

УДК: 616.34-007.272-089-002. 193-084

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Аюбов Бахрон Муминович¹, Абдурахманов Мамур Мустафаевич²

1 - Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Бухара;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ЎТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИНING ҚАЙТАЛАНИШИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Аюбов Бахрон Муминович¹, Абдурахманов Мамур Мустафаевич²

1 - Республика шошлинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;

2 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

RESULTS OF TREATMENT AND PREVENTION OF RELAPSES OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

Ayubov Bahron Muminovich ¹, Abdurakhmanov Mamur Mustafaevich²

1 - Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Bukhara;

2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: buzba44a@gmail.com

Резюме. Ушбу мақолада биз диагностика ва даволашнинг замонавий усулларини, шунингдек ўткир чандиқли ичак тутилишининг қайталанишини олдини олишни таҳлил қиламиз. Клиникамизда ўткир чандиқли ичак тутилиши учун ишла-тиладиган даволаш ва диагностика алгоритми консерватив ва оператив даволашни учун кўрсатмаларни алоҳида ажра-тишга имкон беришни аниқладик. Шунингдек, операциядан олдинги тайёргарлик вақтини аниқ белгилашга имкон беради. Ушбу даволаш ва диагностика алгоритмидан фойдаланиш бу турдаги беморларни даволаш натижаларини яхшилади. Ла-пароскопик адгезиолиз чандиқ касаллигини даволашнинг аънавий жарроҳлик усулларига муқобил бўлиши мумкин ва инди-видуал кўрсатмаларга мувофиқ қўлланилиши мумкин.

Калит сўзлар: чандиқли ичак тутилиши, таснифи, диагностикаси, консерватив ва оператив даволаш, профилак-тикаси.

Abstract. In this paper we analyze modern methods of diagnosis and treatment as well as prevention of relapses of acute ad-hesive intestinal obstruction. We have found that the therapeutic and diagnostic algorithm used in our clinic for acute adhesive intestinal obstruction allows us to specifically separate indications for conservative and operative treatment. And also clearly define the timing of preoperative preparation. The use of this therapeutic and diagnostic algorithm has improved the results of treatment of patients with this pathology. Laparoscopic adhesiolysis can be an alternative to traditional surgical methods of treatment of adhesive disease and can be applied according to individual indications.

Keywords: adhesive intestinal obstruction, classification, diagnosis, conservative and operative treatment, prevention.

На сегодняшний день, одной из тяжелых патологических процессов, локализованных в брюшной полости, и слож-но поддающийся лечению и диагностики является болезнь ОСКН которая занимает первое место среди причин нару-шения эвакуации кишечника, которая по данным зарубежной литературы, составляет 85% случаев [1, 2, 17]. В качестве глав-ного этиологического фактора возникновения острой спаечной кишечной непроходимости занимает развитие межбрюшин-ных спаечных процессов на фоне проведенных ранее хирургических вмешательств [1, 3, 17].

В качестве главных и частых этиологических факторов возникновения спаечных процессов в 88% случаях зани-мает проведение экстренных операционных вмешательств, в 5% случаях развитие воспалительных процессов в органах области брюшины и малого таза, в 5% случаях на фоне перенесенных различных травматических явлений, и 2% случаях это связано с врожденными пороками органов брюшной полости и на фоне экстрагенитального эндометриоза [1, 6, 8, 11].

При трудности диагностики подтверждения или исключения диагноза острая спаечная кишечная непроходимость, в практике применяется метод использования лопроскопического метода [1,3,17], позволяющий за короткий срок устано-вить степень обструктивных процессов, степени структурных изменений кишечника, точной локализаций спаек, наличия жидкостей в брюшине (рис.7,8), а также при изменении места прикрепления петель кишечника можно установить их ри-гидные признаки и место их фиксации, которые связаны с наличием отека и повышения давления в просвете кишеч-ника в результате скопления содержимого. После проведения осмотра и оценивания структурных изменений лапороско-пическим методом осуществляется проведение адгезиолиза [4, 9].

В результате проведенных на сегодняшний день многих исследований в области решения проблемы спаечной ки-шечной непроходимости обусловило к возникновению в определенной степени неопределенности в выборе более лучшей тактики лечения пациентов в следствии многочисленного количества разных результатов зарубежной и отечест-венной литературы [13], в результате чего вопрос о выборе метода лечения спаечной кишечной непроходимости по сей день остается открытым.

По данным медицинских источников, в 70-80% случаях СКН может быть вылечена консервативным методом, в то время как в 30% случаев необходимо выполнить оперативное вмешательство, основная цель которой направлена на удалении спаечного процесса и устранить непроходимость в данной области, кроме того, несмотря на то, что в большинстве случаев можно обойтись и консервативным лечением, откладывание оперативного вмешательства при спаечной кишечной непроходимости значительно увеличивает риск возникновения ишемических и некротических процессов, приводящий в итоге к проведению резекции данной области кишечника.

При выполнении консервативной терапии используются препараты спазмолитики, антихолинэстеразные средства, назогастральное дренирование и аспирация содержимого, а также терапия, направленная на симптоматические проявления [13].

При проведении операционных вмешательств, абсолютным показанием для осуществления является странгуляционная форма спаечной кишечной непроходимости, неэффективность проведенной консервативной терапии, декомпенсированная стадия острой кишечной непроходимости, а также ухудшение общего состояния пациента, а экстренный вид оперативных вмешательств выполняются при поздних стадиях спаечной кишечной непроходимости с выраженными изменениями гемодинамики, кислотно-щелочного состава и электролитов, при которых используются такие хирургические методы как, энтеролизис, адгезиолизис лапаротомным доступом, резекция отдела кишки с образованием анастомоза в кишечнике [3, 17], из которых лапороскопический адгезиолизис является традиционным методом лечения спаечной кишечной непроходимости, который применяется в практике большинства клиник мира.

Данная методика минимизирует операционную травматизацию, а также понижает риск возникновения спаечных процессов, при этом выбор критериев при СКН, для осуществления данного метода остаются не полностью изученными.

Как сообщают данные исследований зарубежных авторов, лапороскопический метод должен осуществляться только у хорошо отобранной группе пациентов, у которых спаечная непроходимость кишечника находится на первой стадии и прогнозируется наличие небольшого количества спаек, а в остальных случаях рекомендовано проводить лапаротомным доступом, а также верхнем квадранте живота слева для осуществления входа в полость брюшины [15, 16].

Разделение спаечного процесса при лапороскопическом методе является успешно выполненным, если во время операции хирургу удается точно определить локализацию странгуляционной области и проведение адгезиолизиса с восстановлением перистальтики кишечника.

Исходя из вышеуказанных, можно определить, что при применении лапороскопической техники диагностирования и лечения спаечной кишечной непроходимости имеются такие противопоказания, как, тяжесть соматического статуса, который не позволяет пребывания в состоянии длительного повышенного давления во время операции, явного тотального расширения петли тонкого кишечника более 4 см, нуждаются в интубации ТК, имение крупных и объемных инфильтратов свищи кишечника болткие полостные операционные манипуляции и проделанных более 2х лапаротомных операций.

Единственным абсолютным противопоказанием осуществления лапороскопического метода при спаечной кишечной непроходимости является нестабильная гемодинамика и сердечно-легочная недостаточность, остальные противопоказания при этом, являются относительные и оцениваются в индивидуальном порядке.

Нужда в изучении такой патологии как спаечная кишечная непроходимость в пост операционный период дало основу для составления тактики предотвращения развития данной патологии и выработки тактики лечения данного процесса [4,7].

В хирургии сегодняшнего дня предотвращение развития спаек в кишечника является первостепенной задачей. Для профилактики данной патологии были выработаны следующие тактики: Уменьшение вероятности и снижения шансов получения повреждений висцеральной и париетальных листков брюшины, а также снижения шансов образования фибринового осадка в брюшной полости [7, 8], Купирование воспалительных процессов в регионах хирургического вмешательства [5], Различные манипуляции в целях профилактики адинамии кишечника [7], Профилактика нанесения урона оболочкам серозного характера во внутренних органах, также внесения антиадгезивных пленок на листки брюшины [5, 7] Исключение безосновательных дренирований брюшной полости.

На сегодняшний день в практике хирургов не имелось методов для борьбы с формированием рубцов, фиброзных-гранулематозных и анкилозирующих реакций. Так как данный процесс охватывает соединительные ткани, мы имеет возможность применять ферменты гиалуронедазы, которые имеют сильное воздействие на соединительные ткани, данный фермент ингибирует процессы образования волокон фибрина. Но стоит отметить мало эффективность данных препаратов гиалуронедазы (Лидазы, Alidasa, Hyalasa, Hyalidasa, Hyasa, Hyason, Widasa и др.) в силу их быстрой инактивации в просвете ЖКТ.

Из данных фактов можно сделать вывод, что при нахождении способа избежания раннего распада гиалуронидазы, и ингибция процессов образования клетками пожирателей фибробластов, которые активируют цитокины. Препарат, который отвечает данным критериям был синтезирован ООО «НПО Петровакс Фарм» коммерческое название которого является Лонгидаза.

Данный препарат является частью Лидазы, которая является ферментом со свойствами гиалуронидазы, имеет высокомолекулярный носитель Поли-И-оксид, имеет схожесть с иммуностимулятором Полиоксидония, который применяется в медицинской практике. Данный препарат имеет такие свойства как: стимуляция защитных механизмов, инактивация токсинов, антиоксидант, также имеет эффекты против воспаления. Действие препарата на защитные механизмы осуществляется по средствам оказывающие влияния на механизмы моноцитарно-макрофагальной системы, которые отвечают за все воспалительные механизмы. Лонгидаза производится в формате лиофилизированного порошка имею-

щим светло-желто-белые, оттенки, которые находятся во флаконах объемом в 3 мл с дозировкой от 1.5 тыс. или 3 тыс МЕ для изготовления внутривенных растворов. Концентрация активного вещества и протеина 1 к 3. Лонгидаза растворяется в воде, новокаине и физиологическом растворе поваренной соли. Как итог можно сделать вывод, что Лонгидаза имеет множество свойств в особенности свойства ингибции процессов воспаления без септического течения, активация инволюционного процесса фиброза, что дает основание утверждать, что данный продукт имеет свойство контроля ауто-регуляторного процесса соединительной ткани. Все перечисленные показатели Лонгидазы дают основание для использования данного продукта в терапии, направленной против образования спаечных процессов.

Цель исследования – проанализировать результаты диагностики, консервативного и оперативного лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости при традиционном хирургическом и видеолaparоскопическом методах устранения спаечного процесса.

Материал и методы. Было проведено исследование итогов курации 112 пациентов среди которых лиц мужского пола было 59, что составило 52.6%, а женского пола 53, что составило 47.4%. у всех пациентов наблюдалась спаечная болезнь, отягощениями которой являлись острые кишечные непроходимости, которые проходили течения в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицины с 2019 по 2021 года. Средние возрастные показатели составили 46,4±5,6 года (средний возраст составил 45.3 года; возрастной промежуток составил от 18 до 78 лет.

Операционное вмешательство было назначено у 112 исследуемых. Лапаротомический доступ был воспроизведен в 60% случаев (67 человек), в то время как лапароскопический в 40% случаев (45 человек) среди которых лиц мужского пола было 24 (53.3%), а лиц женского пола 21 (46.7%). Средний возраст составил в среднем 34,2±4,5 года.

Противопоказания. Главными причинами отказа от проведения данного исследования был операционно-анестезиологический риск 4й-5й степени у лиц с выраженными дефектами в системе кровообращения, наличие свищей со спаечной тонкокишечной непроходимостью.

Методика операции. В процессе лапароскопии пневмоперитонеум был наложен по классической методике иглой Вереша в регионе, где нет спаек ультразвукового окна или же по открытому способу Хассона. По итогам проведенной диагностической лапароскопии были оценены шансы оптимального проведения лапароскопического хирургического разрешения вопроса спаек. При оптимальном стечении обстоятельств спайки были разрезаны пересечением, при наличии повреждения кишечника проводилось шивание поврежденных участков, при невозможности данной процедуры участок был удален, а на месте установлен анастомоз. В процессе проведения исследования органов брюшной полости, которая начиналась с илеоцекального перехода, обратно вплоть до Трейцевой связки, далее по опавшим петлям слепой кишки (причинная спайка), которая является причиной нарушения прохождения кишечника. Устранение спайки был произведен ножницами «холодного» типа. При наличии генерализованного образования спаек, было произведено удаление спайки, которая была причиной нарушения проходимости кишечника.

Результаты исследования. Исследование факторов ведущие к лапароскопическому вмешательству, алгоритм проведения хирургического вмешательства и ее итоги. Лапароскопическому вмешательству были подвергнуты 45 человек среди которых экстренно были доставлены 78% (35 человек). В 9% (4 человека) случаев при поступлении в приемные отделения были диагностированы кишечные непроходимости странгуляционного характера, большим была оказана экстренная хирургическая помощь. В оставшихся случаях была назначена медикаментозная терапия.

Показаниями к проведению экстренных оперативных вмешательств явились наличие такие факторов, как тяжесть пациента при проведении диагностики, а также длительность выхода контраста более чем на 6-8 часов. У 9% (4 человека) исследуемых, которым была оказана экстренная хирургическая помощь, в процессе диагностической лапароскопии были выявлены спайки 3-4 степени, которые были классифицированы по О.И. Блинникову в 1993 году. У 5 исследуемых, составивших 11,2% случаев, в результате расширения петли тонкой кишки более чем на четыре сантиметра, была проведена интубация с помощью эндоскопического метода. У двоих исследуемых, составивших 4,5%, ходе лапароскопического вмешательства была повреждена мембрана толстого кишечника, в результате чего в одном случае была осуществлен метод конверсии, а также шивание участка, который был поврежден. После тщательных исследований были произведены хирургические вмешательства 10 человек (22.3%). Причинами данных манипуляций являлось повторная образование спаек в течении 2х 6 лет и наличие небольших операций таких как удаление грыжи, удаление желчного пузыря, удаление аппендикса, гинекологические операции различного рода. Для проверки итогов проведенной операции был введен специальных газ, который заполнял все дальние локации кишечника. Отягощения в послеоперационном периоде были лишь у 2х исследуемых, что составило 2.2%, данными осложнениями явились атония кишечника 2 степени по Clavien-Dindo, который был вылечен благодаря медикаментозной терапии и правильного питания. Кроме того, у одного исследуемых, составивший 2,2%, было определено наличие гнойного процесса первой степени по Клавиден-Диндо, при котором было назначено антибиотикотерапия. После завершения всех хирургических вмешательств лапароскопическим методом летальные исходы отсутствовали, при этом все пациенты были повторно на обследованиях для динамики от года до двух лет, при это не выявлялся процесс рецидива образования спаечных явлений в кишечнике.

Таблица 1. Результаты оперативных вмешательств, выполненных пациентам ранее

Вид операции в анамнезе	Группа исследования (n=45)	Конверсия	Интраоперационные осложнения
Нижнесрединная лапаротомия	16 (35,5)	0	0
«Малая» лапаротомия	21 (46,7)	1 (2,3)	0
Срединная лапаротомия	8(17,8)	3 (6,7)	2 (4,5)

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: данные представлены в виде абсолютных (n) и относительных (%) величин.

Таблица 2. Распределение пациентов по срочности хирургического пособия

Вид операции	Группа исследования (n=45)	Конверсия	Интраоперационные осложнения
Экстренная	35 (77,8)	4(8,9)	2 (4,5)
Отсроченная	10 (22,2)	0	0

Таблица 3. Распространенность спаечного процесса по классификации О.И. Блинникова (1993) у обследованных пациентов

Распространенность спаечного процесса	Группа исследования (n=45)	Конверсия	Интраоперационные осложнения
I	17 (37,8)	0	0
II	12 (26,6)	0	0
III	11 (24,4)	1 (2,2)	0
IV	5(10,6)	3 (6,5)	2 (4,5)

Ретроспективный анализ причин спаечной непроходимости. Нами был осуществлен анализ вероятностей при определении показания и противопоказания осуществления лапароскопических вмешательств на возможные риски образования спаечных процессов и закупорки кишечного просвета (табл. 1), при которой было установлено, что в основном осложнения наблюдались при проведении лапаротомии с срединным доступом, а после проведения лапаротомии процесс конверсии наблюдался в одном случае, причем с отсутствием осложнений.

Ретроспективный анализ результатов экстренных и отсроченных операций. У пациентов, оперированных в отсроченном порядке, после проведения консервативной терапии и разрешения кишечной непроходимости интраоперационные осложнения и конверсия не отмечены в отличие от больных, оперированных по экстренным показаниям (табл. 2).

Ретроспективные данные о лечении пациентов с различной распространенностью спаечного процесса. Из представленных данных видно, что частота конверсий и интраоперационных осложнений выше при спаечном процессе III-IV степени, чем при I-II степени распространенности (табл. 3).

Итоги дали основания на то, что адгезиолиз при сопутствии с паретический дебатированными петлями тонкого кишечника и спаек в брюшной стенке 3-4 степени обширности имеют основу для повторного развития и вынуждают к более тщательному отбору пациентов для хирургических вмешательств.

Обсуждение. Исследование полученных итогов дало возможность доказать, что лапароскопическое хирургическое вмешательство у лиц с наличием спаек имеют высокий уровень успеха при малоинвазивном вмешательстве при условии наличия генерализации данного процесса 1-2 уровня по классификации О.Н Блинникова, а хирургическое вмешательство было отложено. По итогам проведенных обследований мы смогли оптимизировать лапароскопическое вмешательство для устранения спаечных процессов в тонком кишечнике.

Показания к применению лапароскопического метода: 1) небольшая лапаротомии в истории; 2) эпизодичное проявления патологии, даже при наличии нехирургического лечения.

Общие противопоказания к применению лапароскопического метода: 1) отягощенный соматический статус, который не вынесет длительных повышений давления в брюшной полости; 2) глобальное увеличение петель тонкого кишечника, которых равен более 5 см; 3) наличие воспаления брюшины; 4) Диагностика свищей в кишечнике.

Стопроцентным запретом на проведение лапаротомической операции является сердечная и легочная недостаточность, вызванная дисфункциями кровообращения и отсутствие условий для выполнения данного вмешательства в брюшной полости вызванные пневмоперитонеумом [8,12]. Все оставшиеся противопоказания не являются абсолютными и зависят от текущих ситуаций в том числе и навыки оперирующего хирурга [15].

Показания к конверсии: 1) при развитии процессов спаек, обширность которых 3 -4 степень; 2) нарушения проходимости кишечника с наличием расширенных петель тонкого кишечника более 5 см.

Есть высокая вероятность того, что лапароскопический метод борьбы со спайками в кишечнике имеет преимущество относительно лапаротомического метода. Данные факто основываются на проведенных научных исследованиях [16-18]. В данном научном исследовании наличие образования повторных спаек отсутствовал при применении лапароскопического метода лечения.

Закключение. Таким образом, применяющийся в нашей клинике алгоритм диагностики и лечения спаечной кишечной непроходимости позволяет сократить сроки диагностики, повысить эффективность, оптимизировать и обеспечить гладкое течение послеоперационного периода, сократить сроки лечения больных с данной патологией. Наш опыт видеолапароскопического рассечения спаек позволяет отметить: при отсутствии противопоказаний для использования видеолапароскопического метода, рассечение спаек может быть альтернативой лапаротомным операциям при спаечной непроходимости кишечника по показаниям, успешность данного алгоритма является объективная оценка возможностей применения этих методик в каждом отдельном случае по строгим показаниям, которые обозначены и общеизвестны. Хирурги, имеющие достаточно большой опыт [9] выполнения таких операций, также считают, что лапароскопический метод может быть альтернативным методом оперативного лечения спаечной непроходимости кишечника. С целью профилактики развития рецидивов спаечной болезни в послеоперационном периоде рекомендуем применение Лонгидазы 3000 ME для инъекций (внутримышечно в 2 мл 2% раствора лидокаина) один раз в 5 дней в курсовой дозе 15000 ME. Как и

большинство авторов, считаем, что для улучшения результатов лечения ОСКН необходимо следовать принципам: своевременно диагностировать и оперировать данных пациентов; при проведении операции – бережная атравматичная техника оперирования, при рассечении спаек следует проводить постоянное орошение десерозированных участков кишки раствором 0,02% декаметоксина, который оказывает выраженное бактерицидное действие на стафилококки, стрептококки, дифтерийную и синегнойную палочки, капсульные бактерии, фунгицидное действие на дрожжи и дрожжеподобные грибы, некоторые виды плесневых грибов, протистоцидное действие на трихомонады, лямблии, вирусоцидное действие на вирусы. Также к положительным эффектам препарата относятся - повышение чувствительности антибиотикорезистентных микроорганизмов к антибиотикам, противовоспалительное и десенсибилизирующее действие, что способствует предупреждению образования фибрина в виде пленок на стенках кишок и их склеивание. Известно, что десерозированные участки кишечной стенки лучше не ушивать. Наш опыт позволяет отметить, что подобные дефекты серозы самостоятельно закрываются в течение нескольких часов, а шовный материал, как инородное тело, способствует спайкообразованию, поэтому швы на серозу накладываются только в тех случаях, когда имеются повреждения мышечного слоя стенки кишки.

Таким образом, совершенствование и внедрение в клиническую практику лечебно-диагностического алгоритма позволит значительно улучшить лечебно-диагностическую помощь пациентам с ОСКН.

Литература:

1. Абдурахманов М.М., Аюбов Б.М. Диагностика, тактика лечения и профилактика рецидивов острой спаечной кишечной непроходимости. // Журнал теоретической и клинической медицины”, №1, 2021 г. С. 31-33.
2. М Абдурахманов.М., Аюбов Б.М., Мусоев Т.Я. Комплексное лечение больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. // Проблемы биологии и медицины. 2021, №6.1 (133). С. 99-103.
3. Абдурахманов М.М., Аюбов Б.М. Комплексные лечебно-диагностические принципы ведения больных острой спаечной кишечной непроходимостью. // Новый день в медицине. 4 (32) 2020. С. 275-278.
4. Баранов, Б.А. Отдельные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости / Б.А. Баранов, М.Ю. Карбовский // Хирургия. – 2006. – №7. – С. 56-60.
5. Гарелик, П.В. Спаечная болезнь. Спаечная я кишечная непроходимость. Патогенез, диагностика, тактика, лечение, профилактика: метод. реком. / П.В. Гарелик, И.Я. Макшанов. – Гродно, 1999. – С. 18.
6. Гарелик, П.В. Первый опыт лапароскопического радикального лечения острой спаечной кишечной непроходимости / П.В. Гарелик, О.И. Дубровщик, И.Т. Цилиндзь, С.И. Кояло, И.В. Хиль - мончик: в IV Международный симпозиум «Белорусско-польские дни хирургии», 4-6 июня 2009 года, г. Гродно // Журнал Гродненско - го государственного медицинского университета. – Гродно, 2009. – №2. – с.224.
7. Ермолов А.С. Острая тонкокишечная непроходимость. Актуальные вопросы абдоминальной хирургии / А.С. Ермолов, Н.С. Утешев, Г.В. Пахомова, А.Г. Лебедев // Тез. докл. Всероссийской конф. хирургов. – Пятигорск, 1997. – С. 77-79.
8. Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей / И.А. Ерюхин, В.П. Петров, М.Д. Ханевич. – Санкт-Петербург: Питер, 1999. – 443 с.
9. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь / Р.А.Женчевский. – Москва: Медицина, 1989 – 191 с.
10. Лубянский, В.Б. Эффективность лечения конгломератных форм спаечной кишечной непроходимости с применением еюнотрансверзоанастомоза / В.Б. Лубянский, И.Б. Комлева // Хирургия. – 2009. – №3. – с. 29-32.
11. Филенко Б.Л. Возможности профилактики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости: автореф. дис. докт. мед. наук: 14.01.17 / Б.Л. Филенко. – Санкт-Петербург, 2000. – 40 с.
12. Бахрон М. Аюбов, Мамур М. Абдурахманов, Тохир Я. Мусоев. Комплексное лечение больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. // Europe's Journal of Psychology, 2021, Том 17 (3), С.70-76.
13. Фишер, Б. Лапароскопический доступ при непроходимости тонкой кишки / Б. Фишер, Д. Доэрти // Семинар лапароскопическая операция. – 2002. – №1. – С. 40-42.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Аюбов М.Б., Абдурахманов М.М.

Резюме. В данной работе анализируем современные методы диагностики и лечения а также профилактики рецидивов острой спаечной кишечной непроходимости. Нами установлено, что применяемый нашей клиникой лечебно-диагностический алгоритм при острой спаечной кишечной непроходимости позволяет конкретно разделять показания к консервативному и оперативному методу лечения. А также четко определять сроки дооперационной подготовки. Применение данного лечебно-диагностического алгоритма позволило улучшить результаты лечения больных с данной патологией. Лапароскопический адгезиолизис может быть альтернативой традиционным оперативным методам лечения спаечной болезни и применяться по индивидуальным показаниям.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, классификация, диагностика, консервативное и оперативное лечение, профилактика.