



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (61) 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.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
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. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
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
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (61)

2023

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2023, Accepted: 27.10.2023, Published: 10.11.2023.

УДК 616.34–007.272–089: 616.366–003.7–06

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Ураков Ш.Т. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Махманазаров О.М. <https://orcid.org/0009-0003-9231-7186>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

В данном обзоре представлен гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE). (ESGE) рекомендует капсульную эндоскопию тонкой кишки в качестве обследования первой линии перед рассмотрением других эндоскопических и радиологических диагностических тестов при подозрении на тонкокишечное кровотечение, учитывая превосходный профиль безопасности капсульной эндоскопии, ее переносимость пациентом и ее способность визуализировать всю слизистую оболочку тонкой кишки. Сильная рекомендация, доказательства умеренного качества. MR2: ESGE рекомендует эндоскопию капсулы тонкой кишки у пациентов с явным подозрением на тонкокишечное кровотечение как можно скорее после эпизода кровотечения, в идеале в течение 48 часов, чтобы максимизировать диагностический и последующий терапевтический результат.

Ключевые слова: цирроз печени, острой кишечной непроходимости, гастроинтестинальной эндоскопии.

SURUNKALI DIFFUZ JIGAR KASALLIKLARIDA O'TKIR ICHAK TUTILISHINI TASHXISLASH USULLARI

Oroqov Sh.T. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Maxmanazarov O.M. <https://orcid.org/0009-0003-9231-7186>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Ushbu sharh oshqozon-ichak endoskopiyasini (ESGE) taqdim etadi. (ESGE) kapsula endoskopiyasining xavfsizlik profili, bemorga chidamliligi va butun ingichka ichakni ko'rish qobiliyatini hisobga olgan holda, ingichka ichakdan qon ketishiga shubha bo'lganida, boshqa endoskopik va radiologik diagnostika testlarini ko'rib chiqishdan oldin birinchi qator tekshiruv sifatida ingichka ichak kapsulasi endoskopiyasini tavsiya qiladi. ichak shilliq qavati. Kuchli tavsiya, o'rtacha sifatli dalillar. MR2: ESGE diagnostika va keyingi terapevtik samarani maksimal darajada oshirish uchun ingichka ichakdan qon ketishiga aniq shubhasi bo'lgan bemorlarda qon ketish epizodidan keyin imkon qadar tezroq, ideal holda 48 soat ichida ingichka ichak kapsulalarini endoskopiya qilishni tavsiya qiladi.

Kalit so'zlar: jigar sirrozi, o'tkir ichak tutilishi, oshqozon-ichak endoskopiyasi.

METHODS FOR DIAGNOSING ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES

Urakov Sh.T. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Makhmanazarov O.M. <https://orcid.org/0009-0003-9231-7186>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan,
Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

This review introduces gastrointestinal endoscopy (ESGE). (ESGE) recommends small bowel capsule endoscopy as a first-line investigation before considering other endoscopic and radiological diagnostic tests when small bowel bleeding is suspected, given the excellent safety profile of capsule endoscopy, its patient tolerance, and its ability to visualize the entire small bowel mucosa. Strong recommendation, moderate-quality evidence. MR2: ESGE recommends small bowel capsule endoscopy in patients with clear suspicion of small bowel bleeding as soon as possible after a bleeding episode, ideally within 48 hours, to maximize diagnostic and subsequent therapeutic yield.

Key words: liver cirrhosis, acute intestinal obstruction, gastrointestinal endoscopy.

Актуальность

Изучение возможности ультразвукового исследования в диагностике адгезивной непроходимости кишечной непроходимости и определения показаний к хирургическому лечению представлено в работе Borisenko V.B., Kovalev A.N., Denysiuk T.A. (2020) Проанализированы результаты диагностики и лечения 60 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью со сравнительным использованием рентгенологических и ультразвуковых методов. Применение стандартного рентгенологического исследования органов брюшной полости при поступлении в стационар позволило диагностировать острые спайки тонкокишечной непроходимости только у 32(53,3%) пациентов. Трансабдоминальное УЗИ позволило установить адгезивную кишечную непроходимость при госпитализации у 53(88,3%) пациентов, а также у 7(11,7%) при динамическом обследовании через 2-3 ч после поступления. В связи с отсутствием положительного эффекта от проведенной консервативной терапии, опирающейся на данные ультразвуковых исследований, было прооперировано 33(55%) пациента. При рентгенологическом исследовании только у 10(30,3%) из этих пациентов наблюдалась отрицательная рентгеновская динамика, а при ультразвуковом исследовании ухудшение эхо-картин наблюдалось у всех 33(100%) пациентов. Авторы констатируют: по сравнению с рентгенологическим методом, трансабдоминальное УЗИ признано безопасным, доступным, более простым, неинвазивным и высокоинформативным методом исследования острых спаек тонкокишечной непроходимости. Метод позволяет оценить динамику проводимой консервативной терапии и определить показания к хирургическому лечению.

В работе китайских ученых Li RT, Zhao Y, Zou XJ. (2022) показан приоритет ультразвукового исследования в месте оказания медицинской помощи при диагностике кишечной непроходимости. Ультразвуковое исследование в месте оказания медицинской помощи, как неинвазивный и безлучевой прикроватный диагностический инструмент, обладает желаемыми характеристиками быстроты, повторяемости, точности и удобства. Это полезно для принятия критически важных решений и быстрого руководства дальнейшими вмешательствами. Кроме того, может быть легко знаком клиницистам, особенно врачам отделения неотложной помощи и интенсивной терапии после профессионального обучения. В результате УЗИ стал жизненно важным инструментом оценки и диагностики в ранней диагностике и своевременном ведении пациентов с кишечной непроходимостью.

Абдоминальное ультразвуковое исследование желудочно-кишечного тракта проводится в положении лежа на спине, с использованием низкочастотного (3–5 МГц) выпуклого абдоминального датчика. Высокочастотный (> 10 МГц) линейный преобразователь используется у худых пациентов или для получения изображений с высоким разрешением или оценки тонких структур. Обследование проводится по часовой стрелке от эпигастрия к тазу, а затем следует за расширенной кишкой для поиска места ИО. Во время обследования может быть применена соответствующая компрессия брюшной полости для вытеснения газов и содержимого кишечника, что делает ультразвуковое изображение более четким. Основные наблюдения: морфология кишечника, перистальтика, диаметр кишечника и внутрипросветное содержимое, сосудистость кишечника, толщина и расположение стенки кишечника, характеристики обструктивной массы, асцита и увеличенных лимфатических узлов. При отсутствии особых обстоятельств, таких как значительные аномалии брюшной полости, мы начнем с аномального участка, и будет предложен трехэтапный метод обследования. Шаг 1: оценка верхней части живота; Шаг 2: Оценка левой средней части брюшной полости и нисходящей толстой кишки;

Шаг 3: Оценка правой нижней части брюшной полости терминальной подвздошной кишки и восходящей ободочной кишки.

Для оценки и диагностики кишечной непроходимости в отделении неотложной помощи является ценным инструментом с высокой чувствительностью и специфичностью, сравнимыми с КТ, рентгеном и МРТ. Кроме того, может выполняться нерадиологическими клиницистами, что помогает обеспечить быструю, удобную и воспроизводимую оценку в сложных клинических условиях. Эти характеристики полезны при принятии критических решений и направляют неотложные хирургические вмешательства.

Ультразвуковое исследование позволяет предположить наличие кишечной непроходимости с точностью 93,5%. Основными диагностическими признаками кишечной непроходимости, при соответствии клинической картины, можно считать визуализацию расширенных петель кишечника, во всех отделах брюшной полости или в отдельных ее областях, наличие свободной жидкости, а также нарушение перистальтических движений кишечного содержимого, как в виде полного её отсутствия, так и вялых однонаправленных либо маятникообразных движений.

Давыдкин В.И. и др (2020) отмечают, что трансабдоминальная ультрасонография является высокоинформативной в диагностике острой кишечной непроходимости, а также при оценке эффективности лечебных мероприятий. Консервативное лечение малоэффективно при расширении петель тонкой кишки более $4,0 \pm 1,51$ см, утолщении кишечной стенки свыше $4,9 \pm 1,62$ мм и складок Керкринга более 5 мм, а также выявлении жидкости между петлями тонкой кишки. При сонографии на 5-6 дни послеоперационного периода у 45,5% пациентов выявлены нарушения кишечной перистальтики. Это является показанием для продолжения терапии прокинетики на амбулаторном этапе. Ввиду своей безопасности и простоты применения динамическая ультрасонография может быть использована для уточнения дальнейшей лечебной тактики. Применение УЗИ не требует значительного времени, возможно в любых условиях, при любой степени тяжести больного, не несет лучевой нагрузки, может быть использовано многократно в процессе консервативного лечения, в послеоперационном периоде и для уточнения лечебной тактики.

Tamburrini S, Lugarà M (2019) считают ультразвук является высокоточным в диагностике тонкокишечной непроходимости, и что наиболее ценными сонографическими признаками являются наличие расширенных петель кишечника и аномальной перистальтики. Были рассчитаны показатели диагностической точности УЗИ по отношению к результатам КТ: УЗИ по сравнению с КТ имело чувствительность 92,31% (95% ДИ, от 74,87% до 99,05%) и специфичность 94,12% (95% ДИ, от 71,31% до 99,85%) при диагностике СБО.

Двухбаллонная энтероскопия - это хорошо зарекомендовавшая себя процедура, зародившаяся более двадцати лет назад, которая позволяет напрямую визуализировать тонкую кишку и, кроме того, преодолевает ограничения капсульной эндоскопии, поскольку позволяет проводить эндоскопическое лечение поражений тонкой кишки, включая гемостаз и резекцию полипов.

Trebbi M., Casadei C., Dari S. (2023) группа итальянских ученых предлагают использование двухбаллонной энтероскопии (ДБЭ) для прямой визуализации всей слизистой оболочки тонкой кишки и, в отличие от других методов визуализации, позволяющей выполнять биопсию и терапевтические вмешательства. (DAE) — это общий термин, который включает в себя любой эндоскопический метод исследования тонкой кишки с помощью системы вспомогательного прогрессирующего (баллон, трубка или другое устройство для повышения жесткости). DAE включает двухбаллонную энтероскопию (DBE, Fujinon Inc., Сайтама, Япония), одnobаллонную энтероскопию (SBE, Olympus Optical Co., Токио, Япония), спиральную энтероскопию (PowerSpiral; Olympus Medical, Токио, Япония) и эндоскопия под баллонным контролем (аппарат NaviAid AB, SMART Medical Systems Ltd., Раанана, Израиль. Полная визуализация тонкой кишки может быть достигнута при комбинированном подходе оральным и анальным путем. Вовремя энтероскопии зажим или татуировка могут отметить самую дистальную точку, чтобы установить, была ли достигнута «панэнтероскопия». DAE может выявлять поражения, пропущенные VCE, так что при комбинации этих двух методов частота положительных результатов может достигать 92,5% в некоторых исследованиях.

Авторы оценили показания, диагностическую эффективность, терапевтическую эффективность и осложнения ДБЭ в когорте последовательных пациентов в соответствии с возрастом пациентов. Ученые провели ретроспективное исследование последовательных

пациентов, перенесших ДБЭ в эндоскопическом отделении в период с января 2006 года по декабрь 2021 года. В общей сложности было включено 387 последовательных пациентов, перенесших 460 процедур ДБЭ. Средний возраст пациентов составил 63 года. Общий диагностический выход составил 67,6%; Преобладающими эндоскопическими результатами были сосудистые поражения (31,5%), за которыми следовали полипы или опухолевые образования (17,6%). Пожилые пациенты (≥ 65 лет) показали статистически более высокие показатели клинически значимых результатов, чем взрослые пациенты (18-65 лет) ($p = 0,001$). Болезнь Крона и полипы или опухолевые образования чаще встречались в младшей группе ($p = 0,009$ и $p = 0,066$ соответственно), в то время как сосудистые поражения и неспецифическое воспаление были наиболее частыми находками в старшей группе ($p < 0,001$ и $p < 0,001$ соответственно). Частота терапевтических вмешательств составила 31,7%. Показатели эндоскопического лечения были достоверно выше в старшей группе ($p < 0,001$). Всего осложнений возникло после пяти процедур (1,1%). В клинической практике ДБЭ является эффективным диагностическим и терапевтическим средством с высоким профилем безопасности, особенно у пожилого населения.

Заключение

Данные литературы свидетельствуют, что в многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях показывают, что результаты лечения больных с ОКН и сопутствующим заболеванием печени во многом определяются соблюдением принципа этапности, который предусматривает выполнение объема вмешательств в зависимости от характера и срока заболевания, стадии ОКН и болезней печени, возраста больных, выраженности спаечного процесса в брюшной полости и сопутствующих заболеваний. Сведений по проблеме заболеваний ОКН и заболеваний печени до сих пор немногочисленны, поэтому оценка экспериментальных и морфологических исследований различных отделов желудочно-кишечного тракта, на фоне сопутствующего заболевания печени требует разработки современных подходов к решению проблемы. Поиску ответов на ряд указанных проблем посвящено данное диссертационное исследование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азимов С. и др. Эффективность хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости // Журнал проблемы биологии и медицины. 2014;2(78):6-11.
2. Азизов, С.Б. Концевая энтеростомия с компрессионным арефлюксным тонкотолстокишечным анастомозом в условиях острой кишечной непроходимости: (экспериментально-клиническое исследование): дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Азизов Сахават Бахарчи оглы. – Тюмень, 2017. – 135 с.: ил.
3. Акрамов Э.Х., Ручкина К.В. Профилактика ранней острой кишечной непроходимости при деструктивных формах червеобразного отростка. // Медицина и Образование в Сибири [Сетевое научное издание]. 2014;(2):35.
4. Алиев Ф.Ш. и др. Хирургическое лечение при опухолевой толстокишечной непроходимости: проблемы и перспективы (обзор литературы) // Медицинская наука и образование Урала. – 2021;22/4(108):160.
5. Амаханов А.К. и др. Морфологические и функциональные изменения в печени у больных с острой кишечной непроходимостью // Московский хирургический журнал. 2015;2:9-12.
6. Амаханов А.К. Коррекция энтеральной недостаточности при острой кишечной непроходимости / Автореф. дисс.... канд. мед. наук. – Рязань. – 2016.
7. Barmparas G, Branco BC, Schnüriger B, Lam L, Inaba K, Demetriades D. The incidence and risk factors of post-laparotomy adhesive small bowel obstruction. // J Gastrointest Surg. 2010 Oct;14(10):1619-28.
8. Bayileyegn NS. Left sided gallbladder and liver without situs inversus and recurrent sigmoid volvulus after alleged previous total sigmoid resection; a case report and review of literatures. // Int J Surg Case Rep. 2023 Feb;103:107906
9. Borisenko VB, Kovalev AN, Denysiuk TA. Role and place of ultrasonography in diagnostics of adhesive intestinal obstruction. // Wiad Lek. 2020;73(1):83-86

10. Bots S., Lowenberg M., Gecse K., D'Haens G., Nylund K., Gilja O H. Ultrasound for assessing disease activity in ibd patients: a systematic review of activity scores // *Journal of Crohns Colitis*. – 2018;12(8):920-929.
11. Cao LX, Chen ZQ, Jiang Z, Chen QC, Fan XH, Xia SJ, Lin JX, Gan HC, Wang T, Huang YX. Rapid rehabilitation technique with integrated traditional Chinese and Western medicine promotes postoperative gastrointestinal function recovery. // *World J Gastroenterol*. 2020 Jun 21;26(23):3271-3282.
12. Catena F, De Simone B, Coccolini F, Di Saverio S, Sartelli M, Ansaloni L. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. // *World J Emerg Surg*. Apr 29;2019;14:20.
13. Dupre A, Perol D, Rivoire M. Adhesion barriers for abdominal surgery and oncology. // *Lancet*. 2014 Aug 16;384(9943):580-81.
14. Deltsova E.I. et al. Морфофункциональное состояние и возможности фармакотерапии патологии печени при тонкокишечной непроходимости // *Архив патологии*. 2014;76(5):61-67.
15. Eeftinck Schattenkerk LD, Musters GD, Hamming G, de Jonge WJ, van Heurn LE, Derikx JP. Adhesive small bowel obstruction following abdominal surgery in young children (≤ 3 years): A retrospective analysis of incidence and risk factors using multivariate cox regression. // *J Pediatr Surg*. 2022 Sep;57(9):55-60.
16. Hollerweger A, Wüstner M, Dirks K. Bowel Obstruction: Sonographic Evaluation. // *Ultraschall Med*. 2015 Jun;36(3):216-35
17. Huda T., Singh M.P. Huge Gastrointestinal Stromal Tumor of the Jejunum Presenting as Bowel Obstruction: A Rare Presentation // *Gastrointest. Tumors*. – 2019;6(3-4):116-121.
18. Jackson P, Vigiola Cruz M. Intestinal Obstruction: Evaluation and Management. // *Am Fam Physician*. 2018 Sep 15;98(6):362-367.
19. Kakande I, Ekwara L, Obote WW, Nassali G, Kyamanywa P. Intestinal volvulus at St Francis Hospital, Kampala. // *East Cent African J Surg*. 2016;6(1):27.
20. Kayiira M, Muwanguzi E, Kasozi D, Waitt P. Transverse colon volvulus presenting as bowel obstruction, atelectasis, and displacement of the right lobe of the liver into the left upper abdominal quadrant: a case report. // *J Med Case Rep*. 2023 Apr 9;17(1):130

Поступила 20.10.2023