

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Рузибоев Шерали Журамурадович<sup>1</sup>  
Эргашев Ақобир Фахридинович<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной  
Медицинской Помощи, Самарканд, Узбекистан  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.11059936>

**Цель:** оценить возможности и эффективность применения эндовидеохирургии (ЭВХ) в диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН).

**Материалы и методы:** С 2020 года неотложная ЭВХ выполнены у 67 пациентов с ОСТКН (м-28, ж-39) в возрасте от 18 до 67 лет (средний возраст  $44,1 \pm 4,2$  года), что составило 37,8% от всех больных оперированных в клинике за этот период по поводу данной нозологии. Из 67 больных ранняя послеоперационная ОСТКН имела у 10 пациентов. Длительность заболевания составляла от 4 часов до 5 суток; в среднем  $16,1 \pm 4,3$  часа. Ранее больные перенесли от 1 до 4 операций на органах брюшной полости; у 11 пациентов операций в анамнезе не было. Хирургическая тактика базировалась на принятом в клинике лечебно-диагностическом алгоритме. В предоперационную диагностическую программу входили клинические, лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы обследования. На этапе неинвазивной диагностики выделяли две основные формы непроходимости: 1) странгуляция-обструкция - т.е. нарушение пассажа по кишечнику с клиническими признаками нарушения кровоснабжения в органе (42 пациента). Они были оперированы в первые 2-4 часа от поступления; 2) "простая" форма ОСТКН - т.е. нарушение пассажа по кишечнику, без клинических признаков нарушения кровоснабжения в органе (25 пациентов.) Эти больные были оперированы в срочном порядке, через 5-16 часов в связи с неэффективностью проводимой консервативной терапии, в комплекс которой у 9 из них была включена эндоскопическая назоинтестинальная декомпрессия. На дооперационном этапе основными противопоказаниями к использованию лапароскопического доступа считали: ОСТКН с явными признаками некроза кишки, перитонита; длительную многодневную "запущенную" ОСТКН с выраженными водно-электролитными и кислотно-щелочными изменениями.

**Результаты:** Введение иглы Вереша и первого троакара, как правило, производили в нестандартных точках с учётом расположения послеоперационных рубцов и результатов ультразвукового сканирования висцеро-париетальных сращений. Диагноз ОСТКН не был установлен у 2 (1,2%) пациентов с длительностью заболевания до 5 часов. По данным лапароскопической ревизии брюшной полости противопоказания к лапароскопическому разрешению ОСТКН были выявлены у 29 (43,2%) б-х: некроз кишки (5), сомнения в жизнеспособности кишки (6), массивный спаечный конгломерат (9), распространённый спаечный процесс (7), резкое увеличение в диаметре всей тонкой кишки (1), сочетание ОСТКН с узлообразованием (1). Лапароскопическое разрешение ОСТКН было предпринято у 38 (55,6%) больных и успешно выполнено у 32 (47,3%) пациентов. Операция заключалась в рассечении спаек и выделении тонкой кишки из сращений острым и тупым путём с использованием моноактивной диатермокоагуляции, лигирования, клипирования, а в последнее время -

ультразвуковых ножниц. Интраоперационные осложнения отмечены у 3(5,3%) больных: повреждение кишки (1) и диатермокоагуляционный некроз кишки (2). Послеоперационные осложнения выявлены у 6(9,6%) больных: рецидив ОСТКН (1), неразрешенная непроходимость (2), парез 2), перфорация кишки в зоне странгуляции (1). Все больные с осложнениями были оперированы традиционным способом, с выздоровлением. Летальный исход от острого инфаркта миокарда отмечен в одном случае.

**Заключение:** ЭВХ при ОСТКН является эффективным методом инвазивной диагностики, позволяя успешно установить диагноз ОСТКН у 98,8% пациентов и определить характер, вид, уровень непроходимости, а также оценить состояние тонкой кишки. Лапароскопическое оперативное лечение ОСТКН успешно выполнено у 32 (84,2%) больных, что позволяет рассматривать лапароскопию как метод выбора оперативного лечения данной нозологии, у определенного контингента больных. Успех ЭВХ при ОСТКН в первую очередь определяется правильным выбором показаний и противопоказаний на до- и интраоперационном этапах и неукоснительным соблюдением техники оперативного вмешательства с соблюдением "законов" традиционной и лапароскопической хирургии.

### References:

1. 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.
2. Облакулов, З. Т., Нарзуллаев, С. И., Мизамов, Ф. О., Шоназаров, И. Ш., Муродуллаев, С. О., & Тухтаев, Б. Х. (2020). Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости. *Достижения науки и образования*, (1 (55)), 70-73.
3. Shonazarov I.Sh., Murodullayev S.O., Kurbaniyazov Z.B., & Achilov M.T. (2022). Холецистэктомиядан кейинги асоратларни коррекциясида диапевтик ва рентгенэндобилиар аралашувларни қўллаш. *Journal of biomedicine and practice*, 7(6).
4. Шоназаров И. Ш., Муродуллаев С.О. (2024). Вопросы диагностики острого панкреатита (Обзор литературы). *World scientific research journal*, 23(2), 25-30.
5. Шоназаров, И. Ш., Муродуллаев С.О. (2024). Оптимизация результаты исследования качества жизни больных после перенесенного инфицированного панкреонекроза. *Sustainability of education, socio-economic science theory*, 2(14), 178-180.
6. Шоназаров, И. Ш., Муродуллаев С.О. (2024). Новая лечебная программа панконекроза. *Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences*, 2(25), 238-241.
7. Shonazarov I.Sh., Murodullayev S.O., Kurbaniyazov Z.B., & Achilov M.T. (2022). Ўт тош касаллиги сабабли ўтказилган операциядан кейинги сафроли перитонитни даволашда миниинвазив усулларнинг клиник самарадорлиги. *Journal of biomedicine and practice*, 7(6).
8. Шоназаров, И. Ш., Муродуллаев С.О. (2024). Ўткир Панкреатит Diagnostikasi Масалалари. *Miasto Przyszłości*, 46, 1061-1065.

9. Xoliyev O.O., Shonazarov I.Sh., & Murodullaev S.O. (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.

INNOVATIVE  
ACADEMY