

Ф.Г.Кулачек, Н.Г.Ковальчук, Р.І.Сидорчук, О.О.Карлійчук, Дарагмех Мохаммед

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРІЙ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКУ

Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. Ф.Г.Кулачек)
Буковинського державного медичного університету

Резюме. Проаналізовано результати лікування 239 хворих на гостру непрохідність кишечника. Діагностика непрохідності здійснювалася на основі даних клініко-рентгенологічного, ультразвукового та ендоскопічного методів дослідження. Консервативна терапія ви-

явилась ефективною в 122 хворих. Оперовано 105 хворих. Післяопераційні ускладнення виникли в 16 випадках.

Ключові слова: гостра кишкова непрохідність, лікування.

Вступ. Гостра непрохідність кишечника (ГНК) залишається на сьогоднішній день одним з актуальних питань невідкладної абдомінальної хірургії. У структурі невідкладної хірургічної патології вона посідає шосте місце. Кількість хворих, що поступають у хірургічні стаціонари з приводу гострої непрохідності кишечника, сягає 15-27 % [4,7].

Післяопераційна летальність залишається високою і становить 17-21% при непухлинних формах непрохідності кишечника та 14-60% - при непрохідності пухлинної етіології [2,3,5]. Досить високими є показники післяопераційних ускладнень - 38,6-80% [1,5]. Незважаючи на постійне вдосконалення методів діагностики, причиною вказаних незадовільних результатів є

складність невідкладної діагностики та відсутність єдиної лікувальної тактики [6].

Мета дослідження. Провести аналіз структури причин, що найчастіше призводять до розвитку ГНК, проведеного лікування, його адекватності та своєчасності. З'ясувати причини незадовільних результатів лікування ГНК.

Матеріал і методи. За останні 10 років у клініці лікувалося 239 хворих з гострою непрохідністю кишечника (ГНК) віком від 17 до 87 років. Чоловіків було 84 (35%), жінок – 155 (65%). У віці старше 60 років було 116 (48,5%) хворих, з них у 104 (89,6%) виявлена супутня серцево-легенева патологія. Частка непухлинних форм ГНК становила 83,7%, а ГНК пухлинної етіології – 16,3%.

Для діагностики нозологічної форми ГНК та її рівня у хворих, поряд із загальноклінічними та біохімічними методами, застосовували оглядову рентгенографію органів черевної порожнини, досліджували пасаж контрастної речовини по травному тракту в динаміці, використовували іригоскопію, УЗД органів черевної порожнини.

Результати дослідження та їх обговорення. Причинами непрохідності були: спайки черевної порожнини – 162 (67,8%), пухлини ШКТ різної локалізації – 39 (16,3%), защемлені грижі передньої черевної стінки – 6 (2,5%), заворот кишки – 5 (2,1%), інвагінація – 4 (1,7%), доліхосигма – 7 (2,9%), копростаз – 11 (4,6%), вузлуотворення – 1 (0,4%). Серед інших причин ГНК у трьох хворих була ниркова коліка, що призвела до розвитку динамічної кишкової непрохідності, в одного – стриктура сигмостоми, в іншого – стеноз тонкокишкового анастомозу.

Привертає увагу висока частота пізньої госпіталізації хворих. Так, до 6 год від початку захворювання поступило 43 (18%) хворих, до 24 год – 67 (28%), пізніше 24 год – 129 (54%) хворих.

169 (67,8%) хворим у минулому були виконані оперативні втручання на органах черевної порожнини: апендектомія – 63, холецистектомія – 29, операції на органах малого таза – 28, резекція шлунка – 8, операції з приводу гострої непрохідності кишечника – 8, грижосічення – 8, операції з приводу травматичного пошкодження органів черевної порожнини – 5, операції з приводу пухлини товстої кишки – 4, спленектомія – 3, операції з приводу перфоративної виразки – 3, геміколектомія – 3.

Впродовж перших 1,5-2 годин після госпіталізації хворого в стаціонар проводили комплексну консервативну терапію, що полягала в наступному: череззондова аспірація шлункового вмісту, новокаїнова паранефральна блокада, очисні чи сифонні клізми, стимуляція перистальтики кишечника. Крім цього, проводилася детоксикаційна терапія з метою покращання загального стану хворого. У 122 (51 %) пацієнтів консервативні заходи виявились ефективними і сприяли розрешенню ГНК. У 7 хворих причиною непрохідності була пухлина травного тракту, після розрешення

ГНК - направлені в ООД для подальшого лікування. У частини з них після відповідної підготовки проведено планові оперативні втручання.

Консервативна терапія розглядалась також і як передопераційна підготовка до невідкладного оперативного втручання. За відсутності ефекту від проведеної терапії протягом 2 год пацієнтам виконували оперативне втручання.

Оперативне лікування було проведено 105 (43,9 %) хворим: розсічення спайок - 59, резекція тонкої кишки - 11, ліквідація завороту - 6, дезінвагінація - 1, грижосічення - 7, операція Гартмана - 13, правобічна геміколектомія – 1, діагностична лапаротомія – 3 (2 хворим з приводу лімфосаркоми заочеревинного простору, 1 – з приводу пухлини матки, канцероматозу черевної порожнини), накладання дводульної сигмостоми – 2, ліквідація стриктури стоми - 1, видалення кісти яєчника – 1 (з приводу цистаденокарциноми, часткової кишкової непрохідності), передня резекція прямої кишки – 1.

Чим коротший передопераційний період, тим кращими є результати хірургічного лікування. До 6 год з моменту госпіталізації прооперовано тільки 27 хворих, до 12 год – 16 хворих, до 24 год і більше – 62 хворих (з них 9 у плановому порядку).

Післяопераційні ускладнення виникли в 16 (15,2 %) хворих. Аналіз післяопераційних ускладнень показав, що провідними серед них були інфільтрати і нагноєння післяопераційної рани – 7 (6,7 %), на другому місці – пневмонії та серцево-судинні розлади – 5 (4,7 %), піддіафрагмальний абсцес – 3 (2,8%), евістерація - 1 (0,95 %).

Висновки

1. Проблема лікування ГНК залишається важливою в невідкладній хірургії. Ефективність лікування хворих на ГНК залежить від ранньої діагностики та своєчасно проведеного лікування.

2. Слід відмітити про зміни структури захворюваності ГНК за рахунок збільшення кількості хворих зі спайковою кишковою непрохідністю та непрохідністю пухлинного генезу.

3. Пізня госпіталізація хворих значно погіршує прогнози щодо ефективності проведеного лікування.

4. Адекватна передопераційна підготовка, індивідуальний підхід до вибору обсягу оперативного лікування дозволяють знизити кількість післяопераційних ускладнень.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є створення алгоритму діагностики для різних видів непрохідності кишечника, пошук шляхів оптимізації лікувальної тактики хворих на ГНК.

Література

1. Ашрафов А.А., Рафиев С.Ф. Результаты хирургического лечения острой кишечной непроходимости // Тез.докл. 1-го международного конгресса ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова.-Ташкент, 1996.-С.73-74.

2. Балтайтис Ю.В., Заверний Л.Г., Мельник В.М. та ін. Летальність при гострій непрохідності кишечника та шляхи її зниження. Гостра непрохідність кишечника: Матер. XIX з'їзду хірургів України.-Харків, 2000.-С.116-117.
3. Беляев Л.Б., Юдин Е.В., Скоробогатов В.М., Пикуза В.И. Острая кишечная непроходимость как проблема неотложной хирургии // Науч.-практ.конф.: Тез.докл.-М., 1998.- С. 37-38.
4. Бойко В.В., Криворучко И.А., Брусницына М.П. та ін. Особенности современной хирургической доктрины при лечении больных с острой непроходимостью кишечника // Харківська хірургічна школа.-2004.-№1-2.-С.6-8.
5. Брискин Б.С., Смаков Г.М., Бородин А.С., Марченков А.Д. Обтурационная непроходимость при раке ободочной кишки // Хирургия.-1999.-№5.-С.37-40.
6. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость.-СПб: Питер, 1999.-448с.
7. Луцик Б.Д., Матвійчук Б.О., Ястремська О.О. та ін. Клініко-лабораторні критерії діагностики синдрому ендогенної інтоксикації у хворих з гострою кишковою непрохідністю // Лаб. діагност.-2003.-№1.-С.38-41.

THERAPEUTIC MANAGEMENT IN ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

F.H.Kulachek, N.H.Kovalchuk, P.I.Sydorchuk, O.O.Karliichuk, Daraghmeh Mohammad

Abstract. The results of treating 239 patients with acute intestinal obstruction have been analyzed. Obstruction diagnosis was implemented on the basis of the findings of clinico-radiologic, ultrasonic and endoscopic methods of investigation. Conservative therapy turned out to be effective in 122 patients. 105 patients underwent surgical intervention. Postoperative complications occurred in 16 cases.

Key words: acute intestinal obstruction, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2005. – Vol.9, №3.- P.103-105

Надійшла до редакції 28.12.2004 року