

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕКРОЗУ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ГОСТРІЙ СПАЙКОВІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

В.В. Лєсний¹, В.О. Філоненко², А.С. Лєсна¹

1. Харківський національний медичний університет

2. КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування м.Маріуполь»

Вступ

Відповідно до міжнародних рекомендацій (Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction, 2017) при відсутності ознак перитоніту, странгуляційної кишкової непрохідності у хворих з клінікою гострої спайкової кишкової непрохідності (ГСКН) можлива спроба неоперативного лікування протягом до 72 годин. Нехірургічне відновлення пасажу по шлунково-кишковому тракту без сумнівів нівелює операційні ризики у пацієнта, але пролонгація передопераційного періоду (пізня діагностика некрозу ділянки тонкої кишки через введення спазмолітиків, постановки перидурального катетера) може стати несприятливим фактором збільшення кількості післяопераційних ускладнень і/або летальності.

Мета роботи

Виявити ранні лабораторні, інструментальні ознаки некрозу ділянки тонкої кишки при ГСКН.

Матеріали і методи

Проведено ретроспективний аналіз 45 медичних карт стаціонарних хворих госпіталізованих в хірургічне відділення з клінікою ГСКН.

Гендерний склад досліджуваної групи: жінки - 35 (77,8%); середній вік пацієнтів - $47,9 \pm 2,9$ років.

Діагноз верифіковано на підставі клінічних ознак: переймоподібна або постійна біль в животі - 45 (100%) пацієнтів; нудота / блювання - 41 (91,1%); відсутність стільця / відходження газів - 40 (88,9%); асиметрична передня черевна стінка - 39 (86,7%); спайковий конгломерат, виявлений при пальпації в черевній порожнині - 24 (53,3%); позитивний симптом «шум плескоту» - 30 (66,7%). Тривалість розвитку симптоматики склала: до 12 годин - 15 (33,3%) хворих; 12-24 години - 28 (62,2%); більше 24 годин - 2 (4,5%). Кількість перенесених в анамнезі хірургічних втручань на органах черевної порожнини: 1 оперативне втручання (частіше апендектомія) - 11 (24,4%) хворих; 2 оперативних втручання - 14 (31%); більше 2 - 25 (55,6%).

Всі пацієнти були поділені на дві зіставні клінічні групи для порівняльного аналізу біохімічних, інструментальних параметрів гомеостазу, показників життєдіяльності тонкої кишки: основна група складалася з 23 (51%) пацієнтів, у яких ГСКН була ліквідована консервативними методами; група порівняння включала 22 (49%) пацієнта, у яких був проведений хірургічний адгезіолізис з резекцією / без резекції ділянки тонкої кишки.

Результати оброблені за допомогою методів варіаційної статистики, значимість відмінностей в групах визначали за критерієм Манна - Уїтні (pU).

Результати та обговорення

У хворих основної групи регресування симптомів ГСКН відбулося протягом $21,2 \pm 2,8$ годин з моменту госпіталізації. Динаміка обраних біохімічних параметрів крові оцінювалася з інтервалом 12 годин: С-

реактивний білок - $35,5 \pm 1,55$ мг / л ($25,9 \pm 1,45$ мг / л); лактат крові - $2,9 \pm 1,1$ ммоль / л ($2,1 \pm 0,95$ ммоль / л); прокальцитонін - $1,4 \pm 0,4$ нг / мл ($1,1 \pm 0,3$ нг / мл). Для динамічної візуалізації змін в ураженому сегменті тонкої кишки використовували ультразвукове дослідження за допомогою конвексного датчика з частотою 3,5 МГц з інтервалом 6 годин: товщина кишкової стінки - $0,4 \pm 0,1$ мм ($0,2 \pm 0,1$ мм); діаметр кишкової петлі - $3,4 \pm 1,1$ мм ($2,9 \pm 1,0$ мм). Динаміка показників вказує про відсутність ознак ішемії кишкової стінки та мікробної транслокації у зону ураження.

У хворих групи порівняння показання для оперативного лікування були виставлені протягом $10,2 \pm 1,7$ годин з моменту госпіталізації. Динаміка обраних біохімічних параметрів крові була наступна: С-реактивний білок - $36,5 \pm 1,56$ мг / л ($55,7 \pm 1,6$ мг / л) $pU < 0,05$; лактат крові - $3,0 \pm 1,1$ ммоль / л ($4,2 \pm 1,1$ ммоль / л) $pU < 0,05$; прокальцитонін - $1,5 \pm 0,3$ нг / мл ($2,3 \pm 0,4$ нг / мл) $pU < 0,05$. Ультразвукові зміни в ураженому сегменті тонкої кишки: товщина кишкової стінки - $0,5 \pm 0,2$ мм ($0,8 \pm 0,1$ мм, симптом «мішені») $pU < 0,05$; діаметр кишкової петлі - $3,3 \pm 1,2$ мм ($5,3 \pm 1,3$ мм) $pU < 0,05$; газ в кишкової стінки / параколярний ексудат виявлено у 8 (17,8%) пацієнтів. Навіть при відсутності перитоніальних симптомів, до загострення ознак системи SIRS (через введення спазмолітиків, перидуральний катетер, інфузійну терапію) вдалося своєчасно діагностувати прогресування деструктивних змін в кишкочній стінці, та тільки у 2 (4,4%) хворих була потреба в резекції ділянки кишки через незворотність некротичних змін.

Висновки

До ранніх біохімічних параметрів некрозу сегмента тонкої кишки при ГСКН можна віднести різке збільшення в динаміці (більше 50% від

початкового значення) показників С-реактивного білка, прокальцитоніну, а також підвищення лактату крові не дивлячись на стабільну гемодинаміку і задовільну сатурацію крові.

Ранні ультразвукові ознаки негативної динаміки: розшарування, потовщення кишкової стінки більше 0,6 см. Поява газу в кишкової стінки або ексудату навколо ознаки некрозу (перфорації) ділянки кишки.