

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

В данной статье приведены и проанализированы результаты исследований особенностей диагностики и лечения острой кишечной непроходимости у лиц пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: *больные пожилого и старческого возраста, острая кишечная непроходимость, перитонит, сопутствующая патология.*

S. A. Zhidkov, A. A. Litvinchik

THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT FEATURES OF THE ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION ELDERLY AND OLD PATIENTS

The results of the research the diagnostics and treatment features of the acute intestinal obstruction elderly and old patients are presented and analysed in the article.

Key words: *elderly and old patients, acute intestinal obstruction, peritonitis, accompanying pathology.*

Кишечная непроходимость (ileus) – клинический симптомокомплекс, характеризующийся нарушением пассажа содержимого по кишечнику вследствие различных причин [1].

Острая кишечная непроходимость (ОКН) является одной из наиболее сложных хирургических патологий в плане диагностики и лечения. Несмотря на современные достижения абдоминальной хирургии и послеоперационной интенсивной терапии, результаты лечения ОКН нельзя признать удовлетворительными, так как по данным международной статистики за 2012 г. летальность составляет 17–31% [2].

Сложность диагностики, в связи со стертостью клиники заболевания у лиц пожилого и старческого возраста, на-

личие у них тяжелых сопутствующих изменений жизненно важных органов, большое количество осложнений и высокая послеоперационная летальность – все это заставляет клиницистов искать пути совершенствования как диагностических, так и лечебных методов [3].

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о том, что одной из главных причин неблагоприятных исходов у пациентов с ОКН являются: несвоевременная диагностика и запоздалое оперативное вмешательство, а также непосредственно возраст и широкий спектр сопутствующей патологии [2].

Цель: изучить особенности комплекса лечебно-диагностических мероприятий при ОКН, а также провести срав-

нительную характеристику консервативных и хирургических методов лечения ОКН с возможным последующим улучшением результатов лечения данной патологии.

Цель работы предопределила следующие **задачи**:

1. Изучить частоту и особенности клинического течения ОКН у лиц пожилого и старческого возраста.

2. Уточнить информативность и целесообразность проведения различных диагностических исследований при данной патологии.

3. Изучить эффективность предлагаемого комплекса мероприятий в лечении ОКН.

Материал и методы. Основным методом исследования явился ретроспективный анализ архивного материала (историй болезни).

Наша работа построена на материалах комплексного изучения историй болезни 182 пациентов (107 женщин и 75 мужчин в возрасте от 60 до 94 лет), проходивших стационарное лечение в условиях отделений экстренной и гнойной хирургии УЗ «2 ГКБ» г. Минска в период с 2010 г. по 2012 г. Основываясь на данные изученных материалов выявлены основные этиологические причины развития ОКН. Установлено, что у пациентов пожилого и старческого возраста в этиологии ОКН преобладает обтурация просвета кишки, в отличие от всей популяции, где по данным ВОЗ на 2011 г. основным этиологическим критерием возникновения ОКН является спаечный процесс в брюшной полости [5]. Изучены основные возможности УЗИ диагностики динамической и механической кишечной непроходимости. Дана определенная оценка возможностям рентгенологического исследования в определении эффективности консервативных мероприятий при ОКН и решения вопроса в пользу оперативного вмешательства.

Статистическая обработка полученных данных выполнена на персональном компьютере ASUS/X 51 L с помощью программы Статистика 9.0.

Возраст больных составлял от 60 до 94 лет, все пациенты условно были разделены на 3 возрастные группы (табл. 1).

Таблица 1. Возрастная характеристика пациентов

60–74 лет	95 (52,2%)
75–90 лет	79 (43,4%)
Старше 90 лет	8 (4,4%)

Как видно из данных таблицы 1, наибольшее количество пациентов вошло в первую возрастную группу (60–74 лет) 52,2 %.

Толстокишечная непроходимость наблюдалась у 102 пациентов (56,0 %), тонкокишечная – у 80 пациентов (43,9 %).

У 96 пациентов (52,7 %) была выявлена обтурационная ОКН (из них 84 опухолевого генеза), а на долю странгуляционной ОКН пришлось 24 пациента (13,2%) – в 14 случаях встречались ущемленные паховые и бедренные грыжи, спаечная непроходимость кишечника была выявлена у 48 человек (26,4%), на долю мезентериальной (сосудистой) ОКН пришлось 10 пациентов (5,5%) и другие формы ОКН (2,2%) (рис. 2).

В свою очередь 34 пациента (68%) со спаечной непроходимостью перенесли в прошлом две или более операции на органах брюшной полости. На протяжении указанного промежутка времени 18 пациентов госпитализировались в хирургическое отделение УЗ «2 ГКБ» двукратно, 7 пациентов – 3 раза и более.

Клиника острой непроходимости кишечника у лиц пожилого и старческого возраста различной степени отличалась от течения ее у лиц молодого и среднего возраста, однако меньшая интенсивность болевого синдрома и неоправданная надежда на самоизлечение приводила к поздней госпитализации (142 пациента (78,0%) поступили спустя 24 ч после начала заболевания) и развитию тяжелых осложнений.

Из исследуемой нами группы пациентов 174 были доставлены в приемное отделение УЗ «2 ГКБ» г. Минска каретами скорой медицинской помощи УЗ ГССМП № 2, № 4, № 8, № 9. При этом удельный вес неправильных направлений диагнозов составил 39% (68 случаев).

Нами отмечена прямая зависимость между сроком поступления и летальностью. Если среди больных, поступивших до 12 часов с момента заболевания (41 пациент), летальность составляла 12,1% (5 человек), то среди больных, поступивших спустя 24 часа с момента заболевания (142 пациента), летальность составила 19,7% (28 пациентов) (рис. 3).

Одна из характерных особенностей течения ОКН у лиц пожилого и старческого возраста – это наличие сопутствующих заболеваний, которые затушевывают клиническую картину, ухудшают общее состояние больного, не позволяют провести полноценное обследование до операции с целью установления топического диагноза. Из всех больных исследуемой группы – 98% (178 пациентов) имели сопутствующие заболевания, из них 76% – патологию сердечно-сосудистой системы. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями в выбранной группе пациентов были: АКС (36,2%), АГ (35,9%), ИБС (25,8%), в том числе у 21 (11,5%)



Рис. 1



Рис. 2. Распределение форм ОКН по этиологическому признаку

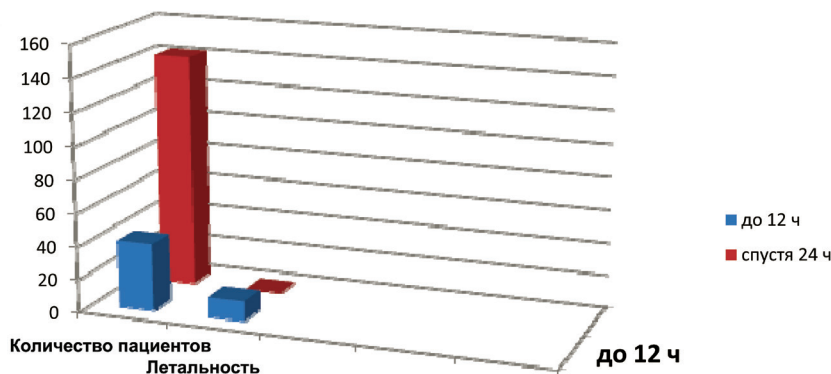


Рис. 3. Зависимость летальности от сроков поступления в стационар

пациента в анамнезе были инфаркты миокарда), ЖКБ (20,9%), хронический бронхит (18,1%), ожирение (12%), сахарный диабет (5,3%), аденома предстательной железы (4,9%).

В процессе обследования больных в структуре лечебно-диагностических мероприятий использовались различные физикальные и инструментальные методы исследования, а также элементы консервативной терапии, которые во многих случаях трансформировались в меры предоперационной подготовки.

1. Обзорная рентгенография органов брюшной полости произведена 158 пациентам (86,8%) – 134 (73,6%) пациентам в положении стоя, и в 24 (13,2%) случаях, при тяжелом состоянии пациента, в латеропозиции; чаши Клойбера при этом выявлены лишь у 128 (82%) пациентов (причем при странгуляционной ОКН в 96% случаев – у 122 пациентов), пневмотоз кишечника – у 54 (29,7%). Диагностическая ценность метода составила 78,8% (рис. 5).

Повторное (динамическое) рентгенологическое исследование совместно с пассажем бария (в объеме около 50 мл) применялось в 77 случаях (42,3%). Следует отметить, что рентгенологическое исследование с применением сульфата бария оказалось результативным (показательным) для диагностики обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза только в 53 случаях (63,1%).

2. Консервативная терапия, выполняемая в рамках лечебно-диагностического приема согласно Протоколом МЗ РБ по лечению ургентной хирургической патологии, а также данным мировой и отечественной литературы соответствовала целенаправленному воздействию на основные звенья патогенеза кишечной непроходимости:

- коррекция водно-электролитных нарушений и ликвидация гиповолемии;
- восполнение дефицита калия;
- устранение расстройств гемодинамики (использование реологически активных средств);
- нормализация белкового баланса;
- воздействие на перистальтическую активность кишечника;
- детоксикация и профилактика гнойно-септических осложнений;

3. Выполнение сифонных клизм имело место в 151 случае (82,9%). (Точно учесть данный показатель невозможно, так как выполнение данной манипуляции не всегда регистрировалось в истории болезни). При этом в 48 случаях применения сифонных и очистительных клизм удалось избежать оперативного вмешательства.

4. Постановка назогастрального зонда была произведена 139 пациентам (76,4%).

5. У 42 пациентов (23,1%) с ОКН эффективно использовалась диагностическая колоноскопия (диагностическая ценность 88%), у 34 (18,7%) пациентов использовалась диагностическая сигмоскопия (диагностическая ценность 96%), причем в 18 случаях пациентам применялись последовательно оба этих метода исследования.

6. УЗИ ОБП выполнялось 129 пациентам (70,9%) из которых информативными оказались 102 (56,1%), что свидетельствует об ограниченности диагностических возможностей данного метода в связи выраженной пневмотизацией кишечника при ОКН, затрудняющей визуализацию органов брюшной полости.

Однако на исход операции влияют не столько наличие и характер сопутствующего заболевания, сколько сохранность жизненных резервов, степень компенсации основных жизненных функций, возможность их коррекции.

Улучшению результатов лечения больных с ОКН способствует своевременная диагностика и ранее оперативное вмешательство. Всем больным с инфарктом миокарда в анамнезе, а также ухудшением функции сердечно-сосудистой системы перед операцией выполняли УЗИ сердца с определением фракции выброса левого желудочка и измеряли ЦГД с целью определения функциональных возможностей сердечнососудистой системы, что позволяло объективно определить объем операции. Количество таких пациентов составило 52. Всем 182 пациентам исследуемой группы на догоспитальном либо на госпитальном этапе выполнялось ЭКГ исследование. Также с целью



Рис. 4. Процентное соотношение сопутствующей патологии

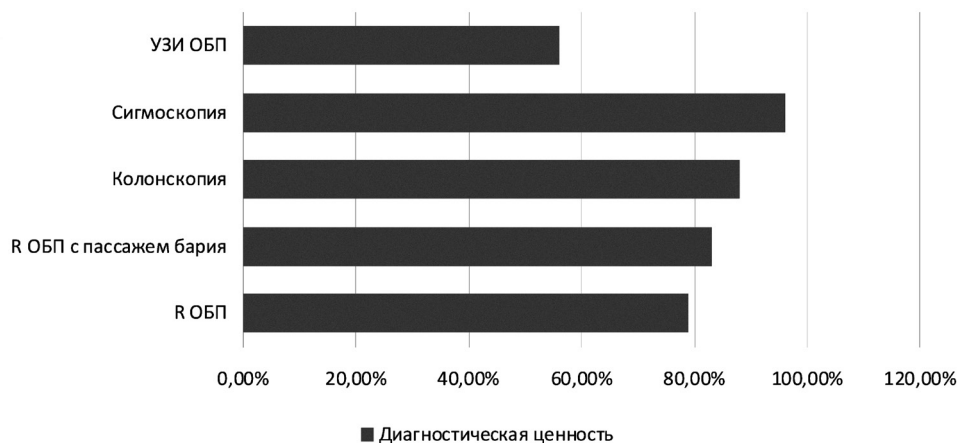


Рис. 5. Процентное соотношение сопутствующей патологии



Рис. 6. Диагностическая ценность инструментальных методов

более глубокого обследования органов ЖКТ и по экстренным показаниям в 24 случаях выполнялась ФГДС, 13 пациентам проводилась КТ.

Из всей группы пациентов к хирургическому лечению пришлось прибегнуть в 108 случаях. Из 108 пациентов у 72 был выявлен опухолевый генез заболевания, подтвержденный гистологически (как толстой-64, так и тонкой кишки-8), еще 12 пациентам, у которых по данным диагностических методов был выявлен опухолевый генез КН по проводилось консервативное лечение, по причине запущенности онкологического процесса и декомпенсации основных систем органов организма. Еще 19 пациентам выполнялись операции по разъединению спаек в брюшной полости, 5 пациентам – операции по поводу ущемленных грыж.

Операции по поводу ОКН предусматривают последовательное решение следующих задач:

- установление причины и уровня непроходимости; – устранение морфологического субстрата ОКН; – определе-

ние жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции;

- установление границ резекции измененной кишки и ее выполнение;
- определение показаний и способа дренирования кишки;
- санация и дренирование брюшной полости при наличии перитонита.

При этом по данным ВОЗ на 2012 год летальность при ОКН у лиц старше 60 лет составляла в среднем около 29%. Из 33 умерших 23 (69,7%) пациентов были старше 75 лет, соответственно входили во вторую и третью возрастные группы.

Средний срок пребывания пациентов исследуемой группы в стационаре составил 12,7 койко-дней.

Основной причиной смерти больных пожилого и старческого возраста с ОКН опухолевого генеза является наличие у больных запущенного перитонита (17 человек) и отдаленных метастазов (52 пациента), что в итоге приводило к необратимой полиорганной недостаточности.

Таблица 2. Объем оперативных вмешательств, применявшихся у пациентов исследуемой группы при ОКН опухолевого генеза

Локализация опухоли	Вид операции							Всего
	Гемиколэктомия с анастомозом	Гемиколэктомия с илеостомой	Операция типа Гартмана	Наложение коло-стомы	Наложение илеостомы	Наложение ободочного анастомоза	Резекция кишки с наложением анастомоза	
Правая половина ободочной кишки	8	2	–	–	2	1	–	13
Поперечная ободочная кишка	–	1	3	–	1	1	–	6
Левая половина ободочной кишки	–	1	36	5	–	–	–	42
Прямая кишка	–	–	–	3	–	–	–	3
Тонкая кишка	–	–	–	–	–	–	8	8
Всего	8	4	39	8	3	2	8	72

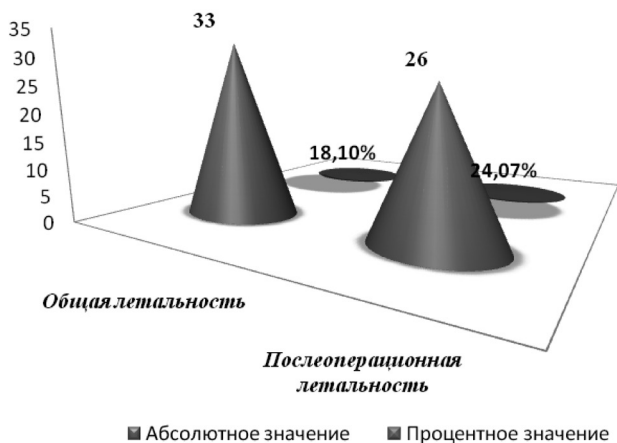


Рис. 7. Показатели общей и послеоперационной летальности

Всего в послеоперационном периоде умерло 26 пациентов. Общая летальность составила 18,1%, послеоперационная – 24,07%.

Для анализа и оценки, проводимой хирургической тактики оказания помощи больным пожилого и старческого возраста, мы сравнили летальность в данной возрастной группе за период 2010–2012 гг., с периодами 1988–1992 гг. и 1998–2002 гг. (табл. 3).

Таблица 3. Показатели послеоперационной летальности у пациентов старше 60 лет с ОКН

Заболевание	1988–1992 гг.		1998–2002 гг.		2010–2012 гг.	
	оперировано	умерло	оперировано	умерло	оперировано	умерло
ОКН	27	5	49	11	108	26
		18,0%		22,4%		24,1%

Таким образом, изучение вопросов оказания медицинской помощи пожилым пациентам на догоспитальном и госпитальном этапах, тактика их оперативного лечения находится в прямой зависимости от компенсации систем организма, более всего функции сердечно-сосудистой системы (в т. ч. при сочетанных заболеваниях).

Выводы

1. Результаты лечения и количество осложнений при ОКН у лиц пожилого и старческого возраста от многих факторов, а особенно от клинической формы ОКН, сроков поступления в стационар, качества диагностики на догоспитальном и госпитальном этапах.

2. Среди больных с острой кишечной непроходимостью пожилого и старческого возраста, 61,8% имеют не менее двух сопутствующих заболеваний. Также полученные данные позволяют нам сделать вывод о том, что за последнее десятилетие значительно выросло количество ОКН (особенно опухолевого генеза), соответственно выросло количество оперативных вмешательств, выполняемых по поводу данной патологии. Показатель послеоперационной летальности составил 24,1%, что свидетельствует о том, что все больше пациентов обращаются за медицинской помощью уже с 3–4 стадией онкологического заболевания.

3. Среди методов комплексного обследования больных с подозрением на ОКН предпочтение по прежнему отдаем клинико-рентгенологическим методам: обзорная рентгенография брюшной полости, пассаж бария при тонкокишечной, срочная колоно-либо сигмоскопия при подозрении на толстокишечную непроходимость или комбинация эти методов.

Литература

1. Жидков, С. А. Оптимизация подходов к лечению urgentных хирургических больных старше 60 лет // Рецепт. – 2004. – Прил. Научные и организационные вопросы. профилактики и лечения возрастных патологий : Материалы конф. – С. 21–23.
2. Жидков, С. А. Перитонит у лиц пожилого и старческого возраста // Инфекция в хирургии – проблема современной медицины: III Всеарм. науч. практ. конф. с междунар. участием. – М., 2002. – С. 46.
3. Жидков, С. А. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста // Мед. панорама. – 2005. – №5. – С.13–15.
4. Жидков, С. А. Симультанные операции в urgentной хирургии у больных пожилого и старческого возраста // Мед. новости. – 2005. – № 10. – С. 108–111.
5. 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; 73–74.
6. Ерюхин, И. А. Кишечная непроходимость / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич. – СПб.: Питер, 1999. – 443 с.

Поступила 15.10.2014 г.