

С. А. Жидков<sup>1</sup>, В. Е. Корик<sup>1</sup>, А. П. Трухан<sup>1</sup>, А. А. Гоман<sup>1</sup>,  
А. С. Жидков<sup>1</sup>, Ю. А. Котов<sup>2</sup>, Н. Г. Петрова<sup>2</sup>

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ЛИЦ СТАРШЕ 75 ЛЕТ

*Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета  
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>  
УЗ «2-я городская клиническая больница»<sup>2</sup>*

Кишечная непроходимость различно генеза остается до сих пор одним из самых тяжелых заболеваний в неотложной хирургии. Даже после постановки диагноза имеются различные мнения по поводу сроков выполнения операции. Особые трудности вызывает лечение пациентов пожилого и старческого возраста. Последнюю группу (лиц старше 75 лет) большинство хирургов максимально долго пытаются вылечить консервативно. Послеоперационная летальность при этом достигает 50–60%.

Нами проведен анализ хирургического лечения 64 больных старше 75 лет с кишечной непроходимостью. Из них у 42 (65,6%) причиной заболевания был рак ободочной кишки, у 22 (34,4%) – другие причины. 73,8% пациентов поступили позже 48 часов от начала заболевания, 46,9% – с неправильным направительным диагнозом.

При поступлении в стационар, начиная с приемного покоя, проводился активный диагностический поиск: клиническое обследование, биохимическое исследование крови, инструменталь-

ные методы (обзорная рентгенография живота, рентгеноконтрастное исследование кишечника, УЗИ живота, сигмо- или колоноскопия). Самым информативным методом обследования в течение первых суток была обзорная рентгенография живота – 100% результат.

Благодаря активному диагностическому поиску в приемном покое правильный диагноз был поставлен в 75% случаев; при дообследовании в лечебном отделении – в 89%.

Консервативное лечение проводили по общепринятой схеме, учитывая сопутствующую патологию (на каждого больного диагностировано 2,4 сопутствующих заболеваний, из них в 100% случаев это патология сердечно-сосудистой системы). Проводимое лечение одновременно становилось предоперационной подготовкой. Обязательным в последней было участие терапевта (кардиолога) с целью коррекции функции сердца. Следует отметить, что у 100% поступивших были различные патологические изменения на ЭКГ. Показанием к операции было отсутствие эффекта консервативной терапии.

В первые 12 часов оперировано 24 (37,5%) больных; до 24 часов – 31(48,6%); позже 72 часов – 9 человек (13,9%).

В 28 случаях (66,6%) больным с опухолью ободочной кишки выполнены радикальные операции, в 12 (28,0%) наложение колостомы по причине неоперабельной опухоли, либо нестабильной гемодинамики больного до – и во время операции. В 2-ух случаях (5,4%) наложен обходной межкишечный анастомоз. При непроходимости неопухолевого генеза в основном проводилось рассечение спаек, лишь 2 операции (9,0%) завершили наложением энтеростомы из-за тяжелого состояния больных. При необходимости проводили назогастроинтестинальную интубацию кишечника (7 случаев).

Продленная ИВЛ (более 24 часов) применялась в 10 (15,6%) случаях, 30 пациентов (46,8%) находились в отделении реанимации до 24 часов, 11 (17,1%) – до 48 часов, 7 – до 72 часов и 16 (26,5%) более 72 часов. Причиной последнего факта явилось длительное проявление у больных симптомов полиорганной дисфункции.

В послеоперационном периоде умерло 19 пациентов. Летальность – 29,6%. При этом из 42 больных с опухолью ободочной кишки – 12 (28,5%),из прочих 22–7 (31,8%). Основная причина – развитие сердечно-сосудистой недостаточности.

### **Выводы**

1. Основная часть (73,5%) пациентов старше 75 лет с кишечной непроходимостью поступает позже 48 часов с момента заболевания, половина с неправильным направительным диагнозом.
2. Основным методом диагностики ОКН у лиц старше 75 лет является обзорная рентгенография живота.
3. Объем операции при ОКН у лиц старше 75 лет зависит от функционального состояния сердечно-сосудистой системы.
4. Основной причиной послеоперационной летальности в данной возрастной группе пациентов является развитие сердечно-сосудистой недостаточности.