

28. Xie Z. Factors associated with diagnostic delay in recurrent TB. *BMC Public Health*, 2020, No. 20 (1), pp. 1207.

29. Zong Z. Relapse versus reinfection of recurrent tuberculosis patients in a national tuberculosis specialized hospital in Beijing, China. *Frontiers in Microbiology*, 2018, No. 9, pp. 1858.

ХУЛОСА

Л.Ш. Укуматшоева,
О.И. Бобохочаев

ТАКРОРШАВИИ БЕМОРИИ СИЛ

Аз нав ғаёол шудани раванди шуш метавонад аз авҷ гирифтани бемории қаблӣ (такроршавӣ) ё бо сирояти такрорӣ ҳангоми тамоси такрорӣ бо бемори сил ғаёол шавад. Ҳодисаи дубора ғаёол шудани бемории сил дар кишвар аз дигар кишварҳо фарқ мекунад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон такроршавии бемории сил, мувофиқи омори расмӣ, ҳамасола дар 4,16% -12,9% ҳолатҳо ба қайд гирифта мешавад.

Калимаҳои калидӣ: бемории сил, такроршавӣ, сабабҳо, чораҳои пешгирикунанда.

УДК 616.094.36-089

doi: 10.52888/0514-2515-2024-360-1-101-108

Ш.М. Курбонов

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ООО «Медицинский центр Насл»

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»,
Кафедра акушерства и гинекологии №1

Курбонов Шамсудин Мирзоевич – к.м.н., доцент, учредитель ООО «Медицинский центр Насл», ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; Тел.: +992935006571.

В данной статье приведен всесторонний анализ затронутых вопросов по данным, как отечественной, так и зарубежной литературы, посвященной некоторым аспектам этиопатогенеза, диагностики и лечения послеоперационной кишечной непроходимости. В работе подвергнуты предметному анализу отмеченные спорные вопросы изучения этиопатогенетических аспектов спайкообразования в брюшной полости после перенесения оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза, повышения внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде и развития послеоперационной кишечной непроходимости, особенностей клинических проявлений, а также по поводу методов диагностики и выбора тактики лечения.

Ключевые слова: послеоперационная кишечная непроходимость, акушерско-гинекологические вмешательства, этиопатогенез, диагностика, лечения.

Sh.M. Kurbonov

SOME ASPECTS OF ETIOPATHOGENESIS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

Nasl Medical Center

The State University “Institute of Postgraduate Education in the Field of Health of the Republic of Tajikistan”,
Department of Obstetrics and Gynecology No.1

Kurbonov Shamsudin Mirzoevich - Candidate of medical sciences, associate professor, founder of LLC “Nasl Medical Centre”, assistant of the department of obstetrics and gynaecology №1 of the State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in the sphere of health care of the Republic of Tajikistan”; Tel: +992935006571.

This article provides a comprehensive analysis of the issues raised, according to both domestic and foreign literature, devoted to some aspects of etiopathogenesis, diagnosis and treatment of postoperative intestinal obstruction. The paper subjected to a substantive analysis the noted controversial issues of studying the etiopathogenetic aspects of adhesion formation in the abdominal cavity after undergoing surgical interventions on the organs of the abdominal cavity and small pelvis, increased

intra-abdominal pressure in the postoperative period and the development of postoperative intestinal obstruction, features of clinical manifestations, as well as methods of diagnosis and choice of treatment tactics.

Keywords: *postoperative intestinal obstruction, obstetric and gynecological interventions, etiopathogenesis, diagnosis, treatment.*

В настоящее время серьезные и неблагоприятные прогнозы для матери и женщин, оперированных по поводу гинекологических патологий, представляет послеоперационная острая кишечная непроходимость (ПОН) [3]. Высокая хирургическая активность современной медицины и недостаточная реабилитация послеоперационного периода способствует росту ПОН, особенно спаечной, в структуре послеоперационных осложнений. Детальное изучение анамнеза беременных женщин с ПОН показало, что предпосылки возникновения непроходимости происходило во время гестации, как следствие отсутствия рационального и полноценного режима питания [20, 33]. После операции на органах малого таза у женщин Э.Ю. Дмитриева [12] наблюдала абдоминальные осложнения в 1,22% случаев, среди которых преобладали перитонит и ПОН, обусловленная спаечным процессом.

Как правило причинами ПОН после акушерско-гинекологических вмешательств являются спаечные процессы в брюшной полости [28, 30]. В формировании спаечного процесса решающим фактором является механическое повреждение брюшины [14, 35]. Однако наиболее чаще сращения происходят на фоне сочетания нескольких факторов - механическая травма,отягощенная воздействием других причин [23]. Основными этиологическими факторами в образовании спаечного процесса в брюшной полости являются наличие внутрибрюшной инфекции и инородных тел, кровотечение в брюшную полость и повреждение последней, воздействие агрессивных химических агентов, интраабдоминальное введение антибактериальных лекарственных средств и локальные ишемические повреждения тканей [6].

Маркосян С.А. и соавт. [18] в результате исследования приводят данные о том, что увеличение сроков спазма артериальных сосудов и наличие ишемии уменьшают объемную скорость кровотока и создают предпосылки для увеличения вязкости крови и нарушения деформируемости эритроцитов. Процесс спайкообразования начинается с экссудации биологически активных веществ, белков плазмы и присоединения клеток ретикулоэндотелиальной системы, которые участвуют в послеоперационном восстановлении поврежденных поверхностей брюшины. В данном процессе участвуют следующие клеточные структуры: а) мезотелиальные клетки брюшины, б) эндотелиоциты, которые являются источником тромбопластина и сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF), г) продуцирующие фибриноген

и фактор роста фибробласты (FLF), д) лейкоциты, которые выделяют фактор роста моноцитов (MGF) и лизосомальные ферменты.

Особая роль в спайкообразовании также отводится транслокации бактериологических агентов, проникающих из полости матки и кишечника, и выделяющих факторы, нарушающие метаболизм мезотелия брюшины и повреждающие целостность клеток. Этот процесс сопровождается нарушением кровообращения в зоне воспалительного очага, снижением барьерной функции мембраны сосудов и экссудацией белков веществ в брюшную полость. В итоге нарушается баланс между фибринолитическими свойствами брюшины и активностью эндотелиального тромбина, который активно действуя на экссудат, способствует его свертыванию, а образовавшийся фибрин склеивает между собой поверхности петель кишечника. Парез, сопровождающий перитонит, способствует спайкообразованию. Также можно наблюдать большую роль дисбаланса водно-электролитного обмена в вышеупомянутых патологических процессах, проявляющегося в виде изменения объема циркулирующей крови/плазмы, белкового или фосфатного буфера, концентрации Na, Cl, K, и секвестрации жидкости в кишечнике и брюшной полости. Также, особую роль в патогенезе ПОН занимают нарушения гемодинамики вследствие нервно-рефлекторных, гуморальных и метаболических изменений. Гиповолемические, микроциркуляторные изменения, увеличение вязкости крови, повышение агрегации элементов крови и спазм сосудов приводят к недостаточности кровообращения паренхиматозных органов, повышению уровня ферментов в крови, фосфатурии, гиперкальциемии, тромбозу мелких сосудов и сладж-синдрому [8, 18].

Также Маркосян С.А. и соавт. [19] считают, что недостаточность гипофизарно-надпочечниковой системы является одним из важных компонентов в механизме развития ПОН, которая также сопровождается мобилизацией надпочечниковой функцией и выделением дополнительного количества кортикостероидов, с постепенным истощением их запасов.

В своем труде Полвонов Ш.Б. придает важное значение феномену транслокации бактериальных агентов в механизме развития ПОН. Согласно его данным, жизнеспособные бактерии и их токсины через слизистую оболочку проникают в кровеносное и лимфатическое русла, а также мезентериальные лимфатические узлы селезенки и печени [24]. По мнению ученого, основным источником интоксикации

при ПОКН является тонкая кишка, которая участвует в процессах нарушения барьерной функции стенки тонкой кишки в результате микроциркуляторных и гипосических её изменений; в угнетении факторов местного секреторного иммунитета; развитии дисбактериоза в связи с перемещением в проксимальные отделы кишечника не свойственной им анаэробной микрофлоры и приобретении последней патологических свойств; в развитии симбиотического полостного пищеварения с включением в этот процесс ферментативной активности микроорганизмов, что ведет к неполному гидролизу белковых продуктов и образованию биологически активных веществ.

Последние годы важное значение в патогенезе ПОКН придается синдрому внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) [17].

Забелин М.В. и соавт. [13] на основании проведенных экспериментальных исследований установили, что в зависимости от длительности и скорости нарастания ВБД, а также ее уровня, морфологические изменения наступают в жизненно важных органах. В 98 случаях у больных с ОКН автор наблюдал ухудшение спланхического кровообращения со снижением показателей артериального перфузионного давления.

Харитонов Е.А. и соавт. в своем исследовании установили, что в формировании ПОКН важную роль играет ВБГ, а критически высокие показатели ВБД коррелируют с тяжестью перитонита в связи с усилением ишемических нарушений в стенке кишки [32].

По данным Гулова М.К. и соавт. [11], исследовавших 110 пациентов с ПОКН, в 27 случаях, которые развились после акушерско-гинекологических вмешательств, установлена прямая корреляционная связь между выраженностью изменений процессов липопероксидации и антиоксидантной защиты, цитокинового профиля, а также недостаточностью серотонина в патогенезе развития спасочной болезни и ПОКН. Авторами также установлено, что на фоне активации процессов про- и антиоксидантной защиты и активизации маркеров цитокинового профиля снижается мембраностабилизирующая способность в тканевых структурах, т.е. в серозной оболочке тонкого кишечника, способствующая усилению адгезиогенеза и развитию ПОКН.

Поддаляющее большинство послеоперационных осложнений уже на ранних стадиях сопровождается признаком ВБГ. По данным Попов Ю.П. и соавт. [25], по частоте возникших осложнений после акушерско-гинекологических вмешательств, доминировала ОКН, наблюдавшаяся у 66 (55,4%) пациенток и ПАГП – у 54 (45,3%), из них сочетание ПАГП и ОКН выявлено у 12 больных. Автор отмечает, что ранними признаками осложненного послеоперационного течения следует считать увеличение АРАСНЕ более 10 баллов, синдром ВБГ I-II степен, положительное

значение ПКТ, УЗИ и рентгенологические признаки кишечной гипертензии.

Несмотря на развитие технологических возможностей, диагностика ПОКН остается сложной задачей для клинициста [4]. Ранняя ПОКН наблюдается у 0,9-1,6% больных, перенесших брюшнополостные операции, а показания к релапаротомии составляет от 12,3% до 27,3-36,9% [17, 22] от общего числа осложнений.

В диагностике ПОКН важное значение имеет дифдиагностика механической и паралитической кишечной непроходимости, где необходимо консервативное лечение. Сложность ранней диагностики, нерешенные вопросы дифференциации паралитического и механического илеуса, являются причиной высокой летальности, которая составляет 16,2-52,1% [21].

Согласно результатам исследования Сафарова Б.И. и соавт. [29], у всех 110 (100%) наблюдаемых больных с ПОКН имело место наличие рецидивирующих спастических болей по всему животу, т.е. псевдоилеуса, имевших схваткообразный характер, характерных для кишечной непроходимости, и возникающих на фоне абсолютного благополучия и удовлетворительного состояния. Кроме этого, отмечались диспепсические явления в виде тошноты в 106 (96,3%) наблюдениях и многократной рвоты в 102 (92,7%) наблюдениях. Также клиническими проявлениями были: задержка газов (n=106), задержка стула (n=103), а также парез кишечника с увеличением объема живота (n=110).

Рентгенологический метод позволяет дифференцировать ОКН в 60-70% случаев, и в 10-20% результаты исследования представляются сомнительными. Но, несмотря на это, данный метод считается одним из наиболее доступных в инструментальной диагностике при ПОКН [31]. Как утверждают многие ученые, такие рентгенологические признаки, как чаши Клойбера, симптом перистости и кишечные аркады. По мнению большинства специалистов, общепринятые рентгенологические признаки ОКН такие как «чаши Клойбера», «кишечные аркады» и «симптом перистости» зачастую указывают уже на запущенный процесс и выраженность ОКН. В связи с этим, задержка хирургического пособия встречается в каждом 5-ом случае у больных с данным осложнением. Наиболее информативной и достоверной при ПОКН считается методика пероральная диагностическая рентгеноконтрастная энтерография с использованием водорастворимого контраста, а также эндоскопическая катетерная контрастная энтерография. Продолжительность исследования при этом составляет 1-1,5 часа, достоверность составляет 98% [36].

Большое число авторов [7] утверждают, что комплексное УЗИ кишечника позволяет выявить при-

знаки ОКН в более ранние сроки, по сравнению с рентгенологическим исследованием, а также позволяет оценить эффективность проведенной терапии. Характерными УЗ-признаками кишечной непроходимости являются:

- Расширение диаметра кишки более 25 мм, связанное с депонированием жидкости в ее просвете;
- Утолщение стенки кишки за счет ее отека;
- Визуализация складок слизистой тонкой кишки;
- Наличие свободной жидкости в брюшной полости;
- Маятникообразное движение содержимого кишки;
- Перепад диаметра тонкой кишки – наличие расширенных и спавшихся петель кишечника.

По литературным данным, эти УЗ-признаки позволяют подтвердить ОКН у 72-94% больных. Сегодня УЗИ не только констатирует ОКН, но и позволяет более достоверно определить функциональное состояние кишки, форму непроходимости, ее локализацию и этиологию [34].

Широкое применение в практике получают КТ-исследование для диагностики различных форм ОКН [38]. Широкое внедрение в клиническую практику современных технологий также позволило эффективно использовать лапароскопические технологии в диагностике и лечении ОКН [2]. Диагностическая лапароскопия при ПОКН позволяет в 60-100% случаев установить диагноз, а в 40-88% - устранить острую тонкокишечную непроходимость [37]. Эффективность видеолaparоскопии при ПОКН зависит от выраженности спаечного процесса в брюшной полости, стадии ОКН и общего состояния больных. Основными составляющими консервативной терапии ОКН являются декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, восстановление электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия, а также инфузионно-детоксикационная терапия. Зарубежные исследователи также делают акцент на применении эндоскопической назоинтестинальной декомпрессии для консервативного разрешения ПОКН.

Некоторые авторы [5, 10] рекомендуют с целью раннего восстановления перистальтики тонкого кишечника и предотвращения пареза, усиления мембраностабилизирующих процессов в тканевых структурах тонкого кишечника и предотвращения риска развития рецидива спайкообразования рекомендуют лечение, направленное на своевременную коррекцию про- и антиоксидантного дисбаланса, активацию цитокинового профиля и серотониновой недостаточности с включением в комплекс консервативной терапии в раннем послеоперационном периоде антиоксидантов и антигипоксантов, серотонина адипината и препаратов, улучшающих микроциркуляцию в стенке кишечника.

Следует отметить, что осложнённые формы ПОКН с выраженным болевым синдромом и, более того, рецидивирующими приступами псевдоилеуса, ПОКН является абсолютным критерием для проведения хирургического лечения [1, 15]. Выбор того или иного метода и способа хирургического вмешательства от наличия объективных критериев в предоперационном периоде, а выбора объема операции решается интраоперационно персонифицировано и может колебаться от рассечения одиночных штрангов до тотального адгезиоэнтеролизиса, по показаниям – резекция кишки или формирование межкишечного или обходного кишечного анастомоза.

В настоящее время при ПОКН и ОКН применяют видеолaparоскопию. Противопоказаниями к проведению лапароскопии являются такие состояния, как: наличие в анамнезе более трёх хирургических вмешательств на органах брюшной полости, перитонит, расширение диаметра тонкого кишечника более 4 см, некроз [2, 27].

При ПОКН в случае выявления перитонита, некроза тонкого кишечника, выраженного спаечного процесса и острой необходимости назоинтестинальной интубации кишечника должны выполняться традиционные открытые хирургические вмешательства [17]. Согласно литературным источникам, 50% случаев летальности при ПОКН приходится на перитониты, как имевшие место до релaparотомии, так и осложняющие течение послеоперационного периода [9]. Визуализация жизнеспособного вида развернутых петель тонкого кишечника может быть обманчивой, так как первично некрозу подвергается слизистая оболочка с уже последующим распространением на наружные слои. В связи с этим, не диагностированное тяжелое состояние служит причиной летальных исходов в 41,7% случаев. При этом от 20% до 52% осложнений связаны с неправильной оценкой жизнеспособности резецированной кишки [26]. Визуальные признаки (цвет, отечность кишечной стенки, перистальтика, субсерозные кровоизлияния) – весьма субъективны. В этой связи необходима проведение методов интраоперационного определения жизнеспособности кишечника и методов профилактики риска развития рецидивов ПОКН.

Таким образом, на основании изучения данных литературы важно сделать следующие выводы, что при ПОКН у акушерско-гинекологических пациентов не имеются единые этиопатогенетические механизмы, требующие всестороннего изучения. По проблеме комплексной диагностики и выбора хирургического лечения ПОКН, требующей активной выжидательной тактики, проведение комплексной консервативной терапии или неотложной релaparотомии по сей день, остается много спорных и нерешенных вопросов.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 31-37 см. в REFERENCES)

1. Абдулгалиев В.С. Интраоперационная профилактика спаечного процесса в брюшной полости / В.С. Абдулгалиев, М.А. Магомедов, Д.М. Дамадаев // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 3. – С. 72.
2. Абдухалимов К.С. Роль лапароскопии в диагностике и лечении различных форм тонкокишечной непроходимости / К.С. Абдухалимов, М.А. Абдулаев, З.Т. Абдуллаев // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2017. – №1. – С.422-423.
3. Алексеев А.А. Современные представления об этиологии и патогенезе спаечного процесса в малом тазу у женщин репродуктивного возраста / А.А. Алексеев, А.Н. Сулима // Медицинский вестник Юга России. – 2016. – № 1. – С. 4–14.
4. Бадасян А.Н. Профилактика рецидивов острой спаечной кишечной непроходимости у больных в послеоперационном периоде // А.Н. Бадасян, О.С. Олифирова // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2017. – №1. – С. 335–336.
5. Белик Б.М. Оценка клинической эффективности препарата сератонина адипинат в лечении и профилактике синдрома энтеральной недостаточности при распространенном перитоните / Б.М. Белик // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2016. – № 9. – С. 76–82.
6. Бердиев Э.А. Значение концентрации фибриногена и фибринолитической активности крови в развитии спаечной кишечной непроходимости / Э.А. Бердиев, И.П. Пирназаров // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2017. – №1. – С. 87–88.
7. Вахеева Ю.М. Опыт применения интраоперационного ультразвукового исследования при спаечной кишечной непроходимости / Ю.М. Вахеева, О.М. Шмелева, А.Ю. Соловьев, А.В. Гусев // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2017. – №1. – С. 11-14.
8. Волков Д.В. Свободнорадикальные процессы и антиоксидантный статус у больных с кишечной непроходимостью / Д.В. Волков, В.С. Тарасенко, С.Б. Фадеев, С.И. Красиков, Н.В. Шарапова // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – Т. VI, № 2 (19). – С. 202–207.
9. Гулзода М.К. Морфофункциональные изменения в тонком кишечнике при остром спаечном тонкокишечном непроходимости / М.К. Гулзода, Б.И. Сафаров, К.Р. Рузбойзода, К.К. Кобилов // Здравоохранения Таджикистана. – 2022. – №4 (355). – С. 11-16.
10. Гулов М.К. Некоторые особенности патогенетических механизмов развития острой спаечной тонкокишечной непроходимостью / М.К. Гулов, Б.И. Сафаров, К.Р. Рузбойзода // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2022. – №4 (200). – С. 126-130.
11. Дмитриева Э.Ю. К вопросу об внутрибрюшных осложнениях после гинекологических вмешательств / Э.Ю. Дмитриева // Российский вестник акушер-гинеколога. – 2015. – №1. – С. 52-55.
12. Забелин М.В. Выбор способа мониторинга внутрибрюшного давления у больных острой хирургической патологией / М.В. Забелин, В.Ф. Зубрицкий // Медицинские науки. – 2009. – №1. – С.20-22.
13. Китаев А. В. Спаечная болезнь брюшины в эксперименте. Профилактика и лечение / А.В. Китаев, А.Т. Айрапетян, Д.М. Турлай // Колопроктология. – 2016. – №1 (55). – С. 118.
14. Курбонов К.М. Коррекция синдрома энтеральной недостаточности у больных распространенным перитонитом / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, С.К. Ёров // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2017. – №1. – С. 38-42.
15. Курбонов К.М. Интубация тонкой кишки как компонент лечения острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, Н.М. Даминова // Вестник Авиценны. – 2018. – №20(4). – С. 436-441.
16. Маркосян С.А. Изменение некоторых показателей коагуляционно-литической системы крови в ишемизированном участке тонкой кишки с анастомозом при подкожном интраоперационном введении гепарина в эксперименте / С.А. Маркосян, Н.М. Лысяков, М.А. Исмаиль Элаваль // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2013. – Т. 156. – № 12. – С. 712-714.
17. Маркосян С.А. Этиология, патогенез и профилактика спайкообразования в абдоминальной хирургии / С.А. Маркосян, Н.М. Лысяков // Новости хирургии. – 2018. – Т.26, №6. – С.735-744.
18. Миннуллин М.М. Хирургическая тактика при ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости / М.М. Миннуллин, А.В. Абдульянов, Я.Ю. Николаев // Практическая медицина. – 2014. – Т. 2, № 4. – С. 86-91.
19. Нестеров М.И. Способ предупреждения спаечной болезни в брюшной полости после хирургических операций / М.И. Нестеров, А.М. Магомедов, М.Р. Рамазанов // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4-3. – С. 569-571.
20. Орсич Е. О. Факторы, влияющие на выраженность спаечного процесса / Е. О. Орсич, А. С. Жидков, С. А. Жидков // Современная медицина: актуальные вопросы. – 2016. – № 54-55. – С. 138–144.
21. Полвонов Ш.Б. Коррекция свободнорадикальных нарушений и эндотоксикоза у больных с острой тонкокишечной непроходимостью в послеоперационном периоде / Ш.Б. Полвонов, К.М. Курбонов // Вестник Таджикского национального университета. – 2015. – №2. – С. 58-61.
22. Попов Ю.П. Ранняя этапная диагностика послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / Ю.П. Попов, Л.А. Магомедова, К.А. Акилин // Хирург. – 2014. – № 4. – С.33-37.
23. Пугаев А.В. Морфологические изменения тонкой кишки при острой странгуляционной тонкокишечной механической непроходимости / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов, М.Г. Негребов // Клиническая медицина. – 2015. – Т. 93, № 4. – С. 56-61.
24. Родин А. Профилактика образования спаек в брюшной полости // А. Родин, В. Привольнев, А. Шилина // Врач. – 2017. – № 10. – С. 6–10.
25. Самарцев В.А. Спаечная болезнь брюшной полости: состояние проблемы и современные методы профилактики / В.А. Самарцев, В.А. Гаврилов, Б.С. Пушкарев // Пермский медицинский журнал. – 2019. – Т.36, №3. – С.72-90.

26. Сафаров Б.И. Пути улучшение хирургической лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости / Б.И. Сафаров, М.К. Гулзода // Проблемы Гастроэнтерологии. – 2021. – №3. – С. 53-58.

27. Тимофеев М.Е. Лапароскопическая диагностика и лечение острой ранней спаечной тонкокишечной непроходимости после гинекологических операций, выполненных лапароскопическим доступ /М.Е. Тимофеев, С.В. Штыров, И.П. Марченко// Журнал акушерства и женских болезней. - 2013. - №5. – С. 52-58.

28. Хабаева М.Т. Возможности рентгенологического метода в дифференциальной диагностике острой спаечной кишечной непроходимости / М.Т. Хабаева, Д.Р. Гаглоева // Norwegian Journal of Development of the International Science. – 2020. – №39. – С.38-40.

29. Харитонов Е.А. Синдром интраабдоминальной гипертензии у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости / С.Д. Шеянов, Я.Н. Кравчук, Е.А. Харитонов // Вестник СанктПетербургского университета. - 2009. – № 3. – С. 151 – 163.

30. Чечнева С.Н. Результаты оперативной активности в современном акушерстве / С. Н. Чечнева, М. А. Ахвледидзе // Журн. акушерства и женских болезней. – 2015. - № 14(2). – С. 53–57.

REFERENCES

1. Abdulgadiyev V.S. Intraoperatsionnaya profilaktika spaechnogo protsessa v bryushnoy polosti [Intraoperative prevention of adhesions in the abdominal cavity]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya – Modern problems of science and education*, 2017, No. 3, pp. 72.

2. Abdukhalimov K.S. Rol laparoskopii v diagnostike i lechenii razlichnykh form tonkokishechnoy neprokhodimosti [The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of various forms of small bowel obstruction]. *Almanakh Instituta khirurgii im. A.V. Vishnevskogo - Almanac of the Institute of Surgery. A. V. Vishnevsky*, 2017, No. 1, pp. 422-423.

3. Alekseev A.A. Sovremennye predstavleniya ob etiologii i patogeneze spaechnogo protsessa v malom tazu u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta [Modern ideas about the etiology and pathogenesis of adhesions in the pelvis in women of reproductive age]. *Meditsinskiy vestnik yuga Rossii – Medical Bulletin of the South of Russian*, 2016, No. 1, pp. 4-14.

4. Badasyan A.N. Profilaktika retsidivov ostroy spaechnoy kishechnoy neprokhodimosti u bolnykh v posleoperatsionnom periode [Prevention of recurrence of acute adhesive intestinal obstruction in patients in the postoperative period]. *Almanakh Instituta khirurgii im. A.V. Vishnevskogo - Almanac of the Institute of Surgery. A. V. Vishnevsky*, 2017, No. 1, pp. 335-336.

5. Belik B.M. Otsenka klinicheskoy effektivnosti preparata seratonina adipinat v lechenii i profilaktike sindroma enterальной nedostatochnosti pri rasprostranennom peritonite [Evaluation of the clinical efficacy of the drug seratonin adipinate in the treatment and prevention of enteral insufficiency syndrome with widespread peritonitis]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2016, No. 9, pp. 76-82.

6. Berdiev E.A. Znachenie kontsentratsii fibrinogena i fibrinolicheskoy aktivnosti krovi v razvitii spaechnoy kishechnoy neprikhodimosti [Significance of fibrinogen concentration and fibrinolytic activity of blood in the development of adhesive intestinal obstruction in children]. *Almanakh Instituta khirurgii im. A.V. Vishnevskogo - Almanac of the Institute of Surgery. A. V. Vishnevsky*, 2017, No. 1, pp. 87–88.

7. Vakheeva Yu.M. Opyt primeneniya intraoperatsionnoy ultrazvukovogo issledovaniya pri spaechnoy kishechnoy neprokhodimosti [Experience in the use of intraoperative ultrasound examination for adhesive intestinal obstruction]. *Almanakh Instituta khirurgii im. A.V. Vishnevskogo - Almanac of the Institute of Surgery. A. V. Vishnevsky*, 2017, No. 1, pp. 11-14.

8. Volkov D.V. Svobodnoradikalnye protsessy i antioksidantnyy status u bolnykh s kishechnoy neprokhodimostyu [Free radical processes and antioxidant status in patients with intestinal obstruction]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Bulletin of experimental and clinical surgery*, 2013, Vol. 6, No. 2 (19), pp. 202-207.

9. Gulzoda M.K. Morfofunktsionalnye izmeneniye v tonkom kishechnike pri ostrom spaechnom tonkokishechnom neprokhodimosti [Morphofunctional changes in the small intestine in acute adhesive small intestinal obstruction]. *Zdravookhraneniya Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2022, No. 4 (355), pp. 11-16.

10. Gulov M.K. Nekotorye osobennosti patogeneticheskikh mekhanizmov razvitiya ostroy spaechnoy tonkokishechnoy neprokhodimostyu [Some features of the pathogenetic mechanisms of the development of acute adhesive small bowel obstruction]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya – Experimental and clinical gastroenterology*, 2022, No. 4 (200), pp. 126-130.

11. Dmitrieva E.Yu. K voprosu ob vnutribryushnykh oslozhneniyakh posle ginekologicheskikh vmeshatelstv [On the issue of intra-abdominal complications after gynecological interventions]. *Rossiyskiy vestnik akusher-ginekologa – Russian Bulletin of Obstetrics and Gynecology*, 2015, No. 1, pp. 52-55.

12. Zabelin M.V. Vybora sposoba monitoringa vnutribryushnogo davleniya u bolnykh ostroy khirurgicheskoy patologii [The choice of a method for monitoring intra-abdominal pressure in patients with acute surgical pathology]. *Meditsinskie nauki – Medical sciences*, 2009, No. 1, pp. 20-22.

13. Kitaev A. V. Spaechnaya bolezнь bryushiny v eksperimente. Profilaktika i lechenie [Adhesive peritoneal disease in an experiment. Prevention and treatment]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2016, No. 1 (55), pp. 118.

14. Kurbonov K.M. Korrektsiya sindroma enterальной nedostatochnosti u bolnykh rasprostranennym peritonitom [Correction of the syndrome of enteric insufficiency in patients with widespread peritonitis]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Bulletin of Postgraduate Education in the health sector*, 2017, No. 1, pp. 38-42.

15. Kurbonov K.M. Intubatsiya tonkoy kishki kak komponent lecheniya ostroy strangulyatsionnoy tonkokishechnoy neprokhodimosti [Intubation of the small intestine as a component of the treatment of acute strangulation small bowel obstruction]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2018, No. 20 (4), pp. 436-441.

16. Markosyan S.A. Izmeneniye nekotorykh pokazateley koagulyatsionno-liticheskoy sistemy krovi v ishemizirovannom uchastke tonkoy kishki s anastomozom pri podkozhnom intraoperatsionnom vvedenii geparina v eksperimente [Changes in

some indicators of the coagulation-lytic blood system in the ischemic area of the small intestine with anastomosis during subcutaneous intraoperative administration of heparin in the experiment]. *Byulleten eksperimentalnoy biologii i meditsiny - Bulletin of experimental biology and medicine*, 2013, Vol. 156, No. 12, pp. 712-714.

17. Markosyan S.A. Etiologiya, patogenez i profilaktika spaykoobrazovaniya v abdominalnoy khirurgii [Etiology, pathogenesis and prevention of adhesion formation in abdominal surgery]. *Novosti khirurgii - News of Surgery*, 2018, Vol. 26, No. 6, pp. 735-744.

18. Minnullin M.M. Khirurgicheskaya taktika pri ranney posleoperatsionnoy spaechnoy neprokhodimosti [Surgical tactics in early postoperative adhesive intestinal obstruction]. *Prakticheskaya meditsina - Practical Medicine*, 2014, Vol. 2, No. 4, pp. 86-91.

19. Nesterov M.I. Sposob preduprezhdeniya spaechnoy bolezni v bryushnoy polosti posle khirurgicheskikh operatsiy [How to prevent adhesive disease in the abdominal cavities after surgical operations]. *Fundamentalnye issledovaniya - Fundamental researches*, 2014, No. 4-3, pp. 569-571.

20. Orsich E. O. Faktory, vliyayushchie na vyrazhenost spaechnogo protsessa [Factors affecting the severity of the adhesive process]. *Sovremennaya meditsina: aktualnye voprosy - Modern medicine: topical issues*, 2016, No. 54-55, pp. 138-144.

21. Polvonov Sh.B. Korrektsiya svobodnoradikalnykh narusheniy i endotoksikoza u bolnykh s ostroy tonkokishechnoy neprokhodimostyu v posleoperatsionnom periode [Correction of free radical disorders and endotoxemia in patients with acute small bowel obstruction in the postoperative period]. *Vestnik Tadzhikskogo natsionalnogo universiteta - Bulletin of the Tajik National University*, 2015, No. 2, pp. 58-61.

22. Popov Yu.P. Rannaya etapnaya diagnostika posleoperatsionnykh oslozhneniy v abdominalnoy khirurgii [Early stage of diagnostics of postoperative complications in abdominal surgery]. *Khirurg - Surgeon*, 2014, No. 4, pp. 33-37.

23. Pugaev A.V. Morfologicheskie izmeneniya tonkoy kishki pri ostroy strangulyatsionnoy tonkokishechnoy mekhanicheskoy neprokhodimosti [Morphological changes in the small intestine in acute strangulation of small intestine mechanical obstruction]. *Klinicheskaya meditsina - Clinical medicine*, 2015, Vol. 93, No. 4, pp. 56-61.

24. Rodin A. Profilaktika obrazovaniya spaek v bryushnoy polosti [Prevention of the formation of adhesions in the abdominal cavity]. *Vrach - Physician*, 2017, No. 10, pp. 6-10.

25. Samartsev V.A. Spaechnaya bolezni bryushnoy polosti: sostoyaniye problemy i sovremennyye metody profilaktiki [Adhesive disease of the abdominal cavity: state of the problem and modern methods of prevention]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal - Perm Medical Journal*, 2019, Vol. 36, No. 3, pp. 72-90.

26. Safarov B.I. Puti uluchsheniya khirurgicheskoy lechenii ostroy spaechnoy tonkokishechnoy neprokhodimosti [Ways to improve the surgical treatment of acute adhesive small bowel obstruction]. *Problemy Gastroenterologii - Problems of Gastroenterology*, 2021, No. 3, pp. 53-58.

27. Timofeev M.E. Laparoskopicheskaya diagnostika i lechenie ostroy ranney spaechnoy tonkokishechnoy neprokhodimosti posle ginekologicheskikh operatsiy, vypolnennykh laparoskopicheskim dostup [Laparoscopic diagnosis and

treatment of acute early adhesive small bowel obstruction after gynecological operations performed by laparoscopic access]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney - Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, 2013, No. 5, pp. 52-58.

28. Khabaeva M.T. Vozmozhnosti rentgenologicheskogo metoda v differentsialnoy diagnostike ostroy spaechnoy kishechnoy neprokhodimosti [Possibilities of the X-ray method in the differential diagnosis of acute adhesive intestinal obstruction]. *Norwegian Journal of Development of the International Science*, 2020, No. 39, pp. 38-40.

29. Kharitonova E.A. Sindrom intraabdominalnoy gipertenzii u patsientov s ostrymi khirurgicheskimi zabolevaniyami organov bryushnoy polosti [Syndrome of intra-abdominal hypertension in patients with acute surgical diseases of the abdominal organs]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta - Bulletin of St. Petersburg University*, 2009, No. 3, pp. 151-163.

30. Chechneva S.N. Rezultaty operativnoy aktivnosti v sovremennom akusherstve [The results of operational activity in modern obstetrics]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney - Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, 2015, No. 14 (2), pp. 53-57.

31. Baghdadi Y.M.K. Validation of the anatomic severity score developed by the American Association for the Surgery of Trauma in small bowel obstruction. *Journal of surgical research*, 2016, Vol. 204, No. 2, pp. 428-434.

32. Bayat Z. Non-operative Management of Small Bowel Obstruction in Patients with No Previous Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *World Journal of Surgery*, 2021, Vol. 45, No. 7, pp. 2092-2099.

33. Bouassida M. Predicting Intestinal Ischaemia in Patients with Adhesive Small Bowel Obstruction: A Simple Score. *World journal of surgery*, 2020, Vol. 44, No. 5, pp. 1444-1449.

34. Byrne J. Laparoscopic versus open surgical management of adhesive small bowel obstruction: a comparison of outcomes. *Journal of Surgery and Endoscopy*, 2015, No. 29, pp. 2525-2532.

35. Chou C.K. CT manifestations of small bowel ischemia due to impaired venous drainage-with a correlation of pathologic findings. *The Indian journal of radiology and imaging*, 2016, Vol. 26, No. 3, pp. 342.

36. Dombert L. Impact of Protocol Utilizing Water-Soluble Contrast for Adhesive Small Bowel Obstruction. *Journal of Surgical Research*, 2021, Vol. 259, pp. 487-492.

37. Gottlieb M. Utilization of ultrasound for the evaluation of small bowel obstruction: A systematic review and meta-analysis. *The American journal of emergency medicine*, 2018, Vol. 36, No. 2, pp. 234-242.

ХУЛОСА

Ш.М. Қурбонов

БАЪЗЕ ЧАМБАҲОИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ НОГУЗАРОИШИ РУДАҲОИ БАЪДИЧАРРОҲӢ

Дар ин мақола таҳлили ҳамаҷонибаи масъалаҳои ба миён гузошташуда тибқи адабиёти ватанӣ ва хориҷӣ, ки ба баъзе ҷамъаҳои этиопатогенез, таъхир

ва ба табобати ногузароиши рӯдаҳои баъдичарроҳӣ баҳшида шудаанд, оварда шудааст. Дар мақола масъалаҳои баҳсбарангези омӯзиши ҷанбаҳои этиопатогенетикии пайдоиши лиҳомаҳо дар ковокии шикам пас аз гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам ва коси хурд, баландшавии фишори дохили шикам дар давраи пас аз ҷарроҳӣ

ва афзоишҳои ногузароиши рӯдаҳои баъдичарроҳӣ, хусусиятҳои аломатҳои клиникӣ, инчунин дар бораи усулҳои ташхис ва интиҳоби намуди табобат оварда шудааст.

Калимаҳои калидӣ: ногузароиши рӯдаҳои баъдичарроҳӣ, амалиётҳои акушерӣ-гинекологӣ, этиопатогенез, ташхис, табобат.

ЮБИЛЕЙ

РАХМАНОВ ЭРКИН РАХИМОВИЧ (К 70-летию со дня рождения)



Рахманов Эркин Рахимович родился 13 февраля 1954 года в городе Душанбе. В 1977 году окончил лечебный факультет Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. После окончания интернатуры с 1978 по 1983 гг. работал врачом-инфекционистом в городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе. С 1983 года по настоящее время работает в ТГМУ, сначала в качестве ассистента, а с 1993 года доцентом кафедры инфекционных болезней. В 1987 году защитил кандидатскую диссертацию в городе Киев Украина. В 2004 году защитил докторскую диссертацию. С 2008 года по настоящее время является заведующим кафедрой инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Имеет высшую квалификационную ка-

тегорию врача-инфекциониста. За заслуги в области здравоохранения Рахманов Э.Р. награждён Орденом «Шараф» 2 степени, званиями «Отличник здравоохранения Республики Таджикистан» и «Отличник образования и науки Республики Таджикистан».

Наряду с обучением студентов, Эркин Рахимовичем опубликованы 232 научных статей, посвящённых актуальным проблемам инфекционных и паразитарным болезням, профилактике инфекционных заболеваний. Кроме того, им выпущено 38 методических рекомендаций и указаний, представлено 5 рационализаторских предложений. Является автором 5 учебников по инфекционным болезням на таджикском языке. Под его руководством защитили 12 кандидатских диссертаций.

Э.Р. Рахманов успешно сочетает научную работу с педагогической и общественной деятельностью. Проводит практические занятия и читает лекции для студентов всех факультетов, а также для магистров инфекционистов. С 2005 по 2008 годы работал деканом общемедицинского факультета. Он является главным внештатным инфекционистом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, председателем диссертационного совета по эпидемиологии и инфекционным болезням при ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Э.Р. Рахманов постоянно оказывает методическую, шефско-консультативную помощь по вопросам инфекционной и паразитарной патологии во всех ЛПУ республики.

За время работы в университете проявил себя как грамотного и обладающего богатым опытом специалиста в области инфекционных болезней, известного учёного и порядочного человека. Пользуется большим уважением среди коллектива университета, студентов и больных.

Эркин Рахимовичу исполнилось 70 лет. Для учёного – это период активной деятельности. Пусть сбудутся все его мечты и претворятся в жизнь планы. Желаем учителю крепкого здоровья, так как для человека здоровье – это бесценное богатство.

**Редакция журнала Здравоохранения
Таджикистана**