



УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

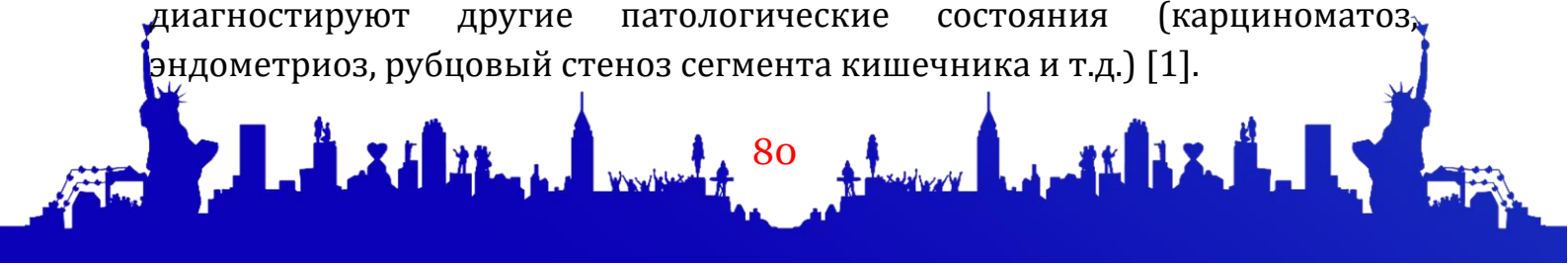
Р.Н.Кадилов
Т.Т.Мансуров
С.О.Муродуллоев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Самаркандский филиал, Самарканд, Узбекистан
<https://doi.org/10.5281/zenodo.15039208>

Представлен обзор современной литературы, посвященной вопросам консервативного и хирургического лечения острой кишечной непроходимости (ОКН). Опубликованы данные об эффективности и безопасности введения водорастворимых контрастных веществ, которое коррелирует со значительным снижением потребности в хирургическом вмешательстве у пациентов со спаечной тонкокишечной непроходимостью, а также со значительным сокращением сроков разрешения ОКН и продолжительности пребывания в стационаре. При завороте сигмовидной кишки применение колоноскопии позволяет не только оценить жизнеспособность кишки, но и добиться ее деторсии, эффективность которой колеблется от 70 до 95%, а частота осложнений не превышает 4%. В арсенале консервативного лечения толстокишечной непроходимости применяются также саморасширяющиеся металлические стенты, которые являются предпочтительными по сравнению с колостомией. В последние десятилетия был внедрен лапароскопический метод адгезиолиза, которая способствовала снижению частоты послеоперационных осложнений у больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, консервативное лечение, хирургическое лечение, деторсия кишки, стентирование кишки, лапароскопический адгезиолиз.

Причиной ОКН в 90% случаев являются спайки, вентральные грыжи и новообразования [1]. В частности, 55-75% всех случаев непроходимости тонкой кишки обусловлены спаечным процессом [2], тогда как остальные случаи тонкокишечной непроходимости развиваются на почве грыж и опухолей. Причиной толстокишечной непроходимости в 60% случаев является обструкция кишки новообразованием [3], в 30% случаях – заворот и дивертикулез кишечника; в оставшихся 10-15% наблюдениях диагностируют другие патологические состояния (карциноматоз, эндометриоз, рубцовый стеноз сегмента кишечника и т.д.) [1].





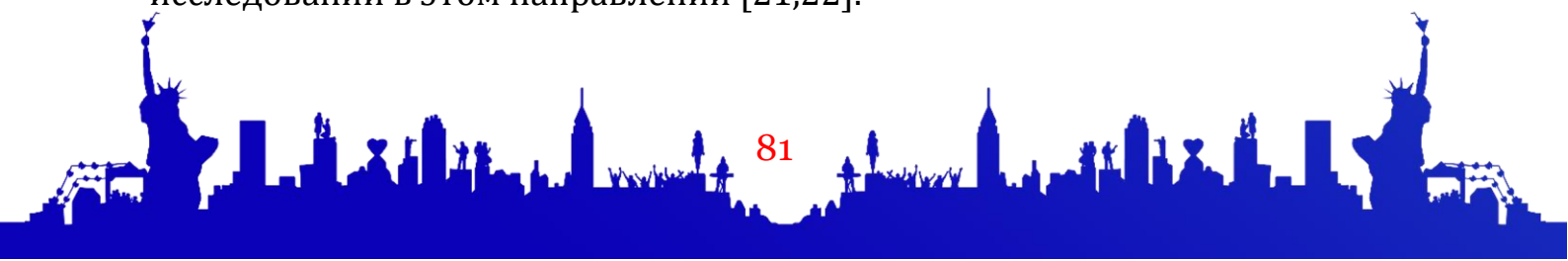
Частота рецидива спаечной тонкокишечной непроходимости в течение 1 года после консервативного лечения составляет 12%, а через 5 лет этот показатель увеличивается до 20% [8].

При ОКН, обусловленной ущемленной грыжей рекомендуется незамедлительная попытка вправить ее вручную. При неудачной попытке репозиции грыжи показана экстренная операция [9,10]. Все пациенты, у которых удалось вручную вправить ущемленную грыжу, подлежат плановому грыжесечению.

Особую форму ОКН представляет дивертикулярная непроходимость, которая возникает вследствие множественных приступов дивертикулита с последующим развитием выраженного фиброза стенки и сужения просвета толстой кишки; в некоторых других случаях обструкция толстой кишки может быть обусловлен воспалительным отеком стенки кишки на фоне острого дивертикулита. Уровень поражения обычно локализуется в сигмовидной кишке, как правило, окклюзия бывает неполной и разрешается консервативными мерами [11].

При завороте сигмовидной кишки применение колоноскопии позволяет не только оценить жизнеспособность кишки, но и добиться ее деторсии. Если обнаруживается некроз толстой кишки, больной подвергается экстренной операции. При отсутствии некроза толстой кишки успешная эндоскопическая деторсия может превратить неотложную ситуацию в плановую при той же госпитализации. Колоноскопическая деторсия, будучи простой и малоинвазивной процедурой, обладает эффективностью от 70 до 95%, а частота осложнений не превышает 4%. Однако в недавно опубликованном исследовании показано, что летальность после этой манипуляции составляет около 3%, а частота рецидивов достигает 71% [12,13].

В последние десятилетия был внедрен лапароскопический метод адгезиолиза, которая способствовала снижению частоты послеоперационных осложнений у больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью. Однако, при лапароскопической хирургии ОКН риск ятрогенного повреждения кишечника остается более высоким. Поэтому вопросы конкретизация показаний к лапароскопической операции и тщательный отбор пациентов для этого вмешательства остаются открытыми и в настоящее время проводятся ряд рандомизированных исследований в этом направлении [21,22].





Рецидивирующий характер спаечной кишечной непроходимости, частота рецидивов которой варьирует от 19 до 53%, представляет собой серьезную клиническую проблему [34,35]. После консервативного купирования ОКН рецидивы спаечной кишечной непроходимости в течение 1-го года отмечается у 12% больных, а через 5 лет этот показатель увеличивается до 20%. При этом замечено, что после хирургического лечения спаечной ОКН риск рецидива несколько ниже по сравнению с консервативным лечением: 8% через 1 год и 16% через 5 лет [36].

После любой абдоминальной операции у пациента на всю жизнь сохраняется риск развития спаечной ОКН, однако это осложнение наиболее часто манифестирует в течение первых 2 лет после вмешательства, а повторные эпизоды могут наблюдаться в любой период жизни оперированного больного [2,37-39], но все же частота рецидивов ОКН остается более высоким у больных молодого возраста [40]. Оперированные дети с самого раннего возраста имеют высокий риск спаечных осложнений [2]. Так, в относительно недавно опубликованном исследовании показано, что у 12,6% пациентов, перенесших различные абдоминальные операции в детском возрасте и которые в последующем находились под наблюдением в среднем 14,7 лет, отмечали развитие спаечной тонкокишечной непроходимости [41].

У больных пожилого возраста на первый план выходит другая проблема, связанная с ОКН. Замечено, что у пожилых больных с сахарным диабетом отсрочка операции более чем на 24 ч чревата развитием острой почечной недостаточности в 7,5% случаях и острого инфаркта миокарда в 4,8% случаях [42]. Частота этих осложнений была значительно выше по сравнению аналогичными пациентами, но оперированными в течение 24 ч, и по сравнению с лицами, не страдающими сахарным диабетом.

Заключение

Выбор первичной стратегии ведения больных с ОКН – консервативное лечение или раннее хирургическое вмешательство все еще остается дискуссионным. Кажется парадоксальным подход хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости, ведь первопричиной этого патологического состояния является именно предшествующая операция. Но тем не менее, при успешном консервативном купировании кишечной непроходимости в брюшной полости остаются спайки, вызвавшие данный эпизод илеуса и которые потенциально могут вызвать рецидив. Но, с другой стороны, каждое последующее хирургическое вмешательство





может быть источником все новых и новых спаек. Такая трудноразрешимая дилемма является основной причиной сохраняющейся неопределенности среди хирургов по поводу критериев выбора стратегии ведения больных с ОКН, нет четких рекомендаций по профилактическому хирургическому вмешательству у больных со спаечной болезнью, не уточнены безопасная продолжительность консервативного лечения и оптимальные сроки хирургического лечения.

Литература:

1. Кадыров, р. Н., & очиллов, с. Ш. (2024). Оптимизация эффективности диагностики и методов лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. *Pedagogical sciences and teaching methods*, 3(34), 189-191.
2. Кадыров, р. Н., & очиллов, с. Ш. (2024). Оптимизация метода лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. *Innovative developments and research in education*, 3(30), 395-397.
3. Кадыров, р. Н., & очиллов, с. Ш. (2024). Усовершенствование метода лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. *Research focus*, 3(5), 237-242.
4. Камолидинов, с. А., шоназаров, и. Ш., ахмедов, ш. Х., & келеш, э. И. (2020). Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости. In *world science: problems and innovations* (pp. 270-275).
5. Облакулов, з. Т., нарзуллаев, с. И., мизамов, ф. О., шоназаров, и. Ш., муродуллаев, с. О. У., & тухтаев, б. Х. (2020). Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости. *Достижения науки и образования*, (1 (55)), 70-73.
6. Очиллов, с. Ш., & кадыров, р. Н. (2024). Оптимизация методов диагностики и лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. *Research focus*, 3(5), 185-190.
7. Хаджибаев ф. А. И др. Современные подходы к лечению острой кишечной непроходимости //вестник экстренной медицины. – 2021. – т. 14. – №. 4. – с. 116-120.
8. Хаджибаев, а. М., шукуров, б. И., пулатов, д. Т., & мансуров, т. Т. (2022). Результаты применения видеолапароскопии у больных с острой кишечной непроходимостью. *Вестник экстренной медицины*, 15(1), 5-11.
9. Хаджибаев, а. М., шукуров, б. И., пулатов, д. Т., & мансуров, т. Т. (2022). Результаты применения видеолапароскопии у больных с острой кишечной





непроходимостью: 10.54185/tbem/vol15_iss1/a1. The bulletin of emergency medicine, 15(1).

10. Хаджибаев ф. А., мансуров т. Т., элмуродов г. К. Вопросы диагностики острой кишечной непроходимости //вестник экстренной медицины. – 2021. – т. 14. – №. 1. – с. 77-83.

11. Шоназаров, и. Ш. (2008). Пути оптимизации диагностики, лечения и прогноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости: дис.

12. Шоназаров, и. Ш., & адизов, ф. Э. У. (2023). Оптимизация современных лечений острой тонкой кишечной непроходимости. Research focus, 2(3), 227-235.

13. Шоназаров, и. Ш., & ачилов, м. Т. (2023). Новые методы и диагностики лапароскопического лечения кишечной непроходимости. Research focus, 2(11), 148-153.

14. Шоназаров, и. Ш., камолидинов, с. А., & ахмедов, р. Ф. (2021). Хирургическое лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости лапароскопическим методом. Вопросы науки и образования, (31 (156)), 69-78.

15. Шоназаров, и. Ш., & муродуллаев, с. О. (2024). Вопросы диагностики острого панкреатита (обзор литературы). World scientific research journal, 23(2), 25-30.

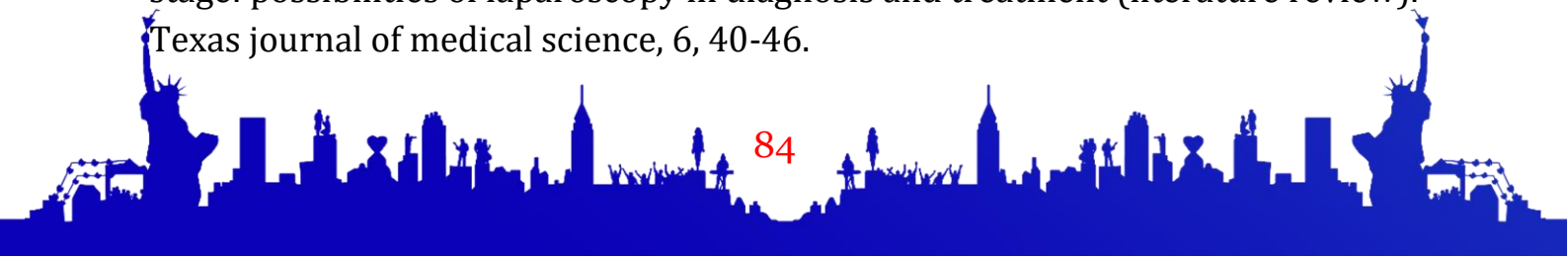
16. Шоназаров, и. Ш., & муродуллаев, с. О. (2024). Клиническое обоснование мини-инвазивных вмешательств в хирургическом лечении острого панкреатита. Surgery. Recipe. By recipe-russia. Ru, 216.

17. Шоназаров, и. Ш., & муродуллаев, с. О. (2024). Новая лечебная программа панкреонекроза. Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences, 2(25), 238-241.

18. Шоназаров, и. Ш., & муродуллаев, с. О. (2024). Оптимизация результаты исследования качества жизни больных после перенесенного инфицированного панкреонекроза. Sustainability of education, socioeconomic science theory, 2(14), 178-180.

19. Odil ugli, x. O., shonazarovich, s. I., & olimjon ugli, m. S. (2024). The significance of laparoscopy in the prognosis and treatment of acute pancreatitis. The american journal of medical sciences and pharmaceutical research, 6(03), 28-32.

20. Shonazarovich, s. I. (2022). Acute adhesive obstruction at the present stage: possibilities of laparoscopy in diagnosis and treatment (literature review). Texas journal of medical science, 6, 40-46.





21. Shonazarov, i., murodullaev, s., kamoliddinov, s., akhmedov, a., & djalolov, d. (2020). Diagnosis and treatment of adhesive small bowel obstruction with using laparoscopic method. European journal of molecular and clinical medicine, 7(3), 3192-3198.
22. Shonazarovich, s. I., & ugli, a. F. E. (2023). Diagnosis and treatment of adhesive small bowel obstruction with using laparoscopic method. Research focus, 2(3), 175-183.
23. Shonazarovich, s. I., ugli, m. S. O., abdurakhmanovich, k. O., bobojonovich, k. Z., & temirovich, a. M. (2022). Холецистэктомиядан кейинги асоратларни коррекциясида диапевтик ва рентгенэндобилиар аралашувларни^ уллаш. Journal of biomedicine and practice, 7(6).

