

УДК 616.34–007.272–089

## Досвід лікування гострої кишкової непрохідності

В. А. Дягель, В. М. Жолоб, В. І. Дрозд, В. Я. Квасюк

Відділкова лікарня на станції Рівне Львівської залізниці,  
Медична служба управління Львівської залізниці, Львів

**Ключові слова:** кишкова непрохідність, інтоксикація, ентеростомія, анастомоз.

Гостра кишкова непрохідність (ГКН) на сьогодні залишається однією з актуальних проблем невідкладної абдомінальної хірургії у зв'язку з поліетиологією та значним зростанням кількості хворих, особливо із за давненою хворобою, що негативно впливає на результати лікування [1]. За частотою виявлення ГКН посідає п'яте місце, а за летальністю — одне з перших [2].

Гостра кишкова непрохідність — загальне захворювання, зумовлює глибокі розлади центральної регуляції функцій всіх органів та систем. Передусім порушується функція органів травлення.

У ранньому періоді розвивається парез шлунково-кишкового тракту. Надмірне розтягнення стінок кишки внаслідок накопичення рідини та газів спричиняє ентероентеральні гальмівні рефлексії, які посилюють парез [3]. Стискання капілярів пропорційно до внутрішньокішкового тиску погіршує кровопостачання кишкової стінки, що в свою чергу призводить до виникнення некробіотичних процесів, порушення бар'єрних властивостей кишкової стінки та надходження до кров'яного руслу токсинів.

Паренхіматозні органи за наявності ГКН також зазнають великих змін. У печінці відзначається застій в центральних венах з атрофією, дегенерацією та некробіозом гепатоцитів. Порушуються всі функції печінки. У нирках розвивається зерниста дистрофія епітелію каналців, лімфоїдно-лімфоцитарна інфільтрація навколо судин, а інколи — серозний гломерулонефрит. Відбуваються зміни в надниркових і підшлунковій залозах, головному та спинному мозку.

Характер та ступінь патофізіологічних порушень за ГКН поряд із загальними закономірностями мають специфічні особливості, зумовлені формою, рівнем непрохідності, терміном захворювання, ступенем інтоксикації, станом компенсаторних реакцій організму [1, 2].

Результати лікування таких хворих залежать від правильного вибору хірургічної тактики та врахування всіх наведених вище можливих змін в організмі. Одним із важливих чинників успішного

лікування ГКН є своєчасне діагностування й адекватне лікування.

### Матеріали і методи

Проаналізовано результати лікування 46 хворих за період 1991–2001 рр., прооперованих терміново в хірургічному відділенні з діагнозом гостра кишкова непрохідність. Вік обстежених від 21 до 88 років (середній вік 54,4 року). Найбільшою була кількість хворих вікових груп: від 61 до 70 років — 11 (24,4%), від 71 до 80 років — 15 (33,3%) осіб. Чоловіків було 21 (45,6%), жінок — 25 (54,3%). У термін до 24 годин від початку захворювання госпіталізовано 19 (41,4%) хворих, пізніше від 24 годин — 27 (58,6%) осіб.

Значну супровідну патологію виявлено в 36 (78,2%) хворих: у 16 (44,4%) осіб — серцево-судинної, в 11 (30,5%) — дихальної системи, у 9 (25%) хворих — мультисистемну патологію.

Для діагностування ГКН, поряд із загальноклінічними і біохімічними методами дослідження, застосовували оглядову рентгенографію та рентгеноскопію органів черевної порожнини, проводили ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, вивчали пасаж барію шлунково-кишковим трактом.

Зважаючи на тяжкість патології, усім хворим із припущенням про ГКН одночасно з діагностичними заходами проводили інтенсивну терапію, яку розглядали і як передопераційну підготовку. Консервативна інтенсивна терапія передбачала введення спазмолітичних засобів, назогастральну декомпресію з оцінюванням характеру шлункового вмісту, проведення очисних та сифонних клізм, інфузійно-трансфузійних заходів. Останні мали виняткове значення, оскільки у пацієнтів із ГКН виникає і прогресує гіповолемія, її ступінь залежить від рівня та тривалості непрохідності кишечника. Інтенсивну терапію продовжували на операційному столі та в післяопераційному періоді.

Гостра спайкова кишкова непрохідність мала місце у 14 (30,4%) хворих, защемлена кіла — у 7

(15,2%), заворот, інвагінація — у 4 (8,6%), мезентеріальний тромбоз — в 1 (2,2%), злоякісні пухлини — у 20 (43,4%) осіб. Компенсовану форму ГКН у наших спостереженнях виявлено в 11 хворих, субкомпенсовану — у 28, декомпенсовану — у 7 хворих.

### Результати та обговорення

Усіх 46 пацієнтів прооперовано. Ми виконали різноманітні оперативні втручання, а саме: роз'єднання спайок — в 11 хворих, усунення странгуляційної кишкової непрохідності — у 6, резекція тонкої кишки з ентероентероанастомозом «кінець у кінець» — у 4, грижосічення — у 7, лівобічну геміколектомію — у 2, правобічну геміколектомію — у 6, резекцію поперечної ободової кишки — у 2, сигмоподібної — у 4, колоностомію — у 4 осіб. Виконуючи названі операції у хворих зі злоякісними пухлинами, перевагу надавали тактиці відновлення цілісності кишкової трубки, застосовували міжкишковий анастомоз «кінець у кінець». У разі декомпенсованої ГКН завдання розв'язували в два етапи. Перший етап (у 4 хворих) — видалення пухлини та виведення проксимального відділу товстої кишки у вигляді одностовбурової стоми (операції за Гартманом). Другим етапом (через 2–3 місяці) виконували реконструктивну операцію — відновлення прохідності кишечника. У чотирьох випадках у зв'язку з наявністю IV стадії захворювання та дисемінацією онкологічного процесу, хворим виконували тільки накладання колоностом. Серед оперованих хворих із пухлинами товстої кишки у чотирьох випадках спостерігали метастази пухлини в печінку. У двох із них після видалення пухлини кишки впродовж п'яти років спостерігається зупинення росту метастатичних пухлин печінки, пацієнти почувалися задовільно.

У разі кишкової непрохідності непухлинного характеру обсяг оперативного втручання визнача-

ли індивідуально, за найменших сумнівів у життєздатності петель кишки проводили резекцію з міжкишковим анастомозом, переважно «кінець у кінець». Для профілактики післяопераційного парезу кишечника в корінь брижі тонкої кишки вводили 100,0–200,0 мл 0,5 % новокаїну. Операцію завершували дренаванням черевної порожнини через окремі 2–3 контрапертури поліхлорвініловими трубками діаметром 8–10 мм зі стрічками пальчастої гуми.

Середня тривалість перебування хворих на ліжку становила 19,4 дня.

Троє пацієнтів померли: від тромбоемболії легеневої артерії — 1, гострої серцево-судинної недостатності — 1, поліорганної недостатності — 1.

Із 46 випадків гострої кишкової непрохідності слід виокремити два — цікавих з клінічного погляду:

1. Хвора 79 років, причиною непрохідності було защемлення петлі тонкої кишки в правому обтураційному отворі. Грижа впродовж 18 років симулювала правобічний ішіорадикуліт, її розпізнали тільки під час операції. Явища ішіорадикуліту після операції минули.

2. Хворий 88 років, причиною непрохідності був заворот тонкої кишки на 360° подібно до синдрому Ледда, операційна знахідка — тотальний дивертикульоз тонкої, товстої кишок та сечового міхура (мал. 1, 2).

### Висновки

1. Серед причин гострої кишкової непрохідності значну частину (43,4%) становлять онкологічні процеси, які не виявлено вчасно — під час диспансерних оглядів чи у зв'язку з пізнім звертанням пацієнтів по допомогу.

2. За наявності пухлин товстої кишки, ускладнених ГКН, основна мета хірурга — збереження життя пацієнта — збігається із завданням радикального видалення пухлини.



Мал. 1. Дивертикульоз тонкої кишки



Мал. 2. Дивертикульоз товстої кишки

3. Ми пропонуємо застосовувати тактику активного ведення пацієнтів із названою патологією та відмовитися від терміна «часткова кишкова непрохідність», який дає хірургам «зволікати» з прийняттям рішення про невідкладне оперативне втручання.

4. Коли є змога, злоякісні пухлини, що спри-

чинили ГКН, потрібно видаляти, навіть за наявності метастазів, із відновленням пасажу кишечника, оскільки, за нашими спостереженнями, у пацієнтів із метастазами після видалення материнської пухлини нерідко зупиняється ріст метастазів або ж відбувається їхня регресія.

### Цитована література

1. Бондарь Г. В. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью // Хирургия.— 1990.— № 7.— С. 94–97.

2. Зайцев В. Т. Современные аспекты диагностики и лечения больных острой кишечной непроходимостью // Матеріали XIX з'їзду хірургів України.— Х., 2000.— С. 136–138.

3. Огоновський В. К. Стратегія і тактика лікування гострої кишкової непрохідності // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина».— Ужгород, 2001.— № 14.

### Опыт лечения острой кишечной непроходимости

*В. А. Дягель, В. М. Жолоб, В. И. Дрозд, В. Я. Квасюк*

В статье изложено наблюдение лечения больных острой кишечной непроходимостью, вызванной разными причинами. Предложена оптимальная тактика дооперационной подготовки и оперативного лечения.

### An experience of acute intestinal obstruction treatment

*V. A. Diahel', V. M. Zholob, V. I. Drozd, V. Ya. Kvasiuk*

In the article observation of treatment of patients with acute intestinal obstruction caused by various causes is presented. An optimum approach is proposed for preoperative preparation and surgical treatment.