

ОБМ оид ба ТО қаноатмандӣ ва таҷрибаи мусбиро оиди барнома қайд намуданд, инчунин як қатор мушкилот ошкор карда шуданд. Барномаи дусолаи ОБМ оид ба ТО нисбат ба барномаи яқсолаи интернатура бениҳоят ҳолҳои баландро соҳиб гардид, хусусан дар қисматҳое, ки ба қори таҷрибавӣ ва таълимдиҳӣ тааллуқ доранд. Ордinatorҳои барномаи дусола сатҳи нисбатан баланди қаноатмандиро

оиди ҷалбқунӣ ба қор бо беморон, рушди малакаҳо ва худмухторияти нақши онҳо ҳангоми қорҳои таҷрибавӣ нишон доданд. Омоданамой ҳам дар заминаи таълимии ДТБКТТ ва ҳам дар ноҳияҳо мусбӣ баҳогузорӣ карда шуданд.

Калимаҳои калидӣ. Омодаسازی баъдидонишгоҳии махсус оид ба тибби оилавӣ (ОБМ оид ба ТО), муҳити таълим.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.34+007.272-089; 618.2

К.М. Курбонов, С.А. Гулахмадова, З. Азизода, С. Негматов, А. Исов

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» (дир. проф. Дж.А. Абдуллоев)

Азизода Зубайдулло Абдулло – научный сотрудник ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», докторант кафедры хирургических болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел.: 918-68-73-17, E-mail: azizov-med76@mail.ru

В работе представлен случай из практики, диагностики и хирургического лечения 36 летней женщины с острой спаечной кишечной непроходимостью на фоне беременности сроком 31-32 недели. После неэффективности консервативных методов лечения, при совместном ведении больной с акушер-гинекологами, было решено без прерывания беременности или вмешательств на матке, произвести устранение причин кишечной непроходимости хирургическим способом, что и было сделано с большими техническими трудностями, в связи с большими размерами матки, заполняющей всю брюшную полость. Однако в послеоперационном периоде у больной развились симптомы перитонита. В связи с чем на 3 сутки больная была взята на релапаротомию. Произведено кесарево сечение, надвлагалищная ампутация матки с придатками. Закрытая назоинтестинальная интубация тонкого кишечника. Санация и дренирование брюшной полости. Ребёнок умер в первые сутки после операции. Послеоперационный период у больной протекал тяжело, но она выздоровела. Выписана в удовлетворительном состоянии из больницы на 17 сутки после операции.

Ключевые слова: беременность, острая спаечная кишечная непроходимость, перитонит

Kurbonov K.M., Gulakhmadova S.A., Azizzoda Z., Negmatov S., Isoev A.

CASE OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION IN A PREGNANT WOMAN

State Institution "Istiklol Health Complex", Dushanbe, Tajikistan

Azizzoda Zubaidullo Abdullo - Researcher at State Institution "Istiklol Health Complex", a doctoral candidate of the Department of Surgical Diseases No. 1 of the Avicenna Tajik State Medical University, tel: 918-68-73-17, E-mail: azizov-med76@mail.ru

The paper presents a case of diagnosis and surgical treatment of a 36-year-old woman with acute adhesive intestinal obstruction during the pregnancy for a period of 31-32 weeks. After conservative treatment methods turned to be ineffective, it was decided, along with obstetrician-gynecologists, to eliminate the causes of intestinal obstruction surgically without interruption of the pregnancy or interventions on the uterus. The procedure was performed with great technical difficulties, due to the large size of the uterus filling the entire abdominal cavity. In the postoperative period, the patient developed symptoms of peritonitis. Due to this, she was taken to a second laparotomy on the third day. Cesarean section, supra-vaginal amputation of the uterus with appendages was performed. Closed nasal-intestinal intubation of the small intestine with sanitation and drainage of the abdominal cavity was made. The child has died on the first day after the surgery. The postoperative period was severe, but the patient had recovered. She was discharged

from hospital in satisfactory condition on the 17th day after the operation.

Keywords: *pregnancy, acute adhesive intestinal obstruction, peritonitis*

Частота кишечной непроходимости при беременности составляет один случай на 40000–50000 родов, материнская смертность при этом достигает 35–50%, а мертворождаемость 60–75%. У этой категории больных послеоперационная летальность достигает 4,6–40%. В зависимости от длительности заболевания процент летальности повышается, при развитии перитонита увеличивается до 41,6–43%, а при инфекционно-токсическом шоке и полиорганной недостаточности – до 70–100% [3,5,6].

Гормоны плаценты, особенно прогестерон, способствуют снижению моторной функции кишечника. Прогестерон - антагонист серотонина, биологически активного амина, усиливающего тонус и моторную функцию гладкой мускулатуры. Это обстоятельство усугубляет течение ОКН у беременных. Наиболее благоприятные условия для развития ОКН возникают к концу беременности, это связано с тем, что беременная матка заполняет почти всю брюшную полость, и способствует нарушению пассажа по кишечникам [1]. Другим факторам риска возникновения ОКН, является наличие хронических воспалительных процессов, спаек, сращений, осложненное течение послеоперационного периода в анамнезе [4].

Основными причинами высокой летальности при ОКН у беременных являются сложность ранней диагностики, поздняя обращаемость больных, несвоевременное оказание лечебной помощи, а также стертость и атипичность клинической картины заболевания [3].

Клинические проявления ОКН у беременных зависят от варианта и уровня кишечной непроходимости, а также срока беременности. Основными симптомами ОКН являются боль в животе, рвота, задержка стула и газов, вздутие и асимметрия живота. Характерным признаком ОКН является определение тимпанического звука с металлическим оттенком при перкуссии (симптом Кивуля). Диагностика кишечной непроходимости во время беременности, особенно в конце ее, сложна. Большие размеры матки, заполняющее почти всю брюшную полость, затрудняют диагностику [4,5]. Специальные дополнительные методы исследования, в частности ультразвуковые, эндоскопические и рентгенологические у беременных проводятся по строгим показаниям, при условии, что они не будут отрицательно влиять на дальнейшее течение

беременности и развитие плода.

Неотъемлемым компонентом диагностики при ОКН остается обзорная рентгенография брюшной полости, а также контрастное исследование кишечника с помощью взвеси сульфата бария. Специфическими признаками ОКН при рентгенографии являются: утолщение керкринговых складок, расширенные чаши Клойбера, длительное стояние бариевого контраста в желудке, маятникообразное продвижение с локальным его депонированием, провисание петель кишок, заполненных барием. Этот простой и доступный метод, позволяет в кратчайшие сроки установить диагноз и решить вопрос о необходимости хирургического лечения [3,5,7]. В настоящее время для диагностики ОКН успешно применяются ультразвуковые критерии: наличие внутрипросветного депонирования жидкости, увеличение диаметра кишки, визуализация складок и грубый рельеф слизистой, утолщение стенки тонкой кишки более 4 мм, маятникообразный характер перистальтических движений или отсутствие перистальтики кишки, наличие выпота в брюшной полости [3]. Лечение кишечной непроходимости у беременных проводится совместно хирургами и акушер-гинекологами. Начинают с консервативных методов. На фоне дезинтоксикационной терапии в объеме до 3–4 л/сутки проводят назогастральное зондирование, борьбу с парезом кишечника (паранефральная блокада, эпидуральная анестезия). Отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 2–3-х часов служит показанием к операции, основной целью которой, является устранение препятствия и восстановление эвакуации по кишечнику. При больших размерах беременной матки осуществить полноценную ревизию органов брюшной полости бывает крайне затруднительно. Кроме того, в условиях нарастающей интоксикации при ОКН состояние плода неуклонно будет ухудшаться, в связи с этим важным является своевременный выбор акушерской тактики.

Согласно существующим руководствам, прерывание беременности показано лишь при динамической непроходимости, обусловленной самой беременностью [1,2]. В остальных случаях рекомендуется избегать операций на матке в связи с высоким риском инфицирования. При возникновении настоящей необходимости опорожнения матки или акушерских показаниях для экстренного

родоразрешения операцию кесарева сечения выполняют в первую очередь. В условиях перитонита объем операции расширяется до ампутации матки. При большом сроке беременности операцию по поводу ОКН, возникающей до начала родовой деятельности, целесообразно сочетать с операцией кесарева сечения. При нежизнеспособном плоде, считается нецелесообразным во время операции по поводу ОКН, выполнять кесарево сечение. При клинических признаках перитонита, следует проводить самопроизвольные роды, если же это невозможно, выполняют кесарево сечение с обязательным удалением матки [1,2,5].

В связи с редкостью случаев ОКН у беременных и отсутствием единой тактики хирургического лечения больных, приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная А. 36 лет, № медицинской карты 3635/1067 поступила в клинику ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» 26.08.2018г. в экстренном порядке с диагнозом: спасечная болезнь. Острая спасечная кишечная непроходимость. Беременность 31-32 недель. В анамнезе два раза перенесла операцию на органах брюшной полости, первый раз по поводу острого аппендицита (2014г.), второй по поводу лимфосаркомы кишечника (2015г.), в связи с последней патологией, больной было произведено резекция части тонкого и толстого кишечника.

При поступлении, больная жаловалась на схваткообразные боли в животе, неотхождение газов и стула, вздутие живота, тошноту, рвоту и общую слабость. До поступления в клинику, больная обращалась в другие медицинские учреждения, но в связи со стёртой клинической картиной не была госпитализирована. С целью уточнения диагноза больной было произведено обзорная рентгенография органов брюшной полости, а также контрастное исследование кишечника с помощью взвеси сульфата бария, где были установлены чаши Клойбера, длительное стояние бариевого контраста в желудке, провисание петель кишок, заполненных барием (Рис.1).

На УЗИ органов брюшной полости определялось увеличение диаметра кишки, слабовыраженный характер перистальтических движений или отсутствие перистальтики кишки. Свободная жидкость в брюшной полости отсутствовал. Со стороны других органов и систем патологий не выявлено, лабораторные данные были в пределах нормы. После установления диагноза, больная была осмотрена врачом акушер-гинекологом и была согласована дальнейшая лечебная тактика.



Рис. 1. Картина обзорной рентгенографии у больной до операции

Больной была предложена операция, от которой в начале она отказалась. Было начато консервативное лечение с целью проведения назогастральной интубации, паранефральной блокады, эпидуральной анестезии, очистительной и сифонной клизм на фоне дезинтоксикационной терапии. Дальнейшее динамическое наблюдение показало неэффективность консервативных мероприятий, отсутствие продвижения бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, нарастание клиники острой кишечной непроходимости и ухудшение общего состояния больной. После проведения консилиума с врачами акушер-гинекологами было решено совместно взять больную на операцию. Под общим эндотрахеальным наркозом, среднесрединным лапаротомным разрезом, была вскрыта брюшная полость. К ране предлежали матка, заполняющая всю брюшную полость и раздутые петли тонкого кишечника. С техническими трудностями была произведена ревизия кишечника и обнаружены множественные межкишечные спайки. На расстоянии 80см от Трейцовой связки установлено, что причиной тонкокишечной непроходимости является спаечный штрэнг, который был отсечен. Непроходимость кишечника была устранена. При дальнейшей ревизии кишечника не было выявлено непроходимости, а также не были выявлены патологические изменения со стороны других органов брюшной полости.

Акушер-гинекологами было решено не производить операцию кесарево сечение или другие акушерские вмешательства на матке. Операция была завершена дренированием брюшной полости. Однако, в послеоперационном периоде у больной не восстановился пассаж по кишечнику, снова появилось нарастание симптомов кишечной непроходимости и перитонита, ухудшалось общее состояние больной, нарастали признаки перитонита. На 3 сутки, после консилиума с врачами акушер-гинекологами, больная была взята на релапаротомию. Операционной находкой являлись раздутые ишемизированные петли тонкого кишечника, покрытые фибрином (Рис. 2).



Рис. 2. Картина тонкого кишечника при релапаротомии.

Была произведена операция по кесарево сечению и надвлагалищная ампутация матки с придатками. Закрытая назоинтестинальная интубация тонкого кишечника. Санация и дренирование брюшной полости. Ребёнок умер в первые сутки после операции. Послеоперационный период у больной протекал тяжело, но она выздоровела. Была выписана на 17 сутки из больницы после операции в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, проведенный анализ литературных данных и вышеприведённых наблюдений свидетельствуют о трудности диагностики и выбора тактики лечения данной патологии при беременности. Высокий процент послеоперационных осложнений, угрожающих жизни матери и ребёнка, отсутствие единого алгоритма диагностики и хирургического лечения ОКН у беременных, диктуют необходимость дальнейшего изучения проблемы с целью улучшения результатов лечения данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА (ПП. 7 CM. B REFERENCES)

1. Айламазяна Э.К., Кулакова В.И., Радзинского В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 209с.
2. Верхулецкий И.Е., Верхулецкий Е.И. Показания к экстренному оперативному лечению при динамической кишечной непроходимости на фоне спаечной болезни // Украинский журнал хирургии. - 2009. - № 3. - С. 25–28.
3. Измайлов С.Г., Лукоянычев Е.Е., Рябков М.Г., Гараев В.Н. Алгоритм и инструментально-технический комплекс для профилактики инфекционных осложнений при острой кишечной непроходимости // Современные технологии в медицине. 2011. № 2. С. 52–56.
4. Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Воскресенский П.К. Острая спаечная кишечная непроходимость: возможности диагностики и лечения лапароскопическим доступом // Эндоскопическая хирургия. 2002. № 1. С. 41–45.
5. Малков И.С., Эминов В.Д., Хамзин И.И. и др. Лечебно-диагностические аспекты острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Казанский медицинский журнал. - 2009. - Том 90. - № 2. - С. 193–197.
6. Чернов В.Н., Белик Б.М. Острая непроходимость кишечника (патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение): руководство для врачей. - М.: Медицина, 2008. - 512 с.

REFERENCES

1. Ailamaziana E.K., Kulakova V.I., Radzinskogo V.E., Savel'eva G.M. Akusherstvo. Natsional'noe rukovodstvo [Obstetrics. National leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009. 209 p.
2. Verkhuletskii I.E., Verkhuletskii E.I. Pokazaniia k ekstrennomu operativnomu lecheniiu pri dinamicheskoi kishechnoi neprokhodimosti na fone spaechnoi bolezni [Indications for emergency surgical treatment in case of dynamic intestinal obstruction against the background of adhesive disease]. Ukrainskii zhurnal khirurgii. - Ukraine surgery magazine, 2009, No. 3, pp. 25–28.
3. Izmailov S.G., Lukoianychiev E.E., Riabkov M.G., Garaev V.N. Algoritm i instrumental'no-tekhnicheskii kompleks dlia profilaktiki infektsionnykh oslozhnenii pri ostroi kishechnoi neprokhodimosti [Algorithm and instrumental-technical complex for the prevention of infectious complications in acute intestinal obstruction]. Sovremennye tekhnologii v meditsine - Modern technologies in medicine, 2011, No 2, pp. 52–56.
4. Kriger A.G., Andreitsev I.L., Voskresenskii P.K. Ostraia spaechnaia kishechnaia neprokhodimost': vozmozhnosti diagnostiki i lecheniia laparoskopicheskim dostupom [Acute adhesive intestinal obstruction: possibilities of diagnosis and treatment with laparoscopic access]. Endoskopicheskaia khirurgiia – Endoscopic surgery, 2002, No 1, pp. 41–45.
5. Malkov I.S., Eminov V.D., Khamzin I.I. i dr. Lech-

ebno-diagnosticheskie aspekty ostroi spaechnoi tonkokishechnoi neprokhodimosti [Therapeutic and diagnostic aspects of acute adhesive intestinal obstruction]. Kazanskii meditsinskii zhurnal – Kazan medical magazine, 2009, Tom 90, No 2, pp. 193–197.

6. Chernov V.N., Belik B.M. Ostraia neprokhodimost' kishechnika (patogenez, klinicheskaia kartina, diagnostika i lechenie): rukovodstvo dlia vrachei [Acute intestinal obstruction (pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and treatment): руководство для врачей]. Moscow, the Medicine Publ., 2008, 512 p.

7. James M. Becker, Arthur F. Stucchi. Intra-abdominal Adhesion Prevention: Are We Getting Any Closer? Ann. Surg. 2004. Vol. 240(2). pp. 202–204.

ХУЛОСА

**К.М. Қурбонов, С.А. Гулахмадова,
З. Азизода, С. Нейматов, А. Исоев**

НОГУЗАРОГИИ ШАДИДИ РҶДАЙ ДАР ЗАНИ ҲОМИЛАДОР

Дар мақола воқеа аз таҷрибаи ташхису табобати ҷарроҳии зани 36 сола бо ташхиси ногузарогии шадиди рӯдаи, ҳомиладории 31-32 сола

оварда шудааст. Пас аз бесамарии гузаронидани ҷорабиниҳои консервативӣ дар ҳамкорӣ бо духтурони акушер-гинекологҳо ҳулоса бароварда шуд, ки бемор ҷарроҳӣ карда шавад. Ногузарогии рӯдаи бориқ, ки сабабаш мавҷудияти лиҳомҳо буд бинобар сабаби гарон будани ҳаҷми бачадони ҳомиладор бо душворӣ бартараф карда шуд. Бо маслиҳати духтурони акушер гинекологҳо қатъ намудани ҳомиладорӣ, буриши қайсарӣ ё дигар муҳолилаҳо ба ҷараёни ҳомиладорӣ гузаронида нашуд. Вале дар рӯзҳои аввали баъдичарроҳӣ дар бемор нишонаҳои ангиши сифокпарда авҷ гирифта, рӯз ба рӯз зиёд гардид. Баъди маслиҳатҳо бо духтурони акушер- гинекологҳо бемор ба ҷарроҳии такрорӣ гирифта шуд. Буриши қайсарӣ, ампутатсияи болоимаҳбалии бачадон бо изофаҳояш, интубатсияи назоинтестиналии рӯдаи бориқ, шустан ва обияткашқунонии ковокии шикам гузаронида шуд. Писари таваллудшуда дар рӯзҳои аввали баъдичарроҳӣ фавтид. Марҳилаи баъдичарроҳӣ барои бемор вазнин гузашт, вале ба ин нигоҳ накарда ӯ солим гашт. Дар ҳолати қаноатбахш аз беморхона дар шабонарӯзи 17-ум ҷавоб дода шуд.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК: 616. 391-012; 637-079

М.К. Гулзода, Н.А. Соибова

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ (обзор литературы)

Кафедра общей хирургии № 1 (зав. каф. – к.м.н., доцент О.С. Боймуродов) ТГМУ им. Абуали ибни Сино, город Душанбе.

Соибова Наргис Абдуназаровна – аспирантка кафедры общей хирургии № 1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, город Душанбе. E-mail: nargis_saibova@mail.ru. Тел: 93-400-45-54.

Хронический парапроктит (свищ прямой кишки) – хронический воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке с формированием свищевого хода. Пациенты с этой патологией составляют около 15-25% всех проктологических больных. Наиболее трудными и спорными остаются вопросы лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки, при которых рецидивы составляют 8-16%. В связи с чем, проблема лечения свищей прямой кишки, является актуальной. В статье приведены основные литературные данные, касающиеся этиологии, патогенеза, классификации, диагностики и лечения свищей прямой кишки.

Ключевые слова: хронический парапроктит, свищи прямой кишки, параректальные свищи.

M.Q. Gulzoda, N.A. Saibova

ETHIOPATHOGENESIS, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PARARECTAL FISTULAS (Literature review)

The department of General surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan