



О.Г. Грінцов, Ю.Л. Куніцький,  
А.О. Христуленко,  
Л.О. Ясногор, В.В. Гончаров

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Донецький національний  
медичний університет  
ім. М.Горького

© Колектив авторів

**Резюме.** Проаналізовані результати хірургічного лікування 57 хворих з гострою кишковою непрохідністю на ґрунті раку ободової кишки (РОК). Всі хворі представлені особами похилого та старечого віку: від 60 до 93 років. Важкі супутні захворювання мали місце у всіх хворих. У післяопераційному періоді померли 4 (7,0 %) особи. Виділені чинники ризику, визначаючі розвиток післяопераційних ускладнень у даній категорії хворих, запропоновані заходи їх профілактики.

**Ключові слова:** ускладнений РОК, операційний ризик, похилий вік, етапність.

### Вступ

Не дивлячись на численні дослідження, проблема хірургічного лікування гострої кишкової непрохідності (ГКН) є однією з найбільш складних і до кінця не розв'язаних [3]. Протягом останніх років відзначено зміну структури ГКН, внаслідок значного збільшення пацієнтів з РОК [3], а також хворих з ускладненими її формами (від 50 до 82,5 %). Збільшилася кількість пацієнтів похилого та старечого віку, причому хворі більше за 60 років складають 2/3 пролікованих [2]. За загальною думкою ця група пацієнтів через низку особливостей відноситься до високого ступеня операційно-анестезіологічного ризику [1]. Питання діагностики та хірургічної тактики у хворих з РОК, ускладненим ГКН на теперішній час залишаються предметом дискусії й остаточно не вирішені.

### Матеріали та методи дослідження

Клініка має досвід хірургічного лікування 137 пацієнтів з різними видами ГКН у хворих похилого та старечого віку. Хворі з ускладненими формами РОК склали 41,6 % від усіх пролікованих. У 57 хворих з РОК, які ускладненим ГКН вік варіював від 60 до 93 (71,3±3,4) років. Усі хворі госпіталізовані в ургентному порядку. До 24 годин від початку захворювання госпіталізовано 9 (15,8 %), в терміни від 1 до 18 (6,6±4,4) доби – 48 (84,2 %) хворих. Чоловіків було 23 (40,4 %), жінок 34 (59,6 %). Локалізація колоректального раку, який викликав ГКН була наступною: сліпа кишка – 3, висхідна кишка – 2, печінковий кут – 2, поперекова ободова кишка – 2, селезінковий кут – 4, спадна кишка – 10, сигмовидна кишка – 14, ректосигмоїдний перехід – 16, пряма кишка – 4. Кишково-непрохідність (КН) у стадії субкомпенсації була у 31 (54,4 %), декомпенсації у 26 (45,6 %) хворих. Поєднання ГКН з перитонітом констатовано у 13 (22,8 %) хворих.

Усі хворі мали важку супутню патологію у вигляді ІХС, атеросклеротичного кардіосклерозу, гіпертонічної хвороби недостатності кровообігу 2-3 ст., порушення серцевого ритму, недостатності кровообігу 2а-3б ступеня, дифузного пневмосклерозу, емфіземи легенів, дихальної недостатності, в різній комбінації.

На підставі використання багатofакторного дискримінантного аналізу у хворих контрольної групи були виявлені прогностично найбільш значущі фактори, що визначають розвиток післяопераційних ускладнень, які були виражені в балах (від 1 до 5). Фактори включали: стать, вік, давність захворювання, клінічні дані, показники ендогенної інтоксикації, обсяг передопераційної підготовки, операційні дані та ведення хворих у післяопераційному періоді. Таким чином, бальна оцінка важкості стану хворих дозволила розподілити їх на 3 групи: 1 – з відносно низькою (сума балів від 0 до 10), високої (сума балів від 11 до 15) і критичної (сума балів понад 15) ступенем операційного ризику.

Використано клінічні, лабораторні, рентгенологічні, ендоскопічні, статистичні методи дослідження.

### Результати дослідження та їх обговорення

Хірургічні втручання у хворих основної групи з товстокишковою непрохідністю виконували з урахуванням диференційованого підходу і ступеня операційного ризику.

При цьому виділяли 3 групи хворих:

1. Хворі з перитонітом – 10 (23,8 %). Їх оперували після проведення короткочасної передопераційної підготовки (1,5-2 години) (операція Гартмана – 5, Микуличі – 3, декомпресійна колостома – 2).

2. Хворі з декомпенсованою КН – 15 (35,7 %), наявністю важкої супутньої патології без ознак перитоніту. Це хворі з сумою балів операційного ризику від 16 до 30. У цій групі



хворих проводили передопераційну інфузійну терапію до ліквідації (значного зменшення) синдромів дегідратації та інтоксикації з подальшою ургентною ірігоскопією з встановленням локалізації перешкоди в ободовій кишці. При підтвердженні попереднього діагнозу про локалізацію пухлини в лівій половині ободової кишки виконували етапні втручання під місцевою анестезією з потенціюванням або під спінальної анестезією. Передопераційна підготовка склала 4-6 годин.

3. Хворі з субкомпенсованою КН – 17 (40,5 %), у яких за 2-4 години передопераційної підготовки вдавалося нормалізувати основні показники центральної гемодинаміки і добитися адекватного діурезу. Це хворі з сумою балів операційного ризику від 0 до 15. При сумі балів від 0 до 10 виконували одномоментні операції: геміколектомія – 9, резекція сигмовидної кишки – 2, від 11 до 15 – етапні втручання без первинного відновлення кишкової безперервності.

Одномоментні операції з первинним відновленням кишкової безперервності (правобічна геміколектомія – 9, резекція сигмовидної кишки – 3) виконані у 12 (21,1 %) хворих. Етапні втручання без первинного відновлення кишкової безперервності (операція Гартмана – 10, операція Микуличі – 6) виконані у 16 (28,1 %) хворих. Ізольовані етапні втручання, спрямовані на декомпресію кишечника (кишкова нориця – 27, обхідний анастомоз – 2) виконані у 29 (50,9 %) хворих (цекостомія – 19, сігмостомія – 4, ілеостомія – 1, трансверзостомія – 3, накладення обхідного анастомозу – 2).

Операції виконували з серединного доступу. При виконанні одномоментних операцій у 6 хворих з субкомпенсованою КН виводили ділянку анастомозу через окремий розріз на передню черевну стінку, підшиваючи його до парієтальної очеревини. При відсутності ознак неспроможності на 5-6 добу виробляти позаочеревинне занурення анастомозу з накладенням вторинних швів на шкіру.

В післяопераційному періоді померло 4 (7,0 %) хворих. Причиною смерті стали: повторний інфаркт міокарда (2), гостре порушен-

ня мозкового кровообігу (1), гостра серцево-судинна недостатність (1).

Відновлення кишкової безперервності виконано у 44 (77,2 %) хворих: без виписки зі стаціонару у 16; в терміни від 6 місяців до 1 року – у 28 хворих. При відновленні кишкової безперервності враховували поширеність ракового процесу, ступінь компенсації кишкової непрохідності, а також ступінь компенсації супутніх захворювань. Решті (13 хворих) відновні операції не проводилися через наявність віддалених метастазів, канцероматозу черевної порожнини (9), декомпенсації супутніх захворювань (2), відмови хворих від повторної операції (2). У післяопераційному періоді широко застосовували цибор в дозах 2,5-3,5 МО для попередження емболічних ускладнень.

Таким чином, облік факторів, що обумовлюють розвиток післяопераційних ускладнень, ступеня операційного ризику, використання етапності хірургічних втручань у хворих похилого та старечого віку з РОК, ускладненим ГКН дозволило уникнути таких ускладнень як неспроможність швів анастомозу, перитоніту і поліпшити безпосередні результати хірургічного лікування пацієнтів з товстокишковою непрохідністю.

### Висновки

1. Визначення обсягу і методу невідкладного хірургічного втручання при гострій кишковій непрохідності, яка обумовлена на рак ободової кишки має будуватися з урахуванням диференційованого підходу, наявності супутньої патології, а також ступеня операційного ризику.

2. Обсяг невідкладного оперативного втручання у хворих з декомпенсованою формою кишкової непрохідності, наявністю важкої супутньої патології повинно носити етапний характер і бути спрямованим на створення адекватної декомпресії кишечника.

3. Відновлення кишкової безперервності повинно проводитися з урахуванням поширеності ракового процесу, ступеня компенсації наслідків кишкової непрохідності, а також супутніх захворювань.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Голуб И.Е. Мультиmodalная антиноцицептивная защита у больных с острой кишечной непроходимостью. / И.Е. Голуб, Л.В. Сорокина, А.В. Ковиршин. //Анестезиология и реаниматология. – 2004. – № 4. – С. 35-37.

2. Корымасов Е.А. Принципы дифференциальной диагностики и тактики при острой кишечной непроходимости / Е.А. Корымасов, Ю.В. Горбунов // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2003. – № 3. – С. 10–106.

3. Тотинов В.З. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной, obturационной тонкокишечной непроходимости / В.З. Тотинов, В.М. Амриллаева, М.В. Калинова. // Хирургия. – 2006. – № 2. – С. 38-43.



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ  
НЕПРОХОДИМОСТИ  
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО  
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*А.Г. Гринцов, Ю.Л. Куницкий,  
А.А. Христуленко,  
Л.А. Ясногор, В.В. Гончаров*

**Резюме.** Проанализированы результаты хирургического лечения 57 больных с острой кишечной непроходимостью обусловленной раком ободочной кишки (РОК). Все больные представлены лицами преклонного и старческого возраста: от 60 до 93 лет. Тяжелые сопутствующие заболевания были у всех больных. В послеоперационном периоде умерло 4 (7,0 %) больных. Разработаны факторы риска, определяющие развитие послеоперационных осложнений у данной категории больных, предложены мероприятия их профилактики.

**Ключевые слова:** *осложненный рак ободочной кишки, операционный риск, пожилой возраст, этапность.*

SURGICAL TREATMENT  
OF ACUTE INTESTINAL  
OBSTRUCTION AT PATIENTS  
OF ELDERLY AND SENILE  
AGE

*A.G. Grintsov, Yu.L. Kunitskiy,  
A.A. Khristulenko,  
L.A. Yasnogor, V.V. Goncharov*

**Summary.** The results of surgical treatment are analyzed 57 patients with acute intestinal obstruction on soil of cancer of colon. All patients are represented by the persons of elderly and senile age: from 60 to 93 years. The heavy concomitant diseases took place at all operated patients. In a postoperative period died 4 (7,0 %) patients. Risk factors are selected determining development of postoperative complications at this category of patients, the measures of his prophylaxis are offered.

**Key words:** *complicated cancer of colon, operating risk, elderly age, stages.*