

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ І ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОНКОЇ КИШКИ ЯК РЕЗУЛЬТАТ ОБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ СИМПТОМІВ

Пак В.Я., Понор О.Б., студ. 6-го курсу

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Спайкова хвороба очеревини (СХО) до цього часу є не вирішеною хірургічною проблемою. Частота її рецидивів сягає 70%, а гостра спайкова непрохідність тонкої кишки (ГСНТК) займає 1 місце серед усіх форм непрохідності кишечника. Основною причиною високої летальності від цієї патології є пізня діагностика і несвоєчасне оперативне втручання у зв'язку з тривалим спостереженням у стаціонарі.

Диференціальна діагностика цих, схожих за симптомами станів, особливо на початкових етапах, на нашу думку, повинна проводитися в динаміці, однак не перевищувати того порогу часу, який зумовлює незадовільні результати. При ГСНТК він настає через 12 годин від початку захворювання, а поява симптомів перитоніту є прямим показанням до екстреної лапаротомії.

Для порівняльної оцінки симптомів спайкового синдрому було вивчено результати лікування 221 хворого, яких поділили на 2 групи: 134 пацієнти зі СХО, процес у яких розрішився консервативно і 87 оперованих з приводу ГСНТК. Застосувавши метод індивідуального прогнозування Неймана-Пірсона ми вважали за можливе розробити новий підхід до розпізнавання СХО і ГСНТК шляхом виявлення комплексу ознак, які характеризують кишковий пасаж. Установили інформативну цінність певного симптому в окремих групах хворих, зокрема плюсове значення характеризувало СХО, а мінусове – ГСНТК. Отримані дані свідчать, що спайковий ілеус частіше розвивався в осіб чоловічої статі ($J = -0,169$), осіб середнього віку ($J = -0,067$), особливо після травматичних операцій з приводу гострих захворювань органів черевної порожнини, що супроводжувалися деструктивними процесами ($J = -0,628$).

Симптомокомплекс СХО характеризувався ростом позитивного індексу. Найбільшого значення набувало зменшення болю ($J = +2,15$), особливо переймоподібного ($J = +1,91$), зникає блювання ($J = +1,65$), симптом Склєрова ($J = +1,28$), зовсім зникає дефанс і симптом Щоткіна-Блюмберга. Іншими показниками характеризувалися симптоми у хворих на ГСНТК, тобто при прогресуванні кишкового стазу. Це стосується насамперед симптому Склєрова ($J = -1,04$), блювання ($J = -0,77$), затримки дефекації та метеоризму ($J = -0,73$ і $J = -0,62$ відповідно). У хворих на СХО рентгенологічні симптоми проявляються розршенням кишкового стазу, зокрема різким зменшенням ділятатії кишкових петель ($J = +1,31$), складок Керкрінга ($J = +1,08$), у два рази ($J = +0,68$) знижується не тільки частота чаш Клойбера, але і їх кількість. У всіх випадках СХО констатована евакуація суспензії сульфату барію в товсту кишку. ГСНТК проявлялася наростанням рентгенологічних симптомів кишкового стазу. Складки Керкрінга під час надходження до стаціонару спостерігали у 16,5% пацієнтів, через 6-9 годин – у 70,3% ($J = -1,45$). Наростали симптоми розширення кишкових петель ($J = -1,349$) і чаш Клойбера ($J = -0,602$). Барієва суміш міститься в усіх петлях тонкої кишки, а в товстій – тільки незначні сліди.

Разроблений алгоритм диференціювання спайкового синдрому дозволяє своєчасно діагностувати ГСНТК.

Шляхом порівняння вихідних даних з результатами, отриманими під час динамічного спостереження у конкретного хворого, можна з високою достовірністю розпізнати патологічний процес.