

В. О. Шапринський,  
О. А. Камінський,  
Ю. А. Миронишен,  
М. С. Комаровський,  
С. В. Вознюк

Вінницький національний  
медичний університет  
ім. М. І. Пирогова

© Колектив авторів

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ НЕ ПУХЛИННОЇ ЕТІОЛОГІЇ

**Резюме.** Проведено порівняльний аналіз клінічних проявів і результатів хірургічного лікування гострої кишкової непрохідності не пухлинної етіології 38 пацієнтів похилого та старечого віку, які склали основну групу і 48 хворих молодого і зрілого віку (порівняльна група). У більшості пацієнтів досліджуваної групи мали місце важкі прояви ендogenous інтоксикації, що обумовлені як основним захворюванням, так і супутньої патологією. Основною причиною розвитку непрохідності в обох групах був спайковий процес черевної порожнини, однак частота розвитку некрозу кишки у хворих похилого і старечого віку виявилася достовірно вище, ніж у групі порівняння ( $p \leq 0,05$ ). У структурі післяопераційних ускладнень і кількості летальних випадків в обох групах залежали безпосередньо від віку хворих, важкості загального стану при поступленні, своєчасному виконанні оперативних втручань та наявності супутньої патології.

**Ключові слова:** гостра кишкова непрохідність не пухлинної етіології, супутня патологія, ендogenous інтоксикація, назогастроінтестинальна інтубація.

### Вступ

Лікування гострої кишкової непрохідності (ГКН) є однією із актуальних проблем невідкладної абдомінальної хірургії. За даними різних авторів на долю ГКН не пухлинної етіології припадає майже 80 %. Показники післяопераційної летальності при не пухлинних формах ГКН, не дивлячись на впровадження в практику нових технологій, залишаються високими, та варіюють від 4–32 %. Такі високі показники післяопераційної летальності обумовлені пізньою госпіталізацією, діагностичними та тактичними помилками, необґрунтованою пролонгацією термінів консервативної терапії та несвоєчасним оперативним втручанням, інтраопераційними та післяопераційними ускладненнями [4, 5, 6]. Під час вивчення статистики летальності і післяопераційних ускладнень при ГКН всі автори однозначні в тому, що більше половини всіх летальних випадків приходить на пацієнтів похилого та старечого віку, з наявністю у них різного ступеню вираженості супутньої патології з боку серцево-судинної, дихальної та інших систем та органів [1, 2, 3].

### Мета дослідження

Провести порівняльний аналіз результатів комплексного лікування гострої кишкової непрохідності не пухлинної етіології у пацієнтів похилого та старечого віку з пацієнтами молодого та зрілого віку.

### Матеріали та методи досліджень

В основу даного дослідження включені результати комплексного обстеження і хірургічного

лікування 86 пацієнтів з ГКН не пухлинної етіології за період 2009 – 2014 рр., що знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці кафедри хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, що розміщена на базі Вінницької обласної клінічної лікарні імені М. І. Пирогова. З 86 пацієнтів з ГКН чоловіків було 53 (61,6 %), жінок — 33 (38,4 %). Відповідно до класифікації віку ВООЗ (1963 р.) пацієнтів молодого та зрілого віку було 48, що склало 55,8 %, кількість пацієнтів похилого та старечого віку становила 38 (44,2 %), ці пацієнти і склали основну групу. Середній вік основної групи був  $(71,6 \pm 7,3)$  роки. У порівняльній групі середній вік складав  $(44,3 \pm 8,9)$  роки.

На підставі скарг пацієнтів, даних анамнезу та об'єктивного огляду, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження (рентгенографії, ультрасонографії, електрокардіографії) проведено порівняльний аналіз клінічних проявів ГКН, характеру супутньої патології, причин розвитку непрохідності, термінів і виду оперативного втручання, безпосередніх результатів лікування. Статистична обробка отриманих результатів проведена із застосуванням програми «STATISTICA 6.0» фірми Statsoft (належить ЦНІТ ВНМУ ім. М. І. Пирогова, ліцензійний № АХХR910A374605FA) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів. Для визначення взаємозв'язків між показниками застосовували метод параметричної кореляції Пірсона та непараметричної кореляції Спірмена.



### Результати досліджень та їх обговорення

При поступленні в клініку загальний стан у більшості пацієнтів з основної групи (36) розцінювали як важкий, і лише у 2 хворих стан розцінили як середнього ступеня важкості. У всіх пацієнтів з цієї групи мали місце виражені клінічні прояви ГКН, а саме: постійний, переймоподібний біль в черевній порожнині (38), нудота та блювання застійним вмістом (21), здуття живота та затримка стулу і відходження газів (31). У 36 пацієнтів від початку захворювання до моменту госпіталізації пройшло більше 24 годин. Оперативні втручання на органах черевної порожнини раніше перенесли 26 хворих, причому у 12 в анамнезі було більше двох операцій, 14 з них вже були оперовані з приводу гострої спайкової кишкової непрохідності. У 8 пацієнтів були виявлені невправимі післяопераційні вентральні грижі великих розмірів.

У порівняльній групі 19 пацієнтів були госпіталізовані в клініку у важкому стані, 29 пацієнтам загальний стан розцінили як середнього ступеня важкості. Виражені прояви ГКН були відмічені у 36. Через 24 години від початку захворювання за медичною допомогою звернулися 28 пацієнтів. З анамнезу, операції на органах черевної порожнини мали 26 осіб, 8 з них були оперовані раніше з приводу гострої спайкової кишкової непрохідності.

Всі пацієнти основної групи мали супутні захворювання. У структурі супутньої патології домінувала ішемічна хвороба серця (37), порушення серцевого ритму (13), гіпертонічна хвороба (26), хронічні обструктивні захворювання легень (13), ожиріння (12), цукровий діабет другого типу (9). В передопераційному періоді 36 пацієнтам була необхідна медикаментозна корекція серцево-судинних розладів і гіпотензивна терапія, а також нормалізація показників вуглеводного обміну.

У порівняльній групі супутні захворювання мали місце у 16 хворих: ішемічна хвороба серця (9), гіпертонічна хвороба (6), цукровий діабет другого типу (3). Медикаментозної корекції розладів, що обумовлені супутньою патологією потребувало 13 хворих.

Слід відмітити, що при поступленні 16 хворих основної групи обумовлені важкістю загального стану були госпіталізовані у відділення реанімації та інтенсивної терапії для проведення подальшого обстеження, медикаментозної корекції проявів ендогенної інтоксикації, електролітного та вуглеводного обміну і порушень функцій життєво важливих органів і систем.

За даними об'єктивного огляду і результатів лабораторних методів діагностики спостерігалися виражені ознаки ендогенної інтоксикації. В дослідженнях крові було виявлено: лейкоцитоз із зсувом вліво, еритроцитоз, підвищення

ШОЕ, зниження загального білка, вмісту калію, натрію, хлоридів, високий рівень сечовини і креатиніну.

Істотно відрізнявся лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) в основній і порівняльній групі. В основній він становив  $(4,3 \pm 1,62)$  ум. од., а в порівняльній групі  $(2,25 \pm 1,2)$  ум. од. При цьому прослідковується залежність зростання ЛІІ від терміну надходження хворих у стаціонар. Спостерігається більш агресивний перебіг ГКН у хворих похилого та старечого віку з супутньою патологією. При статистичному порівнянні кількісних значень рівня ЛІІ хворих обох груп виявилось, що в основній групі ці показники виявилися достовірно вище, ніж у групі порівняння ( $p \leq 0,05$ ).

Консервативне лікування хворих з ГКН всім пацієнтам обох груп розпочиналось відразу з моменту їх госпіталізації та носило диференційно-діагностичну спрямованість і використовувалась для усунення кишкової непрохідності, а в разі неефективності слугувала передопераційною підготовкою. Хворим призначалась внутрішньовенна інфузійна, детоксикаційна терапія, корекція водноелектролітного, вуглеводного, білкового обміну, мікроциркуляторних порушень. Проводились заходи, які спрямовані на боротьбу з абдомінальним шоком, які включали введення спазмолітиків, ненаркотичних анальгетиків, інколи паранефральну новокаїнову блокаду. Одним із компонентів передопераційного лікування хворих з ГКН була декомпресія шлунково-кишкового тракту шляхом постановки назогастрального зонда, проведенням очисних клізм. Паралельно проводилась і антибіотикопрофілактика.

Проведення цих заходів дозволило ліквідувати клінічні прояви ГКН 3 пацієнтам основної групи та 7 пацієнтам в групі порівняння. Всі ці хворі в подальшому були виписані із стаціонару в задовільному стані з діагнозом «спайкова хвороба черевної порожнини».

Передбачуваною причиною ГКН, спайкова хвороба розглядалась у 30 пацієнтів основної групи та у 32 групи порівняння.

Оперативного втручання потребували 35 пацієнтів основної групи та 41 в порівняльній групі. Залежно від виявленої причини, непрохідність усували шляхом розсічення спайок, усунення защемлення тонкої, товстої кишок, розправлення завороту петель тонкої чи товстої кишки, видаленням жовчного каменя, обтуруючого тонку кишку, а у випадку нежиттєздатності ділянки кишки накладанням міжкишкового анастомозу по типу «кінець в кінець».

Причиною непрохідності у 33 пацієнтів основної групи був спайковий процес. Ускладнення у вигляді некрозу ділянки тонкої киш-

ки спостерігалось у 10 пацієнтів, а некрозом ділянки товстої кишки у 4, що потребувало її резекції.

Пацієнтам де причиною непрохідності були грижі – виконувалась лапаротомія, грижосічення та гриже пластика.

У порівняльній групі основною причиною непрохідності був спайковий процес (30). Ускладнення у вигляді некрозу ділянки тонкої кишки мало місце лише у 4 пацієнтів.

Декомпресійна назогастроінтестинальна інтубація була виконана 20 хворим досліджуваної групи і 26 пацієнтам групи порівняння. Після резекції ділянки тонкої кишки 3 пацієнтам з основної групи була накладена розвантажувальна ентеростома. Інтраопераційно проводилась ретроградна декомпресія тонкої кишки через заведений зонд № 30 в шлунок, а частина при можливості розподілялась по товстій кишці. Повна інтубація шлунково-кишкового тракту не проводилась, окрім тих випадків де інтубація використовувалась з метою каркасності кишечника. Після завершення операції всім хворим виконувалась девульсія анального сфінктера.

За умов перитоніту оперативне втручання завершувалось дренажуванням черевної порожнини трубочками поліхлорвініловими дренажами.

У післяопераційному періоді пацієнтам обох груп проводилась інтенсивна терапія, спрямована на боротьбу з ендогенною інтоксикацією, корекцією електролітних, метаболічних та вуглеводних розладів, та відновлення перистальтики. Всім пацієнтам проводилась антибактеріальна терапія шляхом призначення захищених пеніцилінів, цефалоспоринів, фторхінолонів, карбапенемів, метронідазолу, яка коригувалась з урахуванням чутливості мікрофлори і доповнювалась збалансованою інфузійною терапією.

Післяопераційні ускладнення мали місце у 12 хворих основної групи. Структура ускладнень: Нагноєння післяопераційної рани (6), госпітальна пневмонія (3), гостра серцево-судинна недостатність (3). Померло 2 пацієнти.

Безпосередньою причиною смерті стала гостра серцево-судинна недостатність.

У групі порівняння післяопераційні ускладнення відмічені у 4 хворих: нагноєння післяопераційної рани (3), гостра серцево-судинна недостатність (1). У цій групі померла 1 пацієнтка внаслідок гострої серцевої недостатності на фоні порушення ритму у віці 58 років.

Аналізуючи причини ГКН, що були виявлені в ході оперативного втручання встановлено, що основним фактором розвитку ГКН в обох групах був спайковий процес черевної порожнини. Слід зазначити, що в основній групі некроз ділянки кишки розвинувся достовірно у більшій кількості пацієнтів, ніж у групі порівняння ( $p \leq 0,05$ ). Дане спостереження підтверджує той факт, що у хворих похилого та старечого віку гемомікроциркуляторні порушення при ГКН розвиваються значно швидше ніж у осіб молодого та зрілого віку.

Аналізуючи структуру післяопераційних ускладнень і кількість летальних випадків в обох групах виявилось, що вони залежали безпосередньо від віку хворих, важкості загального стану при поступленні, своєчасному виконанні оперативних втручань та наявності супутньої патології.

### Висновки

1. У пацієнтів з гострою кишковою непрохідністю не пухлинної етіології в похилому та старечому віці мали місце більш важкі прояви ендогенної інтоксикації, що обумовлена як основним захворюванням, так і супутньою патологією. Розвиток некрозу ділянки кишки у хворих похилого та старечого віку виявився достовірно вищим, ніж у групі порівняння ( $p \leq 0,05$ ).

2. Структура післяопераційних ускладнень і кількість летальних випадків в обох групах залежали безпосередньо від віку хворих, важкості загального стану при поступленні, своєчасному виконанні оперативних втручань та наявності супутньої патології.

3. Суттєвих відмінностей у проведенні назогастроінтестинальної інтубації у пацієнтів обох груп не було виявлено.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бенедикт В. В. Аналіз летальності у хворих на гостру хірургічну абдомінальну патологію в похилому та старечому віці / В. В. Бенедикт // Шпитальна хірургія. — 2008. — № 1. — С. 91–94.  
 2. Бойко В. В. Результати лікування хворих на високу гостру непрохідність тонкої кишки / В. В. Бойко, Є. В. Шапринський // Шпитальна хірургія. — 2010р. — № 1. — С. 13–16.  
 3. Вансович В. Є. Результати комплексного лікування спайкової хвороби черевної порожнини / В. Є. Вансович, М. Ю. Ничитайло // Клінічна хірургія. — 2004. — № 11/12. — С. 14.

4. Дикий О.Г. Сучасні аспекти лікування спайкової хвороби очеревини / О. Г. Дикий. // Клінічна хірургія. — 2008г. — № 4/5. — С.14.  
 5. Принципи надання хірургічної допомоги хворим на гостру спайкову непрохідність кишечника / Лурін І. А., Тітомір І. А., Гладишенко О. І. [та інш.]. — Харківська хірургічна школа 2013г. № 4 — С.114–116.  
 6. Слонєцький Б. І. Гостра спайкова кишкова непрохідність: проблеми та перспективи діагностики на ранньому госпітальному етапі / Б. І. Слонєцький, С. М. Онищенко // Медицина невідкладних станів. — 2010. — № 6. — С. 34–36.



КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ  
НЕПРОХОДИМОСТИ  
НЕОПУХОЛЕВОЙ  
ЭТИОЛОГИИ.

*В. А. Шапринский,  
А. А. Каминский,  
Ю. А. Миронишен,  
М. С. Комаровский,  
С. В. Вознюк*

**Резюме.** Проведен сравнительный анализ клинических проявлений и результатов хирургического лечения острой кишечной непроходимости не опухолевой этиологии 38 пациентов пожилого и старческого возраста, составили основную группу и 48 больных молодого и зрелого возраста (сравнительная группа). У большинства пациентов исследуемой группы имели место тяжелые проявления эндогенной интоксикации, обусловленные как основным заболеванием, так и сопутствующей патологией. Основной причиной развития непроходимости в обеих группах был спаечный процесс брюшной полости, однако частота развития некроза кишки у больных пожилого и старческого возраста оказалась достоверно выше, чем в группе сравнения ( $p \leq 0,05$ ). В структуре послеоперационных осложнений и количества летальных случаев в обеих группах зависели непосредственно от возраста больных, тяжести общего состояния при поступлении, своевременном выполнении оперативных вмешательств и наличия сопутствующей патологии.

**Ключевые слова:** *острая кишечная непроходимость не опухолевой этиологии, сопутствующая патология, эндогенная интоксикация, назогастроинтестинальная интубация.*

COMPLEX TREATMENT  
OF ACUTE INTESTINAL  
OBSTRUCTION OF NON-  
TUMOR ETIOLOGY.

*V. A. Shaprinsky,  
A. A. Kaminsky,  
Y. A. Mironishen,  
M. S. Komorowski,  
S. V. Voznyuk*

**Summary.** A comparative analysis of clinical manifestations and results of surgical treatment of acute intestinal obstruction of non-tumor etiology in 38 patients of elderly and senile age (study group) and in 48 patients of young and mature age (comparison group) is conducted. In most patients, of the study group were severe manifestations of endogenous intoxication caused both by the primary disease and comorbidities. The primary cause of obstruction in both groups was abdominal adhesions, but the incidence of intestine necrosis in elderly and senile patients was significantly higher than in the comparison group ( $p \leq 0,05$ ). In the structure of post-operative complications and the number of deaths in both groups depended directly on age, severity of the general condition on admission, timely surgical intervention and the presence of comorbidity.

**Key words:** *acute intestinal obstruction of non-tumor etiology, comorbidity, endogenous intoxication, nasogastrointestinal intubation.*