

МЕХАНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Элмурадов Голибжон Каршиевич¹

Мирзабаев Абдураззок Мамирович²

Турсунов Ориф Ахрорович³

Пулатов Дилиод Пулатович⁴

*1. PhD, ассистент кафедры хирургии, эндоскопии и
анестезиологии и реаниматологии ФПДО*

*Самаркандского государственного медицинского университета,
Республика Узбекистан, г. Самарканд.*

*2. Врач-ординатор отделения Emergency-Department
Самаркандского филиала РНЦЭМП*

*3. Врач-ординатор отделения экстренной хирургии №1
Самаркандского филиала РНЦЭМП*

*4. Врач-ординатор отделения экстренной хирургии №1
Самаркандского филиала РНЦЭМП*

Ключевые слова: *билиарный илеус,*

Введение. Частота желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимости по отношению к общему числу всех наблюдений кишечной непроходимости составляет от 0,17 до 2%, а по данным иностранных хирургов — от 0,63 до 7%. Больные с билиарным илеусом (БИ) среди всех пациентов с обтурационным илеусом составляют, по данным отечественной литературы, от 1,83 до 9,32%, а по иностранной — от 0,24 до 3,4% [2, 3, 7].

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последнее время в хирургическом лечении

заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, проблема хирургического лечения желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимости полностью сохраняет свою актуальность [5]. Большинство отечественных авторов склоняются к двухэтапному лечению. На первом этапе предлагается устранять кишечную непроходимость, при благоприятном исходе и отсутствии противопоказаний — холецистэктомия с ликвидацией билиодигестивного свища [1]. Однако имеется точка зрения, предполагающая радикальное лечение, одномоментное устранение кишечной непроходимости и билиодигестивного свища [7]. В то же время, Б.В.Петровский и соавт. [4] не рекомендуют одномоментно с разрешением БИ ликвидировать билиодигестивный свищ. Хотя опасность рецидива или инфицирования желчных путей часто преувеличена, одномоментная ликвидация свища

увеличивает риск операции [6–10]. В связи с вышеизложенным представляется актуальным исследование нашего небольшого опыта хирургического лечения больных с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. Нами проведен анализ 1357 историй болезней больных с острой кишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском филиале республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Среди них у 43 (3,2%) пациентов причиной кишечной непроходимости явились желчные камни, а среди 18965 больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, в клиниках г.Самарканда (1990–2023 гг.) больные с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью составили 0,2%. Возраст больных был от 55 до 85 лет, средний возраст больных составил $(64,2 \pm 5,3)$ года, т.е. большинство больных были в преклонном возрасте. Из них мужчин было 8 (18,6%), женщин — 35 (81,4%). В анализ включены 23 больных (контрольная группа) с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях г. Самарканда за период с 1990 по 2023 г. Кроме того, в исследование включены 20 пациентов

(основная группа) с желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимостью, находившиеся на лечении в отделении экстренной хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП с 2005-2023 г. В основной группе в комплекс клинического обследования были включены диагностическая лапароскопия и ультразвуковое исследование.

Результаты и обсуждение. В основной группе в первые 6 ч после госпитализации оперированы 15 (75,0%) больных. В контрольной, где больных обследовали традиционно, — 8 (34,8%). К концу 1-х суток в основной группе оперированы остальные 5 (25,0%) больных.

В контрольной группе в течение 1-х суток с момента госпитализации оперированы 8 (34,8%)

человек, среди которых 6 (26,1%) поставлен диагноз острой кишечной непроходимости (ОКН), 1 (4,3%) больному — тромбоз мезентериальных сосудов, 1 (4,3%) — перитонит неясной этиологии. Остальные 7 (30,4%) пациентов контрольной группы оперированы в сроки от 43 ч до 7 сут после поступления в стационар, у 5 (21,7%) из них операции начинали по поводу ОКН, у 1 (4,3%) — по поводу предполагавшегося острого

деструктивного холецистита, у 1 (4,3%) — по поводу пилородуоденальной непроходимости,

выявленной до оперативного вмешательства. В основной группе у всех 20 (100,0%) больных

оперативное вмешательство выполняли из среднесрединной лапаротомии. В контрольной группе у 19 (82,6%) пациентов оперативное вмешательство выполнено также из срединного доступа, наиболее удобного для полноценной ревизии органов брюшной полости. Доступ Кохера использован в 2 (8,7%) и параректальный доступ — в 1 (4,3%) наблюдении. У 1 больного оперативное вмешательство начато из доступа Волковича—Дьяконова с последующим переходом на срединную лапаротомию. По локализации желчных камней больные распределялись следующим образом. У 19 (44,2%) пациентов — в тощей кишке на расстоянии 10–15 см от двенадцатиперстно-тонкокишечного изгиба (связки Трейтца). Пилородуоденальная непроходимость была у 1 человека, в 23 (53,4%) случаях — в подвздошной кишке. Размеры желчного камня варьировали от 3×2 до 12×8 см.

У 1 пациента во время операции обнаружили 2 желчных камня, один из которых большого

размера вызвал обтурацию тонкой кишки. В послеоперационном периоде произошла эвентрация, что потребовало релапаротомии. У другого больного на 21-е сутки после

операции возникла повторная непроходимость, обусловленная другим желчным камнем, потребовавшая релапаротомии, в дальнейшем также развилась эвентрация.

У 2 больных (80 и 89 лет) выше уровня непроходимости тонкая кишка имела участки очагового некроза и была резецирована вместе с желчным камнем с созданием анастомоза «бок в бок». Одна больная выписана, в другом случае наступил летальный исход. Во всех наблюдениях тонкая кишка выше обтурации была раздута, гиперемирована, ниже — спавшаяся. Было характерным наличие плотного инфильтрата в правом подпеченочном пространстве, что делало невозможным какую-либо ревизию этой зоны у 5 больных. В 3 наблюдениях ревизию подпеченочного пространства не проводили. У остальных оперированных больных желчный пузырь не дифференцировался из-за спаечного процесса в подпеченочном пространстве, что свидетельствовало о наличии соустья между желчным пузырем и просветом двенадцатиперстной кишки, а у 1 — соустья с просветом тощей кишки, через которое отходили конкременты. Объем оперативного вмешательства в большинстве наблюдений был минимальным, направленным на ликвидацию ОКН и спасение жизни больного. До сих пор нет единого мнения о том, на каком уровне производить энтеротомию.

(И.В.Климанский и С.Г.Шаповальянц) [2] рекомендуют смещать желчный камень в оральном

направлении и после этого рассекать кишку. Энтеротомия ниже уровня непроходимости выполнена 11 пациентам, над конкрементом — 8 больным. Резекция тонкой кишки произведена 2, гастротомия с удалением желчного камня — 1 больному (табл. 1).

Таблица 1.

Виды оперативных вмешательств, выполненных при билиарном илеусе

Виды операций	Абс. число	%
Гастротомия	1	2,3
Энтеротомия	28	65,1
Резекция тонкой кишки	10	23,2
Операция Гартмана	1	2,3
Энтеротомия, холецистэктомия	2	4,6
Илеостомия	1	2,3
Закрытая интубация тонкой кишки	11	25,6
Открытая декомпрессия	3	6,9

Мы считаем оптимальным опорожнение вышележащих отделов кишки перед энтеротомией с помощью назоинтестинального зонда, проведенного до уровня обтурации камнем. При невозможности провести эту процедуру из-за спаечного процесса или инфильтрата в правом

подреберье необходимо пережать нижележащие отделы тонкой кишки жомом и после энтеротомии тщательно опорожнить вышележащие отделы кишечника зондом. Это связано с тем, что накопившиеся продукты распада, продвигаясь по кишке, начинают быстро всасываться в нижележащих отделах, что приводит к утяжелению состояния или эндотоксическому шоку. Закрытая декомпрессия тонкой кишки с аспирацией содержимого произведена 11 больным, открытая декомпрессия — зондом Байкова (1), электроотсосом (2). Наружная декомпрессия через илеостому выполнена в 1 наблюдении. В анализируемой группе острая желчнокаменная непроходимость кишечника сочеталась с деструктивным холециститом у 4 больных. В 3 наблюдениях отмечен гангренозно-измененный желчный пузырь. Помимо ликвидации непроходимости путем энтеротомии, выполнены холецистэктомия и ликвидация внутреннего желчного свища. В одном наблюдении был обнаружен острый флегмонозный холецистит, при этом в полости желчного пузыря находился конкремент. Выполнена холецистолитотомия с последующим наложением холецистостомы. В послеоперационном периоде умерли 2 больных. Хотелось бы отметить, что тяжелая интоксикация, нарушение водно-электролитного баланса в совокупности с послеоперационным парезом кишечника и присоединяющимся

перитонитом, встречающиеся при ОКН, приводят к значительному снижению функции печени и почек. Поэтому при ОКН, особенно с перитонитом, требуется интенсивная терапия с обязательным применением экстракорпоральных методов детоксикации. В послеоперационном периоде в контрольной группе наблюдались следующие осложнения: нагноение раны было у 8 (34,8%) больных, эвентрация — у 2 (8,7%), несостоятельность межкишечного анастомоза — у 1 (4,3%), поддиафрагмальный абсцесс — у 2 (8,7%), межпетельный абсцесс — у 1 (4,3%). В одном

наблюдении в послеоперационном периоде возникла повторная обтурация тонкой кишки желчным камнем, потребовавшая релапаротомии (табл. 2).

Таблица 2.

Осложнения раннего послеоперационного периода

Осложнения	Основная группа(n=20)		Контрольная группа(n=23)	
	Абс.число	%	Абс число	%
Нагноение раны	2	10,0	8	34,8
Эвентрация	1	5,0	2	8,7
Несостоятельность швов межкишечного анастомоза	1	5,0	1	4,3
Поддиафрагмальный абсцесс	0	-	2	8,7
Межкишечный абсцесс	0	-	1	4,3
Повторная обтурация	1	5,0	1	4,3

Умерли 10 (43,5%) больных. Причинами смерти явились тяжелая интоксикация, нарушение

водно-электролитного баланса, некупирующийся перитонит, тяжелые сопутствующие заболевания. В основной группе летальный исход отмечен в 4 (20,0%) случаях: тромбоэмболия легочной артерии — у 1 (5,0%), повторный инфаркт миокарда — у 1 (5,0%), госпитальная пневмония — у 1 (5,0%) и повторный ишемический инсульт — у 1 (5,5%) больного. Остается спорным вопрос об одновременной ликвидации непроходимости и пузырно-кишечного свища. Некоторые авторы [5] полагают, что патологическое соустье следует ликвидировать через 4–6 мес после операции. Однако, по данным других авторов, ликвидация свища одновременно с устранением острой кишечной непроходимости намного увеличивает риск оперативного вмешательства даже при минимальном его объеме. В связи с запоздалым хирургическим лечением послеоперационная летальность была высокой. (Б.В.Петровский и О.Б.Милонов)

[4] не наблюдали летальных исходов на 10 операциях по поводу ОКН, вызванной желчными камнями, когда вмешательство заканчивалось только ликвидацией непроходимости. Мы считаем, что сочетанная операция может оказаться слишком тяжелой для больного в связи с расстройством водноэлектролитного баланса, обусловленным высокой кишечной непроходимостью. Кроме того, без предварительных (рентгенологического, эндоскопического) исследований трудно определить характер свища и его взаимоотношение с соседними органами, что значительно осложняет проведение оперативного вмешательства. Разобцение билиодигестивного свища оправдано лишь в вынужденных ситуациях — при перфорации желчного пузыря или двенадцатиперстной кишки, деструктивном холецистите.

Выводы.

1. Желчнокаменная непроходимость кишечника возникает преимущественно у лиц пожилого возраста, что обуславливает высокий уровень летальности.
2. Необходимо ограничивать объем оперативного вмешательства до энтеротомии при устранении билиарного илеуса.

Список литературы:

1. Khadzhibayev F. A., Mansurov T. T., Elmurodov G. K. Diagnostics of acute intestinal obstruction //Emergency Medicine Bulletin. – 2021. – Т. 14. – №. 1. – С. 77-83.
2. Хаджибаев Ф. А., Мансуров Т. Т., Элмуродов Г. К. Вопросы диагностики острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 1. – С. 77-83.
3. Хаджибаев Ф. А. и др. Современные подходы к лечению острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 4. – С. 116-120.
4. Хаджибаев Ф. А., Мансуров Т. Т., Элмуродов Г. К. Вопросы .диагностики острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 1. – С. 77-83.
5. Хаджибаев Ф. А. и др. Возможности ультразвукового 5.исследования в оценке характера и тяжести закрытой травмы живота //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 6. – С. 14-19.
6. Mustafakulov I. V. et al. Severe associated trauma to the abdomen diagnosis and treatment //European journal of pharmaceutical and medical research. – 2020. – Т. 7. – №. 6. – С. 113-116.
8. Мустафакулов И. и др. Тяжелая сочетанная травма живота //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 63-68.
9. Турсунов Б. С., Элмуродов Г. К. Хирургическая реабилитация обожженных //Аллергология и иммунология. – 2007. – Т. 8. – №. 1. – С. 288-288.24.

10.Элмурадов Г. К., Шукуров Б. И. Видеоэндохирургия в диагностике и лечении разрывов диафрагмы //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 40-58.

11.Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т. Возможности ультразвукового исследования в оценки характера и тяжести закрытой травмы живота. // Журнал Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – № 6. – С. 14-19.

12.Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т. Применение эндовидеохирургической техники в диагностике и лечении торакоабдоминальных ранений // Биология ва тиббиёт муаммолари. – Самарканд 2021, №6.1 (133). - С. 414-422.

13.Хаджибаев Ф.А., Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К. Мансуров Т.Т., Элмурадов К.С. Возможности эндовидеохирургической техники в диагностике и лечении разрывов диафрагмы // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд 2021, №6.1 (133). - С. 414-422.

14.Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т. Результаты лапароскопического и традиционного хирургического лечения закрытых травм живота // Журнал Вестник экстренной медицины – 2022. – Т. 15. – № 1. – С. 12-20.

15.Hadjibaev A.M., Shukurov B.I., Pulatov M.M., Elmuradov G.K. Method of ultrasound assessment of the nature and severity of a closed abdominal injury // Art of Medicine. International Medical Scientific Journal The USA. North American Academic Publishing Platforms. – 2022. – Volume-2. Issue-3, P.44-51.

16.Элмурадов Г.К., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Қорин бўшлиғи ёпик жароҳатларида миниинвазив диагностика ва даволаш имкониятлари // Биомедицина ва амалиёт журнали – 2022. – Т.7. – №6. – 394-401.

17.Elmuradov G.K., Shukurov B.I., Pulatov M.M., Xursanov Yo.X. Ultrasound examination results in closed abdominal injuries // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2023. – №19 (142). – С. 132-136.

18.Elmuradov G.K., Shukurov B.I., Pulatov M.M., Axmedov R.F. Radiation diagnostics of closed abdominal injuries. (view literature) // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2023. – №1(142). – С. 332-336.

19.Элмурадов Г.К. Современные взгляды к ведению больных с закрытой травмой живота. // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2023. – №2(143). – С. 289-294.

20.Янгиев Б.А., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т. FAST-протокол ультразвукового обследования в диагностике закрытых травм живота // Материалы 16-й Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Роль и место мининвазивных технологий в экстренной медицине» (Самарканд, 21 мая 2021 г.). Журнал Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – № (2). – С. 90-91.

21 Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К., Элмурадов К.С. Результаты применения лапароскопии при закрытых травмах живота // Сборник материалов XVII Республиканской научно-практической конференции

«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Инновации в экстренной медицине» 14.10.2022г. Наманган. Журнал Вестник экстренной медицины. – 2022. – Т. 15. – № 3-4. – С. 170-171.

22. Хаджибаев А.М., Рахимова Р.А., Элмуродов К.С., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К. Шкала ультразвуковой оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота // Сборник материалов XVII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Инновации в экстренной медицине» 14.10.2022г. Наманган. Журнал Вестник экстренной медицины. – 2022. – Т. 15. – № 3-4. – С. 172.

23. Элмурадов Г.К., Янгиев Б.А., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Диагностическая и лечебная лапароскопия у больных с закрытой травмой живота // Problems of modern surgery. International scientific and practical conference with the participation of foreign scientists. Materials. 12 october, 2022 Andijan. P.377

24. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Пулатов М.М., Элмурадов Г.К. Миниинвазивные методы диагностики и лечения при закрытых травмах живота. // Журнал Вестник хирургии Казахстана. – 2022. – № 4(73). – С. 19-24.

25. Элмурадов Г.К., Мизамов Ф.О., Мансуров Т.Т. Результаты видеолaparоскопии у больных с закрытой травмой живота // «Достижения фундаментальной, прикладной медицины и фармации» Материалы 76-ой Международной научно-практической конференции студентов медицинских вузов и молодых учёных (Самарканд, 20-21 мая 2022 г). Биология ва тиббиёт муаммолари. – Самарканд. 2022(спецвыпуск) – С. 490-491.

26. Элмурадов Г.К., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Сонографическая оценка характера и тяжести закрытой травмы живота // Материалы юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием 25 ноября, 2022. –Т.1. – С.560-561. – Душанбе.

27. Янгиев Б.А., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Применение эндовидеохирургической техники у больных с закрытой травмой живота // “Учения Авиценны и современная медицина” II-ая научно-практическая конференция с международным участием. Бухара, 6-7 декабря 2022г. Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси-Бухоро, 2022-№3(3)-с-246.

28. Элмурадов Г.К., Шукуров Б.И., Хурсанов Ё.И. Видеозендохирургия в диагностике и лечении разрывов диафрагмы // Theory and analytical aspects of recent research Turkey. International scientific-online conference. Part 7, Issue 1: August 27th 2022.-P.47-49.

29. Elmuradov G.K., Yangiev B.A., Pulatov M.M., Xursanov Y.E., Umurzokov B.A. Qorin bo'shlig'i yopiq jarohatlarida sonografiya va videolaparoskopiyaning qo'llash // Research Focus, Uzbekistan international scientific journal. – 2023–Vol 2. Issue 1, P. 173-180.

30. Elmuradov G.K., Mansurov T.T., Umurzokov B.A., Pulatov D.P. Sovremennye aspekty k vedeniyu bolnyx s zakrytymi traumami jivota. // Multidisciplinary and Multidimensional Journal. –. 2 No. 4. P.137-150.

Karshievich E. G., Uzakovich R. N., Turdiyevich B. R. NON-INVASIVE 31.DIAGNOSTIC METHODS FOR CLOSED ABDOMINAL INJURIES // Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 25-33.

32. Elmuradov G.K., Xolmirzayev O.M., Raxmonov F.S., Pulatov D.P. MODERN DIAGNOSTIC METHODS FOR CLOSED ABDOMINAL INJURIES// Web-journal.ru: Лучшие интеллектуальные исследования – 2024. – Т. 2. – №. 14. – .P 248-257.

33. Раимов С.Д., Саноев К.Р., Элмурадов Г.К., Асадов Т.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ // Web-journal.ru: Ta'lim innovatsiyasi va integratsiyasi– 2024. – Т. 5. – №. 19. – .P 43-51.

34. Пулатов М. М., Раимов С. Д., Рузиев П.Н., Элмурадов Г. К., Турсунов .О.А. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФИКСАЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР // TADQIQOTLAR jahon ilmiy – metodik jurnali– 2024. – Т. 1. – №. 37. – .P 21-36.

35. Yangiev Baxtiyor Axmedovich, Elmuradov Golibjon Kars'hievich, Kuliev Yuldos'h Usmanovich, Ruziev Nizomiddin Uzakovich, Berdiev S'haxrux Ovganovich. Modern views on the treatment of inguinal hernias//Proceedings of International Conference on Scientific Research in Natural and Social Sciences'hosted online from Toronto, Canada.Date: 5th May, 2024