

В.В. Бенедикт

Кафедра хірургії ННІ ПО (зав. – проф. І.Я. Дзюбановський) ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ НЕПРОХІДНІСТЬ ТОНКОЇ КИШКИ В УМОВАХ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ

Резюме. У статті наведено аналіз хірургічного лікування 251 пацієнта на гостру непрохідність тонкої кишки (ГНТК). Пацієнти похилого і старечого віку становили 93,33% у групі померлих хворих і 50,23% – у групі пацієнтів зі сприятливим перебігом захворювання після хірургічного лікування ГНТК. Виявлено, що у померлих хворих у 96,67% випадках спостерігали супутні захворювання з суттєвим переважанням ураження серцево-судинної та дихальної систем (75,90%) і сукупністю 2-4 захворювань. У оперованих хворих зі сприятливим перебігом супутня патологія виявлена в 61,09% випадків, і в 53,85% випадків спостерігалася комбінація 1-3 супутніх захворювань. Індекс коморбідності суттєво зростає з віком хворих. Звертали увагу на можливість впливу супутніх захворювань на вибір хірургічних маніпуляцій під час операції. Встановлено, що раннє відновлення моторики травного каналу і адекватна своєчасна корекція супутніх захворювань дозволяє отримати добрі безпосередні результати лікування пацієнтів на ГНТК навіть у умовах супутньої патології.

Ключові слова: непрохідність тонкої кишки, супутня патологія, лікування.

Проблема лікування гострої непрохідності тонкої кишки (ГНТК) становить певні труднощі у невідкладній хірургії. Про це засвідчують досить високі показники летальності [1-4]. Серед померлих хворих на цю патологію основною причиною є синдром інтоксикації, який виникає внаслідок порушень функції травного каналу [5] і призводить до виникнення синдрому поліорганної недостатності.

Важливість цієї проблеми зумовлена й збільшенням кількості хворих на ГНТК у поєднанні із захворюваннями інших органів та систем. У таких випадках клінічний перебіг гострої хірургічної патології може маскуватися симптомами супутньої хвороби або її ускладненнями [6]. Це призводить до того, що навіть у досвідчених хірургів виникають труднощі як в діагностичному плані, так і у визначенні тактики лікування. Основними причинами незадовільних результатів лікування таких хворих є розвиток у них різних гнійно-септичних ускладнень, пізнє звертання їх за медичною допомогою і перевага пацієнтів похилого і старечого віку [7]. Особливо діагностичні та тактичні труднощі виникають при лікуванні останньої категорії людей. Це пов'язано з тим, що деякі загальноприйняті принципи лікування гострої абдо-

мінальної хірургічної патології внаслідок віку і наявної супутньої патології може бути небажаними у них. Коморбідність – найбільш актуальна проблема сучасної клінічної практики. Взаємовплив різних захворювань змінює класичну клінічну картину основної патології, характер її перебігу, збільшує кількість ускладнень, їх тяжкість і погіршує прогноз [8-10]. Досить часто можуть виникати ситуації, коли на тлі наявної хронічної патології виникає захворювання, не пов'язане з наявним патогенетично (наприклад, поєднання терапевтичної та хірургічної патології). З урахуванням знижених компенсаторних можливостей організму, в цих випадках може наступити синдром взаємообтяження за рахунок накладення патогенетичних механізмів розвитку спочатку не пов'язаних між собою захворювань. Очевидно, що коморбідність сучасних пацієнтів зумовлена не тільки умовами життя, екологічними негараздами, а й більшими діагностичними можливостями.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування хворих на ГНТК шляхом визначення негативного впливу захворювань інших органів та систем на перебіг основного захворювання і впровадження в клінічну практику ме-

тодів для їх запобігання.

Матеріал і методи. Проведено комплексне обстеження та хірургічне лікування 221 хворого на ГНТК і ретроспективно проаналізовано 30 медичних карт стаціонарних хворих з летальним наслідком. Клінічне обстеження пацієнтів поряд із загальноприйнятими методами містило дослідження серцево-судинної системи, легеневої та інших органів та систем, проведено визначення індексу коморбідності (Charlson M.E. et al., 1987) [9]. Під час обчислення індексу коморбідності Чарлсона підсумовували бали за вік і наявні соматичні супутні захворювання. Отримані дані порівнювалися зі строками відновлення моторно-евакуаторної функції травного каналу.

Результати дослідження та їх обговорення.

Під час аналізу обстежених хворих виявлено, що 33,55% хворих на ГНТК були чоловічої статі і 66,45% – жіночої статі. Більшість жінок, майже в 2 рази, пояснюється виконанням у них акушерських, гінекологічних операцій, операцій на жовчних шляхах і таке інше. 63,84% випадків виконаних операцій у хворих на ГНТК приходиться на вік до 59 років, тобто на працездатний період життя людини. 24,43% хворих, тобто майже кожний четвертий оперований пацієнт на ГНТК був у похилому віці. 11,73% випадків хворих на ГНТК, яким було проведено хірургічне лікування, були у віці понад 75 років. У хворих з несприятливим перебігом захворювання вік пацієнтів до 59 років траплявся тільки в 2 випадках, 60-74 – 15 пацієнтів і у 13 хворих – вік 75-89 років. Такий стан речей у віковому аспекті визначає актуальність і складність лікування цих хворих. Тільки 11,55% хворих поступили в лікувальний заклад у строки до 6 годин від початку захворювання, а майже половину хворих (49,80%) – більше ніж 24 години. Пізня госпіталізація хворих на ГНТК є одним з несприятливих факторів для перебігу захворювання внаслідок пізнього надання їм хірургічної допомоги. Такий стан речей можливо пояснити тим, що ці пацієнти займалися або самолікуванням, або на догоспітальному етапі постановлено помилкові діагнози, що зумовлює тяжкість лікування хворих на ГНТК, особливо в умовах наявних супутніх захворювань. Окрім цього, супутні захворювання зменшують прихильність пацієнтів до звертання за медичною допомогою і лікування [6].

З проблемою коморбідності часто стикаються і хірурги. У той же час при лікуванні хворих на ГНТК вкрай рідко звертають увагу на співіснування в одного хворого цілого спектру хвороб і переважно займаються лікуванням основного за-

хворювання. Синдромальний аналіз пацієнта, формування діагностичної та лікувальної концепції у хворого на ГНТК для врахування потенційного ризику у нього є необхідними.

Виявлено, що пацієнти похилого і старечого віку становили 93,33% в групі померлих хворих і 50,23% – в групі пацієнтів зі сприятливим перебігом захворювання після хірургічного лікування ГНТК (в середньому 55,38%). Цілком зрозумілим є те, що збільшення віку хворих призводило до появи у них супутніх захворювань інших органів та систем.

Поєднання ГНТК з іншими захворюваннями призводить до певних труднощів як в діагностичному плані, так і у визначенні тактики лікування. В таких випадках клінічний перебіг гострої хірургічної патології може маскуватися симптомами супутньої хвороби або її ускладненнями. Очевидно, що поліморбідність сучасних пацієнтів зумовлена не тільки умовами життя, екологічними негараздами, а й більшими діагностичними можливостями. У хворих з летальним наслідком супутні захворювання спостерігали у 29 (96,67%) пацієнтів з суттєвим переважанням ураження серцево-судинної та дихальної систем (75,90%). У оперованих хворих зі сприятливим перебігом супутня патологія виявлена в 61,09% випадків. Отриманні результати наведені в таблиці.

Під час аналізу отриманих результатів виявлено, що відсутність супутніх захворювань було в 39,91% випадків хворих зі сприятливим перебігом захворювання після операції і в 3,33% пацієнтів з летальним наслідком. Окрім цього, сукупність захворювань у хворих останньої групи переважала з 2-4 нозологій (76,67%), а у пацієнтів, які видужали, 1-3 супутніх захворювань спостерігалося в 53,85% випадків. Ці дані вказують на суттєве значення супутньої патології для перебігу післяопераційного періоду і наслідків основного захворювання. Зміни індексу коморбідності у хворих досліджуваних двох груп вказують на істотне збільшення цього показника з підвищенням їх віку.

Характер виконаних операцій був таким: роз'єднання спайок, резекція кишки, назогастроінтестинальна інкубація або інтраопераційна, одномоментна декомпресія тонкої кишки, резекція сальника або його частини, ентеротомія з видаленням жовчного конкременту, накладання обхідного анастомозу, стоми та інше. Операцію закінчували дренажуванням черевної порожнини, накладанням лапаростоми.

Наявність у хворих супутніх захворювань

Розподіл хворих на ГНТК за віком і кількістю у них супутніх захворювань

	Хворі з несприятливими наслідками лікування				Хворі зі сприятливими наслідками лікування			
	20-59 років	60-74 років	75-89 років	Разом	20-59 років	60-74 років	75-89 років	Разом
Без СЗ	1	-	-	1	85	1	-	86
Наявність СЗ	-	-	-	29	65	49	21	135
Одне СЗ	1	-	2	3	40	17	2	59
Два СЗ	-	5	4	9	15	10	9	34
Три СЗ	-	5	1	6	8	12	6	26
Чотири СЗ	-	2	6	8	2	9	4	15
П'ять СЗ	-	1	1	2	-	1	-	1
Шість СЗ	-	1	-	1	-	-	-	-
Індекс коморбідності	0,5	5,5	6,07			1,03	4,82	6,0

деякою мірою впливає на вибір хірургічної тактики під час операції. Так, довготривала декомпресія травного каналу у хворих на ГНТК після операції була виконана тільки в 53,85% випадків. Відмова від цього, важливого для таких пацієнтів етапу операції, часто пов'язана з наявною супутньою патологією.

Важливе значення для сприятливого перебігу ГНТК належить лікуванню в післяопераційному періоді. Корекція супутніх захворювань проводиться згідно з наявною патологією і протоколів лікування цих захворювань. Для покращення перебігу ГНТК приділяємо першочергове значення відновленню моторно-евакуаторної функції травного каналу. На основі наших попередніх експериментальних і клінічних досліджень [8] ми після операції використовуємо на фоні загальноприйнятої терапії хворим у першій-другій стадії перебігу цієї патології з 1-ї доби після операції для припинення асинхронної діяльності тонкої кишки, покращення локального кровотоку та збільшення енергетичного забезпечення цього органа призначали препарати антагоністи іонів кальцію – 0,1% розчин обкідану або 0,25% розчин верапамилу, або міотропний спазмолітик – 2% розчин папаверину, есенціальні фосфоліпіди, концентровані розчини глюкози, розчини АТФ або тіотриазоліну, кокарбоксілази, антиоксиданти – 5-10% розчини α -токоферолу ацетат. Починаючи з 2-ї доби препарати антагоністи іонів кальцію відміняли, вводили препарати кальцію. Хворим, у яких спотерігався третій період перебігу ГНТК, препарати-антагоністи іонів кальцію не вводилися.

Застосування даної методики запобігало розвитку рухової активності тонкої кишки після опе-

рації, допомагало ефективно коригувати виявлені зміни, зменшити імовірність виникнення стійкого післяопераційного парезу, що дозволяло корегувати і супутні захворювання, покращити якість життя хворих після хірургічного лікування ГНТК і скоротити строки перебування їх в стаціонарі на 2-4 доби.

Висновки. 1. У хворих на гостру непрохідність тонкої кишки необхідно враховувати багатогранність супутньої патології, особливо у людей похилого і старечого віку. 2. У пацієнтів з коморбідними захворюваннями зростає тяжкість стану і погіршується прогноз. 3. Застосування комплексної передопераційної підготовки, доцільної, ощадливої анестезіологічно-хірургічної тактики під час виконання операції, активне ведення хворих після операції з раннім відновленням моторики травного каналу і адекватної своєчасної корекції супутніх захворювань дозволяє покращити якість життя в ранньому післяопераційному періоді і отримати добрі безпосередні результати лікування пацієнтів на гостру непрохідність тонкої кишки навіть в умовах супутньої патології.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним дослідженнями в лікуванні хворих на гостру непрохідність тонкої кишки в умовах супутніх захворювань є відмова від строгих, часто невинуватих хірургічних дій під час операції, які можуть обтяжувати перебіг захворювання і призводити до несприятливих результатів лікування. Це потребує розробки окремої діагностично-лікувальної програми для пацієнтів на гостру непрохідність тонкої кишки в умовах наявної супутньої патології і прийняття оптимальної стратегії лікування поєднаних хвороб.

Список використаної літератури

1. Березницький Я.С. Уніфікація формування клінічного діагнозу та надання медичної допомоги в невідкладній колопроктології / Я.С. Березницький, В.В. Гапонов, В.П. Сулима // Харківська хірург. школа. – 2009. – № 2. – С. 9-11.
2. Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость: руководство для врачей / И.А. Ерюхин, В.П. Петров, М.Д. Ханевич. – СПб.: Питер, 1999. – 448 с.
3. Милюков В.Е. Патогенез метаболических нарушений при динамической кишечной непроходимости / В.Е. Милюков // Рос. ж. гастроэнтеролог., гепатолог., колопроктолог. – 2006. – № 6. – С. 70-72.
4. Тотиков В.З. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / В.З. Тотиков, М.В. Калицова, В.М. Амриллаева // Хирург. – 2006. – № 2 – С. 38-43.
5. Белялов Ф.И. Дванадцять тез коморбідності / Ф.И. Белялов // Клін. мед. – 2009. – № 12. – С. 69-71.
6. Бенедикт В.В. Патогенетичне обґрунтування медикаментозної стимуляції моторики травного каналу після операцій у хворих на гостру непрохідність кишки / В.В. Бенедикт // Галицький лікарський вісн. – 2016. – № 3. – С. 6-8.
7. Фактори риска возникновения послеоперационного пареза кишечника у пациентов, оперированных на толстой кишке / В.В. Бойко, Н.В. Тимченко, И.П. Бойчук, А.В. Белявский // Харківська хірург. школа. – 2014. – № 2(65). – С. 47-50.
9. Лазебник Л.Б. Полиморбидность у пожилых / Л.Б. Лазебник // Сердце. – 2007. – № 7. – С. 25-27.
10. Charlson M.E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M.E. Charlson, P. Pompei, K.L. Ales, C.R. McKenzie // J. Chron. Dis. – 1987. – № 40(5). – P. 373-383.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Резюме. В статье приведен анализ хирургического лечения 251 больных на ОНТК. Пациенты пожилого и старческого возраста составили 93,33% в группе умерших больных и 50,23% – в группе пациентов с благоприятным течением заболевания после хирургического лечения ОНТК. Выявлено что, в умерших больных в 96,67% случаях наблюдались сопутствующие заболевания с существенным преобладанием поражения сердечно-сосудистой и дыхательной систем (75,90%) и совокупностью 2-4 заболеваний. В оперированных больных с благоприятным течением сопутствующая патология была обнаружена в 61,09% случаев и в 53,85% случаев наблюдалось сочетание 1-3 сопутствующих заболеваний. Индекс коморбидности существенно возрастал с возрастом больных. Обращается внимание на возможность влияния сопутствующих заболеваний на выбор хирургических манипуляций во время операции. Установлено, что раннее восстановление моторики пищеварительного тракта и адекватная своевременная коррекция сопутствующих заболеваний позволяет получить хорошие результаты лечения пациентов на ОНТК даже в условиях сопутствующей патологии.

Ключевые слова: непроходимость тонкой кишки, сопутствующая патология, лечение.

FEATURES OF SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN CONDITIONS OF COMORBIDITY

Abstract. The article presents an analysis of surgical treatment of 251 patients with small bowel obstruction. Old aged patients were 93.33% of the group of deceased patients and 50.23% – in group with a favorable course of the disease after surgery of small bowel obstruction. It has been found that in 96.67% patients who died were observed significant comorbidities with prevalence of lesions of the cardiovascular and respiratory systems (75.90%) and summation of 2-4 diseases. In operated patients with a favorable course of disease, comorbidities was found in 61.09% of cases and in 53.85% of cases there was a combination of 1-3 related diseases. Comorbidity index increased significantly with the age of patients. Attention is drawn to the possible impact of comorbidities on the choice of surgical manipulation during surgery. It has been found that early restoration of motility of the digestive tract and adequate correction of comorbidities provides a good immediate results in patients with small bowel obstruction even in case of comorbidity.

Key words: small bowel obstruction, comorbidities, treatment

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University (Ternopil)

Надійшла 03.04.2017 р.
Рецензент – проф. Польовий В.П. (Чернівці)