

СКРИНІНГОВІ МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ТОНКО КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Радзіховський А.П., Зоргач В.Ю.

Київська медична академія післядипломної освіти; Міська клінічна лікарня № 8, м. Київ

Ключові слова: гостра післяопераційна тонкокишкова непрохідність; ультрасонографія, як скринінгова діагностика; змінена перистальтика кишечника; ексудат в черевній порожнині

Вступ. Своєчасна діагностика різних форм гострої кишкової непрохідності залишається однією із складних проблем абдомінальної хірургії. В цих випадках незаперечну перевагу мають ендоскопічні методики, однак використання їх в післяопераційному періоді часто неможливо. Тому “методом

вибору” в діагностиці гострої післяопераційної тонкокишкової непрохідності залишається рентгенологічне дослідження з барієм.

В нашій клініці УСГ є обов'язковим в системі післяопераційного моніторингу стану хворих. Враховуючи простоту проведення і високу ефек-

тивність УСГ-дослідження, вивчення можливостей такої діагностики викликає практичний інтерес при виявленні післяопераційних ускладнень. Але можливості УСГ при діагностиці ускладнень з боку тонкої кишки не достатньо і це пояснюється двома головними причинами [1, 2, 3].

Відразу після оперативного лікування для проведення якісного УСГ-дослідження виникають значні труднощі із-за наявності пневмоперитонеуму, парезу і вздуття кишки, післяопераційних пов'язок і важкого загального стану таких хворих.

Принципові розбіжності існують в оцінці ефективності УСГ-дослідження в діагностиці захворювань порожніх органів черевної порожнини, в тому числі і тонкої кишки.

Тому матеріалів присвячених УСГ при гострій тонкокишкової непрохідності надто мало. По даним літератури вони обмежуються такими моментами [1, 2, 3].

При УСГ-дослідженні в “сірій шкалі” можна визначити ділянки розширеної або звуженої кишки. При використанні висококласних апаратів можна визначити ділянки кишки із зміненою товщиною стінки.

При використанні кольорового доплерівського картування можливості УСГ значно розширюються, в цьому випадку реєструються зміни кровотоку в судинах стінки кишки і брижейці. У деяких випадках можлива діагностика в стінці кишки зон інфаркту і крововиливу.

Матеріали і методи. Дослідження було проведено кафедрою хірургії і опікової хвороби Київської медичної академії післядипломної освіти, на базі хірургічної клініки МКЛ № 8 м. Києва, на протязі 1998-2000 років.

Багаторазові УСГ-дослідження було виконано 33 хворим, прооперованим з приводу різної “абдомінальної патології”. Досліджувану групу склали 23 хворих з клініко-рентгенологічним діагнозом гострої тонкокишкової непрохідності; а 10 хворих з гладкою післяопераційною течією – контрольну групу.

В досліджуваній групі УСГ проводилося кожні 5-6 годин від моменту проведення операції до релапаротомії. У контрольній групі УСГ проводилося не рідше 1 разу за добу, від моменту операції до виписки із стаціонару.

Як в досліджуваній, так і в контрольній групі, основна увага при проведенні УСГ приділялася: 1. визначенню наявності і оцінці характеру перистальтики тонкої і товстої кишки; 2. визначенню наявності і кількісній оцінці рідини в “типових місцях” черевної порожнини; 3. визначенню наявності і кількісній оцінці рідини в просвіті кишки.

Результати дослідження. 1. У 10 хворих контрольної групи з гладкою течією післяопераційного періоду ми визначали наступну УСГ-картину:

Перші перистальтичні хвилі тонкої кишки з'являлись на 1-2 день після операції. На час виписки із стаціонару перистальтика тонкої і товстої кишки практично повністю відповідала нормі.

Рідина в черевній порожнині при УСГ не визначалася взагалі у 3 хворих.

Вільна рідина була визначена у вигляді “слідів” у 7 хворих в місці операційної травми. При цьому нами був виявлений наступний УСГ-феномен: у 5 хворих, після видалення післяопераційних дренажів протягом доби відбувалося незначне накопичення рідини. Це ніяк не виявлялось клінічно, а тільки при УСГ.

2. В досліджуваній групі із 23 хворих, після клініко-рентгенологічного підтвердження діагнозу гострої тонкокишкової непрохідності, характер перистальтики кишечника і “кількісна динаміка” ексудату в черевній порожнині і в просвіті кишки принципово відрізнялись від контрольної групи.

Особливості перистальтики при гострій післяопераційній непрохідності тонкої кишки:

При першому УСГ-дослідженні (було проведено при перших клінічних виявах непрохідності) у всіх 23 хворих спостерігалось помітне посилення перистальтики всіх відділів кишечника.

При другому УСГ порушення перистальтики кишки відрізнялись значним поліморфізмом:

1. У 14 хворих спостерігалось подальше посилення перистальтики всіх відділів кишечника.

2. У 9 хворих, на фоні вираженої гіперперистальтики тонкої кишки, з'явилися ділянки без перистальтики (тільки товстої кишки – 7 хворих і товстої та тонкої кишки одночасно – 2 хворих).

При подальших УСГ, порушення перистальтики наростали. Безпосередньо перед релапаротомією з приводу непрохідності, порушення перистальтики кишечника були такими:

1. У 9 хворих спостерігалася повна відсутність перистальтики як тонкої, так і товстої кишки. Причому у всіх цих хворих товста кишка була з надмірною кількістю газу, а у 5 хворих визначалася надмірна кількість рідини всередині тонкої кишки.

2. У інших 14 хворих цієї групи: у 11 хворих тонка кишка була з хвилями як гіпер- так і гіпоперистальтики, а у 3 хворих спостерігалася навіть антиперистальтика. У 13 хворих із 14 в тонкій кишці визначалася надмірна кількість рідини. У всіх 14 хворих товста кишка була з надмірною кількістю газу.

Особливості “кількісної динаміки” ексудату при гострій післяопераційній непрохідності тонкої кишки:

При перших клінічних виявах гострої тонкокишкової непрохідності: у 16 хворих визначалася невелика кількість вільної рідини в місцях опера-

ційної травми, а у 7 хворих вільної рідини в черевній порожнині не було.

При подальших УСГ спостерігалася чітко виражена тенденція наростання вільної рідини в черевній порожнині: у 16 хворих, у яких вільна рідина визначалася при першому УСГ, збільшувалась її кількість, а сама рідина вже визначалася в нових місцях черевної порожнини. У всіх 7 хворих, у яких вільна рідина не визначалася при першому УСГ, безпосередньо перед релaparотомією була виявлена вільна рідина в черевній порожнині від “слідів” до 0,5 літра.

Висновки. 1. УСГ можна використовувати в післяопераційному періоді, як скринінг-метод оці-

нки стану тонкої кишки. 2. Для гладкого післяопераційного перебігу характерно: поява перистальтики кишечника на 1-2 день після операції з поступовою її нормалізацією; відсутність ексудату в черевній порожнині або незначна його кількість в місці операційної травми, із швидким його зникненням після видалення післяопераційних дренажів протягом доби. 3. Для гострої тонкокишкової післяопераційної непрохідності характерні значні порушення перистальтики товстої і тонкої кишки; поява, з подальшим збільшенням, кількості вільної рідини в черевній порожнині і всередині тонкої кишки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Променева діагностика: в 2 томах. – За редакцією Г.Ю. Ковалю. – Київ: Орбіс. – 1998. – Т. 1. – 527 с.
2. Митьков В.В., Брюховецкий Ю.А., Соколов А.И., Стручкова Т.Я., Хитрова А.Н., Шолохов В.Н. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. I том. – Москва: ВИДАР. – 1996. – С. 94–133.
3. Brooke R. Jeffrey, Philip W. Ralls. Sonography of the abdomen. – New York: Raven Press. – 1995. – 418 p.

SUMMARY

SCRINNING ABILITIES OF ULTRASONOGRAPHY IN A DIAGNOSTICS OF ACUTE POSTOPERATIVE IMPASSABILITY OF SMALL INTESTINE

Radzihovski A.P., Zorgach V.Yu.

In the investigated group of patients on the 3-5 day after various abdominal operations by means of clinical-röntgenological method an acute impassability of small intestine was found. From this moment on before the laparotomy every 5-6 hours the state of the intestine peristalsis was determined by means of ultrasonography, and the presence and the quantity of exudates in abdomen and in an intestine opening. For all 23 patients it was found an adequate increase of clinical picture of the impassability of a small intestine, the disturbance of the intestine peristalsis, the appearance – with further increase - of a free fluid in abdomen and in intestine opening.