



Л. Я. Ковальчук,  
А. Д. Беденюк, О. І. Костів,  
А. Є. Бурак, Ю.М. Крисюк

## СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ЗЛУКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

ДВНЗ «Тернопільський  
державний медичний  
університет  
імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»

© Колектив авторів

**Резюме.** Метою роботи було покращення комплексного лікування хворих із гострою злуковою кишковою непрохідністю. Розроблено спосіб інтестиноплікації при лікуванні гострої злукової кишкової непрохідності. Встановлено високу ефективність запропонованого способу в порівнянні з традиційними методиками, що сприяє профілактиці рецидивів злукової кишкової непрохідності та скорочує тривалість перебування хворого на ліжку.

**Ключові слова:** *гостра злукова кишкова непрохідність, роз'єднання злук інтестиноплікація, перистальтика, ранній післяопераційний період.*

### Вступ

У структурі захворювань ургентної хірургії гостра злукова кишкова непрохідність (ГЗКН) займає одне з провідних місць. Незважаючи на прогрес, який був досягнутий протягом останніх років, результати комплексного лікування цього важкого захворювання не можуть задовільнити клініцистів, оскільки післяопераційна летальність залишається високою і не має тенденції до зменшення [8, 10].

Летальність при ранній злуковій кишковій непрохідності після виконання операцій на органах черевної порожнини складає 15–55 %, а тому пошук нових шляхів вирішення даної проблеми є актуальним [3, 4, 11].

Найбільш частою причиною розвитку ГЗКН є злукова хвороба черевної порожнини. За даними Шапошнікова В. І. (2010), тільки роз'єднання злук без ентоплікації, супроводжується рецидивом ГЗКН у 72,8 % спостережень, зокрема в 8,9 % вже в ранньому післяопераційному періоді, а в 63,9 % — є терміни від 1 місяця до 5 років після виконання лапаротомії [1, 15].

Проблема актуальна також тим, що оперативні втручання виконані при злуковій кишковій непрохідності не ліквідовують загрози рецидиву хвороби, а лише подовжують світлі проміжки між її атаками. До теперішнього часу залишаються спірними питання етіопатогенезу, класифікації, лікувальної тактики і профілактики злукової хвороби (Жебровський В. В. і соавт., 2006).

Високий відсоток рецидивів гострої злукової кишкової непрохідності свідчить про те, що дана проблема потребує подальших пошуків нових методів профілактики та лікування злукової хвороби [2, 5, 6, 7, 9, 13].

### Мета роботи

Розробити спосіб та покращити результати комплексного лікування хворих із гострою злуковою кишковою непрохідністю.

### Матеріали та методи досліджень

Проведений аналіз лікування 36 хворих з гострою злуковою кишковою непрохідністю. З них 22 було проліковано за розробленим нами способом моделювання інтестиноплікації, який включає розкриття черевної порожнини з наступним укладанням кишкових петель горизонтальними або вертикальними витками та зшиванням їх між собою серо-серозними швами, який відрізняється від існуючих тим, що стінку кишки по внутрішній поверхні її згину гофрують за допомогою двох серо-серозних швів, що виконують у вигляді трьох послідовних прошивань з інтервалами в 3–4 мм кожною з лігатур (пат. 71223 А UA) [12].

Відомий спосіб моделювання інтестиноплікації, який включає розкриття черевної порожнини з наступним укладанням кишкових петель горизонтальними або вертикальними витками та зшиванням їх між собою серо-серозними швами [14]. Недоліком цього способу є недостатня ефективність і обмежена функціональна спроможність аплікованої кишки, що проявляється розладами перистальтики та порушенням прохідності її в післяопераційному періоді, однією з причин яких може бути формування так званої «шпори» — надмірного звуження просвіту кишки вип'ячуванням дуплікатури її стінки внаслідок перегину петлі в місці повороту під кутом 180°.

Ми вдосконалили відомий спосіб шляхом формування додаткового елемента жорсткості стінки кишки по внутрішній поверхні її згину, що усуває небажане формування «шпори», чим досягається збільшення діаметру просвіту кишки і підвищується ефективність способу оперативного втручання.

Для оцінки ефективності запропонованої нами лікувальної тактики всі хворі були розділені на дві групи. В I (основну) ввійшли 22 хворих пролікованих за запропонованою нами методикою. В II (контрольну) групу ввій-

шли 14 хворих, яким проводили інтестиноплекцію традиційним способом. В післяопераційному періоді всі хворі отримували традиційну терапію.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Спосіб здійснювався наступним чином. Після обробки операційного поля виконували середню лапаротомію по білій лінії живота. Петлі тонкої кишки вкладали горизонтальними або вертикальними витками довжиною до 15 см. У місцях повороту кишки (по внутрішній поверхні згину і вздовж її осі) на відстані в 1/3 і 2/3 від вільного краю (1) до брижового (2) накладали два серо-серозних шви (3–4) з трьома прошиваннями з інтервалом між ними в 3–4 мм та захопленням прилягаючих стінок місця згину (рис. 1 А).

Після цього прилягаючі стінки зшивали вузловими швами (5) вздовж осі кишки і по середині відстані між її вільним і брижовим краєм (рис. 1 Б). Лапаротомний розріз пошарово зашивали.

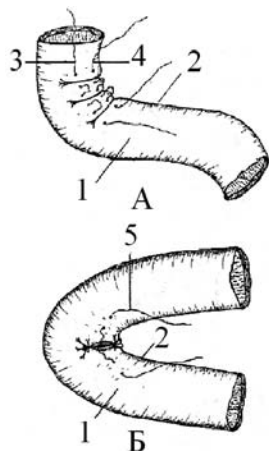


Рис. 1 Схема моделювання інтестиноплекції:  
 А – накладання серо-серозних гофруючих швів;  
 1 – вільний край тонкої кишки; 2 – брижів край тонкої кишки; 3, 4 – серо-серозні гофруючі шви; Б – зшивання прилеглих стінок кишки; 5 – вузлові серо-серозні шви вздовж осі кишки

У групах хворих в ранньому післяопераційному періоді оцінювали наступні клінічні дані що подані у таблиці.

Згідно даних, що відображені у таблиці, поява перших перистальтичних рухів у I та II групах обстежуваних хворих визначалось (аускультативно) на 2 добу післяопераційного періоду. Однак самовільне відходження газів у основній групі пацієнтів спостерігалось вже

на 3 добу після операції, тоді як у контрольній групі — лише на 4–5 добу та супроводжувалось помірним вздуттям живота, що можна пояснити надмірним звуженням просвіту кишки вип'ячуванням дуплікатури її стінки внаслідок перегину петлі в місці повороту. Також, слід відмітити, що у обстежуваних хворих II групи спостерігалась нудота, чого не відмічалось у пацієнтів I групи, що може бути зумовлена тривалішим терміном розрешення газового періоду.

Таблиця 1

Клінічні дані в ранньому післяопераційному періоді у групах обстежуваних хворих

Групи хворих	Поява перистальтики	Відходження газів	Вздуття живота	Суб'єктивні відчуття (нудота)
I група (основна, n=22)	2 доба	3 доба	—	—
II група (контрольна, n=14)	2 доба	4-5 доба	+	+

Післяопераційний період в усіх пацієнтів перебігав без ускладнень.

Запропонований спосіб лікування хворих дозволив скоротити термін перебування їх у відділенні інтенсивної терапії, раніше переводити у загальнохірургічне відділення, швидше активізувати їх, відновлювати ентеральне харчування та виписувати із стаціонару. Середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі зменшилась в середньому на 2,5 доби.

**Висновки**

1. Таким чином, розроблений нами спосіб моделювання інтестиноплекції, порівняно із іншими способами інтестиноплекції, ефективніший, збільшує діаметр просвіту кишки в місцях її згинів, завдяки чому попереджує порушення її прохідності, що сприяє профілактиці рецидивів злукової кишкової непрохідності.

2. Даний спосіб слід ширше застосовувати при рецидивах злукової кишкової непрохідності, як більш прогнозований, ніж при виконанні традиційної інтестиноплекції.

3. Лікування хворих за запропонованим способом дозволило скоротити термін перебування їх у відділенні інтенсивної терапії, раніше переводити у загальнохірургічне відділення, швидше активізувати їх, відновлювати ентеральне харчування та виписувати із стаціонару.

В подальшому планується вивчити віддалені результати лікування хворих за розробленою методикою.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Бондарев В. И. Комплексное хирургическое лечение острой спаечной непроходимости кишечника / В. И. Бондарев, Р. В. Бондарев, А. А. Орехов // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 2.2 (34). — С. 133–136.
2. Гамидов А. Н. Ранговая оценка факторов летальных исходов при спаечной непроходимости кишечника / А. Н. Гамидов, Ю. Л. Шальков // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 2.2 (34). — С. 140–142.
3. Гамидов А. Н. Спорные аспекты спаечного синдрома / А. Н. Гамидов, Ю. Л. Шальков // Харківська хірургічна школа. — 2008. — № 2 (29). — С. 134–136.
4. Гобеджишвили В. К. Прогнозирование и профилактика развития спаечного процесса у больных, оперированных на органах брюшной полости / В. К. Гобеджишвили, М. П. Лаврешин, Р. К. Гезгиева // Анналы хирургии. — 2006. — № 3. — С. 42–45.
5. Диагностика и комплексное лечение острой спаечной кишечной непроходимости / И. А. Криворучко, В. Г. Дуденко, Н. В. Красносельский [и др.] // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 1. — С. 102–104.
6. Дикий О. Г. Сучасні аспекти лікування спайкової хвороби очеревини / О. Г. Дикий // Клінічна хірургія. — 2008. — № 4–5. — С. 14.
7. Дикий О. Г. Сучасні аспекти профілактики гострої спайкової обструкції кишки / О. Г. Дикий // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 2.2 (34). — С. 112–114.
8. Ерюхин И. А. Кишечная непроходимость : руководство для врачей / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич. — СПб. : Питер, 1999. — 448 с.
9. Заевская Е. В. Современная концепция лечения спаечной болезни брюшной полости / Е. В. Заевская // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 2.2 (34). — С. 152–154.
10. Милуков В. Е. Патогенез метаболических нарушений при динамической кишечной непроходимости / В. Е. Милуков // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2006. — № 6. — С. 70–72.
11. Миминошвили О. И. Лечение и профилактика ранней спаечной непроходимости кишечника и спаечной болезни / О. И. Миминошвили, О. С. Антонюк // Клінічна хірургія. — 2006. — № 3. — С. 23–25.
12. Пат. 71223 А UA, 7 G 09 B 23/28. Спосіб моделювання інтестиноплікації / І. К. Венгер, А. Д. Беденюк, Н. І. Герасимюк ; заявник та патентовласник Тернопільська державна медична академія ім. І. Я. Горбачевського. — № 20031211065 ; заявл. 05.12.2003 ; опубл. 15.11.2004, Бюл. № 6.
13. Способ хирургического лечения и профилактики послеоперационных перитонеальных спаек / А. Г. Хасанов, И. Ф. Суфияров, С. С. Нигматзянов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2008. — № 3. — С. 43–45.
14. Шалимов А. А. Хирургия пищеварительного тракта / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко. — К. : Здоров'я, 1987. — 568 с.
15. Шапошников В. И. Профилактика рецидива спаечной кишечной непроходимости / В. И. Шапошников // Харківська хірургічна школа. — 2010. — № 1. — С. 200–202.

## СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Л. Я. Ковальчук,  
А. Д. Беденюк, О. И. Костив,  
А. Є. Бурак, Ю. М. Крисяк*

**Резюме.** Целью работы было улучшение комплексного лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. Разработан способ интестинопликации при лечении острой спаечной кишечной непроходимости. Установлено высокую эффективность предложенного способа по сравнению с традиционными методиками, что способствует профилактике рецидивов спаечной кишечной непроходимости и сокращает продолжительность пребывания больного на койке.

**Ключевые слова:** *острая спаечная кишечная непроходимость, разъединения спаек, интестинопликация, перистальтика, ранний послеоперационный период.*

## METHOD OF TREATMENT ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

*L. Ya. Kovalchuk,  
A. D. Bedeniuk, O. I. Kostiv,  
A. Ye. Burak, Y. M. Krysyuk*

**Summary.** The aim of the study was to improve the treatment of patients with acute adhesive intestinal obstruction. Developed a method of intestinoplikation in the patients with acute adhesive intestinal obstruction. The high efficiency of the proposed method compared to traditional methods, which contributes to the prevention of recurrence of adhesive intestinal obstruction and shortens hospital stay.

**Key words:** *acute adhesive intestinal obstruction, separation of adhesions, intestinoplikation, peristalsis, the early postoperative period.*