



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (56) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕЖКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (56)

2023

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

ИЮНЬ

Received: 20.05.2023, Accepted: 30.05.2023, Published: 15.06.2023.

УДК 616.34-007.274/089

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ПРОТИВОСПАЕЧНЫМИ БАРЬЕРНЫМИ СРЕДСТВАМИ

¹Рузибоев Санжар Абдусаломович. <https://orcid.org/0000-0002-0513-2649>

²Мардонов Вохид Нарзуллаевич. <https://orcid.org/0009-0006-4602-5520>

¹Самаркандский Государственный медицинский университет, г. Самарканд, ул. А.Темур 18.
Тел: +998 (66) 223-08-41 e-mail: Sammu@Sammu.uz

²Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. г.Самарканд, Узбекистан

✓ Резюме

В работе изложены лечебно-профилактические принципы ОСКН, реализация которого у пациентов данной группы позволят добиться снижения частоты рецидивов заболевания и улучшения отдаленных результатов. Предложенный способ предусматривает оперативное лечение с применением эндовидеохирургического доступа и дифференцированного подхода к применению профилактических противоспаечных средств «Хемобен» и метиленовый синий. Наилучшие результаты получены при выполнении оперативного вмешательства по поводу спаечной болезни в плановом порядке, после разрешения приступа ОСКН консервативными мероприятиями.

Ключевые слова: Спаечная кишечная непроходимость, лапароскопический адгезиолизис, антиадгезивные средства.

QORIN BO'SH'LIG'I BITISHMA KASALLIGI PROFILAKTIKASIDA ANTIADGEZIV VOSITALARNI QO'LLASH

¹Ruziboyev Sanjar Abdusalomovich, <https://orcid.org/0000-0002-0513-2649>

²Mardonov Voxid Narsullayevich <https://orcid.org/0009-0006-4602-5520>

¹Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarkand sh, A.Temur 18. Tel: +998 (66) 223-08-41
e-mail: Sammu@Sammu.uz

²Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarkand filiali. Samarkand sh, O'zbekiston

✓ Resume

Maqolada o'tkir bitishmali ichak tutilishining davolash va profilaktika tamoyillari ko'rsatilgan, tamoyillarni ushbu guruhdagi bemorlarda qo'llanilishi kasallikning qaytalanish chastotasini kamaytirishi va uzoq muddatli natijalarni yaxshilash imkonini beradi. Taklif etilayotgan usul endovideojarrohlik usulidan foydalangan holda jarrohlik davolashni "Hemoben" va metilen ko'kini profilaktik antiadeziv vositasi sifatida foydalanishga yondashuvni nazarda tutadi.

Eng yaxshi natijalar o'tkir bitishmali ichak tutilishining xurujini konservativ choralar bilan bartaraf etgandan so'ng, rejalashtirilgan tarzda jarrohlik aralashuvni amalga oshirishda erishildi.

Kalit so'zlar: bitishmali ichak tutilishi, laparoskopik adeziolizis, bitishmaga qarshi vositalar.

PREVENTION OF ADHESIVE DISEASE OF THE ABDOMINAL CAVITY WITH ANTI-INFLAMMATORY BARRIER MEANS

¹Ruziboyev Sanjar Abdusalomovich, <https://orcid.org/0000-0002-0513-2649>

²Mardonov Voxid Narsullayevich <https://orcid.org/0009-0006-4602-5520>

¹Samarkand State Medical University, Samarkand, A. Temur st. 18. Tel: +998 (66) 223-08-41
e-mail: Sammu@Sammu.uz

²Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine. Samarkand, Uzbekistan

✓ **Resume**

The paper outlines the therapeutic and prophylactic principles, the implementation of which in patients of this group will reduce the frequency of recurrence of the disease and improve long-term results. The algorithm provides for surgical treatment using endovideosurgical access and a differentiated approach to the use of prophylactic anti-adhesions "Hemoben" and methylene blue. The best results were obtained when performing surgical intervention for adhesive disease in a planned manner, after resolving an attack of AAIО with conservative measures.

Keywords: adhesive intestinal obstruction, laparoscopic adhesiolysis, release agents.

Актуальность

Хирургическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости представляет собой нерешенную проблему ввиду высокой частоты рецидивов заболевания. Оперативное лечение пациентов с данной патологией является весьма трудной задачей, так как никогда нельзя быть уверенным в том, что лапаротомия, произведенная по причине спаечной болезни, будет последней для больного и ликвидирует процесс спайкообразования в будущем [1,3,7]. Дискуссионными остаются вопросы о необходимости полного устранения спаек брюшной полости во время оперативного вмешательства, так как имеется угроза развития рецидива ОСКН из-за оставшихся спаек [2,5,6,12], в то же время известно, что травматичность тотального разделения спаек и сращений может обуславливать повторное спайкообразование в брюшной полости [6,12,13,14].

Значительное количество рецидивов спаечной болезни после лапаротомии и оперативного устранения спаек требует поиска и обсуждения технических возможностей применения современных малотравматичных лапароскопических методик разделения интраабдоминальных спаек [4, 9,10,15]. В течение последних десятилетий одно из основных мест в профилактике спаечной болезни брюшной полости заняла группа специализированных препаратов - противоспаечных барьеров, механизм действия которых заключается в разделении раневых поверхностей брюшины на срок, необходимый для мезотелизации дефектов. Результатом действия является уменьшение частоты возникновения, выраженности и распространенности спаечного процесса у пациентов после хирургических вмешательств на органах брюшной полости и малого таза [7,8,15].

Не изучены особенности патологических адгезивных процессов, не разработаны в связи с этим эффективные способы профилактики спайкообразования, так же как и развитие их рецидивов, поэтому вопросы лечения СКН, несмотря на многолетнюю историю изучения, остаются актуальными.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных острой спаечной кишечной непроходимостью, путем усовершенствования методов профилактики ее рецидивирования.

Материал и методы

Для сравнения эффективности лапароскопического адгезиолизиса нами проанализированы результаты лечения 114 больных с острой кишечной непроходимостью, в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2010 по 2022 гг. В настоящее время нами выполнено 114 попытки малоинвазивных операций по поводу ОСКН: 89 на высоте приступа по срочным показаниям, 25 — после медикаментозного купирования илеуса в плановом порядке.

Мы использовали классификацию распространённости спаечного процесса брюшной полости, предложенную О. И. Блинниковым в 1993 г., согласно которой распространённость спаечного процесса брюшной полости оценивается следующим образом:

I степень - локальный спаечный процесс, ограниченный областью послеоперационного рубца или частью брюшной полости, занимающей не более 1/3 её этажа, при отсутствии спаек в других областях;

II степень - локальный спаечный процесс в сочетании с отдельными спайками в других областях;

III степень - спаечный процесс, занимающий 1/3 брюшной полости или целый её этаж;

IV степень - диффузный спаечный процесс, занимающий 2/3 её этажа и более.

Результат и обсуждение

При поступлении в стационар всем больным выполняли клинический и биохимический анализы крови, рентгенологическое исследования, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и диагностическую

лапароскопию, а при необходимости мультиспиральную компьютерную томографию. Рентгенологическая семиотика различных стадий ОСКН приведена на таблице 1.

Таблица 1.

Рентгенологическая семиотика ОСКН

Рентгенологические признаки	Количество больных(n=114)	%
Чаша Клойбера	89	78,1
Вздутие тонкой кишки	93	81,6
Сглаженность складок тонкой кишки	57	50
Тонкокишечные арки	74	64,9

В дооперационном обследовании особое внимание мы уделяли ультразвуковой верификации «акустических окон» на передней брюшной стенке и ВПС полых органов, выявленных в 45 (39,5 %) наблюдении. Наиболее характерными ультразвуковыми признаками ОСКН были: свободная жидкость в брюшной полости — у 78 (68,4 %), синдром внутрипросветного депонирования жидкости (СВДЖ) — у 92 (80,7 %), антиперистальтика — у 81 (71 % больных (табл. 2).

Таблица 2.

Ультразвуковая семиотика ОСКН

Ультразвуковые признаки	Количество больных	%
Свободная жидкость в брюшной полости	78	68,4
Отсутствие перистальтики	67	58,8
Антиперистальтика (маятникообразное движение)	81	71
Внутрипросветного депонирования жидкости	92	80,7

Комплекс консервативных мероприятий, проводимых параллельно с диагностическими манипуляциями, включал в себя: назогастральное дренирование, инфузионную терапию, инъекции спазмолитиков, антихолинэстеразных средств, постановку гипертонических и очистительных клизм. Коррекцию водно-электролитных, белковых, гемодинамических расстройств наряду с комплексной стимуляцией кишечника проводили в течение 4-5 часов.

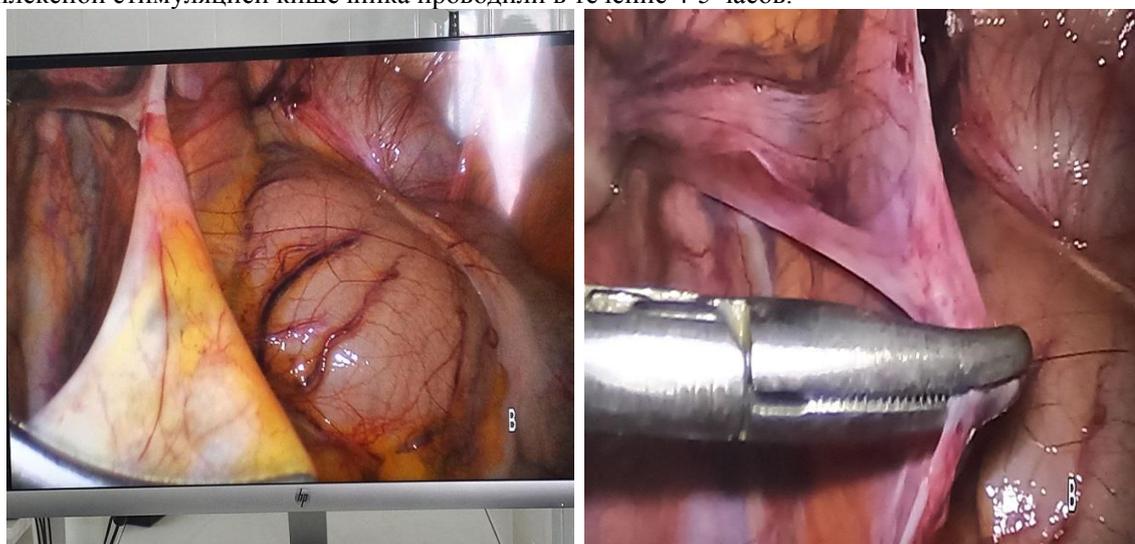


Рис.1. Рассечение спаек и применение ПСБ «Хемобен».

В процессе операции мы столкнулись с различными вариантами сращений и разделили на следующие группы: одиночные грубые шнуровидные спайки выявлены у 57 больных (после лапароскопических операций), множественные плоские висцеропариетальные у 39, смешанные панцирный живот у 18 больных. Частота конверсии составляет 20,2%. Основными причинами конверсии служили технические трудности при разделении спаек и конгломератов спаянных петель тонкой кишки, некроз кишечника или травматическое повреждение стенки кишки.

Характер операций в зависимости от формы ОСКН приведены в таблице 1.

Характер операций в зависимости от формы ОСКН

Форма ОСКН	Лапароскопический адгезиолизис	Конверсия	%
Обтурационная	7	6	85,7
Странгуляционная:	26	8	30,7
Безнекроза-	16	2	
С некрозом кишечника-	10	6	
Вицеро-париетальные спайки	81	9	11,1
Всего	114	23	20,2

Образующиеся после рассечения спаек обширные дефекты на париетальной брюшине служат плацдармом для рецидива спаечного процесса. Поэтому в 45 (39,5 %) наблюдениях мы применили современные противоспаечные барьерные средства «ХЕМОБЕН» и метиленовый синий для профилактики рецидива спаечного процесса (Рис 2).

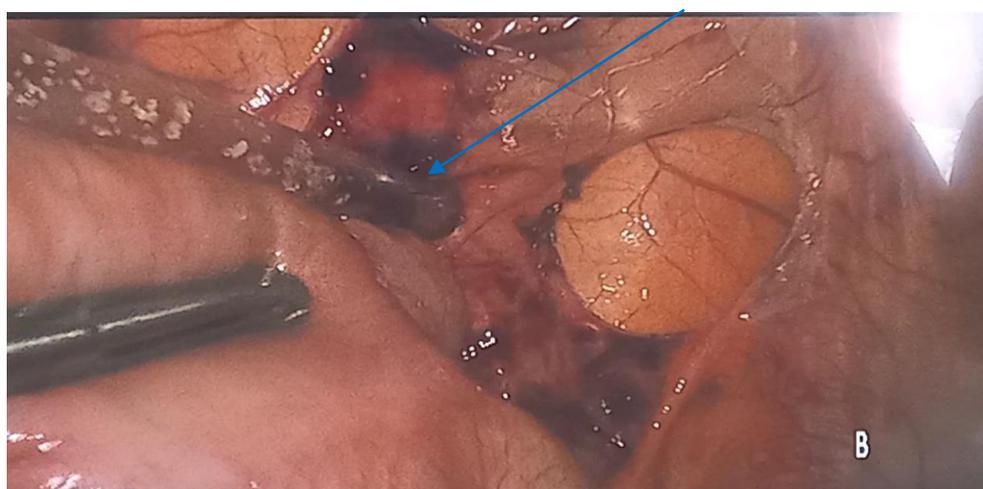


Рис.2. Рассечение спаек и применение ПСБ «Хемобен» и метиленовый синий.

У всех пациентов ($n = 45$), перенесших адгезиолизис с применением различных противоспаечных средств, в послеоперационном периоде мы выполняли динамическое ультразвуковое исследование с определением количества свободной жидкости и подвижности петель кишечника в проекции операционного рубца. Как правило, УЗИ проводилось на 3, 5, 7 сутки после оперативного вмешательства.

Больным при необходимости устанавливали перидуральный блок, что позволяло добиться восстановления моторики кишечного тракта в течение ближайших 2 суток. Послеоперационный период у оперированных нами больных протекал без осложнений. Физиотерапевтический комплекс противоспаечных мероприятий провели всем пациентам, комплекс включал: раннюю активизацию (в течение суток после вмешательства), внутримышечные инъекции 0,05%-ного прозерина по 1 мл 3 раза в сутки, и очистительные клизмы до 3 раз в сутки. Послеоперационный парез кишечника считали купированным, когда при аускультации выслушивалась активная кишечная перистальтика, пациенты отмечали восстановление отхождения кишечных газов и фиксировали хотя бы одну дефекацию.

Медикаментозную профилактику повторного образования спаек с применением лечебных доз препарата системной энзимотерапии «Лонгидаза» в инъекционном виде и в суппозиториях — 17 пациентам, длительный приём Вобензима у 13 больных.

Почти все больные активизировались на 1-2 сутки. Частота рецидивов после лапароскопии с адгезиолизисом наблюдалась у 3 (2,6%) пациентов. Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 3 до 12 суток (в среднем 6,8 дня).

Отдаленные результаты лечения от 6 месяцев до 1 года после вмешательства удалось изучить методом анкетирования. Для этого использовался специфический для ОСКН опросник, основанный на «критериях качества жизни», предложенных Р. А. Женчевским (1997). Контрольное обследование в сроки от 6 месяцев до 1 года после операции прошли 66 (57,9 %) пациентов, в том числе 31 (27,2 %) после аппликации противоспаечное барьерное средства «ХЕМОБЕН» и метиленовый синий. При УЗИ и

обзорной рентгенографии брюшной полости данных за ОСКН получено не было; пациенты были выписаны после короткого курса консервативной терапии и коррекции диеты.

Выводы

1. Лапароскопический адгезиолизис с применением противоспаечных барьерных средств целесообразно выполнять пациентам со спаечным процессом I — II степени, у которых ОСКН была купирована консервативными мероприятиями.

2. При возникновении технических трудностей вовремя лапароскопического адгезиолизиса патогенетически обоснованным является рассечение спаек из минилапаротомного доступа; при спаечном процессе IV степени следует производить лапаротомию.

3. После адгезиолизиса показано проведение комплекса противоспаечных мероприятий с применением препаратов системной энзимотерапии.

4. Современные противоспаечные барьерные средства являются залогом успешного оперативного лечения спаечной болезни брюшной полости независимо от способа операции, так как являются патогенетически обоснованным подходом к профилактике рецидива заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Чуприс В.Г. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Вестн хир 2009; 1: 27-30.
2. Баранов Г.А., Карбовский М.Ю. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости. Хирургия 2006; 7: 56-60.
3. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Воробьев А.А., и др. Современные противоспаечные барьерные средства в профилактике рецидивов острой спаечной кишечной непроходимости. Эндоскоп хир 2009; 1: 170-171.
4. Горский В.А., Сивков А.С., Агапов М.А., Титков Б.Е., Шадский С.О. Первый опыт интраабдоминального использования однослойной коллагеновой пластины. Хирургия 2015; 5: 64-66.
5. 7. Кондратович Л.М. Основы понимания формирования спаечного процесса в брюшной полости. Интраоперационная профилактика противоспаечными барьерными препаратами (обзор литературы). Вестник новых медицинских технологий. 2014; 3: 169-173.
6. Китаев А.В., Петров В.П., Кобрин В.И. и др. Роль 5-FU в профилактике и лечении спаечной болезни брюшины. Вестник РВМА. СПб. 2008; 4 (24): 168.
7. Каримов Ш.И., Асраров А.А., Беркинов У.Б., Баймаков С.Р. и др. Роль видеолапароскопии в лечении острой спаечной кишечной непроходимости. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Развитие и перспективы использования мини-инвазивных технологий в медицине и хирургии» Ургенч. 2018: 13-14.
8. Луцевич О.Э. [и др.] Особенности лапароскопических операций в условиях спаечной болезни брюшины и возможности ее лапароскопического лечения и профилактики Тихоокеанский медицинский журнал. – 2017; 67(1):69-73. - DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.1.69-73.
9. Тимофеев М.Е., Волков В.В., Шаповальянц С.Г. Острая ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость на современном этапе: возможности лапароскопии в диагностике и лечении. Эндоскопическая хирургия, 2015; 2: 36-52.
10. Cirocchi R., Abraha I., Farinella E. et al. Laparoscopic versus open surgery in small bowel obstruction Cochrane Database Syst. Rev. 2010; 17(2): CD007511.
11. Catena F., Di Saverio S., Kelly M.D. et al. Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery World J Emerg Surg. 2011; 6(5):1–24.
12. Grafen F.C., Neuhaus V., Schöb O. et al. Management of acute small bowel obstruction from intestinal adhesions: indications for laparoscopic surgery in a community teaching hospital // Langenbecks Arch Surg. 2010; 395:57–63.
13. Di Saverio S, Coccolini F, Galati M et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World Journal of Emergency Surgery. 2013; 8:42.
14. Ming-Zhe L., Lei L., Long-bin X. et al. Laparoscopic versus open adhesiolysis in patients with adhesive small bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis Am J. Surg. 2012; 204 (5):779–786.
15. Tolutope O., Helton S.W. Survey opinions on operative management of adhesive small bowel obstruction: laparoscopy versus laparotomy in the state of Connecticut Surg Endosc. 2011; 25:2516–2521.
16. Hakimov M.Sh., Berkinov U.B., Elmuratov I.U., Xayitov A.A. Laparoscopic adhesiolysis in surgery for acute adhesive intestinal obstruction Materials of “International conference on medical education, health sciences and patient care”. New Delhi, India, august-september-october, 2022:69-70.

Поступила 20.05.2023