

ХІРУРГІЯ

УДК 616.34-008.46-089-089.819.3:616.34-007.27У

В.В. Бойко¹, В.З. Микитин¹, В.Я. Пак², В.В. Макаров³, Л.Г. Тарасенко³¹ ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева

АМН України», м. Харків

² Сумський державний університет³ Харківський національний медичний університет**НАЗОІНТЕСТИНАЛЬНА ІНТУБАЦІЯ І КОРЕКЦІЯ
ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
ПРИ СПАЙКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКА**

Розроблено методику передопераційної ендоскопічної назоеюнальної інтубації кишечника, яка дозволяє запобігати розширенню операційної рани, полегшити її виконання та знизити травматизм операції. Назоінтестинальне дренирування тонкої кишки з проведенням комплексу лікувальних заходів сприяло швидкому регресу синдрому ентеральної недостатності, відновленню функції кишечника у більшості досліджених хворих. Показанням до припинення ентерального зондового харчування і видалення назоінтестинального зонда були відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника, ліквідація клінічних і лабораторних ознак ендотоксикозу та нормалізація головних показників гомеостазу. Використання розробленої тактики лікування у хворих, оперованих з приводу гострої спайкової непрохідності кишечника, сприяло зниженню кількості ускладнень, ранньому відновленню функції травного каналу, скороченню термінів перебування хворих у стаціонарі.

Ключові слова: гостра спайкова непрохідність кишечника, хірургічне лікування, назоінтестинальна інтубація, синдром ентеральної недостатності.

Вступ

У загальнохірургічній практиці фахівцям найчастіше доводиться мати справу з гострою спайковою непрохідністю кишечника як з формою прояву спайкової хвороби, що вимагає екстреної допомоги. Це одна з найбільш складних проблем в абдомінальній хірургії [1, 2].

Летальність до теперішнього часу зберігається досить високою – від 4,00 до 9,43% [3–5]. Це обумовлено тим, що хірургічне втручання, що забезпечує механічну прохідність кишок, не ліквідує, а навпаки, посилює такі ускладнення, як парез кишечника, інтоксикація, порушення мікроциркуляції в кишці та її брижі. Незважаючи на досягнення сучасної науки і практичної медицини, проблема гострої спайкової непрохідності кишечника повністю не вирішена [6].

Метою хірургічного лікування гострої спайкової непрохідності кишечника є відновлення кишкового пасажу та профілактика рецидиву спайкової непрохідності. Для вирішення поставлених завдань беруться до уваги характер і поширеність спайкового процесу, рівень кишкової непрохідності, стан кишкової стінки і мезентеріального кровотоку, вираженість перитоніту, ступінь порушення гомеостазу [7, 8].

У перед- і післяопераційному періоді добре зарекомендував себе такий простий метод, як декомпресія травного каналу за допомогою назогастральної та назоінтестинальної інтубації [8–11], однак тривале перебування інтубаційної трубки в кишечнику обмежує її рухливість і, навпаки, сприяє утворенню вісцеро-вісцеральних зрощень [7].

© В.В. Бойко, В.З. Микитин, В.Я. Пак та ін., 2018

Таким чином, до теперішнього часу проблема ранньої діагностики, профілактики та лікування гострої спайкової непрохідності кишечника залишається не до кінця з'ясованою. Профілактика гострої спайкової непрохідності кишечника має бути спрямована: 1) на зменшення травми очеревини при виконанні первинних або повторних операцій; 2) на зниження запалення в зоні операції; 3) на обмеження пошкоджених серозних поверхонь за допомогою бар'єрних засобів.

Мета дослідження – покращення результатів лікування хворих на гостру спайкову непрохідність кишечника шляхом удосконалення методик інтубації кишечника і корекції синдрому ентеральної недостатності.

Матеріал і методи

Проаналізовано результати хірургічного лікування 32 пацієнтів обох статей у віці від 32 до 71 року, оперованих з приводу гострої спайкової непрохідності кишечника. За реалізацією лікувальної програми хворі були розподілені на дві групи: 1-шу (порівняння) групу склали 17 пацієнтів, у яких лікування проводилося за загальноприйнятими методиками; у 2-гу (основну) ввійшли 15 пацієнтів, пролікованих із застосуванням розробленої тактики.

Діагностична програма у хворих обох груп, крім збору анамнезу, об'єктивного огляду, променевого методів діагностики, включала дослідження в динаміці лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), розрахунок якого виконували при госпіталізації, перед операцією, в 1-шу, 3-тю, 7-му та 10-ту добу післяопераційного періоду, а також рівня С-реактивного білка (СРБ) сироватки крові, визначення якого проводили за допомогою тест-системи фірми CORMAY для напівкількісного аналізу. Ендовідеолапароскопічні маніпуляції у хворих виконували на стійці «ЕндоМИТ», ультразвукове дослідження (УЗД) – за допомогою апарату «Siemens Sonoline G-50» (Німеччина), а також ультразвукової системи «Toshiba Aplio XG» (Японія). Стандартне УЗД було ефективно застосовано нами для діагностики стадії синдрому ентеральної недостатності при гострій спайковій непрохідності кишечника у пацієнтів основної групи.

Ознаками синдрому ентеральної недостатності I ступеня були наступні: відсутність газу в тонкій кишці в перші 4–5 годин захворювання, відсутність вільної рідини в черевній порожнині, при цьому спостерігали потовщення стінок тонкої кишки, помірне розши-

рення її діаметра. Синдром ентеральної недостатності II ступеня проявлявся акінезією тонкої кишки, рефлекторним порушенням кровообігу в стінці кишки, а також накопиченням рідини в просвіті кишки. Синдром ентеральної недостатності III ступеня на ультрасонограмах проявлявся прогресуванням розтягування петель товстої кишки, внаслідок чого збільшувався внутрішньокишковий тиск з підвищенням венозного тиску в мезентеріальних судинах, що в подальшому призводило до виражених порушень всмоктування і виходу рідини за межі кишечника у вільну порожнину очеревини. Синдром ентеральної недостатності II ступеня в нашому дослідженні діагностовано у 7 пацієнтів, синдром ентеральної недостатності III ступеня – у 8 хворих основної групи. У післяопераційному періоді здійснювався динамічний УЗ-контроль.

Пацієнти обох груп оперовані з лапаротомного доступу в умовах загального знеболювання після проведення передопераційної підготовки. Антибактеріальна терапія здійснювалася за принципом деескалації.

Інтубація тонкої кишки у хворих групи порівняння виконувалась у 7 пацієнтів трансназально, у 9 – трансцекально, при цьому всім хворим цієї групи виконувалася широка середина лапаротомія. Були труднощі при виконанні трансназальної інтубації у пацієнтів групи порівняння, які в основному виникали при анатомічних особливостях носових ходів, короткої шиї, гастроптозі, спайковому процесі верхнього поверху черевної порожнини. Попри все цим пацієнтам було проведено інтестинальне дренивання. Певні труднощі в ряді випадків виникали при введенні недостатньо твердого дренажу. У зв'язку з цим у пацієнтів основної групи перед безпосереднім усуненням перешкоди проводили ендоскопічну назоєюнальну інтубацію кишки за розробленою нами методикою. Під час проведення фіброгастроуденоскопії (ФГДС) виконували назоєюнальну інтубацію, при цьому для надання твердості зонда використовували гнучкий металевий провідник, у якості якого можна використовувати біопсійні щипці фіброгастроуденоскопа. Після виконання лапаротомії, коли було знешкоджено перешкоду, подальшу назоінтестинальну інтубацію виконували вручну шляхом поетапного нанизування кишки на зонд. Слід зазначити, що даний прийом був застосований у 8 пацієнтів, яким «проекційну» лапаротомію виконували на підставі локалізації спайкового процесу за да-

ними УЗД і відеолапароскопії (у всіх цих пацієнтів удалося без розширення операційної рани легко провести зонд у тонку кишку), а також у двох пацієнтів зі спайковим процесом ІV ступеня за класифікацією О.І. Блинникова [12].

Для тотальної інтубації тонкої кишки у хворих основної групи застосовували одно- і двопросвітні зонди довжиною 2,5–3,0 м і зовнішнім діаметром 6–8 мм, з бічними отворами діаметром 1,5–2,5 мм (рис. 1).



Рис. 1. Загальний вигляд зонда ЗЖКС-25 для тотальної інтубації кишечника:

1 – наконечник; 2 – отвори в перегородці; 3 – отвори аспіраційного каналу; 4 – трубка; 5 – аспіраційний канал; 6 – перфузний канал; 7 – отвір для потоку повітря

Для інтубації початкових відділів тонкої кишки (40–50 см від зв'язки Трейтца) використовували багатофункціональний двоканальний силіконовий зонд ЗКС № 21, призначений для аспірації кишкового вмісту, проведення тестових досліджень травлення і всмоктування та ентерального зондового харчування (рис. 2).

до пристрою активної аспірації з розрядженням 40–60 мм вод. ст. і аспірували вміст тонкої кишки. Відразу після цього здійснювали кишковий лаваж ізотонічним сольовим розчином (при цьому стежили за відповідністю балансу введеної і евакуйованої рідини). В післяопераційному періоді, починаючи з перших годин від моменту завершення операції, внутрішньокишковий лаваж проводили сольовими електролітними розчинами в поєднанні з

введенням ентеросорбентів у добовій дозі 50–100 г. З метою зниження ендогенної інтоксикації, що виникає внаслідок гіпоксії кишкової стінки, використовували препарати, що покращують мікроциркуляцію, а для стимуляції моторно-евакуаторної функції кишечника застосовували прокінетики. Слід зазначити, що парентеральне харчування в післяоперацій-

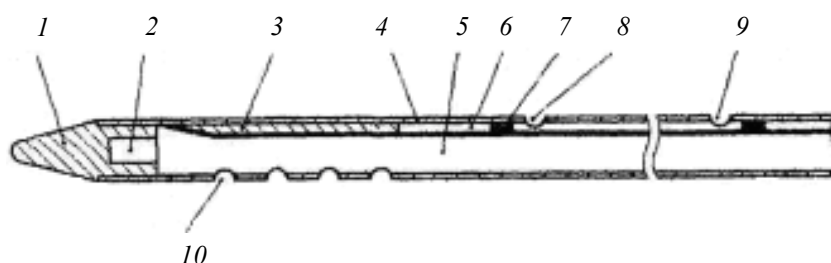


Рис. 2. Загальний вигляд зонда ЗКС № 21:

1 – рентгенконтрастний наконечник; 2 – гніздо для напрямителя; 3 – рентгенконтрастний гнучкий стрижень; 4 – трубка; 5 – аспіраційний канал; 6 – перфузний канал; 7 – пробка з рентгенконтрастною міткою; 8, 9 – отвори; 10 – отвори для розвідної трубки перфузійного каналу

Перед трансанзальною інтубацією тонкої кишки сток із шлунка виконували через товстий зонд.

Найважливішою умовою ведення хворих з назоінтестинальною інтубацією був догляд за зондом і методично правильне виконання ентеральної детоксикації – декомпресії, внутрішньокишкового лаважу, ентеросорбції, селективної деконтамінації кишечника.

Під час операції після завершення інтубації проксимальний кінець зонда під'єднували

тому періоді забезпечувалося в основному введенням 10%-вого розчину глюкози. З метою зменшення постішемичного пошкодження кишкової стінки і відновлення енергетичного потенціалу ентероцитів в ранні післяопераційні терміни застосовували ентеральне введення поживних сумішей. При цьому використовували різні за механізмом дії препарати, що володіють цитопротекторним ефектом. Ентеральне їхнє введення проводилося фракційним способом через 1 годину після

сеансу кишкового лаважу з ентеросорбентами. Після введення лікарських сумішей назоінтестинальний зонд перетискали на 30–40 хв. У окремих хворих з важким ступенем ендотоксикозу внутрішньокишковий лаваж, ентеросорбцію і внутрішньокишкове введення лікарських препаратів починали вже під час операції, одразу після виконання назоінтестинальної інтубації і ліквідації гострої тонкокишкової непрохідності. Всім хворим лікарські суміші вводили в просвіт кишки 3 рази на добу протягом 1–3 діб після операції.

У ранньому післяопераційному періоді у цієї категорії пацієнтів контролювали відновлення всмоктувальної функції тонкої кишки, що визначалося відсутністю рівної глікемічної кривої після навантаження глюкозою і всмоктуванням сольового електролітного розчину в межах 65–95% від введеної кількості при сегментарній ентероперфузії, що служили підставою для розширення обсягу ентерального зондового харчування з включенням до його складу електролітно-мономерної суміші за методикою А.М. Уголева [4]. При відсутності рівної глікемічної кривої (підвищення рівня глюкози крові $> 1,0$ ммоль / л) проводили донавантаження крохмалем за тією ж методикою. Добовий обсяг електролітно-мономерної суміші до 2–3 діб після операції при швидкості введення до 100 мл/год доводили до 2000 мл/добу, а енергоємність – до 2000 ккал/добу. Відновлення пристінкового травлення дозволяло з 3-ї–4-ї доби після операції відмовитися від проведення внутрішньокишкового лаважу з ентеросорбцією і проводити ентеральне зондове харчування полісубстратними, збалансованими 10%-вими, а на 5-ту–6-ту добу і 20%-вими стандартними сумішами для ентерального зондового харчування. Добовий об'єм 10%-вої суміші до 3–5 діб після операції при швидкості введення до 100 мл/год сягав 2000 мл/добу. При збереженні назоінтестинального зонда після переходу на 20%-ву суміш парентеральне харчування припиняли, і весь об'єм нутриційної терапії здійснювали ентерально, введенням 2500–3000 мл/добу (2500–3000 ккал) полісубстратної суміші. До складу поживних сумішей включали ферментні препарати, які рівномірно змішували з поживною сумішшю. Завдяки низькій в'язкості сумішей, ми відмовилися від застосування медичних насосів, і ентеральне зондове харчування проводили гравітаційним методом за допомогою інфузійних крапельних систем.

Для досягнення найбільш повного усунення ентерогенного джерела інтоксикації важливим заходом був лаваж кишечника в поєднанні з ентеральним уведенням антибіотиків або ентеросорбентів. Препаратами вибору для селективної деконтамінації кишечника є гентаміцин (тобраміцин) і поліміксин, сумарна чутливість до яких у грамнегативної мікрофлори, за нашими даними, перевищувала 50%. Режим селективної деконтамінації полягав у наступному: комплекс препаратів вводили в просвіт тонкої кишки через назоінтестинальний зонд у 200 мл ізотонічним розчином NaCl 4 рази на добу через 2–4 години після переведення хворого з операційної у відділення інтенсивної терапії. Обов'язковою умовою було проведення фракційного лаважу тонкої кишки ізотонічним розчином NaCl до введення препаратів у зонд з метою максимального зниження ефекту їх можливої інактивації кишковим вмістом. Після введення препаратів у тонку кишку зонд промивали 100 мл ізотонічного розчину NaCl і закривали на 1 годину. Після закінчення цього терміну назоінтестинальне дренирування здійснювалося пасивно. Селективну деконтамінацію кишечника проводили протягом усього періоду клініко-лабораторних ознак кишкової та органної недостатності. Тривалість режиму варіювала від 3 до 10 діб. Тривалість назоінтестинальної інтубації та декомпресії тонкої кишки залежала від ефективності ентеральної детоксикації та швидкості відновлення основних функцій кишечника.

Результати

Із 15 хворих, яким була виконана назоінтестинальна інтубація при первинній операції, у 11 (73,3%) хворих вона була припинена до 3–6 діб (табл. 1).

Таблиця 1. Тривалість назоінтестинальної інтубації (НІ)

Тривалість НІ, діб	Кількість хворих
3–4	5
5–6	6
7–9	4
Всього	15

Аналіз показників ступеня тяжкості синдрому ентеральної недостатності, динаміки основних показників ендотоксикозу доводить, що зміни, виявлені при госпіталізації, під час операції та в 1-шу добу після операції суттєвих відмінностей не мають і відповідають II–III ступеню важкості. Перистальтика кишечника при госпіталізації у 4-х (26,6%) хворих

була посилена, у 5 (33,3%) пацієнтів відзначалася млява перистальтика і у 6 (41,7%) – не прослуховувалася. Кількість кишкового вмісту, евакуйованого під час операції, у середньому склала (1850±90) мл. При цьому діаметр привідної петлі тонкої кишки в середньому склав (4,75±0,46) см. Під час операції у всіх хворих відзначалися потовщення і набряклість стінки кишки. Кількість кишкового секрету в 1-шу добу після операції в середньому збільшилася до (1460,0±45,5) мл, і не прослуховувалася перистальтика кишечника у всіх хворих. Тяжкість гострої спайкової непрохідності кишечника у 1-шу добу відповідала II–III ступеню. На 3-тю добу у хворих кількість кишкового секрету зменшувалася в середньому до (1120±85) мл. Діаметр привідного відділу тонкої кишки скорочувався в середньому до (4,38±0,52) см. Потовщення стінки кишки відмічено у 13 (86,6%) хворих. Відсутність перистальтики при цьому відзначалася у 1 (6,6%) пацієнта, ослаблення – у 3-х (20,0%) хворих. Відновлення моторно-евакуаторної функції та відходження газів було відзначено у 10 (66,6%) хворих. Представлені дані на 3-тю добу після операції в середньому відповідали II ступеню тяжкості синдрому гострої кишкової недостатності.

На 5-ту добу після операції добова кількість кишкового секрету і діаметр привідної петлі тонкої кишки продовжували зменшуватися і склали в середньому (650±30,0) і (3,69±0,43) см відповідно. Потовщення стінки кишки зберігалася у 5 (34,9%) хворих. Відновлення перистальтики відзначено у 12 (80,0%) пацієнтів. Функціональна активність кишечника залишалася ослабленою у 2-х (13,3%) хворих, відсутність перистальтики – у 2-х (13,3%). Представлені дані на 5-ту добу після операції в середньому відповідали I ступеню тяжкості синдрому ентеральної недостатності.

Слід зазначити, що на проведення зонда до ілеоцекального кута у хворих основної групи витрачали від 10 до 30 хв.

Динаміка маркерів ендогенної інтоксикації у хворих обох груп наведена в табл. 2.

Наведені в табл. 2 дані свідчать про те, що виконання запропонованого комплекс-

ного лікувального підходу сприяє більш швидкому зниженню рівня ендогенної інтоксикації.

При оцінці термінів відновлення моторики шлунково-кишкового тракту пацієнтів обох досліджуваних груп встановлено, що в 1-й групі пацієнтів відновлення перистальтики на тлі стимуляції спостерігалася в 5-х випадках (31,2%), у 5 хворих (31,2%) – на 3-тю добу, у 3 хворих (18,7%) – на 4-ту добу, у одного пацієнта – на 5-ту (6,25%) і ще у одного – на 6-ту (6,25%) після оперативного втручання. На цьому тлі запропонований комплекс лікування зарекомендував себе з кращого боку, так як перистальтика у хворих 2-ї групи вислуховувалася вже на 1-шу добу в 7 (46,7%) хворих, на 2-гу добу після оперативного втручання перистальтика травної системи відновилася у 6 (40,0%) хворих, затримка відновлення перистальтики до 3-х діб після останнього оперативного втручання відзначена у 2-х (14,3%) пацієнтів.

Відходження калу в 1-й групі зафіксовано на 3-тю добу у 2-х (12,5%) хворих, на 4-ту – у 9 (56,25%), на 5-ту – у 4 (25,0%), на 7-му – у одного (6,25%) пацієнта. У 2-й групі випорожнення на 2-гу добу відбулося у 5 (33,3%) пацієнтів, на 3-тю – у 6 (49,0%) і у 4-х (26,7%) – на 4-ту добу після операції.

У хворих групи порівняння післяопераційні ускладнення відзначені в 3-х (26,9%) випадках, при цьому в одному спостереженні відзначено розвиток пневмонії, що було причиною смерті пацієнта. У хворих основної групи число післяопераційних ускладнень склало 6,6%, летальних випадків не було.

Обговорення

Найважливішими УЗ-критеріями синдрому ентеральної недостатності при гострій спайковій непрохідності кишечника є наявність розширених петель тонкої кишки, що сягають 2–4 см, з наявністю в просвіті тонкої кишки секвестрованої рідини, що обумовлено порушенням рухової функції тонкої кишки і всмоктування; наявність рівномірного набряку складок слизової оболонки і кишкової стінки зі зникненням чіткості контурів кишки; скупчення вільної рідини в черевній порожни-

Таблиця 2. Динаміка лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) і С-реактивного білка (СРБ) на тлі проведеного лікування

Показник	Група порівняння (n=16)			Основна група (n=15)		
	госпітал.	1-ша доба	5-та доба	госпітал.	1-ша доба	5-та доба
ЛІІ	2,02±0,01	2,67±0,03	1,43±0,02*	2,21±0,03	2,27±0,01*	0,51±0,02*
СРБ, мг/мл	213,6±29,2	192,6±10,4	112,6±9,2*	194,6±26,2	110,3±12,2*	56,4±5,8*

ні на тлі вираженого порушення перистальтики тонкої кишки і скупчення великої кількості рідини.

На нашу думку, передопераційна ендоскопічна назосюнальна інтубація дозволила уникнути необхідності розширення операційної рани для інтраопераційної назоінтестинальної інкубації, полегшити її виконання і знизити травматизм операції.

Назоінтестинальне дренування тонкої кишки має ціллу два завдання: 1) зондову декомпресію, що забезпечує профілактику розладів вісцерального кровообігу і є основним етапом підготовки хворих до раннього ентерального харчування; 2) зондову деконтамінацію і детоксикацію, що запобігають масивній транслокації бактерій і токсинів з кишечника в порталний кровотік, а при недостатній бар'єрній функції печінки – в системний кровотік.

Назоінтестинальне дренування тонкої кишки з проведенням комплексу лікувальних заходів сприяло швидкому згасанню синдрому гострої кишкової недостатності, відновленню функції кишечника у більшості досліджених хворих (73,3%). Показанням до припинення проведення ентерального зондового харчування і видалення назоінтестинального зонда були відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника, ліквідація клінічних і ла-

бораторних ознак ендотоксикозу і нормалізація основних показників гомеостазу.

На основі власних спостережень і даних літератури ми сформулювали підстави для інтестинальної інтубації, що найбільш часто зустрічаються. Це життєздатна тонка кишка ціанотичного відтінку з набряком стінки, легко уразлива; розширення просвіту тонкої кишки більше 5 см у діаметрі; крововилив під серозну оболонку і в стінку кишки; видимий венозний застій, лімфостаз; запалення кишки з множинними фібринозними нашаруваннями.

Застосування розробленої тактики лікування у хворих, оперованих з приводу гострої спайкової непрохідності кишечника з лапаротомного доступу, сприяло зниженню кількості ускладнень, ранньому відновленню функції шлунково-кишкового тракту, зниженню перебування пацієнтів у стаціонарі.

Висновки

Показаннями до інтубації кишечника є ознаки синдрому ентеральної недостатності II–III ступеня, застосування комплексу лікувальних заходів, що включають ентеральний лаваж, ентеросорбцію, селективну деконтамінацію кишечника і ентеральне зондове харчування, а це сприяє швидкому згасанню ознак ендогенної інтоксикації, зниженню рівня післяопераційних ускладнень і летальності.

Література

1. *Женчевский Р.А.* Спаечная болезнь // Р.А. Женчевский. – Москва: Медицина, 1989. – С. 192.
2. *Ерохин И.А.* Кишечная непроходимость. Результаты лечения острой кишечной непроходимости / И.А. Ерохин, В.П. Петров, М.Д. Ханевич // Тез. докл. IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С. 211.
3. *Матвеев Н.Л.* Внутривнутрибрюшные спайки – недооцениваемая проблема: обзор литературы / Н.Л. Матвеев, Д.Ю. Арутюнян // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 5. – С. 60–69.
4. *Дикий О.Г.* Лікування та попередження гострої спайкової непрохідності тонкої кишки / О.Г. Дикий // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С. 108–110.
5. *Meiser G.* Die sonografische diagnose des darmverschlusses. Eine experimentelle und klinische studie mit berucksichtigung der unteruchungstigung, dertopografischen luordnung und wertabstufung fassbarer befunde / G. Meiser, K. Meiser // Acta chir. Austriaca. – 1984. – Vol. 16 – № 14. – P. 73–80.
6. *Ellis H.* Intraabdominal and postoperative peritoneal adhesions / H. Ellis // J. Am. Coll. Surg. – 2005. – Vol. 200 (5). – P. 641–644.
7. *Корымасов Е.А.* Принципы дифференциальной диагностики и тактики при острой кишечной непроходимости / Е.А. Корымасов, Ю.В. Горбунов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2003. – № 3. – С. 101–106.
8. Диагностика и лечение острой спаечной кишечной непроходимости / А.Г. Кригер, И.Л. Андрейцев, В.А. Горский и др. // Хирургия. – 2001. – № 7. – С. 25–29.
9. Интраоперационный кишечный лаваж при тонкокишечной непроходимости / Т.П. Гурчумелидзе, Н.С. Утешев, Л.В. Романов и др. // Вестник хирургии. – 1991. – № 5–6. – С. 95–97.
10. Коррекция барьерной и моторно-эвакуаторной функций тонкой кишки у больных острой кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде / А.Н. Довженко, Б.И. Пеев, В.И. Бильченко, Ю.С. Ребров // Український журнал хірургії. – 2011. – № 3 (12) – С. 74–77.

11. Захараш М.П. Вибір методу інтубації та декомпресії кишечника при гострій кишковій непрохідності / М.П. Захараш, Л.Г. Заверний, С.І. Пехенько // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2001. – Вип. 14. – С. 10–11.

12. Блинников О.И. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей / О.И. Блинников, А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов // Лапароскопическая хирургия. – Москва, 1993. – С. 82–87.

13. Уголев А.М. Теория адекватного питания и трофология / А.М. Уголев. – СПб.: Наука, 1991. – 271 с.

References

1. Zhenchevskii R.A. (1989). *Spaiechnaia bolezn* [Adhesive disease]. Moscow: Meditsina, p. 192 [in Russian].

2. Yerokhin I.A., Petrov V.P., Khanevich M.D. (2000). *Kishechnaia neprokhodimost. Rezultaty lecheniia ostroi kishechnoi neprokhodimosti* [Intestinal obstruction. Results of treatment of acute intestinal obstruction]. *Tez. dokl. IX Vseros. siezda khirurgov – Abstracts of the IX All-Russian Congress of Surgeons.* – Volhograd, 2000. – P. 211 [in Russian].

3. Matveiev N.L., Arutiunian D. Yu. (2007). *Vnutribryushnyie spaiki – nedootsenivaiemaia problema: obzor literatury* [Intra-abdominal adhesions are an underestimated problem: a literature review]. *Endoskopicheskaia khirurgiia – Endoscopic surgery*, № 5, pp. 60–69 [in Russian].

4. Dykyi O.H. (2004). *Likuvannia ta poperedzhennia hostroi spaikovoï neprokhidnosti tonkoïi kyshky* [Treatment and prevention of acute adhesive obstruction of the small intestine]. *Shpytalna khirurgiia – Hospital Surgery*, № 4, pp. 108–110 [in Ukrainian].

5. Meiser G., Meiser K. (1984). *Die sonografische diagnose des darmverschlusses. Eine experimentelle und klinische studie mit berucksichtigung der unteruchungstigung, dertopografischen luordnung und wertabstufung fassbarer befunde.* *Acta chir. Austriaca*, vol. 16, № 14, pp. 73–80.

6. Ellis H. (2005). *Intraabdominal and postoperative peritoneal adhesions.* *J. Am. Coll. Surg.*, vol. 200 (5), pp. 641–644.

7. Korymasov Ye.A., Gorbunov Yu.V. (2003). *Printsipy differentsialnoi diahnostiki i taktiki pri ostroi kishechnoi neprokhodimosti* [Principles of differential diagnosis and tactics in acute intestinal obstruction]. *Vestn. khir. im. I.I. Grekova – Herald of surgery named after I.I. Grekov*, № 3, pp. 101–106 [in Russian].

8. Kriher A.H., Andreitsev I.L., Horskiï V.A., Berelavichus S.V., Makarova Ye.Ye. (2001). *Diahnostika i lecheniie ostroi spaiechnoi kishechnoi neprokhodimosti* [Diagnosis and treatment of acute adhesive intestinal obstruction]. *Khirurgiia – Surgery*, № 7, pp. 25–29.

9. Gurchumelidze T.P., Uteshev N.S., Romanov L.V., Yanisker H.Ya., Syromyatnikova Ye.D. (1991). *Intraoperatsionnyi lavazh pri tonkokishechnoi neprokhodimosti* [Intraoperative intestinal lavage with intestinal obstruction]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, № 5–6, pp. 95–97 [in Russian].

10. Dovzhenko A.N., Peiev B.I., Bilchenko V.I., Rebrov Yu.S. (2011). *Korreksiia bariernoï i motorno-evakuatornoï funktsii tonkoïi kishki u bolnikh ostroi kishechnoi neprokhodimostiïu v posleoperatsionnom periode* [Correction of barrier and motor-evacuator functions of the small intestine in patients with acute intestinal obstruction in the postoperative period]. *Ukrainskii zhurnal khirurgii – Ukrainian Journal of Surgery*, № 3 (12), pp. 74–77 [in Russian].

11. Zakharash M.P., Zavernyi L.H., Pekhenko S.I. (2001). *Vybir metodu intubatsii ta dekompresii kyshechnyka pry hostrii kyshkovii neprokhidnosti* [Choosing the method of intubation and decompression of the intestine with acute intestinal obstruction]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu – Scientific herald of Uzhgorod University*, vol. 14, pp. 10–11.

12. Blinnikov O.I., Dronov A.F., Smirnov A.N. (1993). *Laparoskopicheskiye operatsii pri ostroy spayechnoy kishechnoy neprokhodimsti u detey* [Laparoscopic surgery for acute adhesive intestinal obstruction in children]. *Laparoskopicheskaia khirurgiia – Laparoscopic surgery*. Moscow, 1993, pp. 82–87.

13. Uholev A.M. (1991). *Teoriia adekvatnoho pitaniia i trofolohiia* [Theory of adequate nutrition and trophology]. St. Petersburg: Nauka, 271 p.

В.В. Бойко, В.З. Микитин, В.Я. Пак, В.В. Макаров, Л.Г. Тарасенко

НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ И КОРРЕКЦИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Разработана методика предоперационной эндоскопической назоеюнальной интубации кишечника, позволяющая избежать необходимости расширения операционной раны, облегчить её выполнение и снизить травматизм операции. Назоинтестинальное дренирование тонкой кишки

с проведенієм комплексу лечебных мероприятий способствовало быстрому купированию синдрома острой кишечной недостаточности, восстановлению функции кишечника у большинства исследованных больных. Применение разработанной тактики лечения у больных, оперированных по поводу острой спайковой непроходимости кишечника из лапаротомного доступа, способствовало снижению количества осложнений, раннему восстановлению функции пищевого канала, уменьшению сроков пребывания пациентов в стационаре.

Ключевые слова: острая спаечная непроходимость кишечника, хирургическое лечение, назоинтестинальная интубация, синдром энтеральной недостаточности.

V.V. Boiko, V.Z. Mykytyn, V.Ya. Pak, V.V. Makarov, L.G. Tarasenko

NASOINTESTINAL INTUBATION AND RENEWAL OF INTESTINAL INSUFFICIENCY IN A PATIENTS WITH ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

It was developed of method of endoscopic nasointestinal intubation of bowel, allowing to avoid the necessity of expansion of operating wound and facilitate her implementation and bring down the traumatism of operation, is worked out. Nasointestinal draining of small bowel with realization complex of treatment measures assisted rapid cut short of syndrome of acute intestinal insufficiency, renewal of function of bowels at most investigational patients (73,3%). An indication to stopping of realization of enteral tube feeding and removal of nasointestinal tube it was been renewal of evacuatory function of bowels, that by liquidation of clinical and laboratory signs of endotoxycosis and normalization of basic indexes of homoeostasis. Application of the worked out tactics of treatment for the patients which operated with adhesive small bowel obstruction assisted the decline of amount of complications, early renewal of function intestinal tract, diminished the time of hospitalisation.

Keywords: adhesive small bowel obstruction, surgical treatment, nasointestinal intubation, syndrome of enteral insufficiency.

Надійшла до редакції 19.06.18

Контактна інформація

Бойко Валерій Володимирович – доктор медичних наук, професор, директор ДУ «Інститут загальної і невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМНУ», завідувач кафедри хірургії № 1 Харківського національного медичного університету.

Микитин Василь Зиновійович – аспірант кафедри хірургії та онкології Сумського медичного інституту Сумського державного університету.

Пак Василь Якович – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії та онкології Сумського медичного інституту Сумського державного університету.

Макаров Віталій Володимирович – доктор медичних наук, професор кафедри хірургії № 1 Харківського національного медичного університету.

Тарасенко Людмила Григорівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії № 1 Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61018, м. Харків, в'їзд Балакірева, 1.

Тел.: +380984421039.

E-mail: t-a-r-a-s-e-n-k-o@ukr.net.