



В. В. Міщенко,  
В. В. Грубник

Одеський національний  
медичний університет

© Міщенко В. В., Грубник В. В.

## ВНУТРІШНЄ ЗАЩЕМЛЕННЯ ЯК ПРИЧИНА ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ — ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

**Резюме.** Основні принципи хірургічної тактики за гострої кишкової непрохідності, яка обумовлена внутрішнім защемленням, полягають у ретельному обстеженні хворого з рентгенографією органів грудної клітки та черевної порожнини, УЗД органів черевної порожнини (іригоскопія, ректороманоскопія, фіброколоноскопія, фіброгастроудоденоскопія, лапароцентез і лапароскопія — за суворими показаннями). Передопераційна підготовка повинна бути адекватною, інтенсивною та короткочасною з антибіотикопрфілактикою, патогенетичною інфузійною та антибактеріальною терапією. Операціями вибору є серединна лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, встановлення наявності внутрішнього защемлення, непрохідності та їх ліквідації, назоінтестинальна інтубація, за показаннями — формування зовнішніх нориць (трансверзостома, сигмостома, єюностома), санація та дренажування черевної порожнини (4 дренажа). Післяопераційна летальність знижена на 10,2 %, кількість післяопераційних ускладнень на 7,8 %.

**Ключові слова:** хірургічна тактика, гостра кишкова непрохідність, внутрішнє защемлення.

### Вступ

Хірургічне лікування гострої кишкової непрохідності (ГКН) до теперішнього часу залишається одним з найбільш складних і до кінця не вирішених питань ургентної абдомінальної хірургії. ГКН — це симптомокомплекс, який супроводжується частковим або повним порушенням проходження кишкового вмісту по кишечнику внаслідок багаточисленних причин [1, 2].

До гострої странгуляційної непрохідності слід віднести так зване внутрішнє защемлення, при якому післяопераційні гнійно-септичні ускладнення досягають 42–78 %, а летальність 17–47 % [3].

Переміщення кишечних петель у дефекти брижі, сальника чи кармани очеревини (без виходження нутрощів із черевної порожнини) прийнято називати внутрішніми грижами [1].

Якщо переміщені петлі кишечника покриті листками очеревини, які формують своєрідний гризовий мішок, то подібні внутрішні грижі називаються істиними. У випадках, коли при переміщенні органів через отвір у брижі або інші вроджені дефекти виникають грижі, які не покриті гризовим мішком, то їх називають помилковими [1, 2].

Сприяючими причинами цього захворювання є вроджені або набуті анатомо-морфологічні зміни шлунково-кишкового тракту.

Набуті причини виникають у наслідок перенесених запальних процесів у черевній по-

рожнині, оперативних втручань, травматичних пошкоджень та ін.

Сприяючі причини створюють надлишкову рухливість того чи іншого відділу кишечника або, навпаки, визивають його фіксацію.

Розрізняють наступні внутрішні грижі: парадуденальні (лівосторонні, правосторонні), через брижу ободової кишки, в отвір сальникової сумки Вінслова, надчеревні, предочеревні, позадуочеревні, надміхурові, навколومیхурові, навколосліпокишкові, міжсигмовидні, брижопристіночні, діафрагмальні, піддіафрагмальні та наддіафрагмальні [3].

Защемлення внутрішніх гриж частіше зустрічається у внутрішніх кільцях пахового та стегового каналів, у отворах сальника, діафрагмі. Частіше всього защемлюється петля тонкого кишечника, значно рідше — сліпа та інші відділи товстої кишки, шлунок [4].

Внутрішні черевні грижі (як істині, так і помилкові) можуть невизначено довгий час перебігати безсимптомно та вперше проявляються кишковою непрохідністю [2].

При рентгенологічному дослідженні у рідких випадках вдається виявити на оглядових знімках заповнені газом петлі тонкої кишки, які зконцентровані у вигляді правильного округлої форми конгломерата (обмеження гризовим мішком) [2].

За наявності ознак гострої кишкової непрохідності, що обумовлена внутрішнім защем-



ленням, показано термінове хірургічне лікування, яке спрямоване на усунення ознак ГКН [1]. Від чітких і правильних дій хірурга залежить результат лікування [3].

Вибір оперативного втручання залишається актуальним з позицій етіопатогенеза ГКН, що обумовлена внутрішнім защемленням, морфофункціональних змін у черевній порожнині та потребує чітких тактичних підходів у вирішенні даної проблеми [2].

#### Мета дослідження

Вивчення результатів лікування хворих на гостру кишкову непрохідність, що обумовлена внутрішнім защемленням, досконалити тактичні підходи з позицій ролі та місця ургентної бригади хірургів та клінічного протоколу надання медичної допомоги цієї категорії пацієнтів.

#### Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати лікування 95 хворих на гостру кишкову непрохідність, що обумовлена внутрішнім защемленням.

Загальна діагностична програма включала клінічний аналіз крові та сечі, визначення групи крові по системі АВО і резус-фактора, натрія, калія, кальція сироватки крові, глюкози крові у сироватці крові, показники згортальної системи крові. Оглядова рентгенографія черевної порожнини (до дренивання шлунка і клізми), електрокардіографія, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія — відносяться до першочергових методів обстеження.

#### Результати досліджень та їх обговорення

Чоловіків було 67 (70,5 %), жінок — 28 (29,5 %) у віці від 18 до 92 років.

У 48 (50,5 %) хворих діагностовано защемлення грижі у внутрішніх кільцях пахового та стегового каналів, у 6 (6,3 %) — в наслідок травматичного пошкодження діафрагми, у 32 (33,7 %) — защемлена діафрагмальна грижа (аксіальна, параезофагальна), у 10 (10,5 %) — навколосліпокишкові, 8 (8,4 %) — парадуоденальні (лівосторонні, правосторонні), через брижу ободової кишки і в отвір сальникової сумки Вінслова, у 2 (2,1 %) — міжсигмовидні.

Ознаки розлитого гнійного перитониту діагностовано у 32 (33,7 %) випадках. Некроз стінки кишки з розвитком розлитого гнійного перитоніту виявлені у 12 (12,6 %) випадках, що свідчить про пізню госпіталізацію таких хворих.

Госпіталізація хворих проводилась у хірургічне відділення або у відділення інтенсивної терапії для короткочасної підготовки до операції протягом 1–2 годин.

Важкість стану пацієнта оцінювали за шкалою APACH I-II та прогностичною шкалою J. Ranson.

Передопераційна лікувальна програма полягала в інтубації та декомпресії шлунка, постановці газовідвідної трубки, у підготовці операційного поля. На доопераційному етапі проводилась корекція дегідратації тяжкого ступеня шляхом внутрішньовенного крапельного введення розчинів глюкози 5 % 1000 мл, Рінгера-Локка — 1000 мл, Рінгера лактат — 400 мл, натрія хлорид 0,9 % 500 мл під контролем ОЦК і ЦВД. Обов'язковим є введення амінокислотних сумішей, антигіпооксидантів, спазмолітиків і препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію й реологічні властивості крові.

Під оптимальною за об'ємом операцією з приводу ГКН, що обумовлена внутрішнім защемленням, мається на увазі така, яка забезпечує надійне усунення ознак гострої кишкової непрохідності, що обумовлена внутрішнім защемленням, адекватну санацію та дренивання черевної порожнини.

При ГКН, що обумовлена внутрішнім защемленням, оперативне втручання виконували з широкої серединної лапаротомії, проводили ретельну ревізію органів черевної порожнини, встановлювали причини непрохідності та її ліквідація, санація та дренивання черевної порожнини (4 дренажа).

При защемленій діафрагмальній грижі (аксіальна, параезофагальна) виконували розсічення защемлюючого кільця у стравохідному отворі діафрагми, ліквідовували защемлення, оцінювали життєздатність защемлених органів. За їх життєздатності операцію закінчували пластикою стравохідного отвору діафрагми, крурорафією діафрагми, інколи за показаннями виконували алопластику та фундопластику за Ніссеном.

При защемленні в наслідок травматичного пошкодження діафрагми після розщемлення та за життєздатності защемлених органів, виконували пластику діафрагми, інколи з застосуванням алопластики.

Защемлені грижі у внутрішніх кільцях пахового и стегового каналів ліквідовували шляхом розсічення защемлюючого кільця. За життєздатності защемлених органів виконували пластику внутрішніх кілець пахового и стегового каналів з боку черевної порожнини, а за показаннями — одну з видів пластики при прямих та стегових грижах.

При защемлених навколосліпокишкових, парадуоденальних грижах, грижах через брижу ободової кишки та в отвір сальникової сумки Вінслова, міжсигмовидних, які викликали гостру странгуляційну кишкову непрохідність, тактика полягала у ліквідації за-



щемлення шляхом розсічення защемлюючого кільця, ревізії защемлених органів. За їх життєздатності виконували ліквідацію гризових карманів, отворів у брижі поперечноободової кишки, плоскісних спайок, як причини внутрішнього защемлення.

За нежиттєздатності защемленого органа чи петлі кишечника виконували їх резекцію у межах життєздатності. При цьому бажаним є відновлення природного пасажу кишкового вмісту.

За наявності розлитого гнійного або калового перитоніту методом вибору є формування зовнішніх кишкових нориць (трансверзостома, сигмостома, єюостома).

Назоінтестинальна інтубація виконувалась за показаннями, за можливості її технічного виконання та урахуванням стану хворого.

У післяопераційному періоді для корекції метаболічних порушень (енергетичні, водно-електролітні, кислотно-відновні) та профілактики кардіореспіраторних ускладнень, для покращення безпосередніх результатів лікування застосовували у комплексній терапії Гекодез — препарат гідроксіетилкрохмалу з плазмозамінною, протишоковою дією, який збільшує об'єм циркулюючої крові, корегує гіповолемію, підвищує артеріальний тиск, сприяє адекватній гемодилуції та гіперосмолярний комбінований препарат Сорбілакт і комплексний інфузійний препарат Реосорбілакт, які володіють протишовковими, реологічними, дезінтоксикаційними властивостями, стимулюють перистальтику кишечника, нейтралізують метаболічний ацидоз. Протягом перших 3-х діб після оперативного втручання для парентерального харчування застосовуємо комбіновані препарати розчинів амінокислот та жирових емульсій.

З метою поліпшення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування хворих ГКН, що обумовленої внутрішнім защемленням, нами проводилася профілактика та лікування гнійносептичних ускладнень.

При визначенні важкості стану пацієнта за шкалою АРАСН I-II менше 13 балів застосо-

ували фторхінолони (Лефлоцин (Левовфлоксацин) 500 мг 2 рази, Моксифлоксацин 400 мг 1 раз, Пефлоксацин 0,4 г 2 рази на добу) або цефалоспори́ни (цефтриаксон (Альцизон) по 2 г, Цефоперазол + Сульбактам (Файтобакт) по 2,0 г), комбінуючи їх з введенням орнідозола (орнігіл) по 100,0 мг 3 рази на добу. При стані пацієнта за шкалою АРАСН I-II більше 13 балів призначали карбопеніми (Меропенем 500 мг або Іміпенем + циластатин 500 мг/500 мг 4 рази на добу; Цефепім (Цефікад) 1,0 г — бета-лактамний цефалоспориновий антибіотик IV покоління + Орнігіл 0,5 % 100,0 мг 2 рази на добу). Препарати вводили в/в крапельно протягом 7 діб.

Для санації черевної порожнини та зони операційної рани під час операції ми застосовували Декасан — 0,02 % розчин декаметоксина — антисептичний препарат.

Застосування загальної діагностичної та лікувальної програми у хворих з гострою кишковою непрохідністю, що обумовлена внутрішнім защемленням, дозволило отримати наступні результати.

З 95 хворих у ранньому післяопераційному періоді померло 10 (10,5 %). Основна причина смерті — триваючий перитоніт і поліорганна недостатність.

Застосовані основні принципи хірургічної тактики за гострої кишкової непрохідності, що обумовлена внутрішнім защемленням, дозволили знизити післяопераційну летальність на 10,2 % і значно (з 14,6 до 6,8 %) зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

### Висновки

1. Гостра кишкова непрохідність, яка обумовлена внутрішнім защемленням, вимагає екстреного оперативного лікування.

2. Запропоновані основні принципи хірургічної тактики за гострої кишкової непрохідності, яка обумовлена внутрішнім защемленням, можуть бути рекомендовані для практичного застосування в ургентній хірургії.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Важенин А. В. Результаты лечения больных с опухолью толстокишечной непроходимостью / А. В. Важенин, Д. А. Маханьков, С. Ю. Сидельников // Хирургия. — 2007. — № 4. — С. 49-53.
2. Современные методы лечения брюшных грыж / В. В. Грубник, А. А. Лосев, Н. Р. Баязитов, Р. С. Парфентьев. — К. : «Здоров'я», 2001. — 278 с.
3. Стандарты организации и профессионально ориентированные протоколы оказания медицинской помощи больным с неотложной хирургической патологией органов живота / Под редак. Березниченко Я. С., Фомина П. Д. — К. : «Здоровье Украины», 2011. — 392 с.
4. Хірургічні хвороби / Під ред. Грубника В.В. — Одеса, Одеський мед. університет, 2003. — С. 245-248.



ВНУТРЕННЕЕ УЩЕМЛЕНИЕ  
КАК ПРИЧИНА  
ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ  
НЕПРОХОДИМОСТИ —  
ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ  
К ЛЕЧЕНИЮ

*V. V. Мищенко,  
V. V. Грубник*

**Резюме.** Основные принципы хирургической тактики при острой кишечной непроходимости, обусловленной внутренним ущемлением, состоят в тщательном обследовании больного с рентгенографией органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости (ирригоскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, фиброгастродуоденоскопия, лапароцентез и лапароскопия — по строгим показаниям). Предоперационная подготовка должна быть адекватной, интенсивной и кратковременной с антибиотико-профилактикой, патогенетической инфузионной и антибактериальной терапией. Операциями выбора являются срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, установление причины внутреннего ущемления, непроходимости и их ликвидация, назоинтестинальная интубация, по показаниям — формирование наружных свищей (трансверзостома, сигмостома, еюностома), санация и дренирование брюшной полости (4 дренажа). Послеоперационная летальность снижена на 10,2 %, количество послеоперационных осложнений на 7,8 %.

**Ключевые слова:** *хирургическая тактика, острая кишечная непроходимость, внутреннее ущемление.*

INTERNAL INCARCERATION  
AS A CAUSE OF ACUTE  
INTESTINAL  
OBSTRUCTION — TACTICAL  
APPROACHES  
TO TREATMENT

*V. V. Mishchenko,  
V. V. Grubnik*

**Summary.** The basic principles of surgical tactics in acute intestinal obstruction, which is caused by internal incarceration, is a thorough examination of the patient with abdominal and chest X-ray, ultrasound of the abdomen (irrigoscopy, sigmoidoscopy, fibrocolonoscopy, fibrogastroduodenoscopy, laparocentesis and laparoscopy - under strict indications). Preoperative preparation should be adequate, intensive and short-term with antibiotic prophylaxis, pathogenetic infusive and antibacterial therapy. Operation of choice is median laparotomy, revision of the abdominal cavity, an establishment of the cause of internal incarceration, obstruction and their liquidation, nasointestinal intubation, under indications — formation of external fistulae (trasverse colostomy, sigmoidostomy, jejunostomy), sanitation and drainage of the abdominal cavity (4 drainages). Postoperative mortality was reduced by 10.2%, the number of postoperative complications by 7.8%.

**Key words:** *surgical tactics, acute intestinal obstruction, internal incarceration.*