

УДК 616.34-007.272-053.89/9-089

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.В. Меньков, Б.А. Королёв, С.В. Гаврилов, С.А. Климин, Р.А. Гагаев,

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,
ГВЗ «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»

Меньков Андрей Викторович – e-mail: avmenkov@gmail.com

Проведён сравнительный анализ клинических проявлений и результатов хирургического лечения острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза у 38 пациентов пожилого и старческого возраста, которые составили исследуемую группу и 24 больных молодого и среднего возраста (группа сравнения). У большинства пациентов исследуемой группы имели место тяжёлые проявления эндотоксикоза, обусловленные как основным заболеванием, так и сопутствующей патологией. Основной причиной развития непроходимости в обеих группах послужил спаечный процесс брюшной полости, однако частота развития некроза кишечника у больных пожилого возраста оказалась достоверно выше, чем в группе сравнения ($p \leq 0,05$). Структура послеоперационных осложнений и количество летальных исходов в обеих группах существенно не отличались, что, по нашему мнению, было обусловлено своевременной и адекватной коррекцией имеющихся соматических нарушений у больных исследуемой группы.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, эндотоксикоз, резекция кишечника; назогастроинтестинальная интубация.

A comparative analysis of the clinical symptoms and results of surgical treatment of acute intestinal obstruction nonneoplastic origin in 38 patients aged and old, which made the study group and 24 patients in young and middle age (control group). Most of the patients of the study group were severe manifestations of endotoxemia caused by a primary disease and comorbidities. The primary cause of obstruction in both groups served as abdominal adhesions, but the incidence of necrotic bowel in elderly patients was significantly higher than in the control group ($p \leq 0,05$). The structure of post-operative complications and mortality in the two groups did not differ significantly, which, in our opinion, was due to timely and adequate correction of existing physical disorders in patients of the study group.

Key words: acute intestinal obstruction, endotoxiosis, bowel resection, nasogastrintestinal intubation.

Введение

В общей структуре неотложной хирургической патологии доля острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза (ОКННГ) относительно невелика и составляет около 5% [1, 2, 3, 4, 5]. Вместе с тем послеоперационная летальность при этом заболевании достигает 12–20% и не имеет тенденции к снижению [2, 6, 7, 8, 9]. Наиболее часто неблагоприятные исходы хирургического лечения ОКННГ наблюдаются у пациентов пожилого возраста [1, 4, 6, 7, 8]. Высокие показатели летальности обусловлены не только поздним обращением за медицинской помощью, диагностическими и тактическими ошибками, но и наличием у этой категории больных тяжёлой сопутствующей патологии [1, 4, 5, 6, 7, 8, 10].

Цель исследования: провести сравнительный анализ особенностей течения и результатов хирургического лечения острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы

Основой работы послужил ретроспективный анализ историй болезни 62 пациентов, госпитализированных в хирургическую клинику им. А. И. Кожевникова Нижегородской областной больницы им. Н. А. Семашко по поводу ОКННГ, за период с 2007 по 2011 г. В соответствии с

классификацией ВОЗ (2012 г.) из этой группы осуществлена сплошная безусловная выборка больных старше 60 лет (пожилой и старческий возраст) с этой патологией. Их оказалось 38 человек (61,3%): мужчин – 21, женщин – 17. Средний возраст составил $72,8 \pm 7,6$ года. Эти пациенты составили исследуемую группу. В группу сравнения были включены 24 человека в возрасте от 25 до 59 лет. Средний возраст составил $46,2 \pm 9,2$ года. Группы оказались сопоставимы по времени развития клинических проявлений ОКН и срокам госпитализации в клинику от начала заболевания.

В каждой группе на основании изучения жалоб пациентов, данных анамнеза и осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования (рентгенографии, ультрасоноскопии, электрокардиографии) проведён сравнительный анализ степени клинических проявлений ОКН, характера сопутствующей патологии, причин развития непроходимости, сроков и вида оперативного вмешательства, непосредственных результатов лечения. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistika 6,0 (Stat Soft 2001). Данные в тексте представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее значение показателей, σ – стандартное отклонение, при условии нормального распределения значений

показателей. Для определения различий между группами использовался парный и непарный t-критерий Стьюдента. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

Большинство пациентов исследуемой группы (32) поступило в клинику в тяжёлом состоянии и только у 6 больных состояние расценивалось как средней степени тяжести. У 34 человек из этой группы имели место выраженные клинические проявления ОКН: схваткообразные или постоянные боли в животе (34), рвота застойным отделяемым (19), задержка стула и отхождения газов (28). Через 24 часа от начала заболевания госпитализировано 32 пациента. Все больные ранее перенесли оперативные вмешательства на органах брюшной полости, причём у 8 в анамнезе было более трёх операций, 5 из них уже были оперированы по поводу спаечной кишечной непроходимости. У 4 при осмотре выявлены невосприимчивые послеоперационные вентральные грыжи больших размеров, у 1 – бедренная грыжа с признаками ущемления.

В группе сравнения 11 пациентов были госпитализированы в клинику в тяжёлом состоянии, 13 находились в состоянии средней степени тяжести. Манифестные проявления ОКН отмечены у 20. Через 24 часа от начала заболевания за медицинской помощью обратились 15. Операции на органах брюшной полости в анамнезе были у 22 человек, 2 оперированы ранее по поводу спаечной кишечной непроходимости.

У всех пациентов исследуемой группы отмечены сопутствующие заболевания. В структуре соматической патологии доминировали ишемическая болезнь сердца (23), нарушения сердечного ритма (7), артериальная гипертензия (19), хронические обструктивные заболевания лёгких (16), сахарный диабет второго типа (6), ожирение (8). У 22 пациентов требовалась медикаментозная коррекция имеющихся нарушений (гипотензивная терапия и нормализация показателей углеводного обмена).

В группе сравнения сопутствующие заболевания имели место у 9 больных: ишемическая болезнь сердца – у 4, артериальная гипертензия у – 6, сахарный диабет – у 3, у 2 пациентов – гематологическая патология (гемофилия В и болезнь Виллебранда). В медикаментозной терапии нарушений, обусловленных сопутствующей патологией нуждались 4 больных.

По данным объективного осмотра и результатов лабораторной диагностики выраженные признаки эндотоксикоза (нарушения сознания разной степени выраженности, тахикардия, одышка, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, высокий уровень мочевины и креатинина) отмечены у 36 исследуемой группы пациентов и 11 больных группы сравнения. При статистическом сравнении количественных значений частоты сердечных сокращений и дыхательных движений в одну минуту, а также уровня лейкоцитов и мочевины больных обеих групп оказалось, что в исследуемой группе эти показатели оказались достоверно выше, чем в группе сравнения ($p \leq 0,05$).

Следует отметить, что исходная тяжесть состояния 9 больных исследуемой группы послужила поводом для госпитализации их в отделение реанимации и интенсивной терапии для проведения дальнейшего обследования,

медикаментозной коррекции проявлений эндотоксикоза и нарушений функции жизненно-важных органов и систем, а также мероприятий, направленных на разрешение непроходимости.

Наряду с объективным осмотром и лабораторными методами исследования в обеих группах для диагностики ОКН проводилась обзорная рентгенография брюшной полости и ультразвуковое исследование (УЗИ). Характерные признаки ОКН (чаши Клойбера, симптом «органных труб») выявлены у 34 больных исследуемой группы и 18 больных группы сравнения. У 4 пациентов исследуемой группы и 6 группы сравнения характерной рентгенологической симптоматики не было. Рентгеноконтрастное исследование пассажа бария по тонкой кишке в изучаемых группах не проводилось. УЗИ проведено 25 пациентами исследуемой группы и 17 пациентов группы сравнения. У 16 и 12 из них (соответственно) наблюдалось расширение петель тонкой кишки и маятникообразные колебания содержимого в просвете кишки. У 8 больных группы сравнения обнаружено наличие свободной жидкости между петлями кишки в брюшной полости. Аналогичные изменения имели место у 5 больных группы сравнения. Таким образом, алгоритм инструментального диагностического поиска и его результаты в обеих группах существенно не отличались. Спаечный процесс брюшной полости рассматривался в качестве предполагаемой причины ОКН у 37 пациентов исследуемой группы (у одной больной диагностирована ущемлённая бедренная грыжа) и у 24 человек группы сравнения.

Всем пациентам обеих групп параллельно с диагностическим поиском проводилась терапия, направленная на разрешение непроходимости (постановка желудочного зонда, очистительные клизмы, введение спазмолитиков, инфузионная терапия). У 7 больных исследуемой группы и у 4 больных группы сравнения в результате проведения этих мероприятий клинические проявления ОКН были купированы и в дальнейшем они были выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение с диагнозом: «спаечная болезнь брюшной полости».

Оперативные вмешательства предприняты у 31 больного исследуемой группы и у 20 группы сравнения. При ревизии оказалось, что у 29 пациентов исследуемой группе непроходимость обусловлена спаечным процессом в брюшной полости, у 4 из них имели место выраженные сращения между петлями кишечника и стенкой грыжевого мешка. У 9 пациентов ОКН осложнилась некрозом участка тощей кишки, что потребовало её резекции. Объём оперативного пособия у этой категории пациентов заключался в адгезиолизисе петель кишечника, а в случае нежизнеспособности участка кишки – резекции кишечника с наложением межкишечного анастомоза по типу «бок в бок» (3) или «конец в конец» (6). У одного больного к непроходимости привёл безоар, обтурировавший подвздошную кишку. Ему осуществлена энтеротомия, удаление безоара. У одной пациентки причиной непроходимости являлась правосторонняя бедренная грыжа с ущемлением в ней участка тощей кишки, что потребовало выполнения лапаротомии и грыжесечения.

В группе сравнения основной причиной непроходимости являлся спаечный процесс брюшной полости (19 больных).

Некроз участка тощей кишки имел место у 3 пациентов. У одного больного был обнаружен заворот тощей кишки.

Декомпрессионная назогастроинтестинальная интубация была осуществлена 18 больным исследуемой группы и 12 пациентам группы сравнения. 2 пациентам исследуемой группы после резекции участка тощей кишки наложена разгрузочная энтеростома.

На основании анализа причин ОКН, выявленных в ходе оперативного вмешательства установлено, что основным фактором развития ОКН в обеих группах послужил спаечный процесс брюшной полости. Следует отметить, что в исследуемой группе некроз участка кишечника развился достоверно у большего количества пациентов, чем в группе сравнения ($p \leq 0,05$). Данное наблюдение подтверждает тот факт, что у больных пожилого возраста гемодинамические нарушения кишечника при ОКН развиваются значительно быстрее и последствия этих нарушений чаще носят необратимый характер [3, 8, 9].

В послеоперационном периоде пациентам обеих групп проводилась интенсивная терапия, направленная на борьбу с эндогенной интоксикацией и токсемией, коррекцию водно-электролитных и метаболических нарушений, устранение тканевой гипоксии и восстановление двигательной активности кишечника.

Послеоперационные осложнения имели место у 6 больных исследуемой группы. Структура осложнений: нагноение раны (3) послеоперационная пневмония (4), илеофemorальный флелотромбоз (1), печёчно-почечная недостаточность (1), острая сердечнососудистая недостаточность (1). Умерла одна больная. Непосредственной причиной смерти послужила острая сердечнососудистая недостаточность на фоне тяжёлой соматической патологии (ишемическая болезнь сердца с нарушением сердечного ритма по типу фибрилляции предсердий).

В группе сравнения послеоперационные осложнения отмечены у 4 больных: нагноение раны (4), послеоперационная пневмония (1), печёчно-почечная недостаточность (1). В этой группе умерла одна пациентка вследствие нарастающих явлений печёчно-почечной недостаточности, обусловленной декомпенсированной ОКН.

Структура послеоперационных осложнений и количество летальных исходов в обеих группах существенно не отличались. На наш взгляд это было вызвано своевременной коррекцией соматических нарушений у больных пожилого и старческого возраста, как на этапе предопера-

ционной подготовки, так и в послеоперационном периоде с привлечением к лечению этой категории больных терапевтов и реаниматологов.

Выводы

1. Среди пациентов с острой кишечной непроходимостью неопухолевого генеза преобладали больные пожилого и старческого возраста (61,3%), у большинства из них имели место тяжёлые проявления эндотоксикоза, обусловленные как основным заболеванием, так и сопутствующей патологией.

2. Основной причиной развития непроходимости в обеих группах послужил спаечный процесс брюшной полости, однако частота развития некроза кишечника у больных пожилого возраста оказалась достоверно выше, чем в группе сравнения ($p \leq 0,05$).

3. Структура послеоперационных осложнений и количество летальных исходов в обеих группах существенно не отличались, что, по нашему мнению, было обусловлено своевременной и адекватной коррекцией имеющихся соматических нарушений у больных исследуемой группы.



ЛИТЕРАТУРА

1. Дибиров М.Д., Родионов И.Е., Какубава М.Р., Юанов А.А. и др. Коррекция внутрибрюшной гипертензии и микроциркуляции у больных острой кишечной непроходимостью старческого возраста. Московский хирургический журнал. 2012. № 3 (25). С. 9-14.
2. Корымасов Е.А., Горбунов Ю.В. Принципы дифференциальной диагностики и тактики при острой кишечной непроходимости. Хирургия. 2003. № 3. С. 101-106.
3. Плечев В.В. Острая спаечная кишечная непроходимость (Проблемы, решения). Уфа. 2004. 279 с.
4. Arenal J.J., Bengoechea-Beeby M. Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly. Can. J. Surg. 2003. V. 46. P. 111-116.
5. Kulah B., Gulgez B., Ozmen M.M. et al. Emergency bowel surgery in the elderly. Turkish. J. Gastroenter. 2003. V. 14. № 3. P. 189-193.
6. Рахматуллин Ю.Я. Результаты лечения острой кишечной непроходимости. Вестн. КазНМУ. 2012. № 1. С. 281-283.
7. Hendrickson M., Naparst T.R. Abdominal surgical emergencies in the elderly. Emerg. Med. Clinic North Am. 2003. V. 21. P. 937-969.
8. Miyauchi T., Kuroda T., Nisioka M. et al. Clinical study of strangulation obstruction of the small bowel. J. Med. Invest. 2001. V. 48. № 2. P. 66-72.
9. Senlin P. Small Intestine obstruction. Physiopathology, etiology, diagnosis, treatment. Rev. Prat. 2005. V. 17. P. 1927-1932.
10. Тотиков В.З., Калицова М.В., Амриллаева В.М. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости. Хирургия. 2006. № 2. С. 38-43.