

Трофімов М.В.,

*доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри загальної хірургії
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»*

Баранник С.І.,

*доктор медичних наук, професор, професор кафедри загальної хірургії
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»*

Ляшенко П.В.,

*кандидат медичних наук, асистент кафедри загальної хірургії
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»*

Шевцов В.М.,

*лікар-хірург вищої категорії
КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги»*

РІДКІ ВИПАДКИ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШКІВНИКА

Стаття присвячена аналізу 2 клінічних випадків гострої непрохідності кишківника, обумовленої заворотом ілеоцекального відділу кишківника. Відзначені особливості клінічного перебігу та труднощі діагностики на догоспітальному етапі та у клініці. У всіх випадках діагноз був встановлений під час операції. Виконані органозберігаючі види оперативного лікування з обов'язковою цекоплекцією. Своєчасне оперативне втручання є запорукою сприятливого висходу захворювання.

Ключові слова: гостра непрохідність кишківника, заворот ілеоцекального відділу кишківника, діагностика, лікування.

Статья посвящена анализу 2 клинических случаев острой кишечной непроходимости, обусловленной заворотом илеоцекального отдела кишечника. Отмечены особенности клинического течения и трудности диагностики на догоспитальном этапе и в клинике. Во всех случаях диагноз установлен во время операции. Выполнены органосохраняющие объемы оперативного лечения с обязательной цекоплекцией. Своевременное оперативное вмешательство является залогом благоприятного исхода заболевания.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, заворот илеоцекального отдела кишечника, диагностика, лечение

The work devoted the analysis two clinical cases of the acute intestinal obstruction caused by ileocecalis disposition are observed. Clinical features and difficulties of diagnostics at a pre-hospital stage and in current marked. In all cases the diagnosis is confirmed during the operation. The organpreserving operativas with obligatory cecoplication are perfirmed that is a pledge of beneficial disease outcome.

Key words: acute intestinal obstruction, ileocecalis disposition, diagnostic, treatment

Актуальність. Непрохідність кишківника є однією з актуальніших проблем сучасної наукової і практичної медицини, оскільки вона відноситься до найбільш складної для діагностики, відрізняється важким клінічним перебігом та складає 25-30% хворих хірургічних відділень [3, с. 32]. Гостра непрохідність кишківника у клінічній практиці зустрічається частіше за всі інші її види, є найбільше небезпечною і потребує термінових та рішучих дій з боку хірургів [1, с. 34]. За даними літератури 50-83,8% хворих мають на етапах обстеження та лікування діагностичні і прогностичні прорахунки, зумовлені пізньою діагностикою, що в подальшому зумовлює зміну тактики ведення хворих – від консервативного до оперативного. У 21,2% пацієнтів виникає необхідність проведення резекції кишечника з накладанням ік міжкишкового анастомозу, так і кишечної стоми [3, с. 34]. У 11,6% випадків гостра непрохідність кишківника ускладнюється тяжкою формою синдрому абдомінальної компресії, що обумовлює терміновість оперативного втручання [7, с. 174-175]. Серед всіх видів непрохідності кишківника завороти – перекручування

будь-якого відділу кишківника разом із брижею на 90-360° та більше – складають 36,1-38,5% [5, с. 15-16]. Проте, останнім часом частота заворотів у структурі гострої непрохідності кишківника (окрім пухлинного генезу) зменшилася до 5,2-8,6% [3, с. 33]. Із цієї кількості на завороти ілеоцекального відділу (ІЦВ) припадає від 4,0 до 5,2% випадків. За даними І.А. Єрсюхіна та співавт. заворот ІЦВ був відзначений у 0,64% хворих із гострою непрохідністю кишківника, що склало 6,31% від всіх заворотів [5, с. 34-36]. Не зважаючи на порівняну рідкісність дана патологія у клінічному аспекті є однією з тяжких форм гострої непрохідності кишківника [6, с. 25-26].

Постановка проблеми. Відомо, що без рухливості ІЦВ заворот неможливий, але ж і сама собою рухливість до завороту не призводить. Проте, за умов високої мобільності ІЦВ у дитячому віці, яка є у половині осіб, завороту все ж майже не буває. Із віком рухливість ІЦВ збільшується. Кут впадіння здухвинної кишки до сліпої із тупого або прямого переходить до гострого, що полегшує виникнення завороту. При цьому також має значення і рубцеві

зміни загальної брижі сліпої та здухвинної кишок, які майже постійно зустрічаються під час заворотів ПЦВ. Крім того, до схильних причин розвитку даної патології належать залишки жевчної протоки, запальні та новоутворювальні процеси на цій ділянці кишківника, наявність гриж [4, с. 28].

Рухливість ПЦВ частіше зустрічається у жінок, проте завороти у 1,5-2,0 рази частіше бувають у чоловіків. До спричинюючих завороти ПЦВ факторів належать моменти раптового підвищення внутрішнього тиску під час кашелю, блювання, підйому ваги; пожвавлення перистальтики кишківника; недотримання дієти, особливо переїдання; застій калових мас, надмірне газоутворення [5, с. 128-129].

Визначають 3 основні види завороту ПЦВ кишківника [6, с. 25-26]:

- 1) заворот сліпої кишки разом із здухвинною навколо їх загальної брижі;
- 2) заворот тільки сліпої кишки за умов її подовження та присутності у неї власної брижі;
- 3) заворот та перегинання сліпої кишки навколо її поперекової вісі – у цих випадках перегнута сліпа кишка переходить до верхнього відділу черевної порожнини.

Слід також враховувати, що дана ділянка кишківника має надмірно розвинутий інтероцептивний апарат, який робить її надто чутливою до будь-якого подразнення. Нервові імпульси які виникають на цій ділянці, як за нормою так і за патологією, рефлекторно впливають не тільки на функціональний стан шлунково-кишечного тракту, але й на серцево-судинну, дихальну та інші системи організму.

За клінічним перебігом завороту ПЦВ визначають 3 стадії [6, с. 27]:

- 1) стадія часткової непрохідності;
- 2) стадія повної непрохідності з бурхливими явищами странгуляції;
- 3) параліч кишківника внаслідок перитоніту.

Під час завороту ПЦВ часто спостерігають значне різномаяття клінічних проявів, що ускладнює діагностику захворювання. Частіше за все дану патологію мають диференціювати із заворотом тонкої кишки та гострим апендицитом. За даними літератури на догоспітальному етапі топічний діагноз не було встановлено у жодного хворого, а у стаціонарі до операції – тільки у 11,7% хворих із заворотом ПЦВ кишківника [4, с. 45-46].

Для типових випадків завороту ПЦВ характерні: больовий синдром із будь-якою локалізацією, блювання, затримка випорожнення кишківника та газів, присутність симптому Валя. В деяких випадках визначається симптом Шимана-Данса – спорожнення здухвинної ділянки через відсутність на своєму місці сліпої кишки. Рентгенологічно визначається присутність горизонтальних рівней рідини у розширених петлях кишківника, причому один з них великий за розміром і відповідає локалізації загнаної сліпої кишки [5, с. 334].

У всіх випадках показане термінове оперативне лікування. Операція полягає у виконанні нижньо-середньої лапаротомії та розкручуванні завороту. За умов збереження життєздатності кишки проводять цекопексію до парістальної очеревини та скоорчення загальної брижі. При цьому пропонується цекопексія через зшивання передньої та бокової

тений із зануренням випинаючої ділянки кишки. Іноді операцію доповнюють розтинанням спайок, апендектомією, грижосіченням. За умов гангрени кишки або ознак її нежиттєздатності проводять резекцію ілеоцекального кута. Інтоксикацію та перитоніт не слід розглядати як протипоказання до резекції [2, с. 136-137].

Матеріал та методи дослідження. Протягом 5 років (2011-2016 рр.) у клініці загальної хірургії ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», розташованої на базі КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» було прооперовано 252 хворих з гострою непрохідністю кишківника непухлинного генезу. При цьому післяопераційна летальність складала 3,82%. Хворі із заворотом різномаянних відділів кишківника склали 23 випадки (8,80%). Протягом зазначеного періоду ми спостерігали 2 випадки завороту ПЦВ, що склали 0,76% від всієї кількості хворих з гострою непрохідністю кишківника та 8,70% всіх заворотів.

Результати та обговорення. Наводимо виписки із історій хвороби хворих із заворотом ПЦВ.

1. Хвора К., 29 років потрапила до клініки в ургентному порядку із діагнозом: гострий панкреатит? Скарги на біль у животі, багаторазове блювання, слабкість, затримку випорожнень та газів. Хворіє 24 години. Об'єктивні дані: загальний стан тяжкий. Пульс 108 уд/хв, АТ 100/60 мм рт.ст. Язик сухий, укритий білим налітом. Живіт помірно надутий, приймає участь у акті дихання. Під час пальпації м'який, болючий у лівій половині. Перистальтика в'яла. Слабо позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга. Ампула прямої кишки пуста. Аналіз крові загальний: Ер. – 3,9x10¹²/л, Нв – 121 г/л, Л. – 16,4x10⁹/л, п/я – 12%, с – 64%, м – 1%, лімф. – 23%; ШОЕ – 20 мм/год. Аналіз сечі: пит. вага. – 1015, рН – 6,0, білок – 0,66 г/л, лейкоц. 8-10 на п/зор., солі – урати «+». На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини: зправа у мезогастрії та зліва у епігастрії визначаються дрібні рівні рідини.

Встановлений діагноз: гостра непрохідність кишківника, перитоніт. Після короткочасної підготовки виконана лапаротомія. У черевній порожнині до 100 мл серозної рідини без запаху. Права половина товстого кишечника розташована інтраперитонеально, має довгу брижу. Сліпа кишка з ілеоцекальним кутом загнута за продольною віссю на 270°. Заворот усунуто. Кишка – життєздатна. Проведена цекопексія. До кореня брижі введено 40 мл 0,5% розчину новокаїна. Черевна порожнина дренована у правій здухвинній області. Шви на рану. Діагноз після операції: Заворот ілеоцекального відділу. Гостра непрохідність кишківника. Хвора протягом 5 діб перебувала на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії. Післяопераційний період без ускладнень. На 3-ю добу відновлена перистальтика кишківника, почали відходити гази, були самостійні випорожнення. Після стабілізації гемодинаміки та стійкого відновлення функції шлунково-кишечного тракту хвора була переведена до хірургічного відділення. Рана зажила без ускладнень. Виписана на 11-у добу у задовільному стані.

2. Хвора Ф., 22 років, госпіталізована до клініки із діагнозом: гострий холецисто-панкреатит. Скаржиться на біль у верхній половині живота, нудоту, слабкість. Хворіє протягом 2-х діб. При обстеженні: загальний стан відносно задовільний; пульс 90 уд./хв; АТ 120/80 мм рт. ст. Язик вологий, укритий нальотом білого кольору. Живіт не надутий, приймає участь у диханні; під час пальпації м'який, болочий у правій половині. Перистальтика активна. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Гази відходять, сечопуск вільний. На оглядовій рентгенограмі органів черева визначається пневматоз кишківника із розлогим рівнем рідини у здухвинній області зліва. Оглянута гінекологом: даних за гостру гінекологічну патологію немає.

Аналіз крові загальний при госпіталізації: Ер. – $5,0 \times 10^{12}/л$; Нв – 160 г/л; ШОЕ – 19 мм/год; Л – $9,0 \times 10^9/л$; с – 67%, э – 1%, м – 4%, лімф. – 28%. Загальний аналіз сечі: пит. вага – 1017, рН – 6,0, білок відсутній, лейкоц. – 1-2 на п/зор., епітелій пласткий – 1-2 на п/зор.

Вирішили провести консервативну терапію та продовжити динамічне спостереження із наступним рентгенологічним контролем. Стан хворої залишався стабільним, відзначала відходження газів, зменшився біль у животі. Проте, в ніч на 2-ю добу стан погіршився, перестали відходити гази, збільшився лейкоцитоз до $11,6 \times 10^9/л$; на оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини картина без змін. Встановлений попередній діагноз: гостра непрохідність кишківника. Хворій запропоноване оперативне лікування, проте, она та її родичі категорично відмовилися від операції. Протягом наступних 6 годин хворій проводили активну консервативну терапію, але стан її поступово погіршувався. Хвору оглянули у складі консилиума:

турбус біль у животі, надутий живіт, перестали відходити гази. При обстеженні: живіт асиметричний, м'який. Позитивний симптом Валя зправа та визначається «шум плескоту». Симптомів подразнення очеревини немає.

Підтверджена необхідність оперативного лікування, обумовлена зростаючою клінікою непрохідності кишківника. Хвора та її родичі дали згоду на оперативне лікування (через 23 часа после госпитализации). Проведена лапаротомія. У черевній порожнині до 150 мл серозної рідини. Ілеоцекальний відділ кишківника повернутий на 360° навколо продольної вісі, мобільний. Заворот розправлений, кишка – життєздатна. Виконана цекоплікація окремими швами до парієтальної очеревини у правій здухвинній ямці. У корінь брижі введено 80 мл 0,5% розчину новокаїну. Черевна порожнина дренована у здухвинних областях. Рана ушита.

Діагноз після операції: Заворот ілеоцекального відділу кишківника. Гостра непрохідність кишківника. Хвора протягом 3 діб перебувала на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Після відновлення функції кишківника хвора для подальшого лікування переведена до хірургічного відділення. Виписана на 12-у добу у задовільному стані.

Висновки. Таким чином, під час надання невідкладної хірургічної допомоги хворим з гострою абдомінальною патологією, слід пам'ятати і про такий варіант странгуляційної гострої непрохідності кишківника, як заворот ілеоцекального відділу. Цей вид непрохідності, як видно із наведених випадків, представляє певні труднощі для діагностики не тільки на до- але й на госпітальному етапі надання допомоги. Проте, своєчасне хірургічне лікування дає сприятливий висхід.

Література:

1. Боднар О.Б. Діагностика недостатності ілеоцекального замикального апарату при абдомінальній хірургічній патології дитячого віку / О.Б. Боднар // Науковий конгрес «IV Міжнародні Пироговські читання» присвячений 200-річчю М.І. Пирогова. XXII з'їзд хірургів України. Матеріали. Том 1. 2-5 червня 2010 р. Вінниця. – С. 34-35.
2. Березницький Я.С. Клинические рекомендации для врачей по вопросам организации и оказания медицинской помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями органов живота (ведомственная инструкция) / Я.С. Березницький, В.В. Бойко, М.П. Брусничина и др. – Киев: Дніпро-VAL, 2004. – 354 с.
3. Бондаренко Н.М. Острая кишечная непроходимость, обусловленная заворотом илеоцекального отдела кишечника / [Н.М. Бондаренко, В.Н. Барвинский, С.И. Баранник и др.] // Хирургия Украины. – 2008. – № 4(28) (Додаток). – С. 32-34.
4. Данилов О.А. Діагностика та лікування непрохідності кишечника у дітей / [О.А. Данилов, В.В. Скиба, В.Ф. Рибальченко та ін.] // Науковий конгрес «IV Міжнародні Пироговські читання» присвячений 200-річчю М.І. Пирогова. XXII з'їзд хірургів України. Матеріали. Том 1. 2-5 червня 2010 р. Вінниця. – С. 132.
5. Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость: руководство для врачей. / И.А. Ерюхин, В.П. Петров, М.Д. Ханевич – СПб: Издательство «Питер», 1999. – 448 с.
6. Луцевич Э.В. Острая кишечная непроходимость у больных пожилого и старческого возраста / [Э.В. Луцевич, О.А. Долина, С.С. Птушкина, Ю.В. Васильев] // Хирургия. 1982. – №8. – С. 25-29.
7. Тамербулатов Ш.В. Синдром абдоминальной компрессии при острой обтурационной непроходимости толстой кишки / [Ш.В. Тамербулатов, Р.Р. Фаязов, Д.И. Мехдиев и др.] // Науковий конгрес «IV Міжнародні Пироговські читання» присвячений 200-річчю М.І. Пирогова. XXII з'їзд хірургів України. Матеріали. Том 2. 2-5 червня 2010 р. Вінниця. – С. 174-175.