

УДК:616.34-007.274/089.

**ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ****С.А.Рузибоев****В.Н.Мардонов**

*Самаркандский государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи. г.Самарканд, Узбекистан*

Актуальность. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) остается сложной проблемой неотложной абдоминальной хирургии, что связано с трудностями в ее диагностике и лечении, отсутствием эффективных методов профилактики, значительным процентом осложнений, высокой летальностью и финансовыми затратами. Оперативные вмешательства по поводу спаечной болезни брюшной полости не исключают возможность рецидива, а порой являются стимулирующим фактором спайкообразования. Адгезиолизис при лапаротомии не является гарантией их отсутствия в дальнейшем. По некоторым данным, рецидивы возникают до 50 % случаев, повторные операции увеличивают риск образования спаек и их осложнений.

В настоящее время существует тенденция применения видеолапароскопии в лечении спаечной кишечной непроходимости. По данным отечественных и зарубежных авторов, метод сокращает пребывание больных в стационаре, уменьшает количество осложнений. Возможность лапароскопического разрешения непроходимости путем рассечения спаек (адгезиоэнтеролизис) у пациентов с поздней острой спаечной кишечной непроходимостью широко обсуждается на страницах печати, но практически отсутствуют данные о возможностях применения этого метода у больных с ранней острой тонкокишечной непроходимостью.

По данным ряда авторов, доля лапароскопических операций варьирует от 11,4 до 97,0%. Имеется ряд работ, в которых описываются явные преимущества лапароскопических операций при острой кишечной непроходимости по сравнению с открытыми операциями. При этом количество осложнений после выполненных лапароскопических операций на 25% меньше, чем после открытых операций.

Такая разница в частоте применения лапароскопии может говорить о значительных различиях в выборе показаний к применению лапароскопической операции при ОКН или о применении недостаточно четких рекомендаций.

Цель. Улучшение результатов лечения больных со спаечной болезнью органов брюшной полости, снижение частоты рецидивов спаечной кишечной непроходимости и изучить возможности лапароскопического адгезиолизиса в хирургическом лечении острой спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы. Для сравнения эффективности лапароскопического адгезиолизиса нами проанализированы результаты лечения 1988 больных с острой кишечной непроходимостью, в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2010 по 2022 гг. Пациенты были в возрасте от 18 до 75 лет (в среднем $56,6 \pm 3,7$). Среди больных мужчин было 1342 (67,5 %), а женщин – 646 (32,5 %). Из общего числа больных у 1286 (64,7%) диагностирована тонкокишечная, у 702 (35,3%) больных определена толстокишечная непроходимость. Оперативное лечение было применена у 987 больных (49,6%), из них у 706 (71,5%) больных выявлено тонкокишечная и у 281 больных толстокишечная непроходимость.

Результаты и обсуждение. Проводился анализ клинических наблюдений больных с ОКН на основании изучения анамнеза, жалоб больного, данных объективного и инструментального обследования. При поступлении в стационар всем больным выполняли клинический и биохимический анализы крови, рентгенологическое исследования, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и диагностическую лапароскопию, а при необходимости мультиспиральную компьютерную томографии. Характер оперативных вмешательств: лапаротомия адгезиолизис- 539, лапаротомия резекция кишечника с наложением межкишечного анастомоза- 246, лапаротомия резекция кишечника с выведением кишечного свища- 88, лапароскопия адгезиолизис-114, что составило 11,5% из (987) операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2010-2022гг. В процессе операции мы столкнулись с различными вариантами сращений и разделили на следующие группы: одиночные грубые шнуровидные спайки выявлены у 399 больных, множественные плоские висцеропариетальные у 549, смешанные панцирный живот у 39 больных. Основными причинами конверсии служили технические трудности при разделении спаек и конгломератов спаянных петель тонкой кишки, некроз кишечника или травматическое повреждение стенки кишки. Больным при необходимости устанавливали перидуральный блок, что позволяло добиться восстановления моторики кишечного тракта в течении ближайших 2 суток.

Почти все больные активизировались на 1-2 сутки. Частота рецидивов после лапаротомии с адгезиолизисом наблюдалось у 129 (23,9%) больных, после лапароскопии с адгезиолизисом у 3 (2,6%) пациентов. Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 3 до 12 суток (в среднем 6,8 дня).

Выводы: 1. Для лапароскопического адгезиолизиса следует отбирать больных с картиной механической кишечной непроходимости без признаков перитонита, выраженного метеоризма и тяжелого эндотоксикоза, без повторных абдоминальных операций. 2. Преимуществами этого вида вмешательства являются малая травматичность, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активация

больных с уменьшением риска развития спаечной болезни брюшной полости, сокращаются сроки госпитализации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Стрижелецкий В.В., Рывкин А.Ю. Новые возможности в диагностике и лечении больных с острой спаечной непроходимостью кишечника с применением эндовидеохирургии. Эндоскопическая хирургия. 2011; 3: 7.

2. Тимофеев М.Е., Волков В.В., Шаповальянц С.Г. Острая ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость на современном этапе: возможности лапароскопии в диагностике и лечении. Эндоскопическая хирургия, 2015; 2: 36-52.

3. Хайдаров Г.А., Рузибоев С.А., Даминов Ф.А. Результаты лечения острой спаечной кишечной непроходимости миниинвазивными способами. Журнал Problems of BIOLOGY and MEDICINE. 2021;3: 37-43.

3. Эгамов Б.Т., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А. и др. Возможности видеолапароскопии при острой спаечной кишечной непроходимости. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Развитие и перспективы использования мини-инвазивных технологий в медицине и хирургии» Ургенч. 2018: 37.

4. Tolutope O., Helton S.W. Survey opinions on operative management of adhesive small bowel obstruction: laparoscopy versus laparotomy in the state of Connecticut // Surg Endosc. 2011; 25:16–2521.

5. Vettoretto N, Carrara A, Corradi A. Laparoscopic adhesiolysis: consensus conference guidelines. Colorectal Disease. 2012; 14:5: 208-215.

Рузибоев Санжар Абдусаломович. Доцент кафедры 2-хирургических болезней СамГМУ. Тел. 91-532-71-33. E-mail. rsa-5555@mail.ru.