

О. М. Люлька

**СУЧАСНА СИМПТОМАТИКА ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ
НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКА**

**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. 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 звернулась 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 внутрішньо черевних 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 критеріями

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: вздуття живота у 97 (82,9%) хворих; асиметрію живота зі зміненою перистальтикою у 54 (46,2%) спостереженнях; “шум плескоту” 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 ЛПІ 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. Рівень 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, противошокові 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 серединного лапаротомного доступу. Непрохідність кишечника була усунена шляхом розсічення вісцero-вісцеральних та вісцero-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 патогномонічних симптомів ГСНК немає жодного, який беззаперечно визначає необхідність виконання невідкладного оперативного втручання, тому рішення щодо операції 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. 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 / Чекмазов И.А. 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.

Резюме. 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 клинико-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.

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

Резюме. 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 патогномічних симптомів ГСНК не було жодного, який беззаперечно визначав 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.

The modern symptomatics of the acute adhesive intestinal obstruction.

In the structure of acute abdominal surgical abdominal diseases one of the leading ranks takes acute adhesive intestinal obstruction, the most serious complication of adhesive disease of the abdominal cavity. AAIO problem remains relevant and far from being solved throughout the history of modern surgery.

This paper analyzes the results of surgical treatment of 117 patients with manifestations of acute adhesive intestinal obstruction, that were hospitalized in the surgical department of the Poltava city hospital No.2 from 2004 to 2013.

There were 62 (53%) women and 55 (47%) men. The age of patients ranged from 21 to 80 years. History of the disease was from 3 months to 18 years. In the history of the disease primary surgical intervention in 55 (47%) of patients was an appendectomy, surgery for gynecological pathology – in 21 (17,9%), cholecystectomy and gastric surgery – 21 (17,9%) of patients, surgery for penetrating wounds of the abdomen in 5 (4,3%), laparotomy for other reasons – 5 (4,3%). Most patients seek medical care during the first days of the onset of the disease – 73 (62,4%), of which 21 (18%) - to 6 hours. 44 (37,6%) of patients admitted to the hospital after 24 hours from the start of the first signs of illness.

The severity of the patients was evaluated based on clinical signs, signs of development of systemic inflammatory response syndrome. Characteristics of the condition severity was accompanied by the level of leukocyte index of intoxication and aggression index, using a adapted scale SARS, which, in our opinion, is convenient for intestinal obstruction and included available clinic - instrumental AAIO criteria (clinical symptoms, radiographic and sonographic signs). Thus satisfactory condition of patients was identified in 24% of patients, moderate severity - 52%, severe - 24% of patients.

The main symptom of acute adhesive intestinal obstruction was abdominal pain of different characteristics: cramping – in 76 (65%) patients, with a permanent footing – 36 (30,8%), and 5 (4,2%) patients appeared to suffer from intense pain of a permanent nature. Almost all patients complained of nausea 113 (96,6%), but

vomiting was observed in only half of them - 48. Absence of flatus and defecation was also the specific – 96 (82%). The presence of nausea and vomiting indicates a high level of AAIO, obstacles and delays flatus and defecation - a low level. This pattern was not absolute and was observed in 86 (74%) of patients.

Among other symptoms, which were determined were bloating – 97 (82,9%), the asymmetry of the abdomen with hyperprochoresis – 39 (33,3%) and with hypoprochoresis – 15 (12,8%), "splashing" in mesogaster – 49 (41,9%), symptoms of peritonitis – 5 (4,3%). When there are many AAIO pathognomonic signs, however, there is no sign that objectively indicated the need for immediate surgical intervention.

In a laboratory blood examination determined leukocytosis, elevated erythrocyte sedimentation rate and hematocrit, decreased levels of protein, calcium, sodium, chlorides.

Determining factor in the diagnosis of X-ray examination was AAIO abdominal cavity. Radiographic signs were detected in 108 (92,3%) of patients. In 9 (7,7%) of patients radiographic evidence of intestinal obstruction was not observed. The sonographic examinations of the abdominal cavity had of 102 (87%) patients, which reached informative 100%. Dynamic observation of the nature of peristalsis, radiological and sonographic examination was allowed to implement the objective dynamic control over the course of the disease and the effectiveness of conservative therapy does not perform surgery in a less grown changes of the intestinal wall.

Thus, the introduction of new diagnostic and treatment technology is not significantly changed medical and diagnostic tactics in AAIO and have not changed the number of patients admitted. The prospect of further research is to develop new methods for the diagnosis of predisposition to the development of adhesive disease, new methods of prevention and treatment.

Keywords: acute adhesive intestinal obstruction, systemic inflammatory response syndrome.