

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616.34 - 007.272- 089.168] - 036.88

АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ НЕПРОХІДНІСТЬ КИШКИ. МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ

*В.В. Бенедикт**Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

Реферат. Актуальність діагностики і лікування гострої непрохідності тонкої кишки пояснюється складністю цієї патології і незадовільними результатами лікування. Метою було вивчення негативних факторів і можливих шляхів подолання цих умов для покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів. Проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарного хворого 21 пацієнта з летальним наслідком і 122 пацієнтів з позитивним ефектом від хірургічного лікування. Досліджено ступінь важкості інтоксикаційного синдрому, стан вегетативної нервової системи, неспецифічна резистентність організму, характер моторно-евакуаторної функції тонкої кишки. Визначали ризик можливого летального наслідку за допомогою шкали SAPS. До госпіталізації діагноз не було встановлено в 23,81% випадках. Прогностичними критеріями вважають показники, які характеризують інтенсивність інтоксикаційного синдрому, неспецифічну резистентність організму, функціональний стан тонкої кишки, нирок і вегетативний гомеостаз, показники шкали SAPS II. Прооперовано 19 (90,48%) пацієнтів, яким виконано 27 операцій. Встановлено, що факторами, які негативно впливають на перебіг захворювання є: тривалість захворювання (більше 24 годин спостерігалось в 76,19% випадків), період перебігу захворювання (85,71% хворих поступили в 2-3 періоді), розширення об'єму оперативного втручання і збільшення її тривалості (в 48,15% випадків тривалість складала більш ніж 2 години), наявність хронічної супутньої патології (майже 90% хворих), порушення функції травного каналу (в 100% пацієнтів), функціональна недостатність нирок (у 80,95% випадках), стійке переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи (у 95,24%), вік хворого (61 рік і більше – 85,71%), не використання декомпресії тонкої кишки (під час виконання кожної третьої операції). Запропонована лікувальна тактика у хворих на гостру непрохідність тонкої кишки.

Ключові слова: гостра непрохідність кишки, причини летальності, лікування.

Однією з найбільш складних проблем ургентної хірургії є лікування такого небезпечного для життя пацієнтів захворювання, як гостра непрохідність тонкої кишки (ГНТК) [3,6]. На жаль, наявні сучасні методи діагностики і лікування цієї гострої хірургічної патології не призводять до суттєвого зниження летальності. Летальність серед хворих на ГНТК залишається досить високою [13]. Наведені статистичні показники, протиріччя літературних даних вказують на акту-

альність цієї проблеми і спонукають до аналізу причин летальності у таких пацієнтів.

Мета роботи

Метою нашого дослідження було вивчення деяких клінічних критеріїв перебігу ГНТК і факторів, які могли призвести до неблагоприятних наслідків, що дозволить запропонувати можливі шляхи подолання цих умов для покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів з даною патологією.

Матеріал та методи

Нами проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарного хворого 21 пацієнта на ГНТК лікування яких закінчилося летальним наслідком. Крім цього, нами проведено обстеження 122 пацієнтів на ГНТК непухлинного генезу у яких спостерігався позитивний ефект від хірургічного лікування. Досліджено ступінь важкості інтоксикаційного синдрому за допомогою визначення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) за Я.Я. Кальф-Каліфом [8] і кількістю молекул середньої маси (МСМ) [4] та сорбційною здатністю еритроцитів за А.А.Тогайбаєвим та співав. [12], стан вегетативної нервової системи - за індексом Кердо [7], неспецифічну резистентність організму – за паличкаядерно-лімфоцитарним індексом (ПЛІ) [2]. Отримані дані порівнювалися з характером моторно-евакуаторної функції тонкої кишки, яку визначали за допомогою реєстрації звуків кишки [9] і з результатами загальноклінічних методів дослідження. Тяжкість синдрому поліорганної недостатності і ризик летального наслідку визначали за допомогою шкали SAPS II [10,11].

Цифрові величини обробляли методом варіаційної статистики. Різницю між порівнювальними величинами визначали за Ст'юдентом.

Результати та обговорення

При дослідженні медичних карт померлих хворих було встановлено, що серед цих пацієнтів у 2 рази частіше зустрічаються хворі жіночої статі (рис. 1). У віковому аспекті суттєво переважали пацієнти у віці старше 61 років – 85,71% (рис. 2).

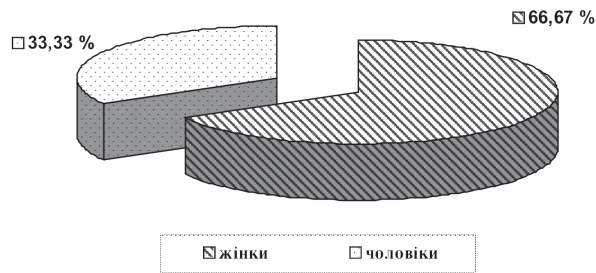


Рис. 1. Розподіл померлих хворих на ГНТК за статтю

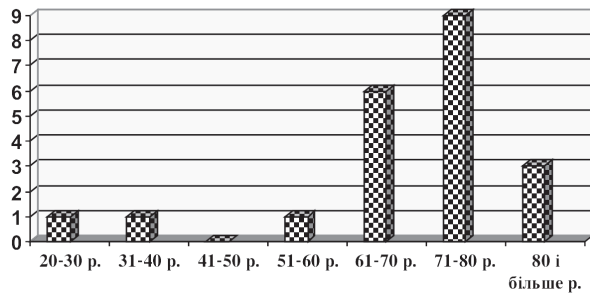


Рис. 2. Розподіл померлих хворих на ГНТК за віком

Діагноз ГНТК не було встановлено лікарями до госпіталізації в 23,81% випадках. Помилково хворі направлялися з такими захворюваннями, як гострий апендицит, хронічний і гострий холецистопанкреатит, шлунково-кишкова кровотеча, післяопераційна вентральна грижа великих розмірів і копростаз. Така розбіжність і діапазон захворювань пояснюється варіабельністю перебігу ГНТК та відсутністю пильності щодо цього захворювання. Незвернення хворих за медичною допомогою і помилки на догоспітальному етапі призвели до наступних строків госпіталізації в хірургічні стаціонари: до 24 годин від початку захворювання поступило тільки 5 (23,81%) хворих, на другу добу – 2 (9,52%) пацієнта, на третю – 4 (19,05%) і у строки більш ніж три доби – 10 (47,62%). Таким чином, померлі хворі в 76,19% випадках були госпіталізовані пізніше 24 годин. В першій період перебігу захворювання поступило 14,29% хворих, в другий – 47,62% і в третій – 38,09%. В стадії декомпенсації було 12 (57,14%) пацієнтів. Цілком зрозуміло, що пізня госпіталізація впливала на наслідки перебігу захворювання.

Зміни деяких клінічних показників у хворих цієї групи наведені в таблиці 1. Як видно з наведених даних при дослідженні моторно-евакуаторної функції травного каналу у померлих хворих на ГНТК при поступленні посилення моторики спостерігалось більш ніж у 52%, пригнічення – в 33,33%, задовільна перистальтика в 1-го пацієнта і відсутність її – у 2-х пацієнтах. В кінці лікування характер моторики тонкої

кишки у досліджуваних хворих суттєво змінювалася. Відсутність рухової функції кишки спостерігалось вже в 80, 95% і її пригнічення – в 19,05%. Порушення моторно-евакуаторної функції травного каналу у пацієнтів на ГНТК сприяло підвищенню ступеню інтоксикаційного синдрому. Так, ЛПІ зростав з $(3,29 \pm 0,21)$ до $(9,38 \pm 0,48)$ од.. За даними ПЛІ майже в 4 рази погіршувався стан неспецифічної резистентності організму пацієнтів. Крім цього, спостерігалась анурія і олігоурія в 52,38% пацієнтів при поступленні, а в кінці лікування цей показник зростав вже до 80,95%. Все це призводило до збільшення концентрації креатиніну в 2,6 рази, сечовини – в 1,43 рази, вміст МСМ зростав до 163,97% від попереднього значення і сорбційної здатності еритроцитів – в 1,27 рази, відповідно.

При дослідженні стану вегетативної нервової системи при поступленні хворих переважання симпатичного відділу спостерігалось у 19 випадках і індекс Кердо в середньому склав $(20,44 \pm 0,91)$. Парасимпатичний відділ вегетативної нервової системи переважав тільки у 2 пацієнтів з величиною індексу Кердо – $(33,25 \pm 1,41)$. Перед летальним наслідком переважання симпатичного відділу було у 20 (95,24%) хворих з величиною індексу Кердо $(49,82 \pm 2,03)$ і в одному випадку індекс Кердо був $-(25)$.

Таким чином, наведені в таблиці результати обстежень, динаміка їх змін вказують на певне прогностичне значення цих клінічних критеріїв у перебігу ГНТК. До прогностичних критеріїв, що можуть відобразити клінічний перебіг цієї патології слід віднести показники, які характеризують інтенсивність інтоксикаційного синдрому та неспецифічної резистентності організму пацієнта, а також функціональний стан тонкої кишки, нирок і вегетативний гомеостаз. При визначенні ризику летального наслідку за допомогою шкали SAPS II в досліджуваній групі були отримані наступні результати: в віці до 60 років середній бал склав $(22,67 \pm 0,95)$ бали, що прогнозує ймовірну летальність – 10,37%, в віці 61-80 років – $(34,17 \pm 1,41)$ бали з ймовірною летальністю – 19,06%, в віці більш ніж 80 років – $(41,12 \pm 1,73)$ бали з прогностичною летальністю – 24,83%.

Прооперовано 19 (90,48%) пацієнтів, в тому числі у 5 хворих було виконано дві і більше операції. Всього проведено 27 операційних втручань. Передопераційна підготовка проводилася в строки від 1 години до 6 діб і в середньому склала $35,18 \pm 1,48$ години. Така різниця в тривалості підготовки хворих до операції, на нашу думку, можливо, пояснюється відсутні-

стю чітких стандартів в лікуванні хворих на ГНТК, відсутністю стандартизованої діагностичної програми і можливості її виконання в практичній медицині. Тривалість операції в середньому становила $2,02 \pm 0,09$ години. В 48,15% випадках операція продовжувалася більш ніж 2 години, а в окремих випадках - більш ніж 4 години. Супутня патологія спостерігалася в 17 (89,47%) хворих, яким виконана операція і у 18 (85,71%) пацієнтів всієї групи. Переважала серцево-судинна та легенева патологія і їх поєднання. Декомпресія тонкої кишки за допомогою назогастроінтестинальної інтубації була застосована в 14 (51,85%) випадках, одномоментна декомпресія – під час виконання однієї операції, декомпресія за допомогою кінцевої ілеостомії або підвісної ілеостомії – в 2 і 1 випадках, відповідно. Отже, різні види декомпресії тонкої кишки під час операції в досліджуваній групі хворих використовувалися в 66,67% операційних втручаннях, з них майже 52% - тільки один з її видів - назогастроінтестинальна (див. таб.).

“Небезпечним часом” у перебігу післяопераційного періоду для хворого за даними нашого дослідження є перші три доби (73,68% летальних наслідків) з піками летальності на 1-у і 3-ю доби і п’ята доба (21,05%) (рис. 3).

Причинами летальних наслідків були наступні: поліорганна недостатність – у 16

(76,19%), серцево - легенева недостатність – в 4 (19,05%) випадках і в 4,76% - спостерігалася емболія легеневої артерії. Слід зауважити, що декомпенсація серцево-легеневої систем наступало на третю-п’яту добу після операції.

Встановлено, що до факторів, які мають негативний вплив на перебіг захворювання можна віднести: тривалість захворювання (більше 24 годин спостерігалася в 76,19% випадків), період перебігу захворювання (85,71% хворих поступили в 2-3 періоді), розширення об’єму операційного лікування і збільшення його тривалості (в 48,15% випадків тривалість складала більш ніж 2 години), наявність хронічної супутньої патології (майже 90% хворих), порушення функції травного каналу (в 100% пацієнтів), функціональна недостатність нирок (у 80,95% випадках), стійке переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи (у 95,24%), вік хворого (61 рік і більше – 85,71%), не застосування декомпресії тонкої кишки (під час виконання кожної третьої операції).

Отримані нами результати досліджень призвели нас до проведення наступного алгоритму в лікуванні: тривалість підготовки до операції обумовлюється періодом перебігу ГНТК, компенсацією організму пацієнта з врахуванням функціонального стану травного каналу, сечовидільної системи, показників неспецифі-

Зміни деяких клінічних показників у хворих на ГНТК з неблагоприємним наслідком (M ± m)

Таблиця

	Клінічні показники	при поступленні	в кінці лікування
1	ЛШ (в од.)	3,29 0,21	9,38 0,47 (P<0,001)
2	ПЛШ (в од.)	1,11 0,09	4,35 0,19 (P<0,001)
3	Креатинін (ммоль/л)	114,15 4,12	297,38 12,78 (P< 0,01)
4	Сечовина (ммоль/л)	10,69 0,61	15,29 0,76 (P< 0,01)
5	Концентрація МСМ (ум.од.)	508,78 21,27	834,24 34,28 (P< 0,01)
6	Сорбційна здатність еритроцитів (%)	59,25 2,78	75,08 3,08 (P< 0,01)
7	переважання симпатичного відділу ВНС;	19	20
	переважання парасимпатичного відділу ВНС;	2	1
8	Стан моторної функції кишки:		
	посилена ;	11	–
	задовільна;	1	–
	пригнічена;	7	4
	відсутня.	2	17
9	Стан сечовидільної системи:		
	нормальна функція;	10	4
	олігоурія;	6	9
	анурія.	5	8

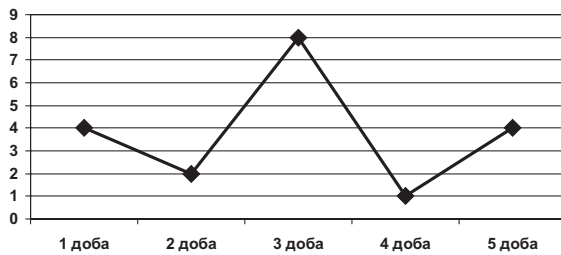


Рис. 3. Тривалість лікування прооперованих хворих на ГНТК

чної резистентності і вегетативного гомеостазу, рівнем наявної інтоксикації, супутньою патологією. Під час операції – виконання хірургічних маніпуляцій повинно бути спрямовано тільки на ліквідацію непрохідності кишки з обов'язковою декомпресією тонкої кишки під час операційного втручання і при необхідності – проведення цього заходу після операції. Ми згодні з думкою В.В. Бойко та співав. [3] про те, що операція у хворих на ГНТК повинна бути спрямована на рятування життя пацієнта. При наявності протипоказів до використання назогастроінтестинальної інкубації кишки використовували “відкриті” методи. Після операції проводимо корегуючу селективну медикаментозну терапію [5] з застосуванням способу безпосереднього впливу на пейсмеркерівські центри шлунково-кишкового тракту [1] з метою раннього і стійкого відновлення моторики тонкої кишки.

При дослідженні відповідних клінічних критеріїв у оперованих хворих, які були виписані після хірургічного лікування на ГНТК, були отримані наступні результати. Поява кишкових перистальтичних звуків була зареєстрована у 61,5% спостережень на 1-2 добу після операції, а відходження газів відбувалося у 80,3% хворих на 3-5 добу після операції і у всіх – до кінця 7 доби. Значення ЛШ до операції складало $(2,91 \pm 0,13)$ од. і спостерігалось збільшення його величини на 1-у і 3-ю добу після операції в 1,5 рази і 1,3 рази, відповідно. Тільки на 6-8 добу величина ЛШ досягало нормального значення. Концентрація МСМ у пацієнтів цієї групи на 1-у добу після операції суттєво підвищувалася (на 31,5%) з поступовим зменшенням – до 5-ї доби і нормалізацією – на 6-8 добу післяопераційного періоду. У хворих на ГНТК в післяопераційному періоді на протязі перших 5-и днів відмічалось значне напруження та дестабілізація неспецифічної резистентності організму і навіть її зниження. При дослідженні стану вегетативного гомеостазу у хворих на ГНТК було встановлено суттєве порушення співвідношення симпатичного і

парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи із значним переважанням першого як до операції, так і після операційного втручання до 5-ї доби включно.

Таким чином, незадовільні результати хірургічного лікування ГНТК зумовлені наступними чинниками: суб'єктивними – пізні звернення хворих за медичною допомогою; об'єктивними – помилки в діагностичному плані, що збільшують тривалість періоду до операції, неадекватна передопераційна підготовка; під час операції – розширення об'єму втручання і невикористання доцільного методу декомпресії тонкої кишки; після операції – пізні відновлення функціонального стану тонкої кишки.

Висновки

1. Моніторинг оцінки перебігу гострої непрохідності тонкої кишки і визначення ефективності лікування хворого доцільно проводити з врахуванням функціонального стану травного каналу, вегетативного і загального гомеостазу, показників периферійної крові.

2. Для підвищення ефективності хірургічного лікування пацієнтів на гостру непрохідність тонкої кишки необхідно індивідуально визначати тривалість підготовки хворого до операції із застосуванням загальноприйнятої діагностично-лікувальної програми; під час операції – визначати доцільний об'єм операції із обов'язковим використанням одного з методів декомпресії тонкої кишки.

3. В післяопераційному періоді одним з головних чинників, який сприяє підвищенню ефективності лікування є раннє відновлення моторики тонкої кишки, що призводить до зменшення інтенсивності інтоксикації та корекції порушень загального гомеостазу пацієнта.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШКИ. ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

В.В. Бенедикт

Реферат. Актуальность диагностики и лечения острой непроходимости тонкой кишки объясняется сложностью этой патологии и неудовлетворительными результатами лечения. Целью было изучение отрицательных факторов и возможных путей преодоления этих условий для улучшения результатов хирургического лечения пациентов. Проведен ретроспективно-анализ медицинских карт стационарного больного 21 пациента с летальным исходом и 122 пациента с положительным эффектом от хирургического лечения. Исследовано степень тяжести интоксикационного синдрома, состояние вегетативной нервной системы, неспецифическая резистентность организма, характер моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки. Определяли риск возможного летального исхода с

помощью шкалы SAPS II. До госпитализации диагноз не был установлен в 23,81% случаях. Прогностическими критериями считают показатели, которые характеризуют интенсивность интоксикационного синдрома, функциональную резистентность организма, функциональное состояние тонкой кишки, почек и вегетативный гомеостаз, показатели шкалы SAPS II. Прооперировано 19 (90,48%) пациентов, которым выполнено 27 операций. Установлено, что факторами, которые отрицательно влияют на течение заболевания есть: длительность заболевания (больше 24 часов наблюдалось в 76,19% случаев), период заболевания (85,71% больных поступили в 2-3 периоде), расширение объема оперативного вмешательства и увеличение ее длительности (в 48,15% случаев длительность составила более, чем 2 часа), наличие хронической сопутствующей патологии (почти 90% больных), нарушения функции пищеварительного канала (в 100% пациентов), функциональная недостаточность почек (в 80,95% случаях), стойкое преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы (в 95,24%), возраст больных (61 год и больше – 85,71%), отказ от декомпрессии тонкой кишки (во время выполнения каждой третьей операции). Предложена лечебная тактика у больных острой непроходимостью тонкой кишки.

Ключевые слова: острая непроходимость кишки, причины летальности, лечения.

LETHALITY ANALYSIS IN PATIENTS WITH THE ACUTE BOWEL IMPASSABILITY. POSSIBLE WAYS OF TREATMENT IMPROVEMENTS.

V.V. Benedykt

Abstract. Urgency of diagnostics and treatment of acute impassibility of thin bowel is explained by complication of this pathology and unsatisfactory results of treatment. A purpose was studying of the negative results and possible ways of the overcoming of these conditions for the improvement of the results of surgical treatment of patients. Conducted retrospective analyses of medical charts of 21 in-patients with the lethal result and 122 patients with a positive effect from surgical treatment. Analyzed the level of difficulty of intoxication syndrome, condition of vegetative nervous system, unspecific resistance of organism, nature of the motor-evacuative function of the thin bowel. Determined the risk of the possible lethal consequence with the help of SAPS scale. Before the hospitalization diagnosis had not been determined in 23,81% of cases. Prognostic criterias are considered indexes, which characterize intensity of intoxication syndrome, non-specific resistance of the organism, functional condition of the thin bowel, kidneys and vegetative homeostasis, indexes of the SAPS II scale. Operated 19(90,48%) patients, on which were conducted 27 operations. Determined, that factors, which negatively affect on the motion of the disease are: duration of the disease (more then 24 hours observed in 76,19% cases), period of the disease (85,71% of patients came in 2-3d period), expansion of the operative intervention and increase of it's duration (in 48,15% of cases duration was more then 2 hours), chronicle attendant pathology (almost 90% of patients),

violations of function of the digestive channel (in 100% of patients), functional kidney deficiency (in 80,95% of cases), persistent prevalence of the sympathetic sector of the vegetative nervous system (in 95,24%), age of patients (61 years old and older – 85,71%), refusal of decompression of the thin bowel (during the every third operation). Proposed treatment tactic in patients with the acute impassability of the thin bowel.

Keywords: acute thin bowel impassability, lethality reasons, treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. А.С. №1409270, МКИ А61Н9/00. Способ профилактики и лечения послеоперационных парезов желудочно-кишечного тракта / И.А. Дячук, Е.В. Кулешов, Л.А. Ковальчук, В.В. Бенедикт // Открытия. Изобретения. - 1988.-№2.-С. 24.
2. Бенедикт В.В., Гнатюк М.С., Голда Ю.М. Особливості змін показників неспецифічної резистентності організму у хворих на перитоніт. - Здобутки клінічної та експериментальної медицини. Збірник наукових праць ХЛУ підсумкової науково-практичної конференції. - Випуск 7 - Тернопіль:Укрмедкнига – 2002 - С. 65-66.
3. Бойко В.В., Криворучко И.А., Брусницьна М.П. Особенности современной хирургической доктрины при лечении больных с острой непроходимостью кишечника // Харківська хірургічна школа - 2004. - № 1-2 - С. 6-8.
4. Габриэлян Н.И., Дмитриев А.А., Кулаков Г.П. Диагностическая ценность определения средних молекул в плазме крови при нефрологических заболеваниях // Клиническая медицина. – 1981 - №10 - С. 38-42.
5. Декларацийний патент №61258А А 61К33/06 Спосіб стимуляції моторної функції кишки в ранньому післяопераційному періоді // Ковальчук Л.Я., Дячук І.О., Бенедикт В.В. // Бюл.,2003.- № 11.
6. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: руководство для врачей. – СПб: Издательство “Питер” - 1999 – 448 с.
7. Зыгало Э.В. Сравнительная характеристика вегетативных показателей сердечно-сосудистой системы у больных с сочетанием гастроэнтерологических заболеваний. - Лікарська справа – 1999 - № 7-8 - С. 90-92.
8. Кальф-Калиф Я.Я. О гематологической дифференциации различных форм и фаз острого аппендицита // Хірургія -1947 - №7 - С. 40-43.
9. Каримов С.Х., Мірошніченко А.Г., Кацадзе М.А., Кубачев К.Г. Методи діагностики пареза кишечника при острих хірургічних захворюваннях органів брюшної порожнини // Вестник хирургии – 2007. - № 3. – С. 87-92.
10. Кондратенко П.Г., Соболев В.В. Хирургическая инфекция. Практическое руководство – Донецк - 2007 - 512 с.
11. Сипливый В.А., Дронов А.И., Конь Е.В. Оценка тяжести состояния хирургического больного - К.: Наук. світ - 2004. – 101 с.
12. Тогайбаев А.А., Кургузкин А.В., Рикун И.В. Способ диагностики эндогенной интоксикации // Лабораторное дело.- 1988.- № 9.- С. 22-24.
13. Тотиков В.З., Калинова М.В., Амриллаева В.М. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / Хірургія. – 2006. - № 2. – С. 38-43.