

УДК 616.34-007.272

Борисенко В. Б., Ковалев А. Н.

СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНЫ, ОСЛОЖНЕННАЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

vabodoc@ukr.net

Выполнен ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения 52 пациентов со спаечной болезнью брюшины, осложненной острой тонкокишечной непроходимостью.

Установлено, что метод трансабдоминального ультразвукового исследования в диагностике спаечной непроходимости кишечника является более информативным по сравнению с рентгенологическим. Также установлено, что ультразвуковыми критериями постановки диагноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости являются: расширение просвета тонкой кишки с секвестрацией жидкости в ее просвете, утолщение стенки кишки и ее складок, ограничение ее подвижности и наличие ангуляций, возвратно-поступательные движения внутрисветного химуса. Появление межпетлевой жидкости в брюшной полости, увеличение диаметра и утолщение складок Керкринга следует считать отрицательными эхографическими признаками, определяющими показания к проведению оперативного лечения.

Консервативная терапия была эффективной в 20 (38,5%) случаев, оперативное лечение выполнено 32 (61,5%) больным.

Ключевые слова: острая спаечная тонкокишечная непроходимость; диагностика; ультразвуковое исследование.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Данная работа является фрагментом НИР «Комплексна профілактика гнійно-септичних ускладнень у хворих з невідкладними захворюваннями органів черевної порожнини», № гос. регистрации 0111U003580.

Введение. Спаечная болезнь брюшины, несмотря на определенные успехи современной клинической хирургии, до настоящего времени остается малоизученной проблемой [1, 2, 6, 15, 16]. Ее актуальность напрямую коррелирует с ростом различных плановых и ургентных брюшно-полостных операций, частота образования спаек при которых составляет по различным данным 76–91% [4, 9,

11, 12, 14]. Нерешенность этой проблемы, прежде всего, предопределяет развитие такого грозного осложнения как острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТКН) летальность при которой, по данным некоторых авторов, достигает 55%, а рецидивы и повторные адгезиозисы отмечаются от 30 до 69% случаев [3, 4, 8, 10, 11].

Остается стабильно высоким процент ошибок при диагностике ОСТКН (16–34%), даже в условиях стационара [3, 5, 10]. В большинстве хирургических стационаров основным инструментальным методом диагностики до сих пор является рентгенологический. К его недостаткам следует отнести лучевую нагрузку на пациента, особенно при повторных исследованиях, несвоевременную, как правило, на стадии развернутых клинических проявлений диагностику, кишечной непроходимости, а также экономическую затратность метода [1, 2, 6].

В свою очередь по-прежнему не находит широкого применения такой простой, неинвазивный, безопасный и высокоинформативный метод диагностики илеуса, как ультразвуковое исследование (УЗИ) [2, 3, 7, 13].

До настоящего времени не разработаны критерии постановки диагноза ОСТКН, а также не определены четкие показания к проведению консервативного и оперативного лечения. Решение этих вопросов позволит улучшить качество диагностики и лечения спаечной болезни брюшины, осложненной ОСТКН.

Цель исследования. Установить критерии постановки диагноза и показания к оперативному лечению у пациентов спаечной болезнью брюшины, осложненной острой кишечной непроходимостью.

Объект и методы исследования. Работа основана на анализе результатов диагностики и хирургического лечения 52 больных ОСТКН, поступивших в ургентном порядке в хирургическое отделение КУОЗ «ГКБ №2» г. Харькова в 2011–2016 гг.

Мужчин было 24 (46,2%), женщин – 28 (53,8%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 78 года,

средний возраст – 64 ± 11 лет. Пожилого и старческого возраста было 20 (38,5%) пациентов.

Диагностика ОСТКН включала сбор данных анамнеза, физикальное, лабораторное, а также инструментальное обследование больных. Инструментальный этап включал проведение рентгенологического и ультразвукового исследования органов брюшной полости (ОБП) при поступлении и в динамике консервативного лечения.

Результаты исследования обработаны статистически с использованием стандартного пакета программ Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования и их обсуждение.

Клинически диагноз ОСТКН не вызывал сомнения у 24 (46,2%) больных, у 22 (42,3%) признаки были выражены умеренно и у 6 (11,5%) – клиническая картина была слабо выраженной.

В результате анализа данных анамнеза установлено, что у 48 (92,3%) больных ранее выполнялись различные операции на ОБП и забрюшинного пространства. Из них у 11 (21,2%) полостные абдоминальные операции проводились два и более раза, а у 7 (13,5%) – выполнялся адгеолизис по поводу ОСТКН.

У 4 (7,7%) больных ранее операции на ОБП не выполнялись. У 2 (3,9%) диагностирована невправимая пупочная грыжа со спаечным процессом в области грыжевых ворот, у 2 (3,9%) пациентов в анамнезе была травма живота.

Рентгенологические признаки ОСТКН установлены лишь у 28 (53,8%) больных с выраженной и умеренной клиникой, а у 24 (46,2%) больных рентгенологическое исследование было малоинформативным.

При УЗИ у тех же пациентов при поступлении наличие ОСТКН удалось установить у 46 (88,5%) больных. Еще в 6 (11,5%) случаях эхографическая картина ОСТКН была выявлена при динамическом исследовании через 2–3 часа после первичного осмотра.

Ультразвуковыми критериями постановки диагноза ОСТКН являлись феномен «секвестрации жидкости» в просвет кишки и гиперпневматоз ее приводящего отдела, выявленные у всех 52 (100%) больных, расширение просвета тонкой кишки от 2,8 до 4,0 см (в среднем составил $3,2 \pm 0,5$ см), наличие возвратно-поступательных движений химуса тонкой кишки, выявлено у 51 (98,1%) пациентов, утолщение ее стенки до $0,4 \pm 0,01$ см и увеличение керкринговых складок до $1,1 \pm 0,01$ см.

У всех пациентов выявлены также различной степени выраженности эхографические признаки спаечной болезни брюшины. Определялось снижение подвижности петель тонкой кишки относительно

но передней брюшной стенки при форсированном дыхании, а также признаки фиксации петель тонкой кишки спайками между собой и к париетальной брюшине передней брюшной стенки.

20 (38,5%) больным оперативное лечение не проводилось в связи с эффективностью проведенного консервативного лечения. У этих пациентов отмечалось улучшение клинической, рентгенологической, а также ультразвуковой картины.

У 16 (30,8%) больных при первичном и повторном УЗИ была выявлена свободная жидкость в различных отделах брюшной, которая ни в одном случае не определялась рентгенологически. Наличие экссудата брюшной полости при ОСТКН мы рассцениваем как объективный критерий прогрессирования заболевания и показанием для выполнения экстренного оперативного вмешательства.

Различного рода оперативные вмешательства выполнены 32 (61,5%) пациентам без клинических признаков положительного эффекта от проводимой консервативной терапии, а также при отрицательной динамике данных рентгенологического и ультразвукового динамического исследования. При рентгенологическом исследовании только у 10 (31,3%) из этих пациентов отмечена отрицательная динамика с увеличением количества или размеров чаш Клойбера, появлением тонкокишечных «арок» и поперечной исчерченности тонкой кишки и наличием депо контраста при пробе Шварца. В свою очередь ухудшение сонографической картины ОСТКН отмечено у всех оперированных 32 больных.

Характер оперативных вмешательств у пациентов этой группы включал различные варианты адгеолизиса, в том числе с резекцией тонкой кишки в 3 (9,4%) случаях. Симультанно произведена аллогерниопластика у 4 (12,5%) и холецистэктомия по поводу ЖКБ-3 (9,4%) больных.

Выводы. Использование трансабдоминального УЗИ в комплексной диагностике ОСТКН позволяет в более ранние сроки, по сравнению с рентгенологическим методом, установить наличие кишечной непроходимости и по совокупности ультразвуковых критериев в процессе повторных динамических исследований определить наличие показаний к оперативному лечению.

Перспективы дальнейших исследований. Систематизация полученных данных проведенного нами исследования позволит в перспективе разработать программу диагностики спаечной болезни брюшины, осложненной острой кишечной непроходимостью определяющей критерии последующего консервативного и оперативного лечения.

Литература

1. Борисенко В. Б. Комплексная диагностика острой непроходимости кишечника / В. Б. Борисенко, А. Я. Бардюк, А. Н. Ковалев // Клінічна хірургія. – 2016. – № 10. – С. 17–20.
2. Борисенко В. Б. Инструментальная диагностика спаечной непроходимости кишечника / В. Б. Борисенко, А. Я. Бардюк, А. Н. Ковалев // Клінічна хірургія. – 2016. – № 11. – С. 16–18.
3. Василюк М. Д. Роль інструментальних методів обстеження при гострій спайковій кишковій непрохідності / М. Д. Василюк, С. М. Василюк, В. М. Галюк [та ін.] // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – Т.11, № 2. – С. 94–95.
4. Дейкало І. М. Порівняння результатів операційного лікування спайкової тонкокишкової непрохідності з використанням відкритих та лапароскопічних технологій / І. М. Дейкало, В. В. Буката // Шпитальна хірургія. – 2016. – № 2. – С. 85–88.
5. Морфологические и хирургические аспекты профилактики послеоперационного спайкообразования: монография / [А. А. Воробьев, С. В. Поройский, В. Б. Писарев и др.]. – Волгоград : Изд-во ВОЛГМУ, 2005. – 136 с.
6. Непроходимость кишечника: руководство для врачей / [А. П. Радзиховский, О. А. Беляева, Е. Б. Колесников и др.]. – К. : Феникс, 2012. – 504 с.
7. Приходько А. Г. Ультразвуковая диагностика ранней послеоперационной кишечной непроходимости / А. Г. Приходько, А. В. Андреев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – № 3. – С. 37–43.
8. Ранняя острая спаечная кишечная непроходимость, вопросы диагностики, хирургического лечения и профилактики рецидива / [Б. С. Запорожченко, О. В. Вилюра, И. Е. Бородаев и др.] // Український журнал хірургії. – 2009. – № 4. – С. 60–62.
9. Слонецький Б. І. Гостра спайкова кишкова непрохідність: проблеми та перспективи діагностики на ранньому госпітальному етапі / Б. І. Слонецький, С. М. Онищенко // Медицина неотложных состояний. – 2010. – № 6. – С. 34–36.
10. Спаечная кишечная непроходимость: тактика, лечение, профилактика рецидивов / [О. И. Дубровщик, Г. Г. Мармыш, И. С. Довнар и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2012. – № 2. – С. 20–23.
11. Спосіб лікування гострої злукової кишкової непрохідності / [Л. Я. Ковальчук, А. Д. Беденюк, О. І. Костів та ін.] // Харків. хірург. школа. – 2014. – № 2. – С. 59–61.
12. Arung W. Pathophysiology and prevention of postoperative peritoneal adhesions / W. Arung, M. Meurisse, O. Detry // World Journal of Gastroenterology. – 2011. – Vol. 17, № 41. – P. 4545–4553.
13. Detected peritoneal fluid in small bowel obstruction is associated with the need for surgical intervention / [J. O. Brendan, P. F. Ridgway, N. Keenan et al.] // Canadian Medical Association. – 2009. – Vol. 52, № 3. – P. 201–206.
14. Diagnostic laparoscopy and adhesiolysis: does it help with complex abdominal and pelvic pain syndrome (CAPPS) in general surgery? / [G. D. McClain, J. A. Redan, S. D. McCarus et al.] // JSLS. – 2011. – № 15. – P. 1–5.
15. Intra-abdominal Adhesions / [D. Brüggmann, G. Tchartchian, M. Wallwiener et al.] // Dtsch Arztebl Int. – 2010. – Vol. 104, № 44. – P. 769–775.
16. Liaqat N. Transection of gut loop due to post-operative adhesions / N. Liaqat, S. H. Dar // APSP J. Case Rep. – 2013. – Vol. 4, № 2. – P. 11.

References

1. Borisenko VB, Bardyuk AYa, Kovalev AN. Kompleksnaya diagnostika ostroy neprokhodimosti kishechnika. Klínichna khírurgiya. 2016;10:17–20.
2. Borisenko VB, Bardyuk AYa, Kovalev AN. Instrumental'naya diagnostika spayachnoy neprokhodimosti kishechnika. Klínichna khírurgiya. 2016;11:16–18.
3. Vasilyuk MD, Vasilyuk SM, Galyuk VM, ta in. Rol' ínstrumental'nikh metodív obstezhennya pri gostríy spaykovíy kishkovíy neprokhídností. Klínichna anatomiya ta operativna khírurgiya. 2012;11(2):94–5.
4. Deykalo ÍM, Bukata VV. Porívnyannya rezul'tatív operatsíynogo líkuvannya spaykovoï tonkokishkovoï neprokhídností z vikoristannyam vídkritikh ta laparoskopíchnikh tekhnologíy. Shpital'na khírurgiya. 2016;(2):85
5. Vorob'yev AA, Poroykiy SV, Pisarev VB, i dr. Morfologicheskiye i khirurgicheskiye aspekty profilaktiki posleoperatsionnogo spaykoobrazovaniya: monografiya. Volgograd: Izd-vo VOLGMU; 2005. 136 s.
6. Radzikhovskiy AP, Belyayeva OA, Kolesnikov YeB, i dr. Neprokhodimost' kishechnika: rukovodstvo dlya vrachey. K.: Feniks; 2012. 504 s.
7. Prikhod'ko AG, Andreyev AV. Ul'trazvukovaya diagnostika ranney posleoperatsionnoy kishechnoy neprokhodimosti. Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii. 2008;3:37–43.
8. Zaporozhchenko BS, Vilyura OV, Borodayev IY, i dr. Rannyya ostraya spayachnaya kishechnaya neprokhodimost', voprosy diagnostiki, khirurgicheskogo lecheniya i profilaktiki retsidiva. Ukraíns'kiy zhurnal khírurgíi. 2009;4:60–2.

9. Slonets'kiy BÍ, Onishchenko SM. Gostra spaykova kishkova neprokhídníst': problemi ta perspektivi díagnostiki na rann'omu gospítal'nomu yetapí. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy. 2010;6:34–6.
10. Dubrovshchik OI, Marmysh GG, Dovnar IS, i dr. Spayechnaya kishhechnaya neprokhodimost': taktika, lecheniye, profilaktika retsidivov. Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. 2012;(2):20–3.
11. Koval'chuk LYa, Bedenyuk AD, Kostív OÍ, ta ín. Sposib líkuvannya gostroï zlukovoï kishkovoï neprokhídností. Kharkív. khírurg. shkola. 2014; 2:59–61.
12. Arung W, Meurisse M, Detry O. Pathophysiology and prevention of postoperative peritoneal adhesions. World Journal of Gastroenterology. 2011;17(41):4545–53.
13. Brendan JO, Ridgway PF, Keenan N, et al. Detected peritoneal fluid in small bowel obstruction is associated with the need for surgical intervention. Canadian Medical Association. 2009;52(3):201–6.
14. McClain GD, Redan JA, McCarus SD, et al. Diagnostic laparoscopy and adhesiolysis: does it help with complex abdominal and pelvic pain syndrome (CAPPS) in general surgery? JSLs. 2011;15:1–5.
15. Brüggmann D, Tcharchian G, Wallwiener, M et al. Intra-abdominal Adhesions. Dtsch Arztebl Int. 2010;104(44):769–75.
16. Liaqat N, Dar SH. Transection of gut loop due to post-operative adhesions. APSP J Case Rep. 2013;4(2):11.

УДК 616.34-007.272

ЗЛУКОВА ХВОРОБА ОЧЕРЕВИНИ, УСКЛАДНЕНА ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ: ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЇВ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗУ ТА ПОКАЗІВ ЩОДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Борисенко В. Б., Ковальов А. М.

Резюме. Проведений ретроспективний аналіз результатів діагностики та лікування 52 пацієнтів зі злуковою хворобою очеревини, ускладненої гострою тонкокишковою непрохідністю.

Встановлено, що метод трансабдомінального ультразвукового дослідження в діагностиці спайкової непрохідності кишечника є більш інформативний порівняно з рентгенологічним. Також встановлено, що ультразвуковими критеріями встановлення діагнозу гострої спайкової тонкокишкової непрохідності є: розширення просвіту тонкої кишки з секвестрацією рідини в її просвіті, потовщення стінки кишки та її складок, обмеження її рухливості та наявність ангуляцій, зворотно-поступальні рухи внутрішньопросвітного хімусу. Поява міжпетельної рідини в черевній порожнині, збільшення діаметра і потовщення складок Керкрінга слід вважати негативними ехографічними ознаками, що визначають покази щодо проведення оперативного лікування.

Консервативна терапія була ефективною у 20 (38,5%) випадків, оперативне лікування виконане 32 (61,5%) хворим.

Ключові слова: гостра злукова тонкокишкова непрохідність; діагностика; ультразвукове дослідження.

UDC 616.34-007.272

PERITONEAL COMMISSURES COMPLICATED BY ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION: DETERMINATION OF THE CRITERIA TO MAKE DIAGNOSIS AND INDICATE OPERATIVE TREATMENT

Borisenko V. B., Kovalev A. N.

Abstract. Abdomen peritoneal adhesions have not been studied yet. Its growth correlates directly with the growth of different elective and urgent coeliac surgeries. With this kind of surgeries, frequency of adhesions formation varies from 76% to 91%. Such problem predetermines the development of the sequellae such as acute adhesive small intestinal obstruction. Therefore, the case fatality rate may run up to 55%, according to some authors, whereas repeated adheolysis occurs in 30–69% cases.

The percentage of mistakes during the diagnosis of acute adhesive small intestinal obstruction has been remained very high (16–34%). In the majority of surgical hospitals the main instrumental control to diagnose intestinal obstruction is to make roentgenologic investigation, whereas ultrasound investigation is still not widespread.

Up to the present day the criteria to diagnose the acute adhesive intestinal obstruction have not been developed. The solution of such questions will provide the opportunity to improve the quality of diagnosis and treatment of abdomen peritoneal adhesions which were complicated with acute adhesive intestinal obstruction.

The *aim* of the paper is to determine the criteria to diagnose and indicate operative treatment for the patients with abdomen peritoneal adhesions which were complicated with acute intestinal obstruction.

Materials and methods. The work is based on the analysis of the results from diagnosis and operative treatment of 52 people who suffered from acute intestinal obstruction.

The diagnosis of acute intestinal obstruction included anamnesis such as physical, laboratory, roentgen and ultrasound examinations.

Results. The definitive clinical picture of acute intestinal obstruction could be seen among 24 (46,2%) patients, 22 (42,3%) patients had mild symptoms, and 6 (11,5%) patients had obliterated signs.

48 (92,3%) patients had various surgeries which were associated with abdominal cavity and retroperitoneal organs, 11 (21,2%) had such surgeries twice or more, and 7 (13,5%) had experienced adheolysis regarding acute adhesive intestinal obstruction. 4 (7,7%) people had never surgeries which were associated with abdominal cavity. 2 (3,9%) people had been diagnosed with irreducible umbilical hernia with adhesions in the area of hernial orifice, other 2 (3,9%) suffered from intraabdominal injury in past medical history.

Roentgenologic signs of acute adhesive intestinal obstruction were found only among 28 (53,8%) patients, and for 24 (46,2%) patients this examination did not show results.

During ultrasound investigation acute adhesive intestinal obstruction was determined among 46 (88,5%) patients, and in 6 (11,5%) cases it was found within next 203 hours of case follow-up.

Ultrasound signs of intestinal obstruction: motility decrease while breathing with anchoring of small bowel fillet with adhesions together and towards anterior abdominal wall.

During primary and secondary ultrasound free fluid was found in various segments of abdominal cavity among 16 (30,8%) patients. There was no case when it was possible to determine it roentgenologically. And according to our results this can be considered as the indication for an emergency surgical measure.

Conservative therapy was done for 20 (38,5%) cases, surgical treatment was used for 32 (61,5%) patients.

Conclusions. The usage of transabdominal ultrasound investigation within comprehensive diagnosis of acute intestinal obstruction allows determining the presence of intestinal obstruction at early stage comparing to the roentgenologic method. Ultrasound criteria complex during the process of repeated dynamic studies also provides an opportunity to define indications concerning surgical treatment.

Keywords: acute intestinal obstruction; diagnostics; ultrasound research.

Стаття надійшла 10.02.2017 р.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування