



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2 (113) 2022

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983П
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою

ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 03 від 22.02.2022 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарьова
Адміністратор
К. В. Пономарьова

Підписано до друку 23.02.2022 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 10,75.
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:

61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-39
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2022

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ

Заступники головного редактора

П. М. Замятін, док. мед. наук, професор
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор
Ю. В. Іванова, док. мед. наук, професорка
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка
О. В. Кравцов, доктор медичних наук
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор
С. О. Савві, док. мед. наук, професор
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор

ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна),
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU
І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка член-кор. НАМН України
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU
А. К. Флорікян, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андреєщев, канд. мед., доцент (Київ, Україна),
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
І. Я. Дзюбановський, док. мед. наук, професор (Тернопіль, Україна)
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. І. Сипітій, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. І. Стариков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. М. Тищенко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)



Зміст

Contents

ЗАГАЛЬНА ТА НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ

GENERAL AND EMERGENCY SURGERY

Діагностика та хірургічна корекція
анатомо-топографічних змін
за ускладнених гриж стравохідного
отвору діафрагми. 5

*Б. Ф. Шевченко, Н. В. Пролом,
О. М. Бабій, О. В. Зелениук,
С. О. Тарабаров, О. О. Галінський*

Нейтрофільно-лімфоцитарне
співвідношення як ранній прогностичний
предиктор перебігу гострого панкреатиту 12

*Т. В. Форманчук, В. О. Шапринський,
О. М. Лопушанський*

Вплив характеру жовтяниці
на тактику лікування хворих
на гострий панкреатит 18

*Т. І. Тамм, В. В. Непомнящий,
К. О. Крамаренко, І. М. Мамонтов,
О. П. Захарчук, І. Г. Зульфїгаров,
Д. Д. Рябушенко*

Спленектомія у пацієнтів
із патологією системи крові 24

*С. О. Бичков, Л. М. Душик,
Н. В. Черкова*

Хірургічне лікування гострої спайкової
непрохідності тонкої кишки. 28

*О. В. Капшитар, О. О. Капшитар,
П. Ю. Танцюра*

Паліативне хірургічне лікування
нерезектабельних пухлин головки
підшлункової залози, що ускладнені
механічною жовтяницею і дуоденальною
обструкцією, шляхом стентування
біліарної системи та дванадцятипалої
кишки нітіноловими стентами. 33

*Б. Г. Безродний, І. В. Колосович,
В. П. Слободяник, О. М. Петренко,
М. С. Філатов*

Критерії оцінки важкості та прогнозу
за гнійно-запальних
захворювань 37

*О. Є. Каніковський, О. І. Бондарчук,
С. В. Сандер, В. М. Крошка,
О. М. Лопушанський*

Diagnosis and surgical correction
of anatomical and topographic
changes in case of complicated
hiatal hernias 5

*B. F. Shevchenko, N. V. Prolom,
O. M. Babii, O. V. Zeleniuk,
S. O. Tarabarov, O. O. Galinsky*

Neutrophil-lymphocyte ratio
as an early prognostic predictor
of the course of acute pancreatitis 12

*T. V. Formanchuk, V. O. Shaprinskiy,
O. M. Lopushanskiy*

Influence of jaundice nature
on the treatment tactics
of patients with acute pancreatitis 18

*T. I. Tamm, V. V. Nepomnyaschiy,
K. O. Kramarenko, I. M. Mamontov,
O. P. Zakharchuk, I. G. Zulfigarov,
D. D. Ryabushenko*

Splenectomy in patients
with pathology of the blood system. 24

*S. O. Bichkov, L. M. Dushyk,
N. V. Cherkova*

Surgical treatment of acute adhesive
small intestine obstruction. 28

*O. V. Kapshytar, O. O. Kapshytar,
P. Y. Tantsura*

Palliative surgical treatment
of unresectable tumors of the head
of the pancreas complicated
by mechanical jaundice and duodenal
obstruction by stenting
of the biliary system and duodenum
with nitinol stents 33

*B. G. Bezrodnyi, I. V. Kolosovich,
V. P. Slobodjanyk, O. M. Petrenko,
M. S. Filatov*

Severity and prognosis assessment
criteria for purulent-inflammatory
diseases 37

*O. E. Kanikovskiy, O. I. Bondarchuk,
S. V. Sander, V. M. Kroshka,
O. M. Lopushanskiy*



О. В. Капшитар,
О. О. Капшитар,
П. Ю. Танцура

Запорізький державний
медичний університет

© Колектив авторів

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОНКОЇ КИШКИ

Реферат. *Мета дослідження:* вивчити та оцінити результати хірургічного лікування гострої спайкової непрохідності тонкої кишки (ГСНТК).

Матеріал і методи. Із 49 хворих на ГСНТК у минулому 83,7 % перенесли одну операцію, 14,3 % — 2.

Результати та їх обговорення. Після лапаротомії у 75,5 % пацієнтів перетнуті спайкові штранги, у 4,1 % — тонка кишка + двостовбурна кінцева ілеостома, у 18,4 % — виконана резекція тонкої кишки, у 2 % — ілеотрансверзоанастомоз, у 18,4 % — симультанні операції. Інтубація тонкої кишки за показаннями

Ятрогенні ушкодження мали місце у 12,2 % хворих, післяопераційні ускладнення — у 18,4 %. Померли 3 (6,1 %) пацієнтів: сепсис (1), поліорганна недостатність (1), COVID-19 асоційована пневмонія (1).

Висновки. Гостра спайкова непрохідність тонкої кишки становить 3,8 % від усіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Об'єм операції залежав від життєздатності тонкої кишки, можливості розділення конгломерату чи інфільтрату, вибору методу інкубації кишки, наявності симультанної патології. Дана хірургічна тактика призвела до 18,4 % післяопераційних ускладнень, 4,1 % — релапаротомій, 6,1 % — летальності.

Ключові слова: тонка кишка, гостра непрохідність, спайки, хірургічне лікування.

Вступ

Проблема спайкової хвороби очеревини та хірургічного лікування пов'язаної з нею гострої спайкової непрохідності тонкої кишки (ГСНТК) і сьогодні залишається однією з найбільш актуальних та складних [1-5]. Аналізуючи існуючий стан проблеми автори [2] констатують, що за результатами досліджень спайкова хвороба очеревини відноситься до найбільш частого з післяопераційних ускладнень і розвивається у 67–91 % пацієнтів які перенесли операції класичним лапаротомним доступом у різні терміни післяопераційного періоду, а за даними деяких авторів — у 100 % [6]. ГСНТК відноситься до гострої странгуляційної непрохідності кишки та є однією з найбільш важких проявів механічної кишкової непрохідності [5, 7].

За даними [8] частота ГСНТК варіює в межах від 50 до 93,3 % від усіх видів механічної непрохідності не пухлинного генезу з летальністю 14,2–52,4 % [8]. Утім за опрацьованими даними низки дослідників наведено дещо кращі результати, спайки є проявом ГСНТК у 40–75 % від усіх хворих на кишкову непрохідність із летальністю 5–10 %, не маючи тенденції до її зниження [3].

Операція не має альтернативи в лікуванні ГСНТК [2, 9, 10]. У продовж усього періоду розвитку хірургічного лікування цього захворю-

вання класичний лапаротомний доступ використовується у всьому світі [5, 7, 8, 9]. Важливим кроком уперед стало впровадження такої новітньої технології як відеолапароскопія (ВЛС), що дозволила не лише діагностувати але й лікувати ГСНТК [3, 10]. Перші результати довели наявність переваг мініінвазивного оперативного доступу [3, 10]. Визначений ряд місцевих протипоказань до ВЛС: надмірне здуття живота, виражений перитоніт, необхідність резекції кишки, інтестинальної інтубації тонкої кишки, щільний запальний інфільтрат або конгломерат, кишкова норія в анамнезі. Загальними протипоказаннями є нестабільна гемодинаміка, серйозні коморбідні стани, серцева та легенева недостатність. Конверсія варіює в межах 6–45 %, з них виражені внутрішньоочеревинні зрощення, неможливість ревізії всіх петель тонкої кишки, сумніви у прохідності деформованих петель в конгломератах кишок.

Мета дослідження

Вивчити та оцінити результати хірургічного лікування гострої спайкової непрохідності тонкої кишки (ГСНТК).

Матеріал та методи досліджень

Представляємо аналіз клінічного матеріалу 49 хворих на ГСНТК, яких було прооперовано



у хірургічному відділенні з Центром шлунково-кишкових кровотеч КНП «Міської лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги» Запорізької міської ради, що є базою кафедри загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти, за 2019–2021 роки. Дану патологію було діагностовано у 49 (3,8 %) пацієнтів із 1283 прооперованих хворих на гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини. Із огляду на 60 пацієнтів на гостру непрохідність тонкої кишки не пухлинного генезу ГСНТК виявлено у 49 (81,7 %) хворих. Чоловіків було 17 (34,7 %), жінок — 32 (65,3 %). За віковою класифікацією ВОЗ у молодому віці (18–44 роки) знаходились 12 (24,5 %) пацієнтів, середньому віці (45–59 років) — 7 (14,3 %), похилому віці (60–74 роки) — 19 (38,7 %) та старечому віці (75–90 років) — 11 (22,5 %).

У більшості хворих, 43 (87,8 %), за наявності патології органів черевної порожнини або малого тазу, первинним хірургічним втручанням була лапаротомія. Так, апендектомія — перша операція у 16 (37,2 %) пацієнтів, у 10 (23,3 %) хворих — гінекологічні операції (резекція яєчника — 3, гістеректомія — 3, сальпінгектомія — 2, кесаревий розтин — 2), у 5 (11,6 %) — операції за ускладненої виразки дванадцятипалої кишки (висічення перфоративної виразки з пілоропластиком за Джаддом-Хорслі — 2, висічення кровоточивої виразки з пілоропластиком за Джаддом-Хорслі — 2 та резекція 2/3 шлунку за Більрот-ІІ — Бальфуру — 1), у 4 (9,3 %) — операції за травматичних ушкоджень органів черевної порожнини (ушивання розриву печінки — 2, рани тонкої кишки — 1, спленектомія — 1), у 3 (7 %) — традиційна холецистектомія, у 3 (7 %) — операція Гартмана, у 1 (2,3 %) — правостороння геміколектомія з ілео-трансверзоанастомозом, у 1 (2,3 %) — дренивання сальникової сумки і лише у 3 (7 %) — марна лапаротомія. Досить рідко, 3 (6,1 %) хворих було прооперовано за наявності патології передньої черевної стінки (пахова аутогерніопластика — 2, висічення десмоїда — 1). У подальшому більше 2-х операцій перенесли 7 (14,3 %) пацієнтів, з яких 2 (28,6 %) — у зв'язку з ГСНТК. Під час шпиталізації у 5 (10,2 %) хворих діагностовано післяопераційну вентральну грижу (жовчокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит — 2), у 1 (2 %) — параколомостомічна грижа, а у 3 (6,1 %) — функціонуюча одностворбурна кінцева десцендостома.

Коморбідна патологія, що налічувала від 2 до 8 нозологічних форм, мала ризики на результати лікування 46 (93,9 %) пацієнтів. Із них у 9 (19,6 %) хворих основною патологією була ішемічна хвороба серця, у 9 (19,6 %) — генералізований атеросклероз, у 8 (17,4 %) — цукровий діабет, у 6 (13 %) — гіпертонічна хвороба,

у 5 (10,9 %) — хронічне обструктивне захворювання легенів, у 4 (8,6 %) — рак (яєчника — 2, сигмовидної ободової кишки — 1, прямої кишки — 1), у 1 (2,2 %) — деменція та у 1 (2,2 %) — опійна наркоманія.

Пацієнти транспортовані швидкою медичною допомогою у різні терміни від початку захворювання, до 6 годин — 13 (26,5 %) хворих, в межах 6–12 годин — 8 (16,3 %), 1–2 доби — 12 (24,5 %), 3–5 діб — 11 (22,5 %), 7–8 діб — 5 (10,2 %).

Результати досліджень та їх обговорення

Після клінічного обстеження виконано та проаналізовано результати додаткових методів дослідження (лабораторно-біохімічні, оглядова рентгенографія черевної порожнини, проба Шварца, ультразвукове дослідження, фіброезофагогастроуденоскопія, рідше — комп'ютерна томографія, ВЛС). Починали консервативно лікувати з подальшим динамічним спостереженням. Показання до оперативного втручання встановлено до 6 годин після шпиталізації в хірургічну клініку у 9 (18,4 %) пацієнтів, в межах 6–24 години — 21 (42,8 %), 1–2 доби — у 16 (32,7 %), 3–4 доби — 2 (4,1 %) та на 5-ту добу — 1 (2 %). Причини запізненого встановлення показань до невідкладної операції: ігнорування стандартних термінів рентгенологічного дослідження черевної порожнини при виконанні проби Шварца; відсутність потрапляння барію із тонкої кишки до сліпої кишки у проміжку 4–6 годин після його прийому; затримка барію у шлунку та ін.

Під час УЗД також ігнорування класичної сепіотики ГСНТК (роздуті петлі тонкої кишки, її маятниковоподібний тип перистальтики кишки, гідроперитонеум). Додатково встановлено відсутність знань стадійного перебігу ГСНТК з їх ризиками та комплексної оцінки динаміки клінічної картини захворювання з результатами додаткових методів дослідження.

Показання до невідкладної операції класичним лапаротомним розтином встановлено у 45 (91,9 %) хворих — група А. Із них у 41 (83,6 %) пацієнта встановлено спайкову хворобу органів черевної порожнини, ГСНТК, у 2 (4,1 %) — гостру непрохідність тонкої кишки, у 2 (4,1 %) — перитоніт (?).

За неясного доопераційного діагнозу у 4 (8,2%) хворих виконано ВЛС — група В із підозрою на гострий панкреатит чи кишкову непрохідність (3) та ГСНТК (1). Причиною конверсії — є низька непрохідність тонкої кишки з різко роздутими петлями, а у 2 (50 %) хворих додатково встановлено щільний конгломерат у правій здухвинній області з дифузним геморагічним перитонітом.

Після лапаротомії встановлено, що низька ГНТК превалювала — 42 (85,7 %) пацієнти

проти високої ГНТК — 7 (14,3 %). Перитоніт діагностовано у 26 (53,1 %) хворих (дифузний геморагічний — 11, розлитий геморагічний — 7, дифузний серозний — 8). Діагностовані наступні симультанні захворювання у 9 (18,4 %) пацієнтів, із яких післяопераційна вентральна грижа (3) та параколомічна (1), жовчокам'яна хвороба, хронічний кам'яний холецистит (2), кістома яєчника (2), дивертикул Меккеля (1). Об'єм невідкладних операцій та результати представлені у табл.

Таблиця
Невідкладні оперативні втручання у пацієнтів на ГСНТК

Об'єм операції	Групи хворих		Всього хворих	
	Група А лапаротомія (n=45)	Група В ВЛС, конверсія (n=4)	абс.	%
Перетинання спайкових штрангів + назеоїюнальна інтубація	26	2	28	57,1
Перетинання спайкових штрангів + назоінтестинальна інтубація тонкої кишки за Вангенштінном	9**		9**	18,4
Резекція тонкої кишки, ЕЕА + назоінтестинальна інтубація тонкої кишки за Вангенштінном	4	2	6	12,3
Резекція тонкої кишки, ІТА + назеоїюнальна інтубація	3*		3*	6,1
Перетинання тонкої кишки, двостовбурна кінцева ілеостома	2		2	4,1
ІТА + назоінтестинальна інтубація тонкої кишки за Вангенштінном	1		1	2,0
Ітого	45	4	49***	100,0

Примітка * — кількість померлих хворих

Дані таблиці свідчать, що у більшості пацієнтів, 40 (81,6%), тонка кишка була життєздатна, що дало змогу ліквідувати ГСНТК шляхом перетинання спайкових штрангів і лише у 9 (18,4 %) хворих мали місце некротичні зміни, змусивши виконати резекцію тонкої кишки з різноманітними варіантами первинно відновної операції. Методом вибору був ентеро-ентероанастомоз (ЕЕА) — 12,3 % пацієнтів, втім за умови, коли довжина дистальної частини тонкої кишки після її резекції становила 4–6 см у 6,1 % хворих накладено ілео-трансверзоанастомоз (ІТА). За неможливості розділити щільний конгломерат у 2,0 % пацієнтів також наклали ІТА або у 4,1 % — виконали пересічення тонкої кишки з формуванням двостовбурної кінцевої ілеостоми. Важливим етапом операції вважаємо доповнення хірургічної корекції введенням назо-єюнального зонда у 31 (63,3 %) хворих або назоінтестинальною інтубацією тонкої кишки за Вангенштінном — у 16 (32,7 %).

Виконано наступні симультанні операції у 9 (18,4 %) пацієнтів: алогерніопластика *sub laui* (4 хворих), традиційна холецистектомія (2), екс-

тирпація кістоми яєчника (2) та дивертикула Меккеля (1). Ми не уникли ятрогенних поранень у 6 (12,2 %) пацієнтів, з них поранення здухвинної кишки (5 хворих) та червоподібного відростка (1).

Після операції у 9 (18,4 %) пацієнтів виникли різні ускладнення: нагноєння рани — у 3, кровотеча із передньої черевної стінки у черевну порожнину — у 1, млявий перитоніт — у 1, абдомінальний сепсис — у 1, пневмонія — у 2, поліорганна недостатність — у 1 хворого.

Релапаротомію виконано двом (4,1 %) хворим. Так, у одного з них на 6-у добу у зв'язку з млявим перебігом перитоніту проведено санацію черевної порожнини, який помер. У другого з них на 3-тю добу діагностовано кровотечу у черевну порожнину з м'яких тканин контр-апертури передньої черевної стінки, зупинку якої виконано шляхом їх прошивання, далі — видалення гемоперитонеуму з санацією черевної порожнини, хворий живий.

У післяопераційному періоді троє (6,1 %) хворих померли. Причиною смерті став абдомінальний сепсис на 10 добу (1 пацієнт), поліорганна недостатність внаслідок множинної тяжкої коморбідної патології на 22 добу (1), COVID-19 асоційована пневмонія на 7 добу (1). Виписані з одужанням 46 (93,9 %) хворих. Середній термін лікування у клініці склав 11,3 ліжка/дня.

Незважаючи на те, що за нашими даними ГСНТК мала місце у 3,8 % пацієнтів, прооперованих на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини, багато питань далекі від розв'язання, як і за даними інших авторів [2, 5, 7, 9]. Утім, з огляду на гостру непрохідність тонкої кишки не пухлинного генезу, частота ГСНТК наших хворих наближається до верхньої межі — 81,7 %. Літературні дані приводять великі межі коливань, 40–93,3 % [3, 8].

У минулому наші пацієнти найчастіше переносили оперативні втручання за невідкладної абдомінальної хірургічної патології — 61,3 %, серед яких апендектомія займала 1 місце, як і за іншими публікаціями [5, 7]. Не зважаючи на широкі можливості у діагностиці ГСНТК до 6 годин після шпиталізації у нашу клініку її хірургічну корекцію виконано у 18,4 % хворих, затримка мала місце у 81,6 % (у межах 6–24 години операцію виконано у 42,8 %, 1–2 доби — у 32,7 %, 3–4 доби — у 24,1 % та на 5 добу — у 2 %). Запізнілу операцію виконано у зв'язку з недотриманням стандартів діагностики [5, 7]. Новим напрямом у діагностиці ГСНТК має бути впровадження ВЛС [3].

Ми також почали впроваджувати ВЛС та виконали її лише у 8,2 % пацієнтів. Лише нежиттєздатна тонка кишка вимагає її резекції з накладанням ЕЕА — за нашими даними 18,4 %



хворих, що узгоджено з тактичним підходом усіх хірургів. Усе ж найчастіше з метою ліквідації ГСНТК виконували пересічення спайкових штрангів — 75,5 % пацієнтів. В Україні інкубація тонкої кишки є обов'язковим етапом операції [5, 7]. Ми у 63,3 % хворих виконали назо-єюнальну інкубацію та у 32,7 % — назо-інтестинальну інтубацію тонкої кишки за Вангенштіном.

Після резекції тонкої кишки за короткої відвідної кишки з поганим кровообігом, вимушено у 6,1 % пацієнтів наклали ІТА. Також вимушено, за наявності щільного органного конгломерату, що не вдалося розділити, у 2,0 % хворих також наклали ІТА та у 4,1 % — перетнули тонку кишку та сформували двостовбурну кінцеву ілеостому як перший етап оперативного втручання.

Ятрогенні ушкодження не розглядаються у публікаціях [3]. Між іншим під час наших оперативних втручань вони становили 12,2 % пацієнтів (здухвинна кишка — 5 хворих, червоподібний відросток — 1). Літературні джерела показують, що післяопераційні ускладнення можуть становити 23,4 % [2]. Наші дані свідчать про 18,4 % цих ускладнень.

Вимушену релапаротомію виконано 2 (4,1 %) хворим, один із яких помер. Летальність є найбільш грізним наслідком лікування ГСНТК. Вона неоднозначна у періодиці. Так є дані, що летальність варіює в межах 14,2–52,4 % [8], в інших — 5–10 % [3]. Із наших пацієнтів померли 6,1 %.

Висновки

1. Серед хворих на гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини ГСНТК склала 3,8 %.

2. Ліквідація ГСНТК за життєздатній кишці у 75,5 % пацієнтів настала після перетинання спайкового штанга, за наявності некрозу кишки у 18,4 % — після її резекції, завершальним етапом були різні варіанти співустя. Лише за наявності щільного конгломерату, який не вдалось розділити, у 4,1 % пацієнтів перетинали тонку кишку та наклали двостовбурну кінцеву ілеостому та у 2 % — ІТА.

3. Дана хірургічна тактика призвела до 18,4 % післяопераційних ускладнень, 4,1 % релапаротомій, 6,1 % летальності. Середній ліжко/день склав 11,3.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Декомпресія тонкої кишки в хірургічному лікуванні хворих із синдромом ентеральної недостатності / В. П. Польовий, С. І. Райляну, О. О. Карлійчук та ін. // Харківська хірургічна школа. — 2018. — № 1. — С. 167–170.
2. Бойко В. В. Післяопераційне лікування хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність / В. В. Бойко, В. Я. Пак, В. З. Микитин // Харківська хірургічна школа. — 2018. — № 1. — С. 139–143.
3. Сучасний погляд на лапароскопічні методи в діагностиці та лікуванні спайкової кишкової непрохідності та спайкової хвороби / Д. О. Євтушенко, І. А. Тарабан, Д. В. Мінухін та ін. // Харківська хірургічна школа. — 2019. — № 1. — С. 200–203.
4. Полянський Д. П. Сучасний погляд на інтестиціальну інкубацію у хворих з гострою кишковою непрохідністю / Д. П. Полянський // Харківська хірургічна школа. — 2018. — № 2. — С. 174–177.
5. Фомін П. Д., Усенко О. Ю., Березницький Я. С. Ред. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини (стандарти організації та професійно орієнтовані алгоритми надання хірургічної допомоги). — Київ: Бібліотека «Здоров'я України». — 2018. — 354 с.
6. Епігеномні фактори розвитку спайкової хвороби очеревини / В. В. Бойко, Д. О. Євтушенко, І. В. Криворотько та ін. // Харківська хірургічна школа. — 2020. — № 2. — С. 30–34.
7. Клінічні протоколи надання медичної допомоги (комбустиологія, дитяча нейрохірургія, нейрохірургія, дитяча хірургія, хірургія, хірургія серця та магістральних судин, судинна хірургія, торакальна хірургія, проктологія): Нормативне виробничо-практичне видання. — Київ: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ «Медінформ», 2016. — 620 с.
8. Лесний В. В. Сучасні тенденції лікування гострої спайкової кишкової непрохідності // В. В. Лесний, А. С. Лесна // Харківська хірургічна школа. — 2020. — № 3. — С. 58–61.
9. Бойко В. В. Хірургічна тактика у хворих з високим ризиком неспроможності кишкових анастомозів / В. В. Бойко, М. Є. Тимченко, Ю. В. Іванова // Харківська хірургічна школа. — 2018. — № 3–4. — С. 160–162.
10. Дейкало І. М. Порівняння результатів операційного лікування спайкової тонкокишкової непрохідності з використанням відкритих та лапароскопічних технологій / І. М. Дейкало, В. В. Буката // Шпитальна хірургія. — 2016. — № 2. — С. 85–88.

REFERENS

1. Dekompresiya tonkoї kishki v hirurgichnomu likuvanni hvorih iz sindromom enteral'noї nedostatnosti / V. P. Pol'ovij, S. I. Rajlyanu, O. O. Karlijchuk, A. S. Polyanicu, O. I. Filipec', V. V. Stupnic'kij // Harkivs'ka hirurgichna shkola. — 2018. — № 1. — P. 167–170.
2. Bojko V. V. Pisljaoperacijne likuvannya hvorih na gostru spajkovu kishkovu neprohidnist' / V. V. Boyko, V. YA. Pak, V. Z. Mikitin // Harkivs'ka hirurgichna shkola. — 2018. — № 1. — P. 139–143.
3. Suchasnij poglyad na laparoskopichni metodi v diagnostici ta likuvanni spajkovoї kishkovoї neprohidnosti ta spajkovoї hvorobi / D. O. Evtushenko, I. A. Taraban, D. V. Minuhin, O. M. Shevchenko, D. O. Miroshnichenko // Harkivs'ka hirurgichna shkola. — 2019. — № 1. — P. 200–203.



4. Polyans'kij D. P. Suchasnij poglyad na intestinal'nu inkubaciyu u hvorih z gostroyu kishkovoyu neprohidnistyu / D. P. Polyans'kij // Harkivs'ka hirurgichna shkola. — 2018. — № 2. — P. 174–177.
5. Fomin P. D., Usenko O. Yu., Bereznic'kij Ya. S. Red. Nevidkladna hirurgiya organiv cherevnoї porozhnini (standarti organizacii ta profesijno orientovani algoritmi nadannya hirurgichnoї dopomogi). — Kiiv : Biblioteka «Zdorov'ya Ukraїni». — 2018. — 354 p.
6. Epigenomni faktori rozvitku spajkovoї hvorobi ocherevini / V. V. Boyko, D. O. Cvtushenko, I. V. Krivorot'ko, I. A. Taraban, D. V. Minuhin, N. M. Voskresens'ka // Harkivs'ka hirurgichna shkola. — 2020. — № 2. — P. 30–34.
7. Klinichni protokoli nadannya medichnoї dopomogi (kombustiolohiya, dityacha nejrohrurgiya, nejrohrurgiya, dityacha hirurgiya, hirurgiya, hirurgiya sercyta ta magistral'nih sudin, sudinna hirurgiya, torakal'na hirurgiya, proktologiya): Normativne virobnycho-praktychne vidannya. — Kiiv : MNIAC medichnoї statistiki; MVC «Medinform», 2016. — 620 p.
8. Lesnij V.V. Suchasni tendencii likuvannya gastroї spajkovoї kishkovoї neprohidnosti // V. V. Lesnij, A. S. Lesna // Harkivs'ka hirurgichna shkola. — 2020. — № 3. — P. 58–61.
9. Boyko V. V. Hirurgichna taktika u hvorih z visokim rizikom nespromozhnosti kishkovich anastomoziv / V. V. Boyko, M. E. Timchenko, Yu. V. Ivanova // Harkivs'ka hirurgichna shkola. — 2018. — № 3–4. — P. 160–162.
10. Dejkalo I. M. Porivnyannya rezul'tativ operacijnogo likuvannya spajkovoї tonkokishkovoї neprohidnosti z vikoristannjam vidkritih ta laparoskopichnih tekhnologij / I. M. Dejkalo, V. V. Bukata // Shpital'na hirurgiya. — 2016. — № 2. — P. 85–88.

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ADHESIVE SMALL INTESTINE OBSTRUCTION

*O. V. Kapshytar,
O. O. Kapshytar,
P. Y. Tantsura*

Abstract. *The purpose of the study:* to study and evaluate the results of surgical treatment of acute adhesive obstruction of the small intestine.

Material and methods. Of the 49 patients with acute adhesive small intestine obstruction in the past, 83,7 % underwent 1 operation, 14,3 % — 2.

Results and discussion. After laparotomy, 75,5 % of patients crossed adhesions, 4,1 % had small bowel + bicuspid end ileostomy, 18,4 % had small bowel resection, 2 % had ileotransversoanastomosis, and 18,4 % had simultaneous surgery. Intubation of the small intestine according to the indications.

Iatrogenic injuries occurred in 12,2 % of patients, postoperative complications - in 18,4 %. 3 (6,1 %) patients died: sepsis (1), multiple organ failure (1), COVID-19 associated pneumonia (1).

Conclusions. Acute adhesive obstruction of the small intestine is 3,8 % of all acute surgical diseases of the abdominal cavity. The scope of the operation depended on the viability of the small intestine, the possibility of separation of the conglomerate or infiltrate, the choice of method of incubation of the intestine, the presence of simultaneous pathology. This surgical tactic led to 18,4 % of postoperative complications, 4,1 % — relaparotomies, 6,1 % — mortality.

Key words: *small intestine, acute obstruction, adhesions, surgical treatment.*