

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№4 (Том 3)

2022

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 4

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 4





ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н. Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.С. Мамутова (Самарканд)
Э.И. Мусабоев (Ташкент)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
Ф. Улмасов (Самарканд)
А. Фейзоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

| | |
|---|----|
| 1. Бабажанов А. С., Зайниев А.Ф., Алимов Ж. И. АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА..... | 5 |
| 2. Бойкузиев Х. Х., Джуракулов Б. И. ОРГАНИЗМ ИММУН ТИЗИМИНИНГ ШАКЛЛАНИШИДА ИНГИЧКА ИЧАК ВА ЧУВАЛЧАНГСИМОН ЎСИМТАНИНГ MORFOFUNKSIONAL AҲАМИЯТИ..... | 11 |
| 3. Ганиев А. Г. ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ..... | 14 |
| 4. Гарифулина Л. М., Исламова Д. С., Ибрагимова Ю. Б. ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА..... | 17 |
| 5. Кадирова Ш. С., Тураева Д. Х. КИШЕЧНЫЕ КОЛИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА- ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ..... | 20 |
| 6. Маллаев М. М., Улмасов Ф. Г. МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ РАКА ЖЕЛУДКА..... | 23 |
| 7. Окбаев М. Б., Бойкузиев Х. Х. ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ОЧЛИК ҲОЛАТИ ВА ОРГАНИЗМИНИНГ MORFOFUNKSIONAL ЎЗГАРИШЛАРИ ҲАҚИДА АЙРИМ МУЛОҲАЗАЛАР..... | 27 |
| 8. Рахмонов К. Э., Анарбоев С. А., Мизомов Ф. О., Махрамкулов З. М. ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ АЛЬБЕНДАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ..... | 30 |
| 9. Рузибоев С. А., Хайдаров Г. А., Саттаров Ш. Х. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ..... | 33 |
| 10. Санакулов А. Б. ФОРМИРОВАНИЕ НОМО – И ГЕТЕРОТОПНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО СТАТУСА..... | 37 |
| 11. Garifulina L. M., G'oyibova N. S. SEMIZ O'SMIR BOLALARDA BUYRAKLARNING FUNKSIONAL HOLATI..... | 41 |
| 12. Gudkov R. A., Dmitriev A. V., Fedina N. V., Petrova V. I. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DIRECT HYPERBILIRUBINEMIA IN CHILDREN: A LITERATURE REVIEW..... | 45 |
| 13. Mallayev M. M., O'lmasov F. G'. ME'DA ADENOKARSINOMALARIDA ERBB2 EKSPRESSIYASI VA UNING AHAMIYATINI O'RGANISH..... | 51 |
| 14. Petrova V. I., Dmitriev A. V., Shavazi N. M., Zakirova B. I., Shatskaya E. E. KOMMEREL'S DIVERTICULUM AS A RARE CAUSE OF DYSPHAGIA IN A NEWBORN..... | 54 |
| 15. Turaeva D. X. SEMIZ BOLALARDA JIGARNING ALKOGOLSIZ YOG'LI GEPATOZI PATOGENEZI VA UNI DAVOLASH..... | 58 |
| 16. Zakirova B. I., Xusainova Sh. K. RISK FACTORS AND FREQUENCY OF MYOCARDITIS IN CHILDREN AFTER ACUTE BRONCHIAL OBSTRUCTION..... | 62 |

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК:616.34-007.274/089.

Рузибоев Санжар Абдусаломович

д.м.н., доцент кафедры хирургии №2 Самаркандского государственного медицинского университета,

Хайдаров Геннадий Ахатович


к.м.н., заместитель директора Самаркандского филиала РНЦЭМП

Саттаров Шокир Хасанович

Врач ординатор Самаркандского филиала РНЦЭМП

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ

For citation: Ruziboev S.A., Khaydarov G.A., Sattarov Sh.Kh./ Our experie of treatment of acute adhesive intestinal obstruction by mini-invasibale methods. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 4. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Авторами изучены результатов лечения больных со спаечной болезнью органов брюшной полости, определена частота рецидивов спаечной кишечной непроходимости и изучена возможность лапароскопического адгезиолизиса при хирургическом лечении острой спаечной кишечной непроходимости. 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 ОСКН. Использование лапароскопического адгезиолизиса способствует раннему восстановлению перистальтики кишечника, снижает частоту рецидивов спаечной болезни, сокращает сроки госпитализации.

Ключевые слова: Спаечная кишечная непроходимость, лапароскопический адгезиолизис.

Ruziboev Sanjar Abdusalomovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 2, Samarkand State Medical universities

Khaydarov Gennady Akhatovich

Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine.

Sattarov Shokir Khasanovich

Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine.

OUR EXPERIE OF TREATMENT OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION BY MINI-INVASIBLE METHODS

ANNOTATION

The authors studied the results of treatment of patients with adhesive disease of the abdominal cavity, determined the frequency of relapses of adhesive intestinal obstruction and studied the possibility of laparoscopic adhesiolysis in the surgical treatment of acute adhesive intestinal obstruction. laparotomy adheziolysis - 539, intestinal resection laparotomy with interintestinal anastomosis-246, intestinal resection laparotomy with excretion of intestinal fistula-88, laparoscopy adhesiolysis-114, which was 11.5% (987) operations due to AAIB. The use of laparoscopic adhesiolysis promotes early recovery, reduces the frequency of relapsed adhesive disease, reduces the time of hospitalization.

Keywords: adhesive intestinal obstruction, laparoscopic adhesiolysis.

Рузибоев Санжар Абдусаломович

Самарканд давлат тиббиёт университети №2 сон хирургик касалликлар кафедраси доценти, т.ф.д.

Хайдаров Геннадий Ахатович

РШТЭИМ Самарканд филиали директор ўринбосари, т.ф.н.

Саттаров Шокир Хасанович

РШТЭИМ Самарканд филиали жароҳи

КАМ ИНВАЗИВ УСУЛДА ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Авторлар билан қорин бўшлиғи аъзолари битишма касаллигини даволаш натижалари, битишмали ичак тутилиши қайталаниши кўрсаткичи ва ўткир битишмали ичак тутилишини лапароскопик адгеолизис қилиш имконияти ўрганилди. Лапаротомия адгеолизис-539, лапаротомия, ичаклар резекцияси, ичаклараро анастомоз билан-246, лапаротомия, ичак резекцияси ва стомалар шакллантириш-88, лапароскопик адгеолизис-114 та беморда қилинган ва бу жами операция бўлганларнинг (987) 11,5% ни ташкил қилади. Лапароскопик адгеолизисни қўллаш беморлар меҳнат қобилиятининг эрта тикланишини, битишма касаллиги қайталанишини камайтиради ва стационарда беморлар ётиш кунларини қисқартиради.

Калит сўзи: битишмали ичак тутилиши, лапароскопик адгеолизис.

Введение. С тех времен, когда в широкую хирургическую практику были внедрены оперативные вмешательства на органах брюшной полости, проблема спаечной болезни брюшины не теряет своей актуальности и по настоящее время [1,2]. Подтверждая международный статус проблемы, в 1996 г. в Далласе, штат Техас, США, было образовано Международное спаечное общество (The International Adhesions Society (IAS)). Оперативные вмешательства по поводу спаечной болезни брюшной полости не исключают возможность рецидива, а порой являются стимулирующим фактором спайкообразования [13]. 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 [5,7,13,20,22]. 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 [3,8,9,10,18,19,20].

По данным ряда авторов, доля лапароскопических операций варьирует от 11,4 [17] до 97,0% [21]. Имеется ряд работ, в которых описываются явные преимущества лапароскопических операций при острой кишечной непроходимости по сравнению с открытыми операциями [9,10]. При этом количество осложнений после

выполненных лапароскопических операций на 25% меньше, чем после открытых операций [16]. 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 2019 гг. Пациенты были в возрасте от 18 до 75 лет (в среднем 56,6±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 применено у 987 больных (49,6%), из них у 706 (71,5%) больных выявлено тонкокишечная и у 281 больных толстокишечная непроходимость. Наиболее частые причины спаечной кишечной непроходимости приведены в таблице 1.

Таблица. 1.

Причины острой спаечной кишечной непроходимости

| Причины | Количество больных | |
|--|--------------------|-------|
| | абс | % |
| Ранее не оперированные | 126 | 6,33 |
| Аппендектомия | 605 | 30,43 |
| Оперированные по поводу ОКН | 579 | 29,12 |
| Оперированные по поводу травмы брюшной полости | 296 | 14,88 |
| Гинекологические операции | 212 | 10,66 |
| Холецистэктомия | 117 | 5,88 |
| Резекция желудка | 53 | 2,66 |
| Всего | 1988 | 100 |

Частота развития спаечной кишечной непроходимости в зависимости от кратности перенесенных операций среди наблюдаемых больных приведена на рис. 1.



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 исследование, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и диагностическую лапароскопию, а при необходимости мультиспиральную компьютерную томографию. 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 2010-2019гг. Доступ осуществляется после наложения карбоксиперитонеума через иглу Вереша, введенную на расстоянии 5-7 см от послеоперационного рубца по среднеключичной линии ниже реберной дуги на 4 см во избежание повреждения кишечника. Затем в той же точке вводится смотровой троакар в удобных для манипуляций местах. Осмотр кишечника начинается со спавшихся петель, что уменьшает возможность повреждения его стенки. У большинства больных причиной непроходимости были единичные шнуровидные спайки. Рассечение спаек проводится при хорошей их визуализации на расстоянии не менее 1 см от стенки кишки. Короткие (менее 2 см) шнуровидные изолированные спайки (штранги), содержащие сосуды, пересекаем ножницами между наложенными клипсами, без применения коагуляции во избежание термического повреждения близлежащего органа. Ограниченные по площади плоскостные сращения анатомически точно разделяем ножницами при полной их визуализации и осторожной тракции кишечника, отступая не менее 0,5 см от его стенки, без применения электрокоагуляции. При наличии в брюшной полости обширных (III-IV степень) грубых сращений, занимающих более 1-2 анатомических областей, или при обнаружении конгломератов спаянных кишечных петель, а также при труднодоступных спайках ввиду наличия значительно раздутых петель кишечника – переходим к лапаротомии. 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. Частота конверсии составляет 18%. 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.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Андреев И.Л. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Диагностика и лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. 2005: 398.
2. Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Михин И.В. и др. Спаечная болезнь брюшной полости. Эндоскопическая хирургия. 2003;1: 51-63.
3. Жебровский В.В., Тимошин А.Д., Готье С.В. и др. Осложнения в хирургии живота: руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство. 2006; 448.
4. Китаев А.В., Петров В.П., Кобрин В.И. и др. Роль 5-FU в профилактике и лечении спаечной болезни брюшины. Вестник РВМА. СПб. 2008; 4 (24): 168.
5. Каримов Ш.И., Асраров А.А., Беркинов У.Б., Баймаков С.Р. и др. Роль видеолапароскопии в лечении острой спаечной кишечной непроходимости. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Развитие и перспективы использования мини-инвазивных технологий в медицине и хирургии» Ургенч. 2018: 13-14
6. Матвеев Н.Л., Арутюнян Д.Ю. Внутривнутрибрюшные спайки — недооцениваемая проблема (обзор литературы). Эндоскопическая хирургия. 2007: 60-69.
7. Сапожков А.Ю. Ранняя послеоперационная непроходимость кишечника: Дис. ... канд. мед. наук. Пенза. 2003: 210.
8. Соболев В.Е. Лапароскопия при острой непроходимости кишечника Эндоскопическая хирургия. 2007; 2: 18–20.
9. 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.
10. Тимофеев М.Е., Шаповальянц С.Г., Ларичев С.Е. и др. Многолетний опыт применения неотложных видеолапароскопических вмешательств при острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Сборник тезисов XI съезда хирургов Российской Федерации. 2011: 336-337.
11. 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.
12. Эгамов Б.Т., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б. 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.
13. Cirocchi R., Abraha I., Farinella E. et al. Laparoscopic versus open surgery in small bowel obstruction // Cochrane Database Syst. Rev. 2010; 17 (2): CD007511.
14. Catena F., Di Saverio S., Kelly M.D. et al. Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery // World J Emerg Surg. 2011; 6 (5): 1–24.
15. Grafen F.C., Neuhaus V., Schöb O. et al. Management of acute small bowel obstruction from intestinal adhesions: indications for laparoscopic surgery in a community teaching hospital // Langenbecks Arch Surg. 2010; 395: 57–63.
16. Di Saverio S, Coccolini F, Galati M et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World Journal of Emergency Surgery. 2013; 8: 42.
17. Essani R, Bergamaschi R. Laparoscopic management of adhesive small bowel obstruction. Tech Coloproctol. 2008; 12:4: 283-287..
18. Essani R, Bergamaschi R. Laparoscopic management of adhesivesmall bowel obstruction. Tech Coloproctol. 2008; 12:4: 283-287.
19. Mancini G.J., Petroski G.F., Lin W.C. et al. Nationwide impact of laparoscopic lysis of adhesions in the management of intestinal obstruction in the US // J. Am Coll. Surg. 2008; 207: 520–526.
20. Ming-Zhe L., Lei L., Long-bin X. et al. Laparoscopic versus open adhesiolysis in patients with adhesive small bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis // Am J. Surg. 2012; 204 (5): 779–786.
21. 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; 2516–2521.
22. Vettoretto N, Carrara A, Corradi A. Laparoscopic adhesiolysis: consensus conference guidelines. Colorectal Disease. 2012; 14:5: 208-215.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 4

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 4

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000