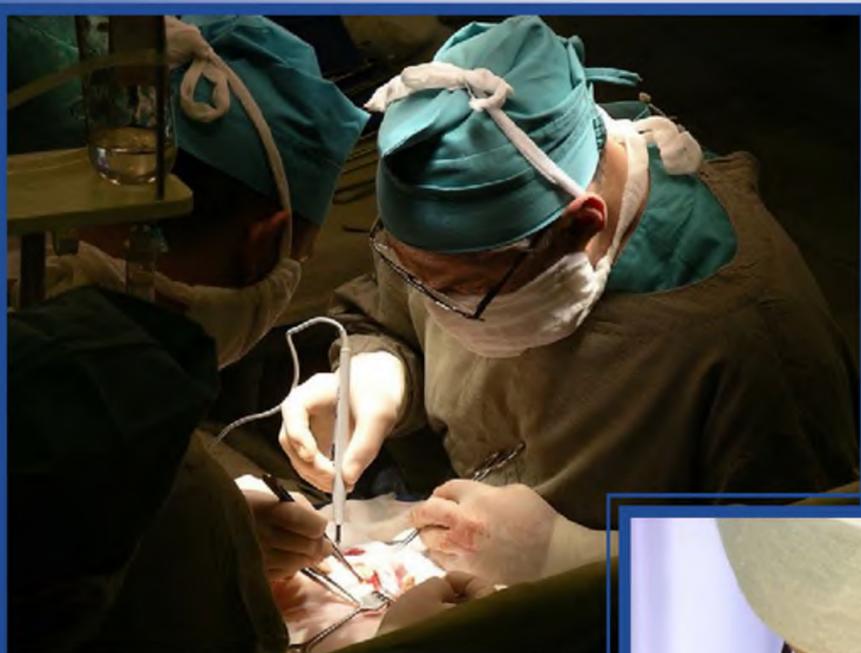


ISSN 2075-6895

# АЛЬМАНАХ

Института Хирургии  
имени А.В.Вишневского



№1 2022

# ТЕЗИСЫ

XIV-го  
Съезда хирургов

**618. Выбор хирургической тактики при острой спаечной кишечной непроходимости***Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Элмуротов И.У.*

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) является одной из основных причин хирургических неотложных состояний, требующих экстренных оперативных вмешательств. Несмотря на современные достижения абдоминальной хирургии, результаты лечения больных с ОСКН нельзя признать удовлетворительными, так как рецидивы ОСКН составляют от 12,6 до 45%, а связанная с этим летальность – 7-19%. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с ОСКН путем дифференцированного подхода к выбору метода оперативного лечения в зависимости от интраоперационной оценки тяжести клинической ситуации. Материал и методы. Анализ подвергнуты результаты лечения 124 пациентов с ОСКН, которые находились на стационарном лечении в отделение экстренной хирургии Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Возраст пациентов колебался от 18 до 76, составляя в среднем  $37,6 \pm 10,3$  лет. Преобладали лица мужского пола – 69 пациентов (55,6%). Большинство больных (117–94,4%) в анамнезе перенесли одну операцию на органах брюшной полости или малого таза. Интраоперационная профилактика спайкообразования у данных пациентов осуществлялась согласно предложенной нами системе оценки тяжести спаечного процесса, которая была верифицирована морфологически. В зависимости от тяжести спаечного процесса у 6 (4,8%) пациентов была выявлена I степень, у 69 (55,6%) – II, у 41 (33,1%) – III, у 7 (5,6%) – IV и у 1 (0,8%) – V степень тяжести спаечного процесса. Согласно разработанному нами алгоритму, все больные были подвергнуты оперативному лечению. 105 (84,7%) пациентам выполнено рассечение спаек, 3 (2,4%) – лапароскопический адгезиолизис, 12 (9,7%) – рассечение спаек, резекция тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок», 3 (2,4%) – рассечение спаек, резекция тонкого кишечника с наложением энтеростомы и в 1 (0,8%) случае наложен еюнотрансверзоанастомоз. При I степени тяжести спаечного процесса интраоперационная профилактика спайкообразования не проводилась. При II степени из 69 больных в 17 наблюдениях из-

за отсутствия лекарственных средств профилактика не проводилась, в 51 (41,1%) случае использован гидрокортизон, в 1 (0,8%) – мезогель. При III степени из 41 пациентов в 2 интраоперационная профилактика не проведена, в 11 (8,9%) случаях использован гидрокортизон и в 28 (22,6%) наблюдениях мезогель. При IV и V степенях во всех случаях – 6,4%, использован мезогель. Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения: серома раны – 2 (1,6%) случая; нагноение послеоперационной раны – 1 (0,8%); кровотечения в брюшную полость – 1 (0,8%); бронхолегочные осложнения – 1 (0,8%); острый инфаркт миокарда – 1 (0,8%); ранняя ОСКН, разрешенная консервативно – 1 (0,8%) случай. Эпизодов ранней ОСКН, требующей повторного оперативного вмешательства, не наблюдалось. В отдаленном послеоперационном периоде случаев поздней спаечной кишечной непроходимости также не отмечалось. Послеоперационная летальность составила 4 (3,2%) случая. Вывод. Предложенная нами система оценки тяжести спаечного процесса в брюшной полости, согласно которой выделяют пять степеней тяжести патологического процесса в зависимости от распространенности и морфологической структуры спаек, является удобной в использовании и практичной в применении. Разработанная система позволяет дифференцированно подходить к выбору объема хирургического вмешательства и способа интраоперационной профилактики спайкообразования и способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.