

**ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ М.І.ПИРОГОВА**

---

**ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО  
НАЦІОНАЛЬНОГО  
МЕДИЧНОГО  
УНІВЕРСИТЕТУ**

---

**НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ  
№1, Ч.2 (Т. 20) 2016**

# ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ REPORTS OF VINNYTSIA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

**Заснований:** 17 жовтня 1994 року

**Засновник:** Вінницький державний медичний університет імені М.І.Пирогова

**Державна реєстрація:** 18 вересня 2003

**Видавець:** Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

Періодичність виходу журналу 2 рази на рік

№1, Ч.2 (Т. 20) 2016

*Фахове наукове видання України у галузі медичних наук*

Згідно переліку наукових фахових видань України, затвердженого наказом МОН України №747 від 13.07.2015 (додаток 17)

*Фахове наукове видання України у галузі біологічних наук*

згідно переліку наукових фахових видань України, затвердженого Наказом МОН України №1021 від 07.10.2015 (додаток 11)

## Головний редактор

Мороз В.М.

## Заступник головного редактора

Гумінський Ю.Й.

## Заступник головного редактора

Петрушенко В.В.

## Відповідальний секретар

Клімас Л.А.

## Редакційна колегія

Булавенко О.В., Василенко Д.А., Власенко М.В.,  
Гунас І.В., Заїка В.С., Камінський В.В., Палій Г.К.,  
Погорілий В.В., Пшук Н.Г., Серкова В.К.,  
Степанюк Г.І., Шувалов С.М.

## Редакційна рада

Булат Л.М., Волков К.С., Гаврилюк А.О., Гайструк  
А.Н., Годлевський А.І., Денисюк В.І., Дудник В.М.,  
Кириленко В.А., Кіщук В.В., Кукуруза Ю.П.,  
Мазорчук Б.Ф., Мороз Л.В., Мостовий Ю.М.,  
Пухлик Б.М., Піскун Р.П., Пушкарь М.С., Рикало  
Н.А., Салдан І.Р., Сарафінюк Л.А., Сергета І.В.,  
Стеченко Л.О., Фіщенко В.О., Фурман Ю.М.,  
Чайка Г.В., Чорнобровий В.М., Яковлева О.О.

## Адреса редакції та видавця:

21018, Україна, м.Вінниця,  
вул. Пирогова, 56  
Тел.: (043-2) 43-94-11  
Факс.: (043-2) 46-55-30  
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua  
lora@vnmnu.edu.ua

## Address editors and publisher:

Pyrogov Str. 56,  
Ukraine - 21018, Vinnytsia,  
Tel.: (043-2) 43-94-11  
Fax: (043-2) 46-55-30  
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua  
lora@vnmnu.edu.ua

Технічний редактор Л.О. Клопотовська

Художній редактор Л.М. Слободянюк

Технічний редактор О.П. Віштак

Підписано до друку 26.02.2016 р.

Затверджено Вченою Радою ВНМУ ім. М.І. Пирогова, протокол №8 від 25.02.16 р.

Формат 84x120 1/16. Друк офсетний. Замовлення № 098. Тираж 600

Вінниця. Друкарня ВНМУ, Пирогова, 56

© Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, (м.Вінниця), 2011

**Вісник Вінницького національного медичного університету**

Рецензуемий журнал

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №7901 від 18.09.2003

diagnosis of AS reaches 90,6 %, and severe sepsis - 98,8 %.

**Key words:** acute diseases of the abdominal cavity, abdominal sepsis, prediction.

Рецензент - д.мед.н., проф. Чоп'як В.В.

Стаття надійшла до редакції 30.11.2015 р.

Федоров Володимир Юрійович - аспірант кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, лікар-хірург хірургічного відділення №2 Львівської обласної клінічної лікарні; +38 093 326-90-85; surgeon.fedorov@gmail.com

© Шевченко Р.С., Селезньов М.А., Черепов Д.В., Тележний А.С.

УДК: 616.366-003.7-089.819-035

**Шевченко Р.С., Селезньов М.А., Черепов Д.В., Тележний А.С.**

Харківський національний медичний університет, кафедра загальної хірургії №1 (просп. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022)

## ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ, ЩО УСКЛАДНЕНА ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

**Резюме.** За даними досліджень, частота ЖКБ, що ускладнена холедохолітазом, становить 8,7-29,4 %. "Золотим стандартом" у лікуванні ЖКХ, ускладненою холедохолітазом, є двоетапний підхід, що включає ендоскопічну папілосфінктеротомію з ретроградною холангіографією та холедохолітоекстракцією та подальшу лапароскопічну холецистектомію. Однак недоліки ендоскопічного транспапілярного етапу лікування ЖКХ, що ускладнена ХЛ, зумовили необхідність пошуку альтернативних, малотравматичних та більш ефективних напрямків лікування даного захворювання. У дослідженні були порівняні результати лікування хворих з ЖКХ, що ускладнена ХЛ з використанням одномоментного комбінованого способу ЛХЕ в комбінації з інтраопераційною холедохолітоекстракцією і традиційного двоетапного методу. За результатами проведеного дослідження було доведено, що впровадження в практику одноетапного методу хірургічного лікування холецистохоледохолітазу призводить до поліпшення результатів лікування, скорочення термінів одужання і реабілітації хворих, зниження частоти ускладнень.

**Ключові слова:** холедохолітаз, лапароскопічна холедохолітоекстракція, рефлюкс-холангіт.

### Вступ

За даними досліджень частота ЖКБ, що ускладнена холедохолітазом становить 8,7-29,4 % [4]. Доволи високий процент каменеутворення в поза печінкових жовчовивідних шляхах обумовлений порушенням природного пасажу жовчі, підвищенням літогенних властивостей жовчі, запальні зміни жовчних проток, наявність у просвіті холедоха сторонніх тіл (лігатур, дренажів, кліпс) та зростає у пацієнтів похилого та старечого віку [8].

"Золотим стандартом" у лікуванні жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), що ускладнена холедохолітазом (ХЛ), є двоетапний підхід, що включає ендоскопічну холедохолітоекстракцію і подальшу лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ). Етап транспапілярної літоекстракції вимагає виконання папіллотомії. Виконання адекватної папіллотомії можуть ускладнювати: індивідуальні анатомічні особливості, вісцероптоз, "низьке" розташування Фатерова сосочку, наявність парафатеральних дивертикулів; наявність супутньої патології (деформація ДПК, вторинні зміни ДПК при хронічному панкреатиті, пухлинах підшлункової залози); перенесені раніше реконструктивні операції на шлунку і дванадцятипалій кишці.

Невідповідність розмірів конкременту і діаметра дистальних відділів жовчних проток, в тому числі при тубулярному стенозі дистального відділу холедоха; розташування конкрементів вище рубцевої стриктури, звуження чи стискання холедоха обумовлюють

необхідність фрагментації конкрементів в жовчних протоках. Можливості застосування в цій ситуації механічної літотрипсії обмежені щільністю конкременту, його розміром, анатомічними особливостями пацієнта [1].

У таких складних випадках ендоскопіст змушений або збільшити агресивність втручання, застосовуючи критично широку папілотомію, балонну дилатацію БДС, фракційні прийоми, або відмовитися від операції.

Як наслідок ендоскопічний етап лікування даної патології супроводжується такими ускладненнями як: кровотеча з розсіченої папіли (0,8 - 6,5 %), поранення холедоха або перфорація ДПК з розвитком емфіземи і за очеревинної флегмони (0,6 - 2,5 %), панкреатит 1,7 - 4,0%. Летальність при таких ускладненнях досягає 13,0 % [2].

У більш віддаленому періоді, внаслідок повного руйнування сфінктерного апарату БДС і порушення його замикаючої функції, відбувається висхідне інфікування жовчного дерева з розвитком рефлюкс-холангіту, що обумовлює рецидив ХЛ в 4,0-5,0 % [3].

Також, при наявності холангіту може виникнути необхідність в тривалому дренажуванні жовчного дерева. Для профілактики виникнення жовчної гіпертензії при проведенні внутрішньопротокової медикаментозної санації у пацієнтів з гнійним холангітом застосовується подвійне зовнішньо-внутрішнє дренажування жовчних проток. Однак фізико-хімічні властивості

жовчі у хворих з холангітом не завжди дозволяють виконати ефективну санацію жовчних шляхів за допомогою назобіліарного дренажу [6].

Перелічені недоліки ендоскопічного транс папілярного етапу лікування ЖКХ, що ускладнена ХЛ зумовили необхідність пошуку альтернативних, малотравматичних та більш ефективних напрямків лікування даного захворювання [7]. Альтернативною методикою лікування захворювання є виконання ЛХЕ в комбінації з інтраопераційною холедохолітоекстракцією (ІХЕ) [5]. Але клінічне залучення цієї методики ще не набуло достатнього поширення і потребує подальшого удосконалення.

*Мета роботи* - порівняти результати лікування хворих з ЖКХ, що ускладнена ХЛ з використанням одномоментного комбінованого способу (ЛХЕ та ІХЕ) і традиційного двоетапного методу.

### Матеріали та методи

У період з 2014 по 2016 рік у клініцібуло виконано водномоментних комбінованих втручань. Жінок - 6, чоловіків - 2, у віці від 37 до 61 року. Критерії за якими проводиться відбір в групу наступні:

- діагностовано за допомогою УЗД і КТ ЖКХ з ХЛ;
- відсутність структурних аномалій (холедохоцеле, хвороба Каролі, синдром Мірізі III, IV типу за Csendes та ін.);
- тривалість перебігу механічної жовтяниці не більше 14 днів;
- дилатація холедоха не менше 12 мм;
- відсутність гіпокоагуляційних ускладнень (ми адекватно розцінюємо лапароскопічне втручання, як більш травматичне, в порівнянні з папілосфінктеротомією, і вважаємо наявність коагулопатії протипоказанням до подібного втручання);
- відсутність в анамнезі оперативних втручань на верхньому поверсі черевної порожнини (тимчасове обмеження, пов'язане з необхідністю відпрацювання навичку інкубації холедоха й інтракорпорального шва холедоха).

До групи не будуть включені пацієнти, наявна супутня патологія яких, є протипоказанням до накладення пневмоперітонеума і ендотрахеального наркозу. Та, оскільки одним із завдань дослідження є вивчення ролі, збереженого в процесі лікування, сфінктера Одді в профілактиці розвитку висхідного холангіту, ми також виключили зі спостереження хворих, у яких в передопераційному періоді було діагностовано холангіт (тріада Шарко).

Передопераційна підготовка тривала не більше 3 днів.

Оперативне втручання виконувалось на лапароскопічному обладнанні Karl Storz, літоекстракція виконана операційним холедохоскопом Olympus CHF P20.

Виконання інтубації та ушивання холедохотомної рани потребувало встановлення допоміжних троакарів. У точці Кера встановлювався одноразовий троакар Endopath XCEL 12 мм (Ethicon). Мембранна клапанна

система цього троакару дозволяла вводити в черевну порожнину тубус холедохоскопу, витягувати конкременти та заводити дренажні системи, не використовуючи допоміжних адапторів. Другий допоміжний троакар для лапароскопічного голкоутримувача встановлювався після візуалізації холедоха та виконання холедохотомії, оскільки якість накладання інтракорпорального шва залежить від кута, під яким розташовані інструменти. Зазвичай він встановлювався у мезогастральній ділянці черевної стінки, дещо вище та лівіш пупка.

Для проведення літо екстракції усім пацієнтам проводилася холедохотомія з подальшим ушиванням холедохотомної рани. У випадку дилатації холедоха менш ніж 20 мм виконувалася повздовжня холедохотомія. При розмірі холедоха більш ніж 20 мм - поперечна. Розмір розтину холедоха залежав від розміру конкременту. Під час холедохоскопії було обстежено жовчне дерево від БДС до внутрішньопечінкових проток 2 порядку. У 3 пацієнтів, незважаючи на відсутність клінічних проявів холангіту при виконанні холедохоскопії було виявлено набряк стінок, гіперемія слизової оболонки, фібринозні накладання.

Камені жовчних проток переважно розташовувалися в дистальних відділах загальної жовчної протоки. Розмір конкрементів варіював від 0,3 до 1,5 см. У одного хворого був виявлений камінь соска розміром близько 0,8 см. В одному випадку, у пацієнта з розміром конкременту 14 мм була виконана літотрипсія. Літоекстракція виконувалася за допомогою корзинки Дорміа. У всіх випадках після вилучення конкрементів виконувалася контрольна інтраопераційна холангіографія, за результатами якої встановлювалася остаточність літоекстракції. Операція завершувалася зовнішнім дрениванням жовчних проток за Холстедом або Холстедом-Піковським та дрениванням черевної порожнини. Тривалість оперативного втручання від 90 до 150 хв.

До контрольної групи увійшли 30 пацієнтів з ЖКБ та ХЛ, яким було виконано традиційний двохетапний метод лікування. Обидві групи за їх характеристикою були порівняльні.

### Результати. Обговорення

Перебіг післяопераційного періоду був без ускладнень у всіх пацієнтів основної групи. Гіпербілірубінемія регресувала до нормального рівня до 3-4дб. У 2 пацієнтів відмічалось підтікання жовчі по дренажу черевної порожнини терміном до 5 днів. Після регресу дилатації холедоха на 7-10 добу, після попереднього перекриття на 1 добу, зовнішній дренаж холедоха витягувався. Явищ холангіту за весь час спостереження за хворими, що перенесли комбіноване втручання не було.

У 24 (80%) хворих контрольної групи, після ендоскопічної літоекстракції, відмічалось підвищення рівня амілази, в деяких випадках до 230 г.ч/л. Що потребувало консервативного лікування.

У одного хворого після широкої папілотомії відмічені явища кишкової кровотечі (чорне випорожнення), у зв'язку з чим хворий перебував під наглядом та потребував проведення гемостатичної терапії.

Явища холангіту відмічені у 2 (6,7 %) хворих. У обох випадках до ендоскопічного втручання явищ холангіту не було. У цих хворих було вилучено багато дрібних нещільних конкрементів, що розташовувалися як у загальній печінковій протоці, так і у внутрішньопечінкових протоках.

Слід зазначити, що у лікуванні хворих на ХЛ традиційним двоетапним способом було декілька випадків, коли хворі відмовлялися від ЛХЕ. На наш розсуд, це також можна вважати недоліком методу, тому що створюються умови, коли основна патологія може лишитися нелікована.

Таким чином, використовуючи сучасні методи лапароскопічної холедохолітоекстракції, володіючи навиками лапароскопічного накладення інтракорпорального

шва, перед хірургом відкриваються нові можливості в лікуванні хворих на ЖКХ, що ускладнена ХЛ, одним з аспектів якого є збереження сфінктерного апарату БДС.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Використання запропонованого комбінованого способу лікування хворих на ЖКХ, що ускладнена ХЛ дозволяє ефективно вилучати камені холедоха і уникнути пошкоджень БДС.

2. Збереження сфінктера Одді при лікуванні ХЛ є основним чинником у профілактиці розвитку рефлюкс-холангіту.

Впровадження в практику одноетапного методу хірургічного лікування холецистохоледохолітіаза - ЛХЕ з інтраопераційною холедохолітоекстракцією, призводить до поліпшення результатів лікування, скорочення термінів одужання і реабілітації хворих, зниження частоти ускладнень.

### Список літератури

1. Дронов А. И. Эндоскопические методы лечения холедохолитиаза / Дронов А. И., Насташенко И. Л. // Здоров'я України. - 2014. - № 1(15). - С 24-27.
2. Кучерявый Ю. Панкреатиты, обусловленные малоинвазивными эндоскопическими манипуляциями / Ю. Кучерявый, М. Лакия // Врач. - 2006. - № 7. - С. 46-49.
3. Лапароскопическая эксплорация общего желчного протока при холедохолитиазе / М. Ю. Нечитайло, П. В. Огорондик, А. Н. Литвиненко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - № 1. - С. 125-128.
4. Левченко Н. В. Интраоперационная холедохоскопия с контактной лазерной литотрипсией : дис. ... канд. мед. н. / Левченко Н. В. - Челябинск, 2009. - 100 с.
5. Меджидов Р. Т. Интраоперационная холедохоскопия в определении метода завершения холедохотомии / Меджидов Р. Т., Магомедов И. У., Абдурашидов Г. А. // Актуальные вопросы эндоскопии: материалы международной научной конференции. - Махачкала, 2011. - С. 343.
6. Фокин Д. В. Эффективность назобилиарного дренирования при патологии гепатобилиарной зоны / Д. В. Фокин, И. А. Дударев, В. И. Киргизов // Сибирское медицинское обозрение. - 2013. - № 6. - С. 61-64.
7. Эффективность комплексного применения малоинвазивных методик в лечении больных с холедохолитиазом / В. М. Дурлештер, С. А. Габриель, В. Ю. Дынько [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2012. - № 4. - С. 15-22.
8. Biliary lithiasis in the over seventy-five age group: a new therapeutic strategy / J. J. Duron, J. M. Roux, P. Imbaud [et al.] // Br. J. Surg. - 1987. - № 74. - P. 848-849.

**Шевченко Р.С., Селезнёв М.А., Черепов Д.В., Тележный А.С.**

### ОРГАНОБЕРЕГАЮЩИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЁННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

**Резюме.** По данным исследований, частота ЖКБ, осложнённой холедохолитиазом, составляет 8,7-29,4%. "Золотым стандартом" в лечении ЖКБ, осложнённой холедохолитиазом, является двухэтапный подход, включающий эндоскопическую папилосфинктеротомию с ретроградной холангиографией и холедохолитоекстракцией, и последующую лапароскопическую холецистэктомию. Однако, недостатки эндоскопического транспапиллярного этапа лечения ЖКБ, осложнённой ХЛ, обусловили необходимость поиска альтернативных, малотравматичных и более эффективных направлений лечения данного заболевания. В исследовании были сравнены результаты лечения больных с ЖКБ, осложнённой ХЛ, с применением одномоментного комбинированного способа выполнения ЛХЭ в сочетании с интраоперационной холедохолитоекстракцией и с применением традиционного двухэтапного метода. По результатам проведенного исследования было доказано, что внедрение в практику одноэтапного метода хирургического лечения холецистохоледохолитиаза приводит к улучшению результатов лечения, сокращению сроков выздоровления и реабилитации больных, снижению частоты осложнений.

**Ключевые слова:** холедохолитиаз, лапароскопическая холедохолитоекстракция, рефлюкс-холангит.

**Shevchenko R.S., Seleznev M.A., Cherepov D.V., Telezhnyi A.S.**

### ORGANO-SAVING APPROACH IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS COMPLICATED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS

**Summary.** According to studies, the frequency of cholelithiasis complicated by choledocholithiasis is 8,7-29,4 %. "The gold standard" in the treatment of cholelithiasis complicated by choledocholithiasis, is a two-step approach, including endoscopic retrograde cholangiopancreatography, sphincterotomy and removal of stones, than - subsequent laparoscopic cholecystectomy. However, the disadvantages of endoscopic transpapillary stage of treatment of cholelithiasis complicated by CL necessitated the search for alternative, less traumatic and more effective approaches for treating this disease. The study compared the results of treatment of patients with cholelithiasis complicated by CL, using the combined method of simultaneous implementation of LCE in conjunction with intraoperative stone removal with using the traditional two-step method. Based on the research results it was proved that the implementation of one-

*stage method of surgical treatment of choledocholithiasis leads to health outcome improving, reduces the recovery and rehabilitation period for patients, reduces the frequency of complications.*

**Key words:** choledocholithiasis, laparoscopic intraoperative, refluxing cholangitis.

Рецензент - д.мед.н., проф. Шевченко С.І.

Стаття надійшла до редакції 30.11.2015 р.

Шевченко Ростислав Станіславович - д.мед.н., проф., зав. кафедри загальної хірургії №1 Харківського національного медичного університету; +38 050 423-14-17; dr\_shevchenko\_rs@ukr.net

Селезньов Михайло Анатолійович - к.мед.н., доц. кафедри загальної хірургії №1 Харківського національного медичного університету; +38 067 917-14-29; utka007@ukr.net

Черепов Дмитро Вікторович - к.мед.н., головний лікар КЗОЗ "ХМКБЛ №17"; +38 067 572-80-82; dmcherepov@gmail.com

Тележний Андрій Сергійович - асист. кафедри загальної хірургії №1 Харківського національного медичного університету; +38 097 832-35-72; surgeon.at@gmail.com

© Бойко В.В., Грома В.Г., Моїсеєнко А.С., Гончаренко Л.Й., Саріан І.В.

**УДК:** 616.345 - 007.272 - 006 - 089.819 - 072.1

**Бойко В.В., Грома В.Г., Моїсеєнко А.С., Гончаренко Л.Й., Саріан І.В.**

ДУ "Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України" (в'їзд Балакірева, 1, м. Харків, Україна, 61018)

## МАЛОІНВАЗИВНІ ЕНДОХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ

**Резюме.** У статті представлений досвід застосування колоректального стентування при лікуванні гострої обтураційної непрохідності товстої кишки, який дозволяє досягти зниження кількості ускладнень. Результатом застосування стентуючих малоінвазивних втручань стало зниження післяопераційної летальності та частоти ускладнень. Крім того, технологія дозволяє значно знизити післяопераційний ліжко-день, що має суттєвий економічний ефект.

**Ключові слова:** гостра обтураційна непрохідність товстої кишки, колоректальний рак, колоректальне стентування.

### Вступ

Згідно з багаточисельними публікаціями останніх років, кінець ХХ - початок ХХІ сторіч ознаменувалися значним підвищення кількості хворих, що страждають на колоректальний рак, з яких абсолютна більшість госпіталізуються в стаціонар в екстреному порядку. Для цієї категорії хворих ускладнення стає першим проявом захворювання, з яких обтураційна непрохідність кишечника є найчастішим і становить 26,4 % - 69 % [3, 4].

На виникнення і прогресування обтураційної кишкової непрохідності впливає ряд факторів, перш за все, локалізація, анатомічні форми і стадії пухлинного процесу. Обтураційна товстокишкова непрохідність пухлинного генезу найбільш характерна для пухлин лівих відділів товстої кишки (67 % - 72 %), що пов'язано з особливостями місцевого росту (ендофітний, циркулярний), специфікою інтрамурального лімфовідтоку, а також великою щільністю пухлин цієї локалізації та меншим діаметром товстої кишки [5, 14].

Окрім того, лише ізрідка пацієнти госпіталізуються в хірургічний стаціонар в першу добу після початку захворювання, значна більшість (60 % - 90 %) - в строки більше трьох днів і, як правило, мають супутню патологію практично в 100 % випадків з боку серцево-судинної, дихальної та інших систем. Неінформованість населення, відсутність ефективних скринінгових програм в онкопроктології є основними причинами пізнього виявлення та пізнього звернення хворих колоректальним раком по допомогу [1, 20].

Ефективність консервативного лікування гострої

обтураційної непрохідності товстої кишки (ГОТК), що включає в себе сифонні клізми, декомпресію верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, інфузійну, спазмолітичну терапію, вкрай низька. Раніше єдиним ефективним методом лікування ГОТК було хірургічне втручання. Однак, наведені вище дані, обумовлюють високу післяопераційну летальність хворих при обтураційній непрохідності товстої кишки (ОНТК). Вона на теперішній час за даними різних авторів досягає від 23 % до 52%, а серед осіб похилого і старечого віку - 74 %. Частота післяопераційних гнійно-септичних ускладнень при виконанні операцій на висоті гострої товстокишкової непрохідності досягає 38,6 % - 80 % [2; 13].

Через це в останні десятиріччя перспективними методами в ліквідації ГОТК і відновлення пасажу по товстій кишці є ендохірургічні методики. До них відносяться відновлення просвіту кишки шляхом ендоскопічного встановлення дренажної трубки, фотодинамічна терапія, ендоскопічна електрокоагуляція, лазерна коагуляція, балонна дилатація, формування колостоми лапароскопічним методом та комбіноване застосування декількох з перерахованих методик. Істотно значущим є те, що застосування зазначених методик супроводжується значно меншим рівнем летальності та післяопераційних ускладнень [8, 9, 11, 12, 17, 18, 19].

В останні роки в арсеналі хірургів з'явилася нова методика відновлення прохідності товстої кишки за допомогою установки нітінолових стентів, що саморозширюються [7, 10, 15, 16].