## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. Богомольця**

**Мойсеєнко Анатолій Іванович**

УДК 616.34-007.272-036.11-07-089

**ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКА**

14.01.03 – хірургія

Автореферат дисертації на здобуття наукового   
ступеня кандидата медичних наук

**Київ 2008**

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Національному медичному університеті   
імені О.О. Богомольця МОЗ України

**Науковий керівник**: доктор медичних наук, професор,   
Заслужений діяч науки і техніки України, Лауреат Державної премії України, **Короткий Валерій Миколайович**,   
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, професор кафедри госпітальної хірургії №1

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор,  
**Шуляренко Володимир Адамович**,   
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, професор кафедри хірургії та проктології

доктор медичних наук,   
**Білянський Леонід Семенович,**   
Інститут хірургії та трансплантології АМН України, провідний науковий співробітник

Захист відбудеться « 5 » червня 2008 р. о 13. 30 годині на засіданні спеціалізованої ради Д 26.003.03 у Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця (01004, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 17)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (01057, м. Київ, вул. Зоологічна, 3)

Автореферат розісланий « 24 » квітня 2008р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

кандидат медичних наук, доцент Я.М. Вітовський

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Гостра непрохідність кишечника (ГНК) залишається однією з найактуальніших проблем сучасної ургентної хірургії. Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини вона зустрічається з частотою 4,2 – 9,4 % (Гринберг А.А., 2000; Красильников Д.М., 2004; Taourel P., 2002). Щороку в Світі з приводу ГНК виконується біля 4 % лапаротомій (Dahlke M. H., 2007). Захворюваність на ГНК в Україні становить в середньому 20 – 25 випадків на 100 тис. населення, з яких біля 80 % припадає на непухлинні форми (Радзіховський А.П., 2004; Андрющенко В.П., 2004). Летальність при непухлинних формах ГНК становить 4 – 32 % (Бойко В.В., 2004; Беляева О.А., 2004; Белянский Л.С., 2006; Foster N. M., 2006).

Провідними факторами, що зумовлюють високі відсотки летальності при ГНК є пізня госпіталізація, висока частота діагностичних помилок, вік хворого та наявність супутньої патології, необгрунтована пролонгація термінів консервативної терапії, інтраопераційні та післяопераційні ускладнення (Тотиков В. З и соав., 2006).

Частота діагностичних помилок при ГНК навіть в умовах хірургічного стаціонару досягає 21,2 – 34 % ( Легостаева Т. Б., 2001; Березницький Я.С., 2004). На даний час діагностика ГНК грунтується на результатах клінічного та рентгенологічного обстежень хворого, які недостатньо інформативні, особливо на початкових стадіях захворювання (Курбанов К.М., 2006).

В етіологічній структурі ГНК 64 – 74% припадає на долю спайкової ГНК, яка в 50 % випадків ліквідується заходами консервативної терапії (Mangenthaler J. A., 2006; Foster N. M., 2006). Тому заслуговує подальшого вдосконалення методика доопераційної декомпресії привідного відділу кишечника, як один з шляхів підвищення ефективності консервативного лікування ГНК(Ritz M. A., 2000.; Nelson R., 2005.; Gowen G. F., 2007.; Sakakibara T., 2007).

На даний час відсутні ефективні способи інтраопераційної оцінки життєздатності кишечника та встановлення меж його резекції (Орел Ю.Г., 2002; Логачов В.К., 2004; Лігоненко О.В., 2004). Діагностична точність візуальної інтраопераційної оцінки життєздатності кишки, яка використовуються найчастіше, не перевищує 42% (Шор Н.А., 2004). Тому неспроможність швів міжкишкових анастомозів залишається типовим ускладненням в хірургії ГКН, що зустрічається з частотою 4,3 – 8,3%(Гешелин С.А., 2004; Рідзіховський А.П., 2004). В структурі причин післяопераційної летальності при ГКН частка неспроможності швів анастомозу сягає 27,5 – 66,7 % (Алексеєв О.В., 1999).

Відсутність надійних способів оцінки життєздатності кишкової стінки та спроможності швів міжкишкових анастомозів зумовлює актуальність їх моніторингу в післяопераційному періоді (Ольшанецкий А.А., 2004). Залишається недостатньо визначеним місце відеоендоскопічних методів у вирішенні проблеми післяопераційного контролю життєздатності кишечника. Таким чином, подальше вдосконалення окреслених напрямків лікувально-діагностичної тактики при ГНК залишається актуальним.

**Звязок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертація є частиною науково-дослідних робіт кафедри госпітальної хірургії №1 НМУ ім. О.О. Богомольця на 2004 – 2006 роки за темою «Вибір методу хірургічної корекції захворювань травного тракту на основі збереження функції органу» (№ Держреєстрації 0104U000451) та на 2007 – 2009 роки за темою «Патогенетичне обгрунтування вибору тактики та об’єму оперативних втручань при гострій та хронічній хірургічній патології» (№ Держреєстрації 0107U000880).

**Мета і задачі дослідження.** Метою роботи є покращення результатів хірургічного лікування хворих на ГНК, шляхом вдосконалення діагностики даної патології, розробки методики доопераційної назоінтестинальної декомпресії, вдосконалення інтраопераціної оцінки життєздатності кишки та її моніторингу в ранньому післяопераційному періоді.

Для досягнення поставленої мети сформулоьвані наступні задачі:

1. Дослідити ефективність рентгенологічної та ультразвукової діагностики окремих видів та стадій ГНК;

2. Вдосконалити методику зондової ентерографії та дослідити її інформативність у діагностиці гострої непрохідності тонкої кишки;

3. Розробити пристрій для антеградної декомпресії шлунково-кишкового тракту та дослідити його вплив на ефективність консервативної терапії і хірургічного лікування гострої непрохідності тонкої кишки;

4. Розробити спосіб визначення життєздатності кишкової стінки на основі дослідження динаміки відновлення температури її поверхні після гіпотермії шляхом безконтактної інфрачервоної термометрії, обгрунтувати критерії життєздатності та вибір об’єму резекції;

5. Розробити спосіб контролю життєздатності кишкової стінки і спроможності швів міжкишкових анастомозів в ранньому післяопераційному періоді та визначити показання до його застосування;

6. Вдосконалити лікувально-діагностичну тактику при ГНК та проаналізувати результати оперативних втручань.

***Об’єкт дослідження.*** Гостра непрохідність кишечника, ускладнення гострої непрохідності кишечника.

***Предмет дослідження.*** Клініко-лабораторні прояви, дані додаткових методів обстеження, результати консервативного лікування та оперативних втручань у хворих на гостру непрохідність кишечника.

***Методи дослідження.*** Загальноклінічні, лабораторні, інструментальні, гістологічні, статистичні.

**Наукова новизна отриманих результатів.**

Вперше, на основі поєднання візуалізації вільної рідини в черевній порожнині при ультразвуковому дослідженні з визначенням рівня внутрішньочеревного тиску, розроблений метод діагностики странгуляцій кишечника.

Вдосконалено спосіб зондової ентерографії, який дозволяє зменшити тривалість транзиту контрасту просвітом тонкої кишки та кратність виконання контрольних рентгенографій.

Вдосконалено критерії ультразвукової діагностики защемлених та невправимих абдомінальних гриж, асоційованих з ГНК.

Вперше розроблений пристрій для антеградної назоінтестинальної інтубації шлунково-кишкового тракту, який дозволяє виконати декомпресію привідної петлі тонкої кишки на етапі консервативної терапії (Деклараційний патент України на корисну модель №13880).

Вперше розроблено спосіб визначення життєздатності кишкової стінки, який дозволяє провести прицільну оцінку ступеню відновлення мікроциркуляції кишкової стінки, на основі чого провести економну резекцію тонкої кишки у випадку її нежиттєздатності (Патент України на корисну модель №21666).

Вперше, розроблений спосіб післяопераційного контролю життєздатності кишкової стінки, який забезпечує можливість виконання лапароскопічної ревізії кишки в ранньому післяопераційному періоді (Деклараційний патент України на корисну модель №4017).

**Практичне значення отриманих результатів.** Застосування нових та вдосконалення існуючих способів діагностики і лікування ГНК дозволяє оптимізувати вибір тактики хіругічного лікування хворих з даною патологією та покращити його результати.

Вивчення послідовності виникнення основних клінічних, рентгенологічних та ультразвукових симптомів ГНК доводить високу інформативність ультразвукової діагностики, як неінвазивного, не пов’язаного з променевим навантеженням методу ранньої діагностики даного захвоювання та обгрунтовує його переваги в якості методу динамічного спостереження та контролю ефективності консервативної терапії. Застосування ультразвукової візуалізації вільної рідини в черевній порожнині у поєднанні з визначенням внутрішньочеревного тиску дозволяє підвищити ефективність доопераційної діагностики странгуляційних форм гострої непрохідності кишечника та полегшує встановлення показань до їх хірургічного лікування.

Застосування вдосконаленого способу зондової ентерогафії і складу контрастної суміші дозволяє зменшити тривалість та кратність дослідження, променеве навантаження на організм пацієнта.

В результаті застосування запропоновного зонда для антеградної декомпресії шлунково-кишкового тракту вдалось підвищити ефективність консервативного лікування хворих на спайкову обтураційну кишкову непрохідность та зменшити необхідность виконання інтраопераційної інтубації тонкої кишки при хірургічному лікуванні даної патології.

В результаті застосування запропонованого способу інтраопераційної оцінки життєздатностті кишкової стінки вдалося зменшити об’єм резекції тонкої кишки та запобігти ускладненням, повязаним з помилковою оцінкою життєздатності. Обгрунтовано ефективність інтраопераційної гіпотермії в профіліктиці реперфузійного пошкодження кишкової стінки при гострій странгуляційній непрохідності кишечника.

Результати досліджень впроваджено в практичну роботу хірургічних відділень Київської міської клінічної лікарні №4 та використовуються в педагогічному процесі на кафедрі госпітальної хірургії №1 НМУ імені О.О.Богомольця.

**Особистий внесок здобувача.** Автором сумісно з науковим керівником обрано тему дисертації, сформульовано мету та задачі дослідження, визначено шляхи вирішення поставленої проблеми, види та обсяг досліджень, критерії оцінки отриманих результатів. Автором самостійно проведено пошук і аналіз наукової літератури та патентної інформації за темою. Автором проведено формування груп спостереження, аналіз, узагальнення та статистичну обробку результатів клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих. Здобувач особисто приймав участь в клінічному обстеженні та хірургічному лікуванні 80 % хворих основної групи. Дисертант є співавтором розробок, наукових публікацій та корисних моделей за темою дисертації. Автором особисто написані всі розділи дисертації, сформульовані висновки та запропоновані практичні рекомендації.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення дисертації були висвітлені на ІІ Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Хірургічне лікування гриж живота з використанням сучасних пластичних матеріалів» (Алушта, 2004), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Хірургічне лікування ран та дефектів м’яких тканин» (Київ, 2004), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Рани, ранова інфекція, ранні післяопераційні ускладнення в абдомінальній та судинній хірургії» (Київ, 2006), ІІ міжнародній пироговській науковій медичній конференції студентів і молодих учених (Москва, 2007), VIII конгресі молодих вчених і спеціалістів «Науки о человеке» (Томськ, 2007), на засіданні товариства хірургів м. Києва та Київської області (Київ, 2007) та на засіданні кафедри госпітальної хірургії №1 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця (вересень 2007)

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 8 наукових робіт, з них 5 у фахових виданнях, затверджених ВАК Укріїни, 1 у тезах науково-практичних конференцій, 2 в зарубіжних виданнях та отримано 3 патенти України на корисні моделі.

**Обсяг та структура дисертації.** Основний текст дисертації викладено на 162 сторінках комп’терного тексту та складається з вступу, огляду літератури, методологічного розділу, трьох розділів власних досліджень, заключення, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел. Робота ілюстрована 12 рисунками та 24 таблицями. Список використаних літературних джерел містить 240 посилань, з них 130 кирилицею та 110 латиною.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

**Матеріали і методи досліджень.** В основу даного дисертаційного дослідження покладено матеріали клінічного обстеження та хірургічного лікування 267 хворих на ГНК, 112 чоловіків та 155 жінок, віком від 15 до 93 років, що знаходились на лікуванні в клініці кафедри госпітальної хірургії №1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця за період з 2001 по 2007 роки. В ході дослідження всі пацієнти були розділені на дві клінічні групи. На початку дослідження було проведено аналіз та узагальнення результатів клініко-лабораторного обстеження і хірургічного лікування ГНК у хворих контрольної групи, де застосовувалась традиційна лікувально-діагностична тактика. До складу контрольної групи ввійшов 141 хворий, 54 (38,3%) чоловіки та 87 (61,7%) жінок (середній вік 54,24 ± 1,74 роки), що знаходився на лікуванні в клініці в 2001 – 2004 роках. Відповідно до задач даного дослідження, в клініці розроблена лікувально-діагностична програма, яку застосовано для оптимізації тактики хірургічного лікування у 126 хворих, 58 (46%) чоловіки та 68 (54%) жінок (середній вік 54,85 ± 1,81 роки) протягом 2005 – 2007 років, які ввійшли до складу основної групи.

Залежно від причини ГНК хворі розподілені таким чином (табл.1).

*Таблиця 1*

**Розподіл хворих з ГНК за причинами захворювання**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Причина ГНК | Основна  група | | Контрольна група | | Всього | |
| n | % | n | % | n | % |
| Гостра спайкова непрохідність тонкої кишки (ГСНТК) | 76 | 60,3 | 99 | 70,2 | 175 | 65,5 |
| Заворот тонкої кишки | 9 | 7,1 | 5 | 3,6 | 14 | 5,2 |
| Вузлоутворення тонкої кишки | 2 | 1,6 | - | - | 2 | 0,8 |
| Гостра інвагінаційна непрохідність тонкої кишки | 2 | 1,6 | 1 | 0,7 | 3 | 1,1 |
| Жовчокам’яна непрохідність тонкої кишки | 1 | 0,8 | 1 | 0,7 | 2 | 0,8 |
| Туберкульозний інфільтрат | - | - | 1 | 0,7 | 1 | 0,4 |
| Защемлені абдомінальні грижі | 31 | 24,6 | 28 | 19,8 | 59 | 22,1 |
| в т.ч. післяопераційні вентральні із защемленням тонкої кишки | 16 | 12,7 | 16 | 11,2 | 32 | 12 |
| післяопераційні вентральні із защемленням товстої кишки | 2 | 1,6 | - | - | 2 | 0,8 |
| пахові | 4 | 3,2 | 6 | 4,3 | 10 | 3,7 |
| стегнові | 2 | 1,6 | 1 | 0,7 | 3 | 1,1 |
| пупові | 7 | 5,5 | 5 | 3,6 | 12 | 4,5 |
| Заворот сигмовидної кишки | 5 | 4 | 6 | 4,3 | 11 | 4,1 |
| Всього | 126 | 100 | 141 | 100 | 267 | 100 |

Пізніше 24 год від початку ГНК госпіталізовано 45 (35,7 %) хворих основної групи та 49 (34,7 %) – контрольної групи. Ускладнення ГНК розповсюдженим перитонітом на момент госпіталізації мало місце у 22 (17,5 %) хворих основної групи та у 26 (18,4 %) хворих контрольної групи. Поліморбідний фон у хворих обох груп здебільшого обтяжений за рахунок патології серцево-судинної та дихальної систем, частки яких в структурі супутньої патології становлять відповідно 80,4 % і 6,2 % в основній групі та 81,3 % і 7,3 % - в контрольній групі. Оцінку ступеню важкості загального стану хворих на момент госпіталізації проводили згідно шкали М-SAPS (Соловйов И.Е., 2000). В основній групі на момент госпіталізації стан 48 (38,1 %) хворих оцінено як легкий, 55 (43,6 %) – середньої важкості, 23 (18,3 %) – важкий, в контрольній відповідно – 54 (38,3 %), 59 (41,8 %) та 28 (19,9 %). Отже, за статево-віковим складом, тривалістю захворювання, видом і важкістю основної та супутньої патології достовірної різниці між хворими досліджуваних груп не виявлено (р>0,05).

Для верифікації діагнозу враховували дані клінічних, лабораторних, інструментальних методів дослідження. Дослідження клітинного складу крові проводили за допомогою гематологічного аналізатора Hema-screen 18 P компанії Hospitex diagnostics S.A. (Італія) з використанням реактивів компанії «Юнігем» (Україна). Лейкоцитарний індекс інтоксикації розраховували за формулою Я.Я.Кальф-Каліфа. Біохімічні дослідження крові проведено із застосуванням автоматизованих аналізаторів EOS-Bravo та EOS-Bravo Plus компанії Hospitex diagnostics S.A. (Італія).

Рентгенологічне обстеження розпочиналось з оглядової рентгенографії органів черевної порожнини. У хворих з ГСНТК, з метою об’єктивізації відновлення прохідності кишечника після консервативної терапії, застосовували рентгенконтрастні методи дослідження. У хворих контрольної групи проводили дослідження транзиту сульфату барію після його перорального прийому. В основній групі користувались методикою зондової ентерографії. Для введення контрастної суміші використовували розроблений нами зонд для антеградної декомпресії шлунково-кишкового тракту, який проводиться на максимально можливу відстань за зв’язку Трейця (Патент України №13880) До складу контрастної суміші входили рівні частини 20 % водного розчину сульфату барію та 65 % розчину тріомбрасту, а також 10 мл суспензії симетикону. 100 – 150 мл охолодженої до 4 ° С контрастної суміші фракційно, в 7 – 8 порціях, через зонд вводили в тонкий кишечник. Перші знімки виконували через 60 хв з моменту введення останньої порції контрасту.

Ультразвукове дослідження (УЗД) проводилось на момент госпіталізації та в динаміці для оцінки ефективності консервативного лікування. УЗД проводили за допомогою апаратів ультразвукової діагностики «Alloka Pro Sound ssd 5000» та «Siui Apogee 3500» з використанням конвексного датчика частотою 3,5 МГц та лінійного датчика з частотою 7 МГц.

Вимірювання внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) проводили непрямим способом за допомогою трансвезикальної тензіометрії. Оцінку рівня ВЧТ проводили на основі класифікації Meldrum D.R. (1997), згідно якої виділяють 4 ступені внутрішньочеревної гіпертензії: 1 ступінь – 10 – 15 мм. рт. ст., 2 ступінь – 16 – 25 мм. рт. ст., 3 ступінь – 26 – 35 мм. рт. ст., 4 ступінь – більше 35 мм. рт. ст.

Програмовану лапароскопію проводили з використанням лапароскопічної техніки «Olympus» для контролю життєдатності стінки кишки та спроможності швів міжкишкових анастомозів.

Статистична обробка результатів дослідження проведена на IBM PC з використанням додатку Microsoft Office Excel 2003 на базі операційної системи Windows XP Professional. В процесі статистичної обробки результатів дослідження використовували непараметричні критерії статистичного аналізу. Для статистичного аналізу повторних вимірювань якісних ознак використовували критерій Мак-Німара. Для оцінки статистичної значимості середніх величин кількісних показників в двох групах використовували критерій Манна-Уітні, для попарного порівняння кількісних показників кількох груп з однією контрольною – критерій Даннета.

**Результати досліджень.** З 267 хворих ознаки ГНК за даними оглядової рентгенографії на момент госпіталізації спостерігались у 160 (59,9 %). Ефективність оглядової рентгенографії при ГНК зростає пропорційно збільшенню тривалості захворювання. Серед хворих з тривалістю захворювання на момент госпіталізації до 6 год частота виявлення рентгенологічних симптомів ГНК становила 23,7 %, від   
6 до 12 год – 54,1 %, від 12 до 24 год – 62,3 % та більше 24 год – 85,1 %. Але у 26,2 % хворих на момент госпіталізації при оглядовій рентгенографії ОЧП виявлено лише гіперпневматоз кишечника, а у 13,9% хворих переважно на ранній стадії захворювання ознак ГНК не виявлено.

При УЗД у хворих з ГНК тривалістю до 6 год нами виявлено достовірне (р<0,05) збільшення середнього діаметра привідної петлі тонкої кишки до 34,3±0,5 мм, кількості перистальтичних хвиль до 5,2±0,1 на хв, відмічено появу маятникоподібних рухів кишкового вмісту та помірного внутрішньопросвітного депонування рідини. В групі хворих з тривалістю ГНК від 6 до 12 год на фоні подальшого збільшення діаметру привідної петлі та гіперперистальтики, спостерігаються ультразвукові ознаки наростаючого набряку кишкової стінки, про що свідчить поява статистично достовірного збільшення товщини кишкової стінки до 5,2±0,3 мм (р<0,05), товщини складок Керкрінга до 4,3±0,2 мм (р<0,05) та відстані між ними до 5,3±0,1 мм (р<0,05). Проте в міру наростання явищ внутрішньокишкової гіпертензії та подальшого збільшення діаметра привідного відділу тонкої кишки, у хворих з більш пізніми термінами захворювання (більше 12 год) спостерігається поступове зменшення товщини кишкової стінки в середньому до 4,6±0,1 мм (р<0,05) та складок Керкрінга до 4±0,15 мм (р<0,05) з подальшим збільшенням відстані між ними до 5,9±0,2 мм (р<0,05). У хворих з тривалістю ГНК від 12 до 24 год ще зберігається достовірне збільшення частоти перистальтичних хвиль – 4,3±0,3 на хв (р<0,05) у порівнянні з контролем та відмічається маятникоподібні переміщення хімусу, але перистальтика стає низькоамплітудною. У хворих з тривалістю захворювання більше 24 год на фоні подальшого зменшення амплітуди відмічається зменшення і частоти перистальтичних хвиль в середньому до 2,8±0,1 на хв. У частини хворих відмічено парез тонкої кишки, що проявлявся зникненням маятникоподібної перистальтики, відмічались лише рухи хімусу синхронно дихальним екскурсіям. Отже, збільшення діаметра кишки з посиленням в ній перистальтики та маятникоподібним переміщенням кишкового вмісту є ранніми ультразвуковими симптомами ГНК, що реєструється вже протягом перших 6 год захворювання.

З метою оптимізації рентгенологічної діагностики ГСНТК та оцінки ефективності її консервативної терапії нами модифіковано спосіб зондової ентерографії за складом контрастної суміші та методикою її введення в просвіт тонкої кишки. Цим досягнуто достовірне (р<0,001) зменшення середньої тривалості транзиту контрасту просвітом тонкої кишки в порівнянні з традиційним транзитом сульфату барію з 9,8±1,02 год в контрольній групі до 1,8±0,35 год в основній групі. Середня кількість оглядових рентгенографій при цьому зменшилась з 2,7±0,2 в контрольній групі до 1,2±0,07 в основній групі (р<0,001). З 40 хворих основної групи через годину з моменту введення контрасту у 24 (60 %) виявлено його сліди в проекції сліпої кишки та у 10 (25 %) верифіковано рівень порушення прохідності.

Наявність вільної рідини в черевній порожнині багатьма дослідниками розглядається як патогномонічний симптом підвищеного внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). З метою встановлення патогенетичного зв’язку між наявністю вільної рідини в черевній порожнині та рівнем ВЧТ при різних видах ГНК, методом трансвезикальної тензіометрії нами проведено дослідження ВЧТ у 41 хворого основної групи, що були прооперовані з приводу ГНК, у яких при УЗД виявлено ознаки наявності вільної рідини в черевній порожнині. У хворих з тривалістю ГНК до 6 год (n=6) ВЧТ становив в середньому 5,5±1,7 мм. рт. ст, від 6 до 12 год (n=8) – 11,3±3,0 мм рт. ст. Інтраопераційно у цих хворих верифіковано ГНК странгуляційного генезу. Серед хворих з тривалістю ГКН більше 12 год, ознаки странгуляційної ГНК було виявлено у 11 хворих, середне значення ВЧТ у яких було 23,6±4,7 мм рт. ст. та у 16 хворих діагностована ГНК за обтураційним типом, середній ВЧТ у яких був 28,7±4,4 мм. рт. ст. Статистичної достовірної різниці між показниками ВЧТ у цих хворих не виявлено (р=0,078). Таким чином, поява вільної рідини в черевній порижнині у хворих на ГНК тривалістю більше 12 год зумовлена пригніченням її лімфатичної резорбції на фоні інтраабдомінальної гіпертензії та не залежить від виду ГНК. Візуалізація вільної рідини в міжпетлевому просторі черевної порожнини у хворих з більш раннім терміном ГНК при ВЧТ менше 20 мм.рт.ст. може бути ознакою странгуляції кишки.

Для підвищення ефективності консервативного лікування ГСНТК нами розроблено зонд для антеградної декомпресії шлунково-кишкового тракту (Патент на корисну модель №13880), що забезпечує можливість його ізоперистальтичного проведення в тонку кишку дистальніше зв’язки Трейця під дією перистальтики та гравітації. Цим забезпечується декомпресія привідної петлі тонкої кишки ще на етапі консервативного лікування ГСНТК. З 46 хворих основної групи проведення назоінтестинального зонда просвітом тонкої кишки на різну відстань дистальніше зв’язки Трейця було виконано у 40 (86,9 %) хворих. Причинами невдалої декомпресії у 6 хворих були: закручування зонда в порожнині шлунка у 1 хворого, затримка його транзиту на рівні зв’язки Трейця – у 4 та у 1 хворої на ГСНТК після гастректомії – затримка транзиту зонда на рівні міжкишкового анастомоза за Брауном. В якості контролю за транзитом зонда просвітом привідної петлі ми віддавали перавагу УЗД, що за нашими даними забезпечило можливість візуалізації оливи зонда в просвіті тонкої кишки у 72,4 % пацієнтів.

Результати консервативного лікування ГСНТК із застосуванням назоінтестинальної декомпресії порівняно з контрольною групою у складі 40 хворих з аналогічним діагнозом, яким декомпресія виконана назогастральним зондом. Застосуванням зондової декомпресії вдалось підвищити ефективність консервативного лікування ГСНТК з 45 % до 67,5 % (р=0,006), зменшити частоту інтраопераційній інтубації тонкої кишки з 45,5 % до 23,1 % (р>0,05) та у частини хворих виконати одномоментний інтраопераційний лаваж привідної кишки без виконання ентеролізу у верхньому поверсі черевної порожнини, що зменшує тривалість та травматичність операції. Показанням до застосування назоінтестинальної декомпресії є ГСНТК в фазі компенсації чи субкомпенсації за умови збереження перистальтики привідної петлі більше 3 перистальтичних хвиль на хв. Критеріями ефективності декомпресії були: припинення надходження застійного кишкового вмісту, відновлення пропульсивної перистальтики при УЗД, відновлення прохідності тонкої кишки за даними зондової ентерографії.

В процесі хірургічного лікування странгуляційної ГНК для об’єктивної оцінки ступеню ішемічного пошкодження стінки кишки, встановлення показань та меж її резекції ними розроблений спосіб визначення життєздатності кишкової стінки (Патент на корисну модель № 21666). Після ліквідації причини странгуляції, ділянку ішемізованої кишки виводили в операційну рану та проводили її гіпотермію протягом 10 хв до рівня 22 – 24° С, шляхом аплікації на її поверхню серветок, змочених охолодженим до 4° С розчином антисептика, з подальшим дослідженням швидкості та повноти відновлення температури її поверхні після десятихвилинної гіпотермії за допомогою інтраопераційної безконтактної інфрачервоної термометрії. Динаміка відновлення температури кишки після гіпотермії дозволяє опосередковано оцінити стан мікроциркуляції та метаболізму, оскільки на фоні гіпоксії в умовах анаеробного гліколізу продукція енергії знижена.

З метою визначення нормальних показників температури поверхні тонкої та товстої кишки, нами проведено її вимірювання у 10 хворих контрольної групи, що були прооперовані в плановому прядку з приводу хронічних хірургічних захворювань позакишкової локалізації. Після виконання лапаротомії та десятихвилинної експозиції вихідна температура поверхні тонкої кишки становила в середньому 32,06 ± 1,02° С; товстої кишки 31,43 ± 1,89° С. Після десятихвилинної гіпотермії температура поверхні тонкої кишки у контрольній групі знизилась до рівня 24,37± 1,9° С; товстої кишки – 23,85± 1,4° С, але в подальшому спостерігалось стрімке відновлення температури протягом перших 5 хв майже до вихідного рівня (тонкої кишки – 31,93± 1,28° С; товстої кишки – 29,9 ± 0,9° С). Дані показники були прийняті за норму.

Даний спосіб застосовано в процесі хірургічного лікування 46 хворих на странгуляційні форми ГНК, з ішемією тонкої кишки у 40 хворих, товстої кишки – у 6 хворих. Резекції кишки, зумовлені незворотним порушенням її життєздатності виконані у 7 хворих основної групи, у 39 кишкова стінка визнана життєздатною. На 10-у хв після гіпотермії температура поверхні кишки з незворотним порушенням життєздатності була достовірно нижчою 25,36±1,42° С., ніж у хворих зі зворотними ішемічними змінами – 30,15±0,99° С (р<0,001) та пацієнтів контрольної групи – 31,93±1,28° С (р<0,001). Таким чином, температурна динаміка ішемізованої кишкової стінки характеризується більш глибокою гіпотермією при застосуванні охолоджуючого чинника з фіксованою температурою та зниженням швидкості і повноти відновленням температури пропорційно ступеню порушення мікроциркуляції. Отже, враховуючи похибку даної середньої величини, збереження локальної температури кишки на рівні нижче 27° С протягом 10 хв і більше після її десятихвилинної гіпотермії є критерієм незворотного порушення життєздатності. При визначенні об’єму резекції кишки вважаємо доцільним враховувати температурний інтервал субкритичної ішемії – в межах 27 – 28° С, оскільки після завершення формування анастомозу температура поверхні кишки в зоні шва знижується в середньому на 1,42±0,05° С у порівнянні з вихідними значеннями. Тому достатнім для формування анастомозу вважаємо відновлення температури поверхні сегментів кишки до рівня 29° С і вище.

Встановлено, що локальна гіпотермія ішемізованої кишки після усунення причини странгуляції інгібує синтез реактивних метаболітів кисню та функцію молекул адгезії поліморфноядерних нейтрофілів, які лежать в основі реперфузійно-ішемічного синдрому в кишечнику та є термічно залежними (Kalia N., 2002).

В окремих випадках ускладнення резекції кишки неспроможністю швів міжкишкового анастомозу зумовлене не помилковим визначенням меж резекції, а прогресуванням ішемічних змін в післяопераційному періоді. З метою ранньої діагностики прогресування некротичних процесів в зоні первинно ішемізованої кишки та неспроможності швів міжкишкових анастомозів після операцій з приводу ГНК, нами розроблено спосіб післяопераційного контролю життєздатності кишкової стінки (Патент на корисну модель № 4017), який передбачає виконання програмованої лапароскопічної ревізії ішемізованої кишки через 24-48 год після операції. Застосування пневмозонда запропонованої конструкції перешкоджає утворенню спайок в черевній порожнині, що робить можливим виконання прицільної лапароскопічної ревізії кишки без виконання ентеролізу. Спосіб застосований у 5 хворих основної групи, з яких у 3 були виконані резекції тонкої кишки та у 2 хворих на основі оцінки відновлення температури поверхні кишкової стінки після гіпотермії було виявлено зниження мікроциркуляції в проекції странгуляційних борозен, чим зумовлено виконання їх перитонізації серозном’язовими швами.

На основі аналізу причин неспроможності швів міжкишкових анастомозів у хворих контрольної групи, нами сформульовані показання до застосування запропонованого способу післяопераційного контролю життєздатності кишкової стінки: повторні резекції тонкої кишки при неспроможності швів анастомозу та її ушиванні з приводу перфорацій гострих виразок, виконання резекції кишки з анастомозом на фоні важкої хронічної абдомінальної ішемії.

У 27 (21,4%) хворих з ГСНТК основної групи та у 18 (12,8%) – контрольної групи прохідність кишечника відновлено заходами консервативної терапії. Оперативні втручання з приводу ГНК виконано у 99 (78,6%) хворих основної групи та у 123 (87,2%) – в контрольній групі (Табл. 2.)

*Таблиця 2*

**Види оперативних втручань при ГНК в основній та контрольній групі**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Види операцій | Основна  група | | Контрольна група | | Всього | |
| n | % | n | % | n | % |
| Роз’єднання спайок | 30 | 30,4 | 43 | 35 | 73 | 32,9 |
| Роз’єднання спайок, НІІ | 17 | 17,2 | 40 | 32,5 | 57 | 25,7 |
| Роз’єднання спайок, ліквідація завороту тонкої кишки | 4 | 4 | - | - | 4 | 1,8 |
| Роз’єднання спайок, ліквідація завороту тонкої кишки,НІІ | 4 | 4 | 4 | 3,3 | 8 | 3,6 |
| Роз’єднання спайок,  обхідний ілеотрансверзоанастомоз, НІІ | - | - | 1 | 0,8 | 1 | 0,45 |
| Роз’єднання спайок,  обхідний ілеотрансверзоанастомоз, НІІ,  сигмостома | 1 | 1 | - | - | 1 | 0,45 |
| Ліквідація вузлоутворення | 1 | 1 | - | - | 1 | 0,45 |
| Усунення защемлення в грижі, герніопластика | 8 | 8,1 | 2 | 1,6 | 10 | 4,5 |
| Усунення защемлення в грижі, роз’єднання спайок, герніопластика | 17 | 17,2 | 10 | 8,1 | 27 | 12,2 |
| Усунення защемлення в грижі, роз’єднання спайок, апендектомія, герніопластика | 1 | 1 | - | - | 1 | 0,45 |
| Ентеротомія, літоекстракція, НІІ | 1 | 1 | 1 | 0,8 | 2 | 0,9 |
| Деторсия сигмовидної кишки, мезосигмоплікація | 4 | 4 | 5 | 4,1 | 9 | 4 |
| Резекція тонкої кишки | 10 | 10,1 | 16 | 13 | 26 | 11,7 |
| Резекція сигмовидної кишки | 1 | 1 | 1 | 0,8 | 2 | 0,9 |
| Всього | 99 | 100 | 123 | 100 | 222 | 100 |

Тривалість післяопераційного періоду суттєво відрізнялась в залежності від причини ГНК, об’єму виконаного оперативного втручання, наявності та характеру післяопераційних ускладнень. Середня тривалість післяопераційного періоду при странгуляційній ГНК була меншою у хворих основної групи у порівнянні з контрольною (відповідно 11,7±2,8 та 15,5 ± 6,9 діб) (р<0,05). При обтураційній ГНК середня тривалість післяопераційного періоду в основній групі становила 12,5±3,4 доби, в контрольній – 14,7±4,2 доби (р>0,05). Післяопераційні ускладнення спостерігались у 6 (6 %) хворих основної групи та у 22 (17,9 %) – в контрольній. При цьому у хворих основної групи ускладнень, зумовлених помилковою оцінкою життєздатності кишки чи прогресуванням її некрозу в післяопераційному періоді не спостерігалось. Показники післяопераційної летальності були достовірно (р<0,05) нижчими в основній групі 2 % в порівнянні з контрольною – 10,6 %.

**ВИСНОВКИ**

В дисератційній роботі представлено теоретичне обгрунтування та практичне вирішення наукових завдань щодо розробки і вдосконалення методів діагностики та хірургічного лікування хворих на гостру непрохідність кишечника, яке сприяло підвищенню ефективності консервативної тарапії і передопераційної підготовки, покращенню тактики і техніки оперативних втручань та результатів лікування хворих з даною патологією.

1. Частота виявлення сиптомів ГНК залежить від тривалості захворювання. Точність оглядової рентгенографії в діагностиці ГНК, тривалістью до 6 год становить 66,1 %, від 6 до 12 год – 78,7 %, від 12 до 24 год – 92,5 %, більше 24 год –100 %. При УЗД збільшення діаметра привідної петлі, частоти перистальтичних хвиль та появу маятникоподібної перистальтики виявлено у 100 % хворих на ГНК, тривалістю до 6 год.

2. Застосування назоінтестинального зонда у складі комплексної консервативної терапії ГНК дозволяє у 86,9 % випадків виконати декомпресію привідної петлі тонкої кишки дистальніше зв’язки Трейця та в окремих випадках досягти місця перешкоди, що робить можливим виконання аспірації токсичного застійного вмісту привідної петлі ще на етапі консервативного лікування, цим підвищуючи його ефективність на 22,5 % (р=0,006). У випадку наявності вираженого спайкового процесу у верхньому поверсі черевної порожнини, що унеможливлює інтраопераційну назоінтестинальну інтубацію, даний метод дозволяє виконати одномоментний лаваж тонкої кишки без попередньої мобілізації шлунка та дванадцятипалої кишки із спайкового процесу, що зменшує тривалість і травматичність операції.

3. Запропонований спосіб зондової ентерографії для дослідження прохідності тонкої кишки у порівнянні з традиційним пасажем сульфату барію дозволяє скоротити тривалість дослідження в середньому до 1,8±0,35 год (р<0,001) та у 85 % випадків обмежитись виконанням однієї контрольної рентгенографії.

4. Інтраопераційна локальна гіпотермія кишки до 22 – 24° С дає можливість помягшити загальні прояви реперфузійного синдрому та виключити патогенетичні механізми, що обумовлюють пролонгацію некробіотичних процесів в стінці кишки після відновлення кровоотоку в зоні странгуляції, що робить її альтернативою інтраопераційному відігріванню кишки.

5. Визначення швидкості та повноти відновлення температури поверхні кишки після гіпотермії є об’єктивним опосередкованим критерієм оцінки життєздатності, оскільки відображує динаміку відновлення кровотоку та метаболізму досліджуваного сегемнта кишки. Здатність досліджуваного сегмента защемленої тонкої кишки протягом 10 хв після десятихвилинної гіпотермії відновлювати температуру поверхні до рівня 29° С і вище є критерієм збереження життєздатності (р<0,001). Запропонований спосіб визначення життєздатності кишкової стінки дозволяє виконати економну резекцію тонкої кишки в межах сегментів із вказаними температурними параметрами, уникнувши помилок в оцінці життєздатності кишкової стінки (р<0,001) та пов’язаних з цим ускладнень.

6. Запропонований спосіб післяопераційного контролю життєздатності стінки кишки в ранньому післяопераційному періоді запобігає формуванню перитонеальних зрощень в зоні ішемічно пошкодженої кишки і анастомозів, тим самим створює умови для їх прицільної ревізії шляхом програмованої лапароскопії без попереднього вісцеролізу.

7. На основі оптимізації діагностики ГНК, підвищення ефективності консервативної терапії впровадженням методики назоінтестинальної декомпресії, інтраопераційної профілактики реперфузійного пошкодження кишки, створення умов для чіткого встановлення показаня та меж резекції, вдалось досягти зниження частоти післяопераційних ускладнень з 17,9 % до 6 % (р<0,05) та летальності з 10,6 % до 2 % (р<0,05).

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Короткий В.М., Мойсеєнко А.І., Новоженіна Л.О., Шкуротян О.В.. Роль ультразвукової діагностики з допплерографією у виборі тактики хірургічного лікування гострої непрохідності кишечнику // Харківська хірургічна школа. – 2004. – № 1-2. – С. 37-39.(Автором проведено набір та аналіз клінічного матеріалу, статистична обробка, написання статті).
2. Короткий В.М., Мойсеєнко А.І. Спосіб контролю життєздатності стінки кишки в ранньому післяопераційонму періоді // Клінічна хірургія. –2004. – № 11-12. – С.47. (Автором проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення отриманих результатів, написання статті).
3. Короткий В.М., Мойсеєнко А.І., Шкуротян О.В.. Ультразвукова діагностика защемлених та невправимих абдомінальних гриж // Збірник „Матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю „Хірургічне лікування гриж живота з використанням сучасних пластичних матеріалів” Алушта, 2004, С.166-168. (Автором проведено лабораторно-інструментальні дослідження, аналіз та узагальнення отриманих результатів, написання статті).
4. Короткий В.М., Мойсеєнко А.І., Кушнірук С.В., Новоженіна Л.О., Сидоренко Р.А. Назоінтесинальне дренування привідної петлі в лікування гострої кишкової непрохідності // Хірургія України. – 2006. – №4. – С.34-39. (Автором проведено аналіз літератури, лабораторно-інструментальні дослідження, аналіз отриманих даних, статистична обробка, написання статті).
5. Короткий В.М., Мойсеєнко А.І., Бутирін С.О. Застосування інтраопераційної інфрачервоної термометрії для визначення життєздатності стінки кишки за її странгуляційної гострої непрохідності // Клінічна хірургія. – 2006. –   
   № 11-12. – С.19-20. (Автором проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та статистична обробка результатів, написання статті).
6. Мойсеенко А.И.Инфракрасная термометрия в определении степени ишемического повреждения кишечника // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2007. – № 2. – С.117-118. (Автором проведено реферування літератури, набір та статистична обробка клінічного матеріалу, написання статті).
7. Короткий В.М., Мойсеєнко А.І.. Інтраопераційна гіпотермія та безконтактна інфрачервона термометрія в діагностиці та хірургічному лікуванні странгуляційних форм гострої кишкової непрохідності // Хірургія України. – 2007. – №2. – С.55-60. (Автором проведено аналіз літератури, лабораторно-інструментальні дослідження, аналіз та статистична обробка результатів, написання статті).
8. Мойсеенко А.И. Оптимизация рентгенконтрастных методов диагностки острой спаечной кишечной непроходимости // Зборник „Материалы VIII конгресса молодых ученых и специалистов «Науки о человеке». – Томск. – 2007. – С.119-120. (Автором проведено огляд літератури, інстументальне обстеження, аналіз та статистична обробка результатів, написання статті).
9. Деклараційний патент на корисну модель №4017 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб післяопераційного контролю життєздатності кишкової стінки // Короткий В.М., Мойсеєнко А.І., Шкуротян О.В. – Заявл.20.05.2004. Опубл. 15.12.2004; Бюл. №12. (Автором проведено патентний пошук, набір та статистична обробка клінічного матеріалу, оформлення).
10. Деклараційний патент на корисну модель №13880 Україна, МПК А61М 25/00. Зонд для антеградної декомпресії шлунково-кишкового тракту // Короткий В.М., Мойсеєнко А.І. – Заявл. 9.11.2005. Опубл. 17.04.2006; Бюл. № 4. (Автором проведено патентний пошук, набір та статистична обробка клінічного матеріалу, оформлення).
11. Патент на корисну модель №21666 Україна, МПК А61В 17/22. Спосіб визначення життєздатності кишкової стінки // Короткий В.М., Мойсеєнко А.І., Бутирін С.О. – Заявл. 13.11.2006. Опубл. 15.03.2007; Бюл. № 3. (Автором проведено патентний пошук, набір та статистична обробка клінічного матеріалу, оформлення).

**АНОТАЦІЯ**

**Мойсеєнко А.І. Діагностика та хірургічне лікування гострої непрохідності кишечника. –** Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Національний медичний університет імені О.О.Богомольця МОЗ Украины, Київ, 2008.

Дисертація присвячена вирішенню наукових задач, спрямованих на покращення результатів хірургічного лікування хворих на гостру непрохідність кишечника (ГНК), на основі вдосконалення її діагностики, розробки методики доопераційної назоінтесинальної декомпресії, вдосконалення інтраопераційної оцінки життєздатності кишки та її моніторингу в ранньому післяопераційному періоді.

В основу дисертаційної роботи покладено аналіз і узагальнення результатів обстеження та хірургічного лікування 267 хворих на ГНК. Поглиблено уявлення про можливості ренгенівських та ультразвукових методів ранньої діагностики ГНК, вдосконалено ультразвукову діагностику окремих її форм. Модифіковано методику зондової ентерографії з метою зменшення тривалості транзиту контрасту та кількості контрольних рентгенографій. Розроблено зонд для антеградної декомпресії травного тракту на етапі консервативного лікування, доведено залежність її результату від рівня декомпресії. Розроблено спосіб оцінки життєздатності стінки кишки на основі визначення швидкості та повноти відновлення температури її поверхні після гіпотермії, визначено критерії життєздатності, обгрунтовано показання до резекції. Визначено показання для контролю життєздатності кишки в ранньому післяопераційному періоді та запропоновано спосіб його здійснення шляхом програмованої лапароскопії без ентеролізу. Впровадження запропонованих способів діагностики та лікування ГНК дозволило зменшити частоту післяопераційних ускладнень з з 17,9 % до 6 % (р<0,05) та летальність з 10,6 % до 2 % (р<0,05).

Ключові слова: гостра непрохідність кишечника, декомпресія, життєздатність кишки, ускладнення.

**АННОТАЦИЯ**

**Мойсеенко А.И. Диагностика и хирургическое лечение острой непроходимости кишечника. –** Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03. – хирургия. – Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца МЗ Украины, Киев, 2008.

Диссертация посвящена решению научных задач, направленных на улучшение результатов хирургического лечения больных с острой непроходимостью кишечника (ОНК) путём усовершенствования её диагностики, разработки методики дооперационной назоинтестинальной декомпрессии, усовершенствования интраоперационной оценки жизнеспособности кишки и её мониторинга в раннем послеоперационном периоде.

В основу диссертационной работы положен анализ и обобщение результатов обследования и лечения 267 больных, госпитализированных в 2001 – 2007 годах клинику кафедры госпитальной хирургии №1 с неопухолевыми формами ОНК. В работе усовершенствованы критерии рентгенологической и ультразвуковой диагностики ОНК в временном аспекте, усовершенствовано ультразвуковую диагностику отдельных её форм. Модифицированная методика зондовой энтерграфии, апробирована в процессе диагностики спаечной ОНК у 40 больных основной группы, позволила сократить (р<0,001) длительность исследования с 9,8±1,02 часов до 1,8±0,35 часов и уменьшить (р<0,001) количество контрольных рентгенографий с 2,7±0,2 до 1,2±0,07. Разработан зонд для антеградной дооперационной декомпрессии приводящей петли на этапе консервативного лечения спаечной ОКН (Патент Украины №13880) Прибор позволяет у 86,9 % выполнить интубацию тонкой кишки дистальнее связки Трейца и обеспечить аспирацию токсичного застойного содержимого ещё на этапе консервативного лечения, что позволяет повысить показатель консервативного разрешения спаечной ОКН с 45% до 67,5% (р=0,006) и уменьшить частоту интраоперационной интубации тонкой кишки с 45,5% до 23,1%. Разработан способ определения жизнеспособности кишки на основании исследования скорости и уровня восстановления температуры её поверхности после гипотермии путём интраоперационной бесконтактной инфракрасной термометрии (Патент Украины №21666). Метод позволяет опосредовано оценить степень восстановления микроциркуляции и метаболизма в исследуемом сегменте кишки после устранения причины странгуляции. Установлено, что жизнеспособная кишки на протяжении 10 мин после гипотермии до 22 – 24 °С восстанавливает температуру до уровня не ниже 29 °С. В случае наличия риска прогрессирования некротических процессов в стенке кишки в раннем послеоперационном периоде нами предложен способ послеоперационного контроля жизнеспособности стенки кишки (Патент Украины №4017), который препятствует спайкообразованию в зоне анастомозов и участков ишемически скомпроментированной кишки, тем самым создавая условия для их прицельной ревизии путём программированной лапароскопии без энтеролиза.

Усовершенствование существующих и внедрение предложенных способов диагностики и лечения ОНК позволило уменьшить показатели послеоперационных осложнений с 17,9 % до 6 % (р<0,05) та летальность с 10,6 % до 2 % (р<0,05).

Ключевые слова: острая непроходимость кишечника, декомпрессия, жизнеспособность кишки, осложнения.

**Аnnotation**

**Moiseenko A.I. The Diagnostics and surgical treatment of acute intestinal obstruction. -**Manuscript.

The dissertation on apropriation scientific degree to candidate of the medical sciences by the speciality 14.01.03 – surgery. – National medical university by O.O.Bogomolets, Ministry of Public Health of Ukraine, Kiev,2008.

The thesis is dedicated to decision of the scientific problems, directed on improvement results of surgical treatment of patients with acute intestinal obstruction (AIO), on the grounds of improvement its diagnostics, development of methods of the pre-surgical nasointestinal decompression, improvement of the intraoperative assessment of viability of the intestine and its monitoring at early postoperative period.

In the base of dissertation prescribed analys and generalization of the result of examination and surgical treatment 267 patients with AIO. The Extended presentation about possibility of x-ray and ultrasonic methods of the early diagnostic of AIO, perfected the method of ultrasonic diagnostic of its individual forms. The method of the catheter enterography was modified for the reason to reduce the length of transit of the contrast and the number of control radiographys. A probe for antegrade decompression of the digestive tract on the stage of conservative treatment was developed, a dependency of its results by the level of the decompressions was proved.A method of assessment viability of the splanchnic wall of intestines on the base of determinations of the velocities and fullnesses of the recovery the temperature on its surfaces after hypothermia was developed, the criteria of viability was determined, the evidences to resections was motivated. The evidences for checking of viability of the intestine at early postoperative period was specified, and the way of its realization by means of the programmed laparoscopy without enterolysis was offered. Introducing the offered ways of the diagnostic and treatment of the AIO have allowed to reduce the frequency of the postoperative complications from 17,9 % to 6 % (r<0,05) and mortality from 10,6 % to 2 % (r<0,05).

Keywords: acute intestinal obstruction, decompression, the viability of the intestine, complications.

# Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>