

М.К. Гулзода¹, Д.С. Салимов¹, Дж.К. Мухаббатзода¹, П.К. Холматов², С.Г. Али-Заде²,
К.Н. Носири¹, И.И. Кобиллов¹

ПУТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ВОПРОСОВ РЕЦИДИВА ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

¹Кафедра общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

²Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Салимов Джамшед Саидахмадович – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии №1 имени профессора Каххарова А.Н., Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино; Тел.: +992907758510; E-mail: salimov_jamshed1973@mail.ru

Цель исследования. Изучить влияние факторов риска на частоту рецидива ОСТКН и определить показания для применения лапароскопического адгезиолизиса.

Материал и методы исследования. Для исследования причин рецидивов острой спаечной тонкокишечной непроходимости был выполнен статистический анализ данных из историй болезни пациентов. Были исследованы 50 больных, которых в зависимости от случаев рецидива заболевания распределили на 2 группы. В первой группе насчитывалось 28 пациентов (56,0%), у которых отмечалось повторное развитие острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Вторая группа включала 22 пациента (44,0%), у которых рецидивы заболевания не наблюдались. Этот анализ позволил выявить возможные факторы, влияющие на вероятность повторного развития острой спаечной тонкокишечной непроходимости, и оценить эффективность проведенных лечебных мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными факторами, которые ассоциируются с повторным риском развития острой спаечной тонкокишечной непроходимости являются: наличие множественных эпизодов острой спаечной тонкокишечной непроходимости в истории болезни, повышение уровня лейкоцитов в крови, отсутствие признаков пневматоза толстой кишки на рентгеновских снимках при тонкокишечной непроходимости, значительный объем выделений желудочного содержимого через зонд, а также замедление транзита контрастного вещества через тонкую кишку. Эти показатели могут служить важными предикторами для определения риска рецидива заболевания и необходимости дополнительного медицинского вмешательства.

Заключение. Применяемая в нашем исследовании шкала для оценки интенсивности адгезивного процесса в абдоминальной полости показала свою эффективность. На основе выявленных факторов была улучшена система прогнозирования риска повторного возникновения заболевания после консервативного лечения, эффективность которой составила 86%. Это позволяет рекомендовать её применение при планировании консервативных терапевтических подходов.

Ключевые слова: острая спаечная тонкокишечная непроходимость, спайки, рецидив, факторы риска, консервативное лечение.

М.К. Gulzoda¹, D.S. Salimov¹, J.K. Mukhabbatzoda¹, P.K. Kholmatov², S.G. Ali-Zade², K.N. Nosiri¹, I.I. Kobilov¹

THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC SOLUTIONS FOR THE RECURRENCE OF ACUTE ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

¹Department of General Surgery No. 1 named after prof. A.N. Kakhharov, SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

²Department of Surgical Diseases No. 1 named after acad. K.M. Kurbonov, SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

Salimov Jamshed Saidakhmadovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of General Surgery №1 named after Professor Kakhkhorov A.N., SEI "Avicenna Tajik State Medical University"; Tel.: +992907758510; E-mail: salimov_jamshed1973@mail.ru

Aim. To study the impact of risk factors on the recurrence rate of acute adhesive small bowel obstruction (AASBO) and to determine the indications for laparoscopic adhesiolysis.

Materials and methods. To investigate the causes of AASBO recurrence, a statistical analysis of patients' medical records was performed. The study included 50 patients who were divided into two groups according to the recurrence of the disease. The first group included 28 patients (56.0%) who experienced a recurrence of AASBO. The second group included 22 patients (44.0%) with no recurrence. This analysis allowed us to identify potential factors influencing the likelihood of AASBO recurrence and to assess the effectiveness of therapeutic measures aimed at preventing recurrences.

Results and discussion. The primary factors associated with the risk of recurrence of AASBO include multiple episodes of AASBO in the patient's history, elevated white blood cell levels, absence of colonic pneumatosis on radiographs of small bowel obstruction, significant volume of gastric contents drained by tube, and delayed transit of contrast medium through the small bowel. These indicators can serve as important predictors in determining the risk of disease recurrence and the need for additional medical intervention.

Conclusion. The scale used in the study to assess the intensity of the adhesion process in the peritoneal cavity demonstrated its effectiveness. Based on the factors identified, a system for predicting the risk of recurrence after conservative treatment was improved, achieving an accuracy of 86%. This supports its recommendation for use in planning conservative therapeutic approaches.

Keywords: acute adhesive small bowel obstruction, adhesions, recurrence, risk factors, conservative treatment.

Актуальность. Вопросы острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) продолжает оставаться в центре внимания практикующих хирургов из-за сложности тактических подходов как в раннем периоде, так и в стадии осложнений [1-6]. По данным ряда авторов [5-7], спаечный процесс является причиной непроходимости у 80% больных, вызывая у 76% наиболее опасный странгуляционный вид непроходимости. Достижения в современной диагностике и лечении ОСТКН, в настоящее время, не всегда решает проблемы данной патологии и при этом летальность продолжает оставаться на уровне 9,8-22% [8-11]. Изучение причин послеоперационной смертности при ОСТКН выявило, что в 36,9% случаев неблагоприятные результаты были вызваны задержкой обращения пациентов и недостаточно своевременная диагностика данной патологии. Ошибки в диагностике и задержка хирургического вмешательства стали факторами летального исхода в 49,3% случаев.

В практике неотложной хирургии наблюдается особая осторожность при проведении оперативных вмешательств на фоне спаечной кишечной непроходимости. Каждое хирургическое вмешательство может способствовать увеличению риска и количества спаек. Поэтому консервативные методы лечения применяются чаще (60-70%) по сравнению с оперативными методами (30-40%). Следует подчеркнуть, что рецидив ОСТКН не происходит у всех пациентов, а хирургическое вмешательство сопряжено с техническими трудностями и повышенным риском осложнений. В связи с этим, методы хирургического лечения, применяемые

после успешной консервативной терапии ОСТКН, продолжают быть активной темой для дискуссий.

Цель исследования. Изучить влияние факторов риска на частоту рецидива ОСТКН и определить показания для применения лапароскопического адгезиолизиса.

Материал и методы исследования. Мы провели ретроспективный анализ медицинских историй 83 больных, которые в период с 2020 по 2023 поступили в стационар с диагнозом острая спаечная тонкокишечная непроходимость и получали консервативное лечение. Диагноз этим пациентам ставился на основании данных клинической картины и результатов рентгенологического исследования. Дополнительно у 39 пациентов использовалось ультразвуковое исследование. В рамках лечения применялись инфузионная терапия, спазмолитические средства, зондовая декомпрессия ЖКТ, в том числе эндоскопическая назоинтестинальная декомпрессия, а также проведение сифонных клизм.

В отдаленном периоде наблюдение проведено у 50 больных. Судьба 33 пациентов по различным причинам осталась не прослеженной. Все полученные данные о пациентах осуществлялись путем анкетирования и поликлинических консультаций.

При распределении 50 наблюдаемых больных в зависимости от пола, мужчин было 26, женщин – 24. Возраст исследуемых пациентов составлял от 19 до 83 лет. Сроки наблюдения больных варьировались в пределах 3-5 лет.

Для исследования причин рецидивов ОСТКН был выполнен статистический анализ данных из историй болезней пациентов. Пациенты были разделены на две группы. В первой группе на-

считывалось 28 пациентов (56,0%), у которых в ходе длительного периода наблюдения произошло повторное развитие ОСТКН. Вторая группа включала 22 пациента (44,0%), у которых рецидивы заболевания не наблюдались. Этот анализ позволил выявить возможные факторы, влияющие на вероятность повторного развития ОСТКН, и оценить эффективность проведённых лечебных мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов.

Статистическая обработка выполнялась с использование программы SPSS Statistics 17.0. Для парного сравнения групп по количественным параметрам использовался U-критерий Манна-Уитни, а для категориальных параметров применялся критерий χ^2 . Статистическая значимость различий определялась при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. С рецидивами ОСТКН при среднем сроке $3,1 \pm 2,2$ года после первичного лечения поступили 28 (28/50, 56,0%) больных. Из этого числа больных необходимость в проведении экстренной операции отмечалась в 18 (18/28, 64,31%) случаях. Во второй группе изучаемых пациентов ($n=22$) не зафиксировано случаев рецидива заболевания. При этом, имевшиеся жалобы у 13 из них (13/22, 59,1%) не ассоциировались с нарушениями моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Для углубленного понимания причин рецидивов ОСТКН был проведён сравнительный анализ, охватывающий результаты клинического обследования, данные лабораторно-инструментальных методов диагностики, а также наш опыт и обзор литературных источников по этому вопросу. В качестве потенциальных предикторов рецидива ОСТКН были выделены следующие параметры. Возраст пациентов, так как возрастные изменения могут влиять на восстановление тканей и склонность к образованию спаек. Пол пациента, что может иметь значение из-за различий в анатомии и гормональном фоне. Жалобы, включающие

боли и вздутие живота, тошноту, рвоту, задержку газов и стула и другие симптомы, указывающие на возможное нарушение кишечного пассажа. А также был проведен сравнительный анализ таких параметров, как количество рецидивов ОСТКН в анамнезе, количество проведенных открытых и лапароскопических операций, продолжительность ОСТКН. Также проведены анализы клинико-биохимических показателей крови, результатов рентгенологических, ультразвуковых исследований, эзофагогастродуоденоскопии, а также оценена эффективность сифонных клизм и продолжительность госпитализации. Основное внимание было уделено частоте встречаемости эпизодов ОСТКН и количеству атак, зарегистрированных в анамнезе пациентов. Результаты показали статистически значимые различия между двумя группами пациентов. В первой группе (с рецидивами ОСТКН) встречаемость предыдущих эпизодов составила 60,7%. Во второй группе (без рецидивов) этот показатель был значительно ниже — 27,3% ($p < 0,001$). В то же время другие клинические признаки, изученные в рамках этого анализа, не показали статистически значимых различий.

В процессе анализа первоначальных клинических и лабораторных данных выявлены значительные различия в концентрации лейкоцитов в крови между двумя наблюдаемыми группами пациентов при их первом посещении медицинского учреждения. В то же время другие биохимические параметры, зарегистрированные в период приступа ОСТКН, не продемонстрировали значимых отклонений, свидетельствующих о рецидиве ОСТКН (табл. 1).

Рентгенологическое обследование является очень ценным методом при диагностике непроходимости кишечника. Исторически значимый вклад в развитие методик рентгенодиагностики данного заболевания принадлежит Schwarz (1911), который внедрил использование контрастных веществ для исследования тонкой кишки, что позволяло опреде-

Таблица 1

Характеристика сравнений клинико-биохимических исследований

Признак	Группа больных		p
	1-я группа ($n=28$)	2-я группа ($n=22$)	
Лейкоциты $\times 100\text{г/л}$	$13,6 \pm 2,4$	$7,2 \pm 2,1$	$<0,05$
Калий моль/л	$2,8 \pm 1,2$	$3,2 \pm 1,0$	$>0,05$
Билирубины мкмоль/л	$14,4 \pm 1,1$	$12,3 \pm 1,2$	$>0,05$
Глюкоза крови	$4,1 \pm 0,8$	$3,8 \pm 0,9$	$>0,05$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Таблица 2

Диагностические показатели инструментальных исследований

Признак	Группа больных		p
	1-я группа (n=28)	2-я группа (n=22)	
Пневматоз толстой кишки:			
Есть	6 (21,4%)	18 (81,8%)	<0,001*
Нет	22 (78,6%)	4 (18,2%)	
Время прохождения контрастного вещества по тонкой кишке, час	17,2±2,9	8,2±4,4	<0,01
Диаметр просвета кишки, мм	28,5±8,5	26,4±7,8	>0,05
Количество отделяемого по зонду, мл	892,2±201,1	302,1±121,1	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни, *по критерию χ^2)

лить механическую непроходимость. Kloiber (1919) внес дополнительный вклад, описав образование горизонтальных уровней жидкости с наличием воздуха над ними, что стало ключевым признаком в диагностике этого состояния.

В рамках нашего исследования было установлено, что рентгенологические признаки непроходимости кишечника не оказали значительного влияния на длительность болезни. Важно упомянуть, что между двумя группами пациентов наблюдалась заметная разница в частоте обнаружения пневматоза толстой кишки на фоне тонкокишечной непроходимости. Такой результат зафиксирован гораздо чаще среди пациентов первой группы, где данный показатель достиг 78,6%, тогда как

во второй группе аналогичный показатель был значительно ниже — всего 18,2% (p < 0,001).

Второй выраженный рентгенологический признак непроходимости кишечника заключается во вздутии отдельных кишечных петель, которые формируют светлую дугу. Эта дуга направлена выпуклостью вверх, который известен как симптом «арки». В случае вздутия тощей кишки на рентгеновских снимках четко видны поперечные исчерченности, обусловленные циркулярно расположенными Керкринговыми складками. Для более детальной диагностики и определения характера непроходимости тонкой кишки (полное, частичное или возможное саморазрешения) в нашем исследовании также использовалось контрастное исследование ЖКТ. Этот метод позволяет получить

Таблица 3

Макроскопическая шкала для оценки интенсивности спаечного процесса в абдоминальной полости

Балл	Общее число спаек	Форма спаек	Распространенность спаечного процесса	Деформация кишки
0	Нет сращений	Нет	Нет	Нет
1	Одиночная спайка между органами и брюшной стенкой	Плёнчатые	1 анатомическая область (слепая кишка)	Легкая деформация без сужения просвета
2	2-е спайки между органами и брюшной стенкой	Рыхлые аваскуляризованные	1 этаж брюшной полости (слепая кишка+ другие органы)	Умеренная деформация без сужения просвета
3	Более двух спаек между органами или с брюшной стенкой	Плотные аваскуляризованные	2 этажа брюшной полости	Деформация сужение до ½ просвета
4	Конгломерат спаек	Плотные васкуляризованные	Более двух этажей	Выраженная деформация сужение более ½ просвета

более точные данные о состоянии кишечника и наличии препятствий в нем. Результаты энтерографического исследования показали заметные различия между группами по показателям скорости продвижения контрастного вещества по тонкому кишечнику. Данное исследование применялось у 34 (68,0%) пациентов. У пациентов, обратившихся повторно с ОСТКН, было обнаружено удлинение времени пассажа бария, среднее значение которого достигло $17,2 \pm 2,9$ часов. В группе пациентов без повторного обращения кишечная непроходимость разрешалась быстрее, с временем транзита бария равным $8,1 \pm 4,3$ часов ($p < 0,01$). Одним из важных прогностических показателей в исследовании стало количество желудочного содержимого, полученного во время зондирования. В первой группе этот показатель в среднем достигал $892,2 \pm 201,1$ мл, что значительно превышало показатель второй группы, где среднее значение составило $302,1 \pm 121,1$ мл ($p < 0,001$). Эта разница подтверждает предположение о возможности повторного возникновения острой кишечной непроходимости (ОСТКН) у пациентов первой группы в будущем (табл. 2).

В нашем исследовании также во время оперативного вмешательства использована известная шкала Аюшинова Н.И. и соавт. (2014) [1]. Оценка спаечного процесса в абдоминальной полости (табл. 3).

Авторы этой шкалы определили три степени выраженности адгезивного процесса в брюшной полости, используя следующие балльные оценки:

- оценка в 0-4 баллов соответствуют первой степени, которая характеризуется как незначительный спаечный процесс;
- оценка в 5-10 баллов соответствует второй степени, что свидетельствует об умеренной тяжести спаечного процесса;
- значение в 10 баллов и более относится к третьей степени, характеризующейся интенсивным спаечным процессом.
- оценка в 10 баллов соответствует второй степени, что свидетельствует об умеренной тяжести спаечного процесса;
- значение в 10 баллов и выше относится к третьей степени, характеризующейся интенсивным спаечным процессом.

Данная шкала была проверена в рамках экспериментального исследования, целью которого было разработка методов имитации адгезивного процесса в брюшной полости.

У пациентов, подвергшихся операции, интенсивность адгезивного процесса в среднем была

оценена в 13 баллов (с диапазоном от 10 до 15 баллов), что указывает на выраженную степень адгезии органов абдоминальной полости. Это подчеркивает серьезность и распространенность спаечного процесса среди оперированных пациентов.

У пациентов, которые неоднократно подвергались хирургическим вмешательствам из-за СТКН, интенсивность адгезивного процесса в абдоминальной полости в среднем оценивалась в 14 баллов (с диапазоном от 14 до 15 баллов). Это свидетельствует о значительной степени адгезии органов брюшной полости у рассматриваемой категории больных.

Использованная шкала доказала свою эффективность как инструмент для количественной оценки интенсивности адгезивного процесса в абдоминальной полости. Она позволяет не только оценить степень спаечного процесса, но и спрогнозировать риск возникновения осложнений в послеоперационном периоде, а также риск повторного развития кишечной непроходимости.

Статистический анализ, проведенный в отдаленном периоде наблюдения, выявил несколько ключевых факторов, которые ассоциируются с повторным риском развития ОСТКН. К числу таких факторов относят: наличие множественных эпизодов ОСТКН в истории болезни, повышение уровня лейкоцитов в крови, отсутствие признаков пневматоза толстой кишки на рентгеновских снимках при тонкокишечной непроходимости, значительный объем выделений желудочного содержимого через зонд, а также замедление транзита контрастной субстанции через тонкую кишку. Эти показатели могут служить важными предикторами для определения риска рецидива заболевания и необходимости дополнительного медицинского вмешательства.

С развитием и широким применением лапароскопических технологий в хирургической практике накапливается и опыт использования лапароскопического адгезиолизиса в лечении больных с СКН. Оптимальными кандидатами для такого рода вмешательств являются пациенты с ранними стадиями кишечной непроходимости, у которых в анамнезе имеется один случай несложного хирургического вмешательства на абдоминальной полости. Однако наличие обширного спаечного процесса существенно увеличивает риск возникновения осложнений. Это явление становится основанием для определения четких противопоказаний к использованию лапароскопического адгезиолизиса у больных с массивным адгезивным процессом,

что делает выбор подходящих кандидатов для применения данного вида вмешательства крайне важным. В ходе нашего исследования был определён безопасный способ установки первого троакара с использованием полипозиционной эхоскопии. Используя этот метод, мы искали на брюшной стенке «акустическое окно» без содержания в нем висцеропариетальных спаек. Благодаря этому подходу и последовательному, осторожному выполнению адгезиолизиса с учетом характеристик сращений, в большинстве случаев нам удалось избежать возникновения осложнений. Однако возникновение осложнений во время операции всё же отмечалось у 8 пациентов; случаи инфицирования ран в области введения троакаров были зафиксированы у 7 пациентов. Кроме того, у 6 пациентов проведена контрольная динамическая лапароскопия через гильзу, установленную на завершающем этапе хирургического вмешательства, с целью оценки жизнеспособности кишечника при наличии сомнений в его состоянии.

Применённая методика оказалась эффективной для ускорения диагностического этапа обследования пациентов с кишечной непроходимостью. Во всех случаях отмечалось разрешение состояния непроходимости. Пациенты в течение первых 24-48 часов после операции были переведены на активный двигательный режим, что способствовало их более быстрому восстановлению. Больные были выписаны из стационара на 5-7 сутки после операции. В ходе данного исследования летальные исходы отсутствовали. Лапароскопический адгезиолизис, несмотря на его потенциальные преимущества, не получил широкого распространения в нашей стране. Многие специалисты имеют ограниченный опыт в этой области, что делает его применение менее распространенным. Одной из основных причин является сложность лапароскопического лечения пациентов с кишечной непроходимостью, которое считается одной из трудных задач в неотложной хирургии. Эти сложности связаны с высоким риском осложнений и техническими трудностями при работе в условиях существующих спаек и ограниченного пространства в брюшной полости, что требует высокого уровня мастерства и опыта от хирурга.

Выводы.

1. Частота случаев повторного поступления больных в стационар в отдаленном периоде после проведения комплексного консервативного лечения ОСТКН в нашем исследовании достигала 52%.

2. Основными факторами, указывающими на риск рецидива спаечной кишечной непроходимости, являются: ранее наблюдаемые эпизоды ОСТКН у больного, частые рецидивы кишечной непроходимости, повышенный уровень лейкоцитов в крови, отсутствие по данным рентгенографии пневматоза толстой кишки в случае тонкокишечной непроходимости, обильный рефлюкс желудочного содержимого при зондировании, а также задержка прохождения контрастного вещества по просвету тонкой кишки.

3. Применяемая в нашем исследовании шкала для оценки интенсивности адгезивного процесса в абдоминальной полости показала свою эффективность. На основе выявленных факторов была улучшена система прогнозирования риска повторного возникновения заболевания после консервативного лечения, достигая эффективности в 86%. Это позволяет рекомендовать её применение при планировании консервативных терапевтических подходов.

ЛИТЕРАТУРА

(п. 11 см. в REFERENCES)

1. Аюшинов Н.И. Оценка выраженности спаечного процесса в брюшной полости / Н.И. Аюшинов, И.А. Шуригина, М.Г. Шуригин, Е.В. Глинская // Сибирский медицинский журнал. - 2014. - №7. - С. 10-14.
2. Белоусова С.Е. Парадигма спаечной болезни. Мечниковские чтения 2020 / С.Е. Белоусова, С.С. Долинич // Материалы 93-й Всероссийской научно-практической студенческой конференции с международным участием. - СПб, 2020. - С. 607-608.
3. Гулов М.К. Основные аспекты спаечной тонкокишечной непроходимости / М.К. Гулов, Дж.С. Салимов, С.Г. Али-Заде, А.Р. Достиев, И.И. Кобилов // Вестник Авиценны. - 2021. - Т. 23, №2. - С. 269-279.
4. Гулов М.К. Прогнозирование ишемии кишечника у больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью / М.К. Гулов, Дж.С. Салимов, Дж.К. Мухаббатов, С.Г. Али-Заде, К.Н. Носири // Здравоохранение Таджикистана. - 2023. - Т. 357, №2. - С. 37-44.
5. Левин Л.А. Возможности лапароскопической диагностики и устранения острой спаечной кишечной непроходимости / Л.А. Левин, П.О. Малышкин, Б.Э. Байрагдарова // Уральский медицинский журнал. - 2018. - Т. 168, №13. - С. 135-138.
6. Левченко С.В. Рентгенодиагностика частичной кишечной непроходимости при заболеваниях тонкой кишки: взгляд на проблему рентгенолога гастроэнтеролога / С.В. Левченко, А.Л. Котовпрекова, Н.В. Орлова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2014. - №17. - С. 27-31.

7. Магомедов Р.А. Некоторые аспекты диагностики и лечения острой кишечной непроходимости / Р.А. Магомедов // Вестник Калужского университета. - 2018. - №1. - С. 74-87.

8. Сигуа Б.В. Систематический обзор клинической эффективности различных сроков неоперативного лечения у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью / Б.В. Сигуа, П.А. Котков, Д.Х. Каландарова, В.П. Земляной // Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». - 2023. - Т. 12, №1. - С. 99-109.

9. Сопуев А.А. Анализ дефектов лечебно-диагностического процесса при спаечной кишечной непроходимости / А.А. Сопуев, К.Е. Овчаренко, А.Ш. Абдиев // Проблемы современной науки и образования. - 2016. - Т. 54, №12. - С. 125-128.

10. Филенко Б.П. Лечение и профилактика острой спаечной кишечной непроходимости / Б.П. Филенко, В.П. Земляной, П.А. Котков // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. - 2017. - Т. 9, №1. - С. 68-72.

REFERENCES

1. Ayushinov N.I., Shurigin I.A., Shurigin M.G., Glinskaya E.V. Otsenka vyrazhennosti spaechnogo protsessa v bryushnoy polosti [Assessment of the severity of adhesions in the abdominal cavity]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal - Siberian Scientific Medical Journal*, 2014, No. 7, pp. 10-14.

2. Belousova S.E., Dolinich S.S. [The adhesion paradigm. Mechnikov Readings 2020]. *Materialy 93-y Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy studencheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem* [Materials of the 93rd All-Russian Scientific and Practical Student Conference with International Participation]. St. Petersburg, 2020, pp. 607-608. (In Russ.)

3. Gulov M.K., Salimov Dzh.S., Ali-Zade S.G., Dostiev A.R., Kobilov I.I. Osnovnye aspekty spaechnoy tonkokishechnoy neprokhodimosti [Basic aspects of adhesive small intestinal obstruction]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2021, Vol. 23, No. 2, pp. 269-279.

4. Gulov M.K., Salimov Dzh.S., Mukhabbatov Dzh.K., Ali-Zade S.G., Nosiri K.N. Prognozirovaniye ishemii kishechnika u bolnykh so spaechnoy tonkokishechnoy neprokhodimostyu [Prediction of intestinal ischaemia in patients with adhesive small bowel obstruction]. *Zdravookhraneniye Tadzhikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2023, Vol. 357, No. 2, pp. 37-44.

5. Levin L.A., Malyshkin P.O., Bayragdarova B.E. Vozmozhnosti laparoskopicheskoy diagnostiki i ustraneniya ostroy spaechnoy kishechnoy neprokhodimosti [Possibilities of laparoscopic diagnosis and management of acute adhesive intestinal obstruction]. *Uralskiy meditsinskiy zhurnal - Ural Medical Journal*, 2018, Vol. 168, No. 13, pp. 135-138.

6. Levchenko S.V., Kotovprekova A.L., Orlova N.V. Rentgenodiagnostika chastichnoy kishechnoy neprok-

hodimosti pri zabolevaniyakh tonkoy kishki: vzglyad na problemu rentgenologa gastroenterologa [Radiodiagnosis of partial intestinal obstruction in small intestinal diseases: a radiologist's perspective from a gastroenterologist's perspective]. *Ekspperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya - Experimental and Clinical Gastroenterology*, 2014, No. 17, pp. 27-31.

7. Magomedov R.A. Nekotorye aspekty diagnostiki i lecheniya ostroy kishechnoy neprokhodimosti [Some aspects of diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction]. *Vestnik Kaluzhskogo universiteta - Bulletin of Kaluga University*, 2018, No. 1, pp. 74-87.

8. Sigua B.V., Kotkov P.A., Kalandarova D.Kh., Zemlyanoy V.P. Sistematischeskiy obzor klinicheskoy effektivnosti razlichnykh srokov neoperativnogo lecheniya u bolnykh s ostroy spaechnoy kishechnoy neprokhodimostyu [A systematic review of the clinical effectiveness of different timing of non-operative treatment in patients with acute adhesive intestinal obstruction]. *Zhurnal im. N. V. Sklifosovskogo «Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch» - Russian Sklifosovsky Journal of «Emergency Medical Care»*, 2023, Vol. 12, No. 1, pp. 99-109.

9. Sopuev A.A., Ovcharenko K.E., Abdiev A.Sh. Analiz defektov lechebno-diaagnosticheskogo protsessa pri spaechnoy kishechnoy neprokhodimosti [Analysis of defects in the therapeutic and diagnostic process in adhesive intestinal obstruction]. *Problemy sovremennoy nauki i obrazovaniya - Problems of modern science and education*, 2016, Vol. 54, No. 12, pp. 125-128.

10. Filenko B.P., Zemlyanoy V.P., Kotkov P.A. Lechenie i profilaktika ostroy spaechnoy kishechnoy neprokhodimosti [Treatment and prevention of acute adhesive intestinal obstruction]. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova - Herald of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*, 2017, Vol. 9, No. 1, pp. 68-72.

11. Bankole A.O. Prediktivnye faktory upravleniya ishodami u detskoy populyatsii s mekhanicheskoy intestinalnoy obstruktsiyey [Predictive factors of management outcome in adult patients with mechanical intestinal obstruction]. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 2017, No. 24 (4), pp. 217-223.

ХУЛОСА

М.Қ. Гулзода, Д.С. Салимов, Ҷ.К. Мухаббатзода, П.К. Холматов, С.Г. Али-Заде, К.Н. Носири, И.И. Қобилов

РОҶҶОИ ТАБОБАТ ВА ҲАЛЛИ ТАШХИССИ МАСЪАЛАҶОИ ТАҚРОРИИ НОҶУ-ЗАРОИШИ ШАДИДИ ЛИҶОМИИ РӯДАИ БОРИК

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таъсири омилҳои хавф ба сатҳи тақрори илтиҳоби шадиди рӯдаҳои бориқ (ИШРБ) ва муайян кардани нишондиҳандаҳо барои адгезиолизи лапароскопӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои омӯзиши сабабҳои такроршавии ИШРБ, таҳлили омории маълумот аз сабти беморон гузаронида шуд. 50 нафар беморон омӯхта шуда, вобаста ба ҳолати такроршавии беморӣ ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Дар гурӯҳи якум, 28 беморон (56,0%), ки инкишофи такрории ИШРБ доштанд. Ба гурӯҳи дуюм 22 нафар (44,0%) беморон шомил буданд, ки дар онҳо такрори беморӣ мушоҳида нашуд. Ин таҳлил имкон дод, ки омилҳои эҳтимолие, ки ба эҳтимолияти такроршавии ИШРБ таъсир мерасонанд, муайян карда шаванд ва баҳодиҳии самаранокии чораҳои табобатӣ, ки ба пешгирии такроршавӣ нигаронида шудаанд, арзёбӣ карда шаванд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Омилҳои асосие, ки бо хатари такрории рушди ACS алоқаманданд, инҳоянд: мавҷудияти эпизодҳои сершумори ASC дар таърихи тиббӣ, баланд шудани сатҳи лейкоцитҳо дар хун, набудани аломатҳои пневма-

този рӯдаи ғафс дар филмҳои рентгенӣ. Бо монёшавии рӯдаи хурд, микдори зиёди таркиби меъда тавассути най ва гузариши сусти агенти контраст тавассути рӯдаҳои хурд. Ин нишондиҳандаҳо метавонанд ҳамчун пешгӯиҳои муҳим барои муайян кардани хатари такрори беморӣ ва зарурати дахлоти иловагии тиббӣ хизмат кунанд.

Хулоса. Миқёсе, ки дар тадқиқоти мо барои арзёбии шиддатнокии раванди илтиёмӣ дар ҳолигоҳи шикам истифода шудааст, самаранокии онро нишон дод. Дар асоси омилҳои муайяншуда системаи пешгӯии хатари такрори беморӣ пас аз табобати консервативӣ тақмил дода шуд, ки самаранокии он 86% буд. Ин ба мо имкон медиҳад, ки истифодаи онро ҳангоми банақшагирии равишҳои муолиҷаи консервативӣ тавсия диҳем.

Калимаҳои калидӣ: илтиҳоби шадиди рӯдаҳои бориқ, адгезияҳо, такроран, омилҳои хавф, табобати консервативӣ.

УДК 616.24-002.951.21-022-089

doi: 10.52888/0514-2515-2024-363-4-37-46

Х.И. Ибодзода¹, М.А. Орипов², Р.Р. Рофиев², Т.Ш. Икромӣ^{2,3}

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ

¹НОУ Медико-социальный институт Таджикистана²ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан³ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ

Икромӣ Т.Ш. — д.м.н., доцент, директор ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»; Тел.: +992888801501; E-mail: ikromov0368@mail.ru

Цель исследования. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики послеоперационных осложнений у детей с инфицированными эхинококковыми кистами лёгких, осложнённых прорывом в бронх или плевральную полость.

Материал и методы исследования. Проведён анализ результатов диагностики и лечения инфицированных эхинококковых кист лёгких, вскрывшихся в бронх и плевральную полость, у 120 детей. В зависимости от размеров и объёма эхинококковых кист были диагностированы следующие группы: малые – 22 (18,3%), средние – 56 (46,7%), большие – 24 (20,0%) и гигантские – 18 (15,0%). Прорыв в плевральную полость выявлен у 17 (14,2%) пациентов, прорыв в бронх — у 103 (85,8%), а перикистозное воспаление — у 32 (26,7%). У 15 (12,5%) детей паразитарные кисты имели двустороннее поражение, а у 13 (10,8%) диагностирован сочетанный эхинококкоз (печень + лёгкие). Диагностика осуществлялась с применением клиничко-лабораторных исследований, рентгенографии, компьютерной томографии (КТ) и мультиспиральной компьютерной томографии с 4D-изображениями, а также функциональных методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. После верификации диагноза целенаправленная предоперационная подготовка была проведена у 89 больных основной группы. Её целью являлось снижение интоксикации, уменьшение аллергизации организма и ослабление воспалительного процесса в бронхолёгочной системе. Оперативное лечение включало ликвидацию остаточной полости фиброзной капсулы с созданием междолевой или межсегментарной щели (74 случая), а также выполнение субтотальной перицистэктомии.