

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №1

2011 йилдан чиқа бошлаган

ТОШКЕНТ ТИББИЙОТ АКАДЕМИЯСИ АХБОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



*Выпуск набран и сверстан на компьютерном
издательском комплексе
редакционно-издательского отдела
Ташкентской медицинской академии*

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

*Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском
управлении печати и информации*

Регистрационное свидетельство 02-00128

*Журнал внесен в список, утвержденный приказом №
201/3 от 30 декабря 2013года*

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

*Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.*

Вестник ТМА № 1, 2022

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

Члены редакционноого совета

д.п.н. Абдуллаева Р.М. (Ташкент)

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент) проф.

Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	NEW PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES	
Raximov A.F. ARALASH TA'LIM - "BLENDED LEARNING" VA AG'DARILGAN TA'LIM - "FLIPPED CLASSROOM"	Rakhimov A.F. "BLENDED LEARNING" AND "FLIPPED CLASSROOM"	8
ОБЗОРЫ	REVIEWS	
Ахмедова М.Д., Султонова Г.Ю. МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА И ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ	Akhmedova M.D., Sultonova G.Yu. INTESTINAL MICROFLORA AND LIVER CIRROSIS OF VIRAL ETIOLOGY	11
Иноятова Ф.Х., Рахматуллаева Г.К., Вахобова Н.А., Миркомиллов Э.М. РОЛЬ НЕЙРОТРОПНЫХ АУТОАНТИТЕЛ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, АССОЦИИРОВАННЫХ С COVID-19	Inoyatova F.Kh., Rakhmatullaeva G.K., Vahobova N.A., Mirkomilov E.M. THE ROLE OF NEUROTROPIC AUTOANTIBODIES IN THE DIAGNOSIS OF NERVOUS SYSTEM LESIONS ASSOCIATED WITH COVID-19	15
Lyan E.M., Ashurov Z.Sh., Yadgarova N.F., Kevorkova M.A., Vosikov B.A. GENERALLASHGAN HAVOTIRLI KASALLIKLARDA KOGNITIV HULQ TERAPIYASIDAN FOYDALANISH	Lyan E.M., Ashurov Z.Sh., Yadgarova N.F., Kevorkova M.A., Vosikov B.A. COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER	21
Najmutdinova D.K., Urinbayeva D.A., Sadikova N.G., Ergashov N.Sh. 2-TOIFA QANDLI DIABET BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA MIKROANGIOPATIK ASORATLARNING OLDINI OLISH VA DAVOLASHDA FENOFIBRATNING ROLI	Najmutdinova D.K., Urinbayeva D.A., Sadikova N.G., Ergashov N.Sh. THE ROLE OF FENOFIBRATE (TRICOR) IN THE COMPLEX TREATMENT OF MICROANGIOPATHIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES	25
Нуёзова Ш.Х., Камышов С.В., Баленков О.Ю., Кобиллов О.Р. ПРОТООНКОГЕНЫ КАК ПРЕДИКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ Niyozova Sh.Kh., Kamyshev S.V., Balenkov O.Yu. ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	Niyozova Sh.Kh., Kamyshev S.V., Balenkov O.Yu., Kobillov O.R. PROTOONCOGENS AS PREDICTIVE FACTORS OF THE EFFECTIVENESS OF ANTITUMOR THERAPY OF METASTATIC COLORECTAL CANCER	30
Рузикулов М.М., Кариев Г.М., Ташматов Ш.Н. ДИАГНОСТИКА И МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ АНЕВРИЗМАМИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА	Ruzikulov M.M., Kariev G.M., Tashmatov Sh.N. DIAGNOSTICS AND MICROSURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH LARGE AND GIANT CEREBRAL VASCULAR ANEURYSMS	34
Сабиров У.Ю., Колдарова Э.В., Иноятова Н.Р. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ	Sabirov U.Yu, Koldarova E.V, Inoyatova N.R. MODERN METHODS OF TREATMENT OF ACNE	38
Туйчиев Л.Н., Ахмедова М.Д., Шокиров М.К., Анваров Ж.А. ФАСЦИОЛЁЗ – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБЫТОГО ТРОПИЧЕСКОГО ПАРАЗИТОЗА	Tuychiev L.N., Akhmedova M.D., Shokirov M.K., Anvarov J.A. FASCIOLESI - EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF NEGLECTED TROPICAL PARASITOSIS	45
Хакимов М.Ш., Цай В.Э., Элмуродов И.У. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	Khakimov M.Sh., Tsai V.E., Elmurodov I.U. MODERN PROBLEMS OF TREATMENT ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION	48
Shadmanova L.Sh., Yadgarova N.F., Lyan Y.M., Rajapov M.Sh., Kholmuminov A.E., Vosikov B.A. INVOLUTSION DAVRDA DEPRESSIV BUZILISHLARNING RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARI	Shadmanova L.Sh., Yadgarova N.F., Lyan Y.M., Rajapov M.Sh., Kholmuminov A.E., Vosikov B.A. DEPRESSIVE DISORDERS RISK FACTORS IN THE LATE-LIFE PERIOD	52
Шодмонов А.К., Шавахабов Ш.Ш., Рихсибоев Ж.Р., Шодмонов Ж.А. РОЛЬ ЭКСТРАКТОВ РАСТЕНИЙ, НУТРИЕНТОВ И АНТИОКСИДАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ	Shodmonov A.K., Shavakhabov Sh., Rikhsiboev J.R., Shodmonov J.A. THE ROLE OF PLANT EXTRACTS, NUTRIENTS AND ANTIOXIDANTS IN THE TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION AND MALE INFERTILITY	56
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ БИОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА	EXPERIMENTAL BIOLOGY AND MEDICINE	
Iriskulov B.U., Tadjibaeva R.B., Dustov F.A. CHANGES IN THE DYNAMIC BLOOD VISCOSITY AGAINST THE BACKGROUND OF THE INTRODUCTION OF THE DOMESTIC BIOSTIMULATING DRUG LACTOFLOL IN THE HYDRONEPHROTIC TRANSFORMATION OF THE KIDNEYS	Iriskulov B.U., Tadjibaeva R.B., Do'stov F.A. TAJRIBAVIY BUYRAK GIDRONEFROZIDA BIOSTIMULLOVCHI LAKTOFLOL PREPARATINI TERI OSTIGA QO'LLANILISHINI QON QOVUSHQOQLIGI DINAMIKASIGA TA'SIRI	61
Касимов Э.Р., Омонова М.Ж., Мусаяев Х.А., Юнусалиева М.У. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЦИТОКОРНИТ НА АНТИГИПОКСИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ И ОСТРУЮ ТОКСИЧНОСТЬ НА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ	Kasimov E.R., Omonova M.J., Musayev X.A., Yunusaliyeva M.U. COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE NEW DOMESTIC DRUG CYTOKARTIN FOR ANTIHYPOXIC ACTIVITY AND ACUTE TOXICITY IN EXPERIMENTAL ANIMAL MODELS	64

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хакимов М.Ш., Цай В.Э., Элмуродов И.У.

ЎТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ ЗАМОНАВИЙ МУАММОЛАРИ

Хакимов. М.Ш., Цай В.Э., Элмуродов И.У.

MODERN PROBLEMS OF TREATMENT ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

Khakimov M.Sh., Tsai V.E., Elmurodov I.U.

Ташкентская медицинская академия

Мақолада ўткир чандиқли ичак тутилишини даволашнинг долзарб муаммолари бўйича адабиётлар шарҳи келтирилган. Ўткир чандиқли ичак тутилишини даволаш усулини танлашга замонавий ёндашувлар аниқланган. Чандиқли ичак тутилишини олдини оладиган воситалардан фойдаланиш эволюцияси кўрсатилган. Замонавий минимал инвазив даволаш усулларининг имкониятлари таҳлил қилинди.

Калит сўзлар: чандиқли ичак тутилиши, чандиқли жараён ривожланишига қарши воситалар, касалликни аниқлаш.

The article presents a literature review on current problems in the treatment of acute adhesive intestinal obstruction. The modern approaches to the choice of the method of treatment of acute adhesive intestinal obstruction are determined, the evolution of the use of antiadhesion agents is shown. The possibilities of modern minimally invasive treatment methods were analyzed.

Key words: adhesive intestinal obstruction, antiadhesion agents, disease prognosis.

В течение длительного времени, на протяжении развития абдоминальной хирургии, спаечная болезнь (СБ) оставалась трудноразрешимым состоянием, мнения о которой среди врачей были и остаются неоднозначными. В 20-30-е годы прошлого столетия Рене Лериш спаечную болезнь трактовал как «страшный бич полостной хирургии», в 60-е годы XX столетия спаечная болезнь считалась ошибкой хирурга [35]. В настоящее время, согласно определению Международного общества изучения спаек (International Adhesion Society), спаечной болезнью называется заболевание брюшины, имеющее сложный полиэтиологический процесс, являющийся как врожденным, так и следствием оперативных вмешательств на органах брюшной полости и отличающийся различной манифестацией клинических проявлений [8]. Морфологически суть спаечного процесса заключается в развитии патологической рубцово-соединительной ткани в брюшной полости; клинически – в нарушении функции органов желудочно-кишечного тракта, приводящих к диспепсическим расстройствам, появлению признаков кишечной непроходимости [16].

Спаечная кишечная непроходимость (СКН) является поводом к 12-16% экстренных хирургических госпитализаций и 20% экстренных хирургических вмешательств [33]. Даже с появлением лапароскопической хирургии внутрибрюшные спайки становятся причиной кишечной непроходимости 65% случаев, помимо грыж, опухолевых новообразований и болезни Крона [14].

По поводу СБ в хирургических стационарах ежегодно лечатся около 1% ранее оперированных больных, у 60-75% из которых развивается острая СКН, смертность от которой колеблется в пределах 13-55% [34]. По некоторым данным, частота развития послеоперационной спаечной болезни достигает

80% [30]. Хирургическое лечение острой СКН практически у каждого второго приводит к рецидивированию болезни [32]. У 1410 пациентов, поступивших с диагнозом СКН, в анамнезе наиболее часто встречались колоректальные (24%) или гинекологические процедуры (22%), грыжесечение (15%) и аппендэктомия (14%) [10]. При анализе 12756 пациентов, принимавших участие в исследовании Surgical and Clinical Adhesions Research (SCAR)-3, выявлен 5% риск повторной госпитализации в течение 5 лет после операции на органах брюшной полости и малого таза [24].

Современные подходы к выбору метода лечения острой спаечной кишечной непроходимости. Лечение острой СКН следует начинать с комплекса консервативных мероприятий, которые одновременно являются как предоперационной подготовкой, так и дифференциально-диагностическим пособием. Тем не менее, очень сложно правильно определить сроки консервативного лечения и при его неэффективности выбрать оптимальный метод хирургического вмешательства.

Продолжительность консервативного лечения зависит как от вида кишечной непроходимости (ранняя и поздняя), так и от тяжести общего состояния пациента, сроков заболевания, степени пареза кишечника. Нет четких рекомендаций по продолжительности консервативного лечения; историческое изречение «никогда не дожидайтесь восхода или заката солнца в случае кишечной непроходимости» больше не универсально применимо [36]. При спаечно-паретической форме ранней кишечной непроходимости консервативные мероприятия продолжают в среднем в течение 24-28 часов, при спаечно-обтурационной форме – 12-14, а при поздней СКН – в течение 3-6 часов в случае отсутствия клинических, рентгенологических и ультразвуко-

вых признаков странгуляции [33]. Проведение интенсивных консервативных мероприятий в ряде случаев позволяет избежать оперативного лечения у 42% пациентов [26]. В случае неэффективности этого лечения больные подвергаются оперативному лечению.

Сегодня при всем разнообразии очередности и сроков развития тех или иных патологических изменений при различных формах ОКН, можно выделить ряд ведущих синдромов, которые определяют клиническую картину, тяжесть состояния, прогноз и лечебную тактику. Это синдром энтеральной недостаточности, синдром водно-электролитных и белковых нарушений и синдром эндогенной интоксикации [6].

Борьба с энтеральной недостаточностью заключается в первую очередь в стимуляции моторной деятельности кишечника. Она начинается еще во время операции: необходимо осторожно манипулировать с кишечником, сводя его травматизацию к минимуму. Определенную роль играют введение в брюшную полость раствора новокаина, улучшающего кровообращение в кишечнике, трофику тканей, блокирующего эфферентную импульсацию и спастические парасимпатические влияния. Доказано, что аналогично, но более эффективно действует продленная эпидуральная анестезия. Кроме того, всем пациентам с острой СКН должна проводиться декомпрессия с использованием назогастрального зонда с широким просветом или длинного кишечного зонда. Назогастральный зонд легче вводить, но он менее эффективен при декомпрессии дистальной части тонкой кишки. Длинные кишечные зонды могут обеспечить дистальную декомпрессию. Однако введение таких зондов требует специальных навыков, а также может привести к регургитации, рвоте, респираторным и абдоминальным расстройствам, особенно при смещении зонда, а также к потенциальному риску аспирационной пневмонии.

Наиболее важным в патогенезе острой кишечной непроходимости (ОКН) является синдром эндогенной интоксикации. Необходимо отметить, что с определенной фазы заболевания этот синдром становится ведущим патогенетическим звеном ОКН и является причиной летального исхода.

Важную роль в снижении эндотоксемии играет возмещение водно-электролитных потерь. Одним из основных способов его осуществления является инфузионная терапия. Так, после определения дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК) и потребности в основных электролитах инфузионную терапию планируют так, чтобы не только возместить требуемый объем, но и обеспечить больному умеренную гемодилюцию, что снижает концентрацию токсических субстанций в крови. Коррекция водно-электролитного дисбаланса – самый первый шаг для смягчения тяжелой гиповолемии. Инфузионную терапию изотоническими кристаллоидами следует проводить одновременно с диагностическим обследованием. Кроме солевых растворов (кристаллоидов), применение нашла

коллоидные растворы и препараты белка – альбумина и плазмы. Так, высокомолекулярные соединения «удерживают» воду в кровеносном русле, несколько снижая темпы потерь [22].

Возмещение ОЦК и электролитного состава крови вместе с декомпрессией желудочно-кишечного тракта и детоксикацией оказывает положительное влияние на кровообращение в кишечной стенке, а также на состояние мышечных клеток, обеспечение нервно-мышечной передачи, что создает условия для восстановления перистальтики [13].

От успешности консервативного лечения зависят и сроки выполнения оперативного вмешательства. Ряд авторов рекомендуют продолжать консервативное лечение СКН при отсутствии признаков нарушения мезентериального кровотока, перитонита и интоксикации тяжелой степени с интенсивной консервативной терапией, несущей в себе элементы предоперационной подготовки [1,7]. С другой стороны, отсрочка операции по поводу СКН повышает риск резекции кишечника у пациентов. Ретроспективный анализ показал, что среди пациентов со временем ожидания до операции ≤ 24 ч только 12% подверглись резекции кишечника, а из числа пациентов с отсрочкой до операции ≥ 24 ч резекция кишечника потребовалась 29% [19].

Schraufnagel и соавт. [28] показали, что частота осложнений, резекций, продолжительности пребывания в стационаре и смерти была выше у пациентов, госпитализированных по поводу СКН и прооперированных после периода времени ≥ 4 дней.

В рекомендациях Всемирного общества неотложной хирургии (World Society of Emergency Surgery) 2017 года указано, что консервативная терапия при отсутствии признаков ишемии кишечника или перитонита может быть продлена до 72 часов [33]. После 72 часов неэффективности консервативного лечения рекомендуется хирургическое вмешательство.

Тем не менее, не существует объективных критериев, позволяющих заблаговременно выявить тех пациентов, у которых консервативное лечение будет эффективным. Хирургическая практика не располагает объективными критериями выбора и оценки лечебной тактики. Ввиду отсутствия единой лечебной тактики нередко запоздалые операции либо напрасные вмешательства, в то время как непроходимость можно было устранить консервативным путем.

В настоящее время большое число хирургов считают СКН показанием к оперативному вмешательству в экстренном порядке [5]. Целью оперативного лечения ОСКН является восстановление кишечного пассажа и профилактика рецидива спаечной непроходимости. Для решения поставленных задач принимаются во внимание характер и распространенность спаечного процесса, уровень кишечной непроходимости, состояние кишечной стенки и мезентериального кровотока, выраженность перитонита, степень нарушения гомеостаза. В зависимости от полученных данных, кроме проведения адгезио-

лизиса, может быть выполнена операция с различными способами устранения спаечной кишечной непроходимости: резекция кишки, обходные энтеро-энтероанастомозы, наложение энтеростомы, в том числе с проведением ретроградной интубации кишки [2].

Исторически сложилось так, что ревизия брюшной полости через лапаротомный доступ была стандартным методом лечения острой спаечной непроходимости. Однако в последние годы все большее распространение получает лапароскопическая хирургия. Потенциальные преимущества лапароскопии включают менее обширное послеоперационное формирование (восстановление) спаек, более раннее восстановление моторики кишечника, уменьшение послеоперационной боли и более короткую продолжительность госпитализации [16]. В недавнем систематическом обзоре и мета-анализе 14 нерандомизированных исследований лапароскопический спаечный лизис снижал риск заболеваемости, смертности и хирургических инфекций [21].

Хотя лапароскопия может дать некоторые преимущества некоторым пациентам с СКН, хирурги должны тщательно выбирать кандидатов для лапароскопического лечения. Лапароскопия в брюшной полости с перерастянутыми петлями кишечника и множественными сложными спайками может увеличить риск тяжелых осложнений, таких как необходимость энтеротомии и отсроченных перфораций. Действительно, некоторые авторы сообщают о повреждении кишечника у 6,3-26,9% пациентов, получавших лапароскопический адгезиолизис по поводу СКН [21,25]. В недавнем популяционном исследовании резекции кишечника значительно чаще выполнялись при лапароскопической хирургии [18]. Частота резекций кишечника составила 53,5% по сравнению с 43,4% при лапароскопических и открытых операциях [33]. M.J. Lee и соавт. [20] сообщили, что предикторами успешного лапароскопического лечения СКН являются следующие: ≤ 2 лапаротомий в анамнезе, аппендэктомия как операция в анамнезе, отсутствие предшествующего срединного лапаротомного разреза и одиночный спаечный тяж. Лапароскопический адгезиолизис также представляется более сложным у пациентов, ранее получавших лучевую терапию [15].

Лапароскопическая хирургия приводит к меньшему количеству спаек и теоретически является лучшим вариантом. Однако выполнение рассечения спаек путем использования электрокоагуляции может привести к повторным спайкам. Проблема заключается в том, что спайки имеют тенденцию к повторному образованию, а у некоторых людей имеется склонность к данному процессу. Таким образом, профилактика спайкообразования при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости, остается одним из важных направлений современной оперативной хирургии и является неотъемлемым компонентом успеха хирургического лечения СКН.

Эволюция применения противоспаечных средств. Поиск надежных методов и средств про-

филактики спайкообразования остается актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии. В 1914 году немецкий хирург Эрвин Пайер (Payr Erwin, 1871-1946), на основании анализа 157 случаев спайкообразования после различных операций на брюшной полости заявил о необходимости разработки мер по предупреждению развития послеоперационного спаечного процесса. Для этой цели он предложил препарат «пепсин Прегля», который, по его мнению, хорошо устранял спайки и предупреждал склеивание органов между собой [11]. К сожалению, его предположение впоследствии не подтвердилось.

По мере развития представления о механизмах возникновения спаечного процесса с целью профилактики спайкообразования многие авторы предлагали вводить в брюшную полость различные вещества: сок акации (Miller, 1886); ланолин (Bush und Biebergeil, 1908); касторовое или вазелиновое масло (Hirschel, 1911); экстракт стекловидного тела телят (Pribram, 1914); пепсин Прегля (Payr Erwin, 1914); смесь желатина с гуммиарабиком (Williamson, 1922); раствор ихтиола (Антонова К.В., 1931); ланолин с борной кислотой, виннокаменной кислотой, щавелевокислым аммонием (Kaufmann, 1935); папаин (Bogart, 1937); гиалуронидазу (Giglio, 1954).

Одной из существенных мер по предотвращению спайкообразования многие авторы считают также своевременное восстановление нормальной функции желудочно-кишечного тракта. Для этого предлагались ранняя активизация больного (со 2-го дня), рациональное питание, стимуляция перистальтики кишечника в первые 4-5 дней до наступления регенерации мезотелия брюшины [29].

Кроме того, для профилактики спайкообразования был предложен ряд физических средств, таких как лазерное облучение (Калиш Ю.И., 1996), обработка брюшной полости ультразвуком (Брежнев В.И., 1988), электростимуляция перистальтики (Геринг Э.Я., 1991) [4].

Многие авторы придерживаются трех основных принципов уменьшения развития спаек: уменьшение повреждения брюшины; медикаментозное воздействие на баланс разрушения и образования фибрина; разделение поврежденных участков брюшины и предотвращение их соприкосновения с помощью специальных мембран и гелей.

Среди мер профилактики спайкообразования большинство авторов отдают предпочтение интраоперационной обработке брюшной полости такими веществами как раствор гидрокортизона (Алиев С.А., 1994), фибринолизина (Женечевский Р.А., 1965), новокаина (Геринг Э.Я., 1991) [4].

Поскольку патогенез спаек тесно связан с воспалением и фибринокоагуляционным путем, во многих исследованиях на животных было показано влияние человеческого рекомбинантного тканевого активатора плазминигена на предотвращение спаек за счет восполнения дефицита плазминогена и фибринолитической активности в травмированной брюшине [14]. В исследованиях на людях также установлено умень-

шение спаек [38]. Другие фибринолитики, такие как стрептокиназа, также снижают частоту послеоперационной СКН после операции. Для активации тканевого активатора плазминогена предложено использовать гипертонический раствор глюкозы, обладающий фибринолитическим эффектом [23].

Использование таких протеолитических ферментов как стрептокиназа, урокиназа и плазмин в экспериментальных работах дали некоторый положительный результат. Стрептокиназа оказалась эффективной даже в клинических исследованиях без препятствия заживлению ран, но не получила широкого клинического применения [37]. Однако такая фармакотерапия может вызвать геморрагические осложнения и должна использоваться с осторожностью.

Одним из видов интраоперационной профилактики спайкообразования стало наложение механических барьеров на участки кишечника, чтобы отделить поврежденные перитонеальные и серозные поверхности до мезотелизации и полного заживления. В XX веке с целью профилактики брюшинного фиброза стали использовать хирургические мембраны «GoreTex», состоящие из регенерированной оксидированной целлюлозы и гиалуронидазы, с целью предотвращения раннего фиброзного склеивания петель кишечника [12].

В экспериментальных работах одним их препаратов, проявивших хорошие противоспаечные свойства, явилась карбоксиметилцеллюлоза. В клинических исследованиях карбоксиметилцеллюлоза в виде геля «Мезогель» (Вербицкий Д.А., 2004) в сочетании с низкомолекулярным гепарином и активатором тканевого плазминогена оказала значительное противоспаечное влияние [3].

Пленочные механические барьеры безопасны и экономически эффективны для использования при абдоминально-тазовых операциях. Использование гиалуроната карбоксиметилцеллюлозы привело к меньшему количеству внутрибрюшинных спаек при крупных процедурах и снизило риск СКН, требующий повторной операции. Для снижения риска СКН безопасен и эффективен также 4% раствор икодекстрина [27].

Исследования с использованием новых барьеров для спаек, таких как новый гидрогель декстрина (AdSpray, Италия), показали снижение частоты и тяжести спаек [31]. Рецепт на основе крахмала 4DryField PH (Великобритания) также доказала свою полезность в снижении тяжести спаечного процесса, распространенности повторных операций и предотвращении спаек [9]. ААВ03 (Южная Корея), микронизированный термочувствительный антиадгезионный барьер, разработанный на основе бесклеточного кожного матрикса человеческого происхождения, снижает адгезию за счет уменьшения количества макрофагов, плотности микрососудов и плотности коллагеновых волокон [17].

К сожалению, повышение локальной экспрессии факторов роста и антифибринолитических фак-

торов снижает эффективность адгезионных барьеров. Систематический обзор исследований показал, что, хотя вышеуказанные методы снижают показатель адгезии спаек, ни один из существующих в настоящее время коммерчески доступных антиадгезионных барьеров не снижает частоту восстановления спаек на экспериментальных животных [17].

Заключение

Рецидивы спаечной кишечной непроходимости нередки у данной группы пациентов. По мере увеличения количества повторных госпитализаций риск рецидива увеличивается, а безрецидивный интервал уменьшается. У пациентов, получавших консервативное лечение, рецидив – это вопрос «когда», а не «если». Операция по поводу СКН не дает иммунитета к рецидивам. В ретроспективном исследовании 5060 случаев у 31% пациентов в течение 4 лет наблюдался рецидив СКН после их первого поступления независимо от вида лечения [20]. Популяционное исследование, в котором приняли участие более 32 тыс. пациентов, через 5 лет после операции наблюдались сопоставимые результаты, независимо от лечения при первом поступлении [13].

На частоту рецидивов СКН влияет несколько факторов (например, тип спаек, предшествующие эпизоды СКН и предыдущее лечение). Пациенты с множественными спайками имеют более высокую частоту рецидивов. Частота 5-летнего рецидива у пациентов, пролеченных консервативно и хирургическим путем, была практически одинаковой (соответственно 37 и 39,6%) независимо от количества предыдущих повторных госпитализаций, при среднем времени до повторного обращения соответственно 0,7 и 2,0 года [23].

Резюмируя все вышеизложенное, можно сказать, что в настоящее время споры продолжаются не только по поводу тактика при СКН, но и относительно видов хирургического вмешательства при данной патологии. При этом эта категория больных остается одной из самых тяжелых в абдоминальной хирургии.

Со списком литературы можно ознакомиться в редакции

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хакимов М.Ш., Цай В.Э., Элмуродов И.У.

Проанализирована литература, посвященная современным проблемам лечения острой спаечной кишечной непроходимости. Определены современные подходы к выбору метода лечения острой спаечной кишечной непроходимости, показана эволюция применения противоспаечных средств. Проведен анализ возможностей современных малоинвазивных методик лечения.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, противоспаечные средства, прогноз заболевания.