

УДК 616.34-089:616-007.272

© В.В. БОЙКО, Є.В. ШАПРИНСЬКИЙ

ДУ "Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України", м. Харків, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Результати лікування хворих на високу гостру непрохідність тонкої кишки

V.V. BOYKO, Ye.V. SHAPRYNSKY

SE "Institute of General and Urgent Surgery of AMS of Ukraine", Kharkiv, Vinnytsia National Medical University by M.I. Pyrogov

THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE HIGH-SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Стаття присвячена лікуванню високої гострої непрохідності тонкої кишки. Проведено аналіз оперативного лікування 77 хворих на високу гостру непрохідність тонкої кишки за період 2002-2009 рр. Зроблено висновки про доцільність застосування діагностичного алгоритму та запропонованої програми лікування.

The article is devoted to treatment of acute high-small bowel obstruction. The results of operative treatment of 77 patients with acute high-small bowel obstruction at the period of 2002-2009 years were analyzed. Conclusions about appropriate use of diagnostic algorithm and proposed programme of treatment were made.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. У структурі гострої механічної непрохідності кишки непрохідність тонкої кишки складає 60-70 % та займає одне з провідних місць серед захворювань ургентної абдомінальної хірургії [2, 3, 7]. Однак, за даними літератури, майже немає даних щодо частоти виникнення та лікування високої гострої непрохідності тонкої кишки (ВГНТК). В останні десятиріччя проведені численні дослідження патогенетичних механізмів гострої непрохідності тонкої кишки, вдосконалені методи її лікування, але летальність залишається високою: від 3 до 30 % [1, 4, 5, 6] і стабільно тримається на цьому рівні.

Мета роботи: проаналізувати результати хірургічного лікування хворих на високу гостру непрохідність тонкої кишки і покращити їх шляхом удосконалення та підвищення ефективності патогенетично обґрунтованих методів консервативної та оперативної корекції.

Матеріали і методи. У дослідження ввійшли 77 пацієнтів із ВГНТК (відділення абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова) за період з 2002 до 2009 року. Розподіл хворих за формами непрохідності та віковими категоріями по-

казав, що основну кількість склали хворі віком від 51 до 70 років (44,94 %).

Хворі з ВГНТК (77 пацієнтів) були розподілені на дві групи: групу порівняння, куди ввійшли 36 хворих (46,75 %), прооперованих з 2002 до 2005 року, яким проводився стандартний комплекс обстеження та лікування гострої непрохідності тонкої кишки (ТК), та основну групу, що була репрезентативна першої за статтю, віком, причинами непрохідності, куди увійшов 41 хворий (53,25 %) з ВГНТК, прооперований з 2006 до 2009 року, у якого враховувався рівень непрохідності і застосовувалися розроблений діагностичний алгоритм та запропонована програма лікування.

Діагностичний алгоритм полягав у виконанні оглядової рентгенографії органів черевної порожнини у вертикальному положенні (або в латеропозиції при тяжкому стані хворого), проведенні ультрасонографії, шляхом якої виявляли "маятникоподібні рухи" рідини у початкових петлях ТК, визначенні пасажу барію, під час якого чітко встановлювали обрив чи затримку контрасту на відповідному рівні. Запропонована програма лікування проводилась паралельно з виконанням діагностичного алгоритму та включала 3 етапи. Перший етап – передопераційний, включав проведення інтенсивної трансфузій-

ної передопераційної терапії з корекцією водно-електролітного балансу, білкового, вуглеводного, вітамінного обмінів та антибактеріальної терапії, обов'язкову декомпресію шлунка за допомогою назогастрального зонда. В динаміці, при необхідності, повторно виконувалась ультрасонографія та оглядова рентгенографія органів черевної порожнини. За наявності показань виконували оперативне втручання. Другий етап – інтраопераційний, полягав у тому, що після усунення причини ВГНТК проводили інтраопераційний лаваж кишки (ІЛК). Якщо під час оперативного втручання відбувалось розкриття просвіту ТК, то в проксимальній та дистальній відділи вводили зонд, евакуювали вміст, промивали привідний та відвідний відділи ТК озонованим фізіологічним розчином натрію хлориду з концентрацією озону 5,5 мг/л до “чистої води”, після чого проводили інтубацію ТК двопросвітним зондом трансназально за лінію анастомозу. Якщо під час операції розкриття просвіту ТК не було, то після усунення причини ВГНТК проводили інтубацію ТК також двопросвітним зондом трансназально і через нього виконували ІЛК. Третій етап – післяопераційний полягав у проведенні декомпресії, лаважу ТК, селективної деконтамінації (СДК) і внутрішньокишкової терапії (ВКТ) проксимальних відділів ТК та зони анастомозу згідно з розробленим нами “Способом лікування ентеральної недостатності” (Патент на корисну модель № 19299), а також у

виконанні ентерального зондового харчування (ЕЗХ) шляхом введення поживних сумішей у дистальні відділи ТК за лінію анастомозу в ранньому післяопераційному періоді.

Відповідно, всі 77 хворих були прооперовані. Так, вісцероентероліз в основній групі був виконаний у 12 хворих (29,3 %), а в групі порівняння – у 17 (47,2 %); вісцероентероліз з інтубацією ТК із застосуванням запропонованої програми лікування – у 9 (21,9 %), у групі порівняння поряд з вісцероентеролізом проведена звичайна інтубація ТК у 4 (11,1 %); резекція ТК з формуванням первинного анастомозу з проведенням запропонованої програми лікування – у 12 (29,3 %) пацієнтів, у групі порівняння – лише у 7 (19,4 %); обхідний анастомоз накладено у 2 (4,9 %) хворих, в групі порівняння – у 3 (8,3 %); у 5 (12,2 %) хворих основної групи на фоні локального перитоніту, де був підвищений ризик щодо накладання первинного анастомозу, сформовано анастомоз на проксимальній кишковій стомі за власною методикою згідно зі “Способом формування анастомозу при резекції тонкої кишки в проксимальних відділах”. Тому виведення високої етеростоми намагались не проводити, а у групі порівняння проведено резекцію ТК із виведенням стоми у 3 (8,3 %) хворих і накладення стоми – у 1 (2,8 %). Серед інших операцій були: видалення жовчного каменя – у 1 (2,4 %) хворого в основній групі та у 1 (2,8 %) – у групі порівняння (табл. 1).

Таблиця 1. Перелік оперативних втручань, виконаних у хворих основної групи та групи порівняння

Види оперативних втручань	Основна група (n=41)	Група порівняння (n=36)
Вісцероентероліз	12 (29,3 %)	17 (47,2 %)
Вісцероентероліз+інтубація тонкої кишки	9 (21,9 %)	4 (11,1 %)
Резекція тонкої кишки з первинним анастомозом	12 (29,3 %)	7 (19,4 %)
Обхідний анастомоз	2 (4,9 %)	3 (8,3 %)
Анастомоз на проксимальній кишковій стомі за власною методикою	5 (12,2 %)	-
Резекція тонкої кишки з виведенням стоми	-	3 (8,3 %)
Накладення стом	-	1 (2,8 %)
Видалення жовчного каменя	1 (2,4 %)	1 (2,8 %)

У післяопераційному періоді хворим обох груп проводили інтенсивну інфузійну терапію, спрямовану на подальшу корекцію порушень водно-електролітного балансу, білкового, вуглеводного, вітамінного обмінів, детоксикаційну, антикоагулянтну, а також антибактеріальну терапію шляхом внутрі-

шньовенного введення цефалоспоринів III покоління з мератином.

Результати досліджень та їх обговорення. Про ефективність використання запропонованої програми лікування свідчать зміни загальнолаборатор-

них показників. Кількість лейкоцитів у хворих основної групи досягала нормальних показників на 5-ту добу після операції (з $10,2 \pm 0,5 \times 10^9/\text{л}$ зменшувалась до $8,5 \pm 0,5 \times 10^9/\text{л}$) ($p < 0,05$). У хворих групи порівняння на 10 добу кількість лейкоцитів ще залишалась підвищеною ($p < 0,05$) – $9,1 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$. Після операції рівень ШОЕ залишався високим в обох групах хворих. Однак на 3-тю та 5-ту добу у хворих основної групи він дещо знижувався на відміну від групи порівняння, в якій на 3-тю добу достовірно зростав до $(36,0 \pm 2,8)$ мм/год ($p < 0,05$). На 10-ту добу рівень ШОЕ досягав нормальних показників і складав $(15,8 \pm 0,6)$ мм/год ($p < 0,05$) у хворих основної групи, тоді як у групі порівняння був ще підвищеним.

Щодо динаміки зміни біохімічних показників крові, то показники електролітного обміну в обох групах хворих після операції нормалізувалися. Так, рівень K^+ в основній групі на 1-шу добу після операції складав $(3,5 \pm 0,4)$ ммоль/л, на 3-тю – $(3,9 \pm 0,2)$ ммоль/л та на 10-ту нормалізувався до $(4,2 \pm 0,4)$ ммоль/л ($p < 0,05$). У групі порівняння рівень K^+ на 1-шу добу після операції складав $(3,7 \pm 0,6)$ ммоль/л, на 3-тю – $(3,8 \pm 0,4)$ ммоль/л та на 10-ту нормалізувався до $(4,1 \pm 0,7)$ ммоль/л ($p > 0,05$). Виявлено, що рівень Na^+ у хворих основної групи на 1-шу добу після операції дещо підвищувався і складав $(137 \pm 5,0)$ ммоль/л, а на 3-тю – $(140 \pm 5,4)$ ммоль/л, тоді як у групі порівняння рівень Na^+ на 1-шу добу після операції складав $(136,5 \pm 3,7)$ ммоль/л і тільки на 10-ту добу був $(138 \pm 4,9)$ ммоль/л. На 1-шу добу після операції кількість загального білка в периферичній крові обох груп була дещо знижена, на 3-тю добу рівень загального білка у хворих основної групи був у межах норми – $(65,9 \pm 1,7)$ ($p < 0,05$). У хворих групи порівняння загальний білок досягав нормальних показників лише на 10-ту добу. Показник сечовини наближався до норми у хворих основної групи на 3-тю добу після операції і складав $(7,2 \pm 0,4)$ ммоль/л та достовірно знижувався на 10-ту добу: $(6,3 \pm 0,2)$ ммоль/л ($p < 0,05$), тоді як у хворих групи порівняння рівень сечовини досягав норми лише на 10-ту добу: $(8,4 \pm 0,4)$ ммоль/л ($p > 0,05$). Рівень креатиніну був підвищеним на 1-шу добу після операції в обох групах, але на 3-тю добу після операції у хворих основної групи він досягав верхньої межі норми – $(0,1 \pm 0,004)$ ммоль/л ($p < 0,001$), тоді як у хворих групи порівняння цей показник був $(0,18 \pm 0,008)$ ммоль/л ($p < 0,001$). Лише після 5-ї доби рівень креатиніну наближався до нормальних показників – $(0,1 \pm 0,017)$ ммоль/л, що було достовірно вищим, ніж у хворих основної групи ($p < 0,05$).

Використання запропонованої програми лікування у хворих основної групи дозволило досягти більш швидкого зниження показників ендогенної інтоксикації в післяопераційному періоді, ніж у хворих групи порівняння, а саме: рівнів молекул середньої маси, лейкоцитарного індексу інтоксикації, гематологічного показника інтоксикації.

У післяопераційному періоді після проведеного лікування у хворих обох груп спостерігались ускладнення. Однак лише у 6 (14,6 %) хворих основної групи виникли ускладнення, що свідчило про більш сприятливий перебіг післяопераційного періоду, на відміну від групи порівняння, в якій загальна кількість післяопераційних ускладнень була у 16 (44,4 %) хворих. Так, у хворих основної групи нагноєння післяопераційної рани виникло у 3 (7,3 %), а в групі порівняння майже вдвічі більше – у 5 (13,9 %) хворих; неспроможності анастомозу з розвитком післяопераційного перитоніту в основній групі не було, а в групі порівняння – у 2 (5,6 %) хворих; рання післяопераційна спайкова непрохідність кишки виникла в 1 (2,4 %) хворого в основній групі та у 2 (5,6 %) у групі порівняння; серед легеневих ускладнень у хворих основної групи спостерігалась тільки госпітальна пневмонія у 1 (2,4 %) хворого, а в групі порівняння, крім госпітальної пневмонії (2 хворих), був ексудативний плеврит – в 1 (2,8 %) хворого. Таких ускладнень, як евентрація, утворення кишкових нориць, неспроможність ентеростоми, гостра серцево-судинна недостатність у хворих основної групи, на відміну від групи порівняння, не виникало. Лише в 1 (2,4 %) хворого похилого віку основної групи в післяопераційному періоді спостерігалась дисциркуляторна енцефалопатія.

Застосування запропонованої програми лікування та способу формування анастомозу при резекції ТК в проксимальних відділах у хворих основної групи дозволило скоротити тривалість перебування хворих на лікарняному ліжку з $(16,1 \pm 1,0)$ (група порівняння) до $(12,0 \pm 0,7)$ доби ($p < 0,01$), а тривалість післяопераційного періоду – з $(14,5 \pm 1,0)$ до $(11,2 \pm 0,6)$ доби ($p < 0,05$). Післяопераційна летальність у хворих основної групи склала 2,44 %. Помер один хворий, причиною смерті в якого був розвиток поліорганної недостатності. В групі порівняння післяопераційна летальність склала 5,55 %. Причинами летальності у 2 хворих були розвиток інфекційно-токсичного шоку на фоні розлитого гнійного перитоніту та гостра серцево-судинна недостатність.

Висновки. Таким чином, при проведенні аналізу результатів лікування хворих на ВГНТК із застосуванням запропонованої програми лікування встановлено, що перебіг післяопераційного періоду в них є більш сприятливим, ніж у хворих, яким під час лікування не використовували запропоновані методики. Використання запропонованої програми лікування у хворих на ВГНТК дозволило знизити рівень гнійно-септичних ускладнень та ендогенної інтоксикації,

скоротити тривалість перебування хворих у стаціонарі та знизити післяопераційну летальність.

Перспективи подальших досліджень. Необхідні подальше вивчення основних патогенетичних ланок виникнення ендогенної інтоксикації при ВГНТК, розробка методів оцінки тяжкості перебігу ВГНТК та лікування, що дасть можливість покращити результати лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальные вопросы хирургической тактики при непроходимости кишечника / П.Д. Фомин, А.В. Заплавский, П.В. Иванчев [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2004. – № 1-2. – С. 68-69.
2. Белянский Л.С. Состояние кишечного барьера и хирургическая тактика при острой непроходимости кишечника (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук: спец. 14.01.03 "Хирургия" / Л.С. Белянский. – К., 2006. – 30 с.
3. Бенедикт В.В. Гостра непрохідність тонкої кишки. Можливі шляхи покращення результатів лікування / В.В. Бенедикт // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2007. – Т. 16, № 1. – С. 10-14.
4. Дзюбановський І.Я. Корекція синдрому ентеральної недостатності у хворих на гостру непрохідність тонкої кишки / І.Я. Дзюбановський, К.Г. Поляцко // Харківська хірургічна школа. – 2004. – № 1-2. – С. 133-136.
5. Діагностика і тактика лікування хворих на гостру кишкову непрохідність: Навчальний посібник / Т.І. Тамм, О.Я. Бардюк, О.Б. Даценко, О.А. Богун. – Харків: Алмакс, 2003. – 124 с.
6. Интубация кишечника в ургентной и плановой хирургии: [науч.-метод. изд.] / В.В. Бойко, В.К. Логачев, А.А. Вильцанюк, М.А. Хуторянский. – Харьков: ОМАПАК, 2007. – 52 с.
7. Куцик Ю.Б. Хірургічне лікування гострої непрохідності тонкої кишки, прогнозування і профілактика післяопераційних ускладнень (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.03 "Хірургія" / Ю.Б. Куцик. – К., 2002. – 36 с.

Отримано 10.11.09