконувалось УЗД черевної порожнини.

Показаннями до екстреного оперативного втручання у 22 хворих було наявність перитонеальних симптомів на фоні ознак ГНК. Цим хворим проводилась інтенсивна передопераційна підготовка в

умовах відділення інтенсивної терапії. В інших 67 хворих показаннями до операції було прогресування непрохідності на фоні консервативної терапії або розвиток перитоніту. Ультразвуковими ознаками, що свідчили про негативну динаміку, вважали розширення просвіту кишки, збільшення висоти керкренгових складок та появу вільної рідини у черевній порожнині. У 39 (90,7%) спостереженнях результати повторного УЗД визначили необхідність проведення операції в екстреному порядку. Слід зазначити, що негативна рентгенологічна динаміка у вигляді збільшення чаш Клойбера та виникнення поперекової викресленості в кишкових арках на фоні консервативного лікування спостерігалась лише у 44 (65,7%) хворих. Клінічними ознаками прогресування непрохідності та відповідно проведення операції було погіршення загального стану хворого, збереження (підсилення) больових відчуттів, негативна аускультативна динаміка, відсутність ознак відновлення прохідності кишечника.

Під час оперативного втручання у всіх спостереженнях діагноз ГНК був підтверджений. Обсяг операції, в першу чергу, визначався ступенем морфологічних змін у ділянці кишки та виявленою причиною захворювання. Непрохідність усували шляхом розсічення спайок, ліквідацією защемлення петлі кишки, розправленням завороту. Резекція некротизованого сегменту тонкої кишки виконана у 12 (13,5%) хворих, з них причиною змертвіння тканин у 6 випадках був спайковий процес, у 4 – заворот тонкої кишки і у 2 – защемлення грижі. У 5 пацієнтів накладений анастомоз “кінець у кінець”, а у 7 – анастомоз “бік у бік” (через різний діаметр привідного та відвідного відділів кишечника. Після ліквідації непрохідності виконувалась інтубація кишечника, а у 26 (29,2%) хворих з тривалістю захворювання менше 24 годин інтубація не проводилась через відсутність показань.

Після операції за період спостережень померло 5 (5,6%) хворих: від тривалого перитоніту – 1 пацієнт, від емболії легеневої артерії – 1 та від серцево-судинної недостатності – 3 хворих.

### Висновки.

1. На початковій стадії розвитку непрохідності кишечника виключно клінічні прояви захворювання не можуть вважатись надійними діагностичними критеріями та визначати подальшу лікувальну тактику.

2. Динамічне ультразвукове спостереження при ГНК дозволяє контролювати перебіг захворювання та ефективність консервативного лікування у випадку позитивної динаміки або своєчасно визначити необхідність оперативного лікування при негативній.

3. Ультразвуковий метод дослідження має переваги над провідним на теперішній час рентгенологічним методом у виявленні ознак непрохідності завдяки більшій інформативності та безпеці для пацієнтів.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці нових алгоритмів інструментальних обстежень та обґрунтуванні об'єктивних сонографічних критеріїв непрохідності кишечника.

### Література

1. Антонюк С. М. Диагностика острой непроходимости кишечника / С. М. Антонюк, П. Ф. Головня, Н. В. Свиридов [и др.] // Клінічна хірургія. – 1998. – № 5. – С. 15-16.
2. Диагностика 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.
3. Соловьев И. Е. Непосредственные и отдаленные результаты лечения больных обтурирующим раком ободочной кишки / И. Е. Соловьев, П. Я. Чумак, А. Я. Кузнецов [и др.] // Проблемы экологии та медицини. – 2001. – Т. 5, № 5. – С. 14-16.
4. Чекмазов И. А. Спаечная болезнь брюшины / И. А. Чекмазов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 160 с.
5. Bisset R. A. L., Khan A. N. Differential Diagnosis in Abdominal Ultrasound. – Bailliere Tindall. – London, 1990. – P. 254.

**УДК** 616.34-007.272-07

#### **ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКА НЕПУХЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ** **Люлька О. М.**

**Резюме.** Гостра непрохідність кишечника займає одне з провідних місць у структурі гострої хірургічної патології. Відсутність високоінформативних критеріїв виявлення непрохідності на ранньому етапі призводить до діагностичних помилок та несвоечасності проведення оперативного втручання. У роботі проведено аналіз клінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження при гострій непрохідності кишечника непухлинного походження. Доведено високу діагностичну інформативність ультразвукового дослідження при виявленні непрохідності на етапі її формування у порівнянні з провідним на теперішній час рентгенологічним методом.

**Ключові слова:** гостра непрохідність кишечника, ультразвукове дослідження.

**УДК** 616.34-007.272-07

#### **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА НЕОПУХОЛЕВОГО** **ПРОИСХОЖДЕНИЯ** **Люлька А. Н.**

**Резюме.** Острая непроходимость кишечника занимает одно из ведущих мест в структуре острой хирургической патологии. Отсутствие высокоинформативных критериев выявления непроходимости на раннем этапе приводит к диагностическим ошибкам и несвоевременному выполнению оперативного вмешательства. В работе проведен анализ клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования при острой непроходимости кишечника неопухолевого происхождения. Доказана высокая информативность ультразвукового исследования при выявлении непроходимости на этапе её формирования в сравнении с ведущим в настоящее время рентгенологическим методом.

**Ключевые слова:** острая непроходимость кишечника, ультразвуковое исследование.

**UDC** 616.34-007.272-07

#### **Diagnostic Criteria of Acute Intestinal Obstruction of Non-Tumoral Origin** **Liulka A.**

**Abstract.** Acute intestinal obstruction takes one of the leading places in the structure of acute surgical pathology of the abdominal cavity. The absence of highly informative criteria of obstruction detection at an early stage of development leads to diagnostic errors and late surgical intervention.

The analysis of the examination and treatment of 89 patients with acute intestinal obstruction of non-tumoral origin who were hospitalized in the surgical ward of the 2nd Municipal Hospital of Poltava in the period from 2009 to 2013 was performed. Patient's age was in the range from 21 to 76 years. Under acute disorders of the intestinal passage (less than 12 hrs.) were hospitalized 42 (47.2%) patients, in the stage of hemodynamic disorders of the intestinal wall and its mesentery (less, than 24 hrs.) – 21 (23.6%) and in the stage of organ failure (more than 24 hours.) – 26 (29.2%). Mixed form of acute intestinal obstruction was in 70 (78.7%) patients, strangulative form – in 19 (21.3%). Diagnostic algorithm included physical examination, laboratory general clinical and biochemical analyzes, X-ray and ultrasound of the abdomen.

Clinical manifestations of acute obstruction was due to the level of obstruction of the intestines, level of bowel mesentery involvement in pathological process, disease duration and practically did not depend on the form of obstruction. Pain syndrome was observed in all patients. Delay of the defecation act and discharge gases – in 83 (93.3%) patients and 2 (2.2%) patients experienced mandatory emptying. Other symptoms: abdominal distension in 86 (96.6%) patients; violation of peristalsis in 81 (91%) cases; in 23 (25.8%) patients – splashing sound; symptoms of peritonitis – in 22 (24.7%). Also common disorders of the body were defined, that were caused by the level of endotoxemia and metabolic disorders, disease duration, presence of comorbidities and age of the patient. The value of laboratory blood parameters in the survey reflects only the degree of dysfunction of various organs and systems and helped during their pharmacological therapy. All patients fulfilled synoptical radiography of the

abdomen. Determined: pneumatosis of the small intestine in 49 (55.1%) patients with adhesive obstruction and in 6 (31.6%) with strangulative; Kloyber's bowls – in 44 (62.8%) observations with mixed and in 15 (78.9%) with strangulative form; small intestine arches with transverse striations ("fish tail" or "stretched spring" symptoms) in 21 (30%) in the adhesive observations and in 8 (42.1%) with strangulation. Direct radiological signs of obstruction (Kloyber's bowls and small intestine arches) were determined mainly in patients with disease duration more, than 12 hours. The presence of free fluid in the abdominal cavity were found during synoptical radiography in every case.

Ultrasound of the abdomen was performed in 79 (88.7%) cases. In 76 (96.2%) patients was determined the phenomenon of "fluid sequestration" in the lumen of the small intestine with hyperpneumatosis and intestine content reciprocates. Wall thickening in the adducent department with visualization of folds and increase of intestine diameter was diagnosed in 73 (92.4%) patients. In 17 (21.5%) patients revealed free fluid in the abdomen with a lapse peristalsis, indicating the development of peritonitis. In order to monitor the effectiveness of conservative treatment ultrasound of the abdominal cavity was performed in second time to 43 patients.

During surgery in all observations diagnosis of acute obstruction was confirmed. The volume of operations is primarily determined by the degree of morphological changes in the part of colon and by diagnosed cause of the disease.

Ultrasound method has advantages over currently leading radiological method in the detection of obstruction signs, in determining the dynamics of the disease due to greater information content and safety for patients.

**Key words:** ultrasound, acute intestinal obstruction.

*Рецензент – проф. Дудченко М. О.*

*Стаття надійшла 27. 05. 2014 р.*