

- И.В. Ключкин, К.А. Корейба // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2013. – № 2. – С.38–40.
2. *Фатыхов, Р.И.* Особенности инфузионной лечебной тактики при синдроме диабетической стопы / Р.И. Фатыхов, И.В. Ключкин, К.А. Корейба // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т.7, вып.5. – С.31–34.
  3. *Котельников, Г.П.* Доказательная медицина. Научно обоснованная медицинская практика: монография / Г.П. Котельников, А.С. Шпигель. – Самара: СамГМУ, 2000. – С.19–24.
  4. *Воронин, А.С.* Разработка и экспериментально-клиническое обоснование использования фитотерапевтических раневых покрытий в местном лечении ран и раневой инфекции кожи и мягких тканей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Воронин Александр Сергеевич. – Волгоград, 2012. – 22 с.
  5. Система помощи больным с синдромом диабетической стопы: пат. 2506894 Рос. Федерация: МПК 51 А61В5/00/ К.А. Корейба, И.Р. Фатихов, А.Р. Газиев, Э.Г. Газиева, Е.А. Корейба, заявитель и патентообладатель К.А. Корейба, И.Р. Фатихов, А.Р. Газиев, Э.Г. Газиева, Е.А. Корейба, государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – 2012135893, 21.08.2012; опубл. 20.02.2014.
  6. Способ лечения дефектов мягких тканей у больных с синдромом диабетической стопы: пат. 2619257 Рос. Федерация: МПК51 А 61 К38/39/ К.А. Корейба, Е.А. Корейба, В.К. Корейба, Н.Ю. Башкирцева, заявитель и патентообладатель К.А. Корейба. – 2016136925, 14.09.2016; опубл. 12.05.2017. Бюл. № 14.
  7. *Корейба, К.А.* Современные отечественные биоматериалы «G-derm» (Джидерм) в хирургии дефектов кожи и мягких тканей: учеб. пособие / К.А. Корейба, А.Н. Комаров, А.Р. Минабутдинов. – СПб.: Свое издательство, 2018. – С.38.
- [Formation of the scheme of infusion therapy in diabetic foot syndrome]. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavooхранenie* [Public Health and Health Care]. 2013; 2: 38-40.
2. *Fatyhov RI, Klyushkin IV, Korejba KA.* Osobennosti infuzionnoj lechebnoj taktiki pri sindrome diabeticheskoy stopy [Features of infusion treatment tactics in diabetic foot syndrome]. *Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny* [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2014; 7 (5): 31-34.
  3. *Kotel'nikov GP, Shpigel' AS.* Dokazatel'naya medicina; Nauchno-obosnovannaya medicinskaya praktika: Monografiya [Evidence-based medicine; Scientific-based medical practice: Monograph]. Samara: SamGMU [Samara: Samara State Medical University]. 2000; 19-24.
  4. *Voronin AS.* Razrabotka i eksperimental'no-klinicheskoe obosnovanie ispol'zovaniya fitoterapevticheskikh ranevykh pokrytij v mestnom lechenii ran i ranевой infekcii kozhi i myagkikh tkanej [Development and experimental and clinical substantiation of the use of phytotherapeutic wound dressings in the local treatment of wounds and wound infections of the skin and soft tissues]. *Volgograd.* 2012; 22 p.
  5. *Korejba KA, Fatihov IR, Gaziev AR, Gazieva EG, Korejba EA.* Sistema pomoshchi bol'nym s sindromom diabeticheskoy stopy: patent 2506894 Rossiyskaya Federaciya: MPK 51 A61B5/00/ [The system of care for patients with diabetic foot syndrome: Patent 2506894 Russian Federation: IPC51A61B5/00/]. Kazan: Kazanskij Gosudarstvennyj Medicinskij Universitet [Kazan: Kazan State Medical University]. 2012; 2012135893.
  6. *Korejba KA, Korejba EA, Korejba VK, Bashkirceva NYu.* Sposob lecheniya defektov myagkikh tkanej u bol'nyh s sindromom diabeticheskoy stopy: patent 2619257 Rossiyskaya Federaciya: MPK51 A 61 K38/39/ [A method for the treatment of soft tissue defects in patients with diabetic foot syndrome: Pat. 2619257 Russian Federation: MPK51A61K38/9/]. Kazan: Kazanskij Gosudarstvennyj Medicinskij Universitet [Kazan: Kazan State Medical University]. 2016; 2016136925.
  7. *Korejba KA, Komarov AN, Minabutdinov AR.* Sovremennye otechestvennye biomaterialy «G-derm» (Dzhiderm) v hirurgii defektov kozhi i myagkikh tkanej: Uchebnoe posobie [Modern domestic biomaterials "G-derm" (Dzhyderm) in surgery of skin and soft tissue defects: Study Guide]. Sankt-Peterburg: Svoe izdatel'stvo [St Petersburg: Own publishing house]. 2018; 38 p.

## REFERENCES

1. *Fatyhov RI, Klyushkin IV, Korejba KA.* Formirovanie skhemy infuzionnoj terapii pri sindrome diabeticheskoy stopy

© И.С. Малков, Э.Б. Багаутдинов, В.А. Филиппов, М.Р. Тагиров, Х.М. Халилов, Д.Х. Мисиев, 2018

УДК 616.341-007.272-089:616.381-072.1

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).54-58

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

**МАЛКОВ ИГОРЬ СЕРГЕЕВИЧ**, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии Казанской государственной медицинской академии – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36, тел. +7-965-594-40-07, e-mail: ismalkov@yahoo.com

**БАГАУТДИНОВ ЭЛЬДАР БУЛАТОВИЧ**, аспирант кафедры хирургии Казанской государственной медицинской академии – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36, тел. +7-917-936-11-11, e-mail: eldarbagautdinoff@yandex.ru

**ФИЛИППОВ ВЯЧЕСЛАВ АНАТОЛЬЕВИЧ**, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры хирургии Казанской государственной медицинской академии – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36, тел. +7-917-900-43-52, e-mail: vyacheslav\_f@mail.ru

**ТАГИРОВ МАРТ РАВИЛЕВИЧ**, канд. мед. наук, хирург ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54, тел. +7-904-664-03-89, e-mail: tagirov72@yandex.ru

**ХАЛИЛОВ ХАЛИЛ МАГОМЕТОВИЧ**, канд. мед. наук, зав. отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54, тел. +7-951-067-52-58, e-mail: halilov.dog7@mail.ru

**МИСИЕВ ДЖАЛИЛ ХУСАЙНОВИЧ**, аспирант кафедры хирургии Казанской государственной медицинской академии – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36, тел. +7-927-443-95-95, e-mail: misievdjallil91@mail.ru

**Реферат. Цель исследования** – конкретизировать показания к лапароскопическому адгезиолизису и определить его эффективность в лечении больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью путем использования комплексной лечебно-диагностической программы. **Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 354 больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, находившихся в отделении хирургии № 1 и № 2 Городской клинической больницы № 7 г. Казани за пятилетний период. Показания к лапароскопическому адгезиолизису были установлены у 47 больных. Основным условием для выполнения эндохирургической операции считали наличие пространства свободного от висцеропариетальных сращений, достаточного для визуального контроля проводимых манипуляций и обеспечения необходимой амплитуды движения инструментов. Изучалась диагностическая значимость

клинических и лучевых методов исследования в оценке распространенности спаечного процесса в брюшной полости. Для более наглядного представления о распространенности спаечного процесса при ультразвуковом исследовании переднюю брюшную стенку разделили на 4 сектора. **Результаты и их обсуждение.** Наибольшая чувствительность (92%) наблюдалась при использовании рентгеновской компьютерной томографии с контрастированием. Разработанная комплексная диагностическая программа имела решающее значение в выборе метода хирургического вмешательства (лапаротомия или лапароскопия) у больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью. **Выводы.** Лапароскопический адгезиолизис можно считать эффективным методом лечения больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, выполнение которого должно регламентироваться тяжестью состояния пациентов и распространенностью спаечного процесса. Для определения распространенности спаечного процесса необходимо использовать комплексную диагностическую программу, в которой ведущее место принадлежит лучевым методам исследования.

**Ключевые слова:** острая спаечная тонкокишечная непроходимость, ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная томография, лапароскопический адгезиолизис.

**Для ссылки:** Лапароскопический адгезиолизис в лечении больных острой спаечной тонкокишечной непроходимостью / И.С. Малков, Э.Б. Багаутдинов, В.А. Филиппов [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 5. – С.54–58. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).54-58.

## LAPAROSCOPIC LYSIS OF ADHESIONS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE ADHESIVE SMALL INTESTINAL OBSTRUCTION

**MALKOV IGOR S.,** D. Med. Sci., professor, Head of the Department of surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36, tel. +7-965-594-40-07, e-mail: ismalkov@yahoo.com

**BAGAUTDINOV ELDAR B.,** postgraduate student of the Department of surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36, tel. +7-917-936-11-11, e-mail: eldarbagautdinoff@yandex.ru

**FILIPPOV VYACHESLAV A.,** C. Med. Sci., associate professor of the Department of surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36, tel. +7-917-900-43-52, e-mail: vyacheslav\_f@mail.ru

**TAGIROV MARAT R.,** C. Med. Sci., surgeon of the Department of surgery № 2 of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420103, Kazan, Chuikov str., 54, tel. +7-904-664-03-89, e-mail: tagirov72@yandex.ru

**KHALILOV KHALIL M.,** C. Med. Sci., Head of the Department of surgery № 2 of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420103, Kazan, Chuikov str., 54, tel. +7-951-067-52-58, e-mail: halilov.dog7@mail.ru

**MISIEV DZHILIL KH.,** postgraduate student of the Department of surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36, tel. +7-927-443-95-95, e-mail: misievdjilil91@mail.ru

**Abstract. Aim.** The aim of the study was to specify the indications for laparoscopic adhesiolysis and to determine its effectiveness in treatment of patients with acute adhesive small intestinal obstruction through the use of comprehensive therapeutic and diagnostic program. **Material and methods.** Results of treatment of 354 patients with acute adhesive small intestinal obstruction hospitalized to departments of surgery number 1 and number 2 of the City Clinical Hospital № 7 in Kazan over the past 5 years were analyzed. Indications for laparoscopic adhesiolysis were established in 47 patients. The main condition for performing an endosurgical operation was the presence of a space free from visceroparietal adhesions, sufficient for visual control of performed manipulations and providing the necessary amplitude of movement for the instruments. The diagnostic significance of clinical and radiological methods of investigation in assessing the prevalence of adhesions in the abdominal cavity was studied. The anterior abdominal wall was divided into 4 sectors for a better visual representation of the prevalence of adhesions during ultrasound visualization. **Results and discussion.** The highest sensitivity (92%) was observed when using x-ray computed tomography with contrast. The developed complex diagnostic program was crucial in choosing the method of surgical intervention (laparotomy or laparoscopy) in patients with adhesive small intestinal obstruction. **Conclusion.** Laparoscopic adhesion can be considered as an effective method of treatment for the patients with acute adhesive small intestinal obstruction, performance of which should be regulated according to the severity of patient's condition and the prevalence of adhesive process. It is necessary to use a comprehensive diagnostic program, the leading place in which belongs to radiologic methods of investigation, to determine the prevalence of adhesive process.

**Key words:** acute adhesive small intestinal obstruction, diagnostic ultrasound, x-ray computed tomography, laparoscopic adhesiolysis.

**For reference:** Malkov IS, Bagautdinov EB, Filippov VA, Tagirov MR, Khalilov KM, Misiev DKh. Laparoscopic lysis of adhesions in treatment of patients with acute adhesive small intestinal obstruction. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (5): 54–58. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).54-58.

**В**ведение. Большая распространенность, трудность диагностики и определения оптимальной тактики лечения, неудовлетворительные отдаленные результаты, обусловленные значительным процентом рецидивов, позволяют отнести острую спаечную тонкокишечную непроходимость (ОСТКН) к одной из наиболее сложных и нерешенных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Так, возникновение спаечного процесса в брюшной полости после хирургических вмешательств отмечено у 64–93% больных [1]. Процент рецидивов ОСТКН после традиционного оперативного лечения составляет до 30% [2, 3, 4], а повторного образования сращений до 78% [3]. Стремление уменьшить травматичность хирургического вмешательства и, как следствие этого, возмож-

ность последующего формирования спаек приводит в последние годы к расширению показаний к эндохирургии [3, 5]. Однако частота перехода на лапаротомию при этом может достигать 63%, что увеличивает продолжительность хирургического вмешательства, частоту послеоперационных осложнений и материальные затраты на лечение [6, 7, 8]. Основная причина конверсии видится в невозможности безопасного выполнения эндохирургического вмешательства при распространенном спаечном процессе и значительной дилатации петель кишечника [4, 6, 8, 9]. Большими диагностическими возможностями обладают современные лучевые методы исследования, среди которых недостаточно изучена роль рентгеновской компьютерной томографии [10]. В связи с этим актуальное

значение приобретает разработка предоперационного диагностического алгоритма, позволяющего дифференцированно подходить к выбору способа хирургического вмешательства, а также технологии лапароскопической декомпрессии тонкой кишки.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 354 больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью (ОСТКН), находившихся в отделении хирургии № 1 и № 2 Городской клинической больницы № 7 г. Казани за последние 5 лет. Возраст больных с ОСТКН колебался от 16 до 90 лет. Всего мужчин было 126 (35,6%), женщин – 228 (64,4%). В первые 12 ч от начала заболевания поступили 167 (47,2%) больных, от 12 до 24 ч – 72 (20,3%), в 115 (32,5%) случаях пациенты поступили через сутки и более от начала заболевания. Экстренное оперативное вмешательство выполнялось в случае диагностированного странгуляционного варианта ОСТКН, при обтурационном – срочная операция производилась ввиду неэффективности консервативного лечения в течение 12 ч с момента госпитализации. Обзорная рентгенография выполнена во всех случаях. Проба Шварца произведена у 272 (76,8%) пациентов. Предпочтение отдавали водорастворимым контрастным веществам (ультравист, омнипак, урографин), которые использовались у 89 (25,1%) больных. Наряду с клиническими, лабораторными и рентгенологическими методами важное место занимало ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, выполненное у 337 (95,2%) пациентов. Датчик ультразвукового сканера в исследуемых областях брюшной полости располагали под различными углами к поверхности тела больного. Изучалась смещаемость петель кишечника относительно париетальной брюшины передней брюшной стенки при форсированном вдохе и выдохе, при необходимости изменяя положения больного (на спине, боку, стоя).

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) с контрастированием произведена в 36 случаях (24%), видеолапароскопия – в 47 (31,3%).

Одним из необходимых условий для осуществления лапароскопического адгезиолизиса при спаечной тонкокишечной непроходимости является умеренная дилатация приводящей петли тонкой кишки. В противном случае возрастает частота конверсии для выполнения назоинтестинальной декомпрессии. С целью решения данной проблемы нами предложен способ лапароскопической интубации тонкой кишки и устройство для его осуществления. Идея интубации начальных отделов тонкой кишки основана на притягивании разноименных полюсов постоянного магнита. Для этого совместно с сотрудниками кафедры приборов и информационно-измерительных систем КНИТУ им. А.Н. Туполева-КАИ и НПФ МФС г. Казани были сконструированы одно- и двухпросветные зонды с магнитами различной формы на конце и лапароскопический магнитный манипулятор (патент на изобретение № 2609254 «Способ лапароскопической интубации тонкой кишки и устройство для его осуществления»). На первом этапе был создан экспериментальный макет с имитацией верхних отделов пищеварительного тракта в виде полый трубки с изгибами. После проверки идеи на макете на втором этапе проведены эксперименты на 10 трупах. Для их осуществления был изготовлен «столик-тренажер» с отверстиями для введения троакаров. «Столик-тренажер» устанавливали над животом после широкой срединной лапаротомии. Были определены оптимальные точки для введения магнитного манипулятора, которые располагались под мечевидным отростком, в правом подреберье по среднеключичной линии и околопупочной области. Оработана технология проведения зонда в начальные отделы тонкой кишки.

**Результаты и их обсуждение.** Обзорная рентгенография брюшной полости с захватом правого и левого

куполола диафрагмы была «стартовым» методом лучевой диагностики, выполняемом при поступлении больных с клиническими симптомами острой спаечной тонкокишечной непроходимости в приемно-диагностическое отделение. Она произведена у всех 354 пациентов. При этом диагноз был подтвержден в 302 (85,3%) случаях. Расширить диагностические возможности метода позволяло пероральное рентгеноконтрастное исследование с пассажем по тонкой кишке.

Ультразвуковое исследование было наиболее информативно в диагностике тонкокишечной непроходимости. Признаками наличия сращений в брюшной полости служили фиксация петель кишечника в одной точке, ограничение смещаемости петель кишки относительно друг друга. Для более наглядного представления о распространенности спаечного процесса мы разделяли переднюю брюшную стенку на 4 сектора (S) двумя линиями – вертикальной, идущей от мечевидного отростка, и горизонтальной через пупок. Висцеропариетальные сращения, определяемые при УЗИ в одном секторе (1S), соответствовали малой адгезии, в двух (2S) – средней, в трех (3S) – субтотальной и в четырех (4S) – тотальной. Выполнение лапароскопии считали возможным при наличии «акустического окна» в свободном от сращений секторе. Определить уровень обструкции удалось у 184 (54,6%) больных по характерному участку с перепадом диаметров отводящей и приводящей кишечной петли с депонированием и расслоением содержимого на химус и жидкость. Чувствительность метода возрастала при динамическом исследовании, составляя 87,8%. Диагностические возможности метода ограничивались выраженной пневматизацией петель кишечника, значение также имела и квалификация врача, проводившего исследование. В связи с этим эхоэнография была неинформативна у 41 (12,2%) больного.

Наибольшей чувствительностью (92%) обладала РКТ с контрастированием. Метод позволял не только определить форму кишечной непроходимости, но и дифференцировать, чем вызвана ОСТКН – «шнуровидной» спайкой («штрангом») или распространенными плотными сращениями. При этом была проанализирована диагностическая значимость таких «классических» РКТ-симптомов, как симптом «клюва», «*fat notch*» («зазубрина жировой клетчатки»), «завихрения» и «тонкокишечных фекалий». Для шнуровидных спаек характерными (98%) были симптомы «клюва» и «*fat notch*». Симптом «тонкокишечных фекалий» чаще встречался (85%) при распространенных плотных сращениях. Метод позволял также определить висцеропариетальные сращения, вызвавшие обструкцию тонкой кишки.

Использованная комплексная диагностическая программа во всех случаях подтверждала либо исключала диагноз острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

При распространенном спаечном процессе адгезиолизис выполняли путем лапаротомии, при ограниченном – путем лапароскопии. Показания к лапароскопическому адгезиолизису были установлены у 47 больных. Основным условием для выполнения эндохирургической операции считали наличие пространства свободного от висцеропариетальных сращений, достаточного для визуального контроля проводимых манипуляций и обеспечения необходимой амплитуды движения инструментов. Только в этом случае можно надеяться на безопасный и эффективный адгезиолизис. Способ и место введения первого троакара зависели от локализации послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке. Открытое введение в левой или правой подвздошных областях производили при рубцах от срединных лапаротомий. Закрытое параумбиликальное введение считали возможным при наличии «акустического окна» после перенесенных ранее



аппендектомий доступом Мак-Бурнея и гинекологических операций разрезом Пфаненштиля. Распространенность спаечного процесса при лапароскопии соответствовала I–III степени по классификации О.И. Блинникова (1993) [13]. Кишечная непроходимость была обусловлена локальными плоскостными сращениями и шнуровидными спайками. Имели место ущемление петли тонкой кишки в «окнах», образованных плоскостными спайками, червеобразным отростком и дивертикулом Меккеля, сформировавшимися кишечными «двустволками». У 16 (34%) больных был распространенный спаечный процесс в виде висцеропариетальных сращений без выраженной дилатации приводящего отдела кишки. У 43 (91,5%) удалось успешно разрешить ОСТКН. Предложенный способ лапароскопической декомпрессии тонкой кишки при этом был применен у 4 больных. Установленный зонд удовлетворительно функционировал в течение 3 сут, затем извлечен после восстановления двигательной активности кишечника. Каких-либо осложнений и летальных исходов при выполнении лапароскопического адгезиолизиса не наблюдалось. Средний койко-день составил  $(7,2 \pm 2,4)$  сут. Конверсия в 8,5% случаев была обусловлена необратимой ишемией тонкой кишки (1 больной) и грубыми висцеро-висцеральными сращениями, разделение которых под видеолaparоскопическим контролем не представлялось возможным (3 больных).

#### Выводы:

1. Лапароскопический адгезиолизис можно считать эффективным методом лечения больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, выполнение которого должно регламентироваться тяжестью состояния пациентов и распространенностью спаечного процесса.

2. Для определения распространенности спаечного процесса необходимо использовать комплексную диагностическую программу, в которой ведущее место принадлежит лучевым методам исследования.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайне исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Чекмазов, И.А. Спаечная болезнь брюшины / И.А. Чекмазов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 160 с.
- Тараканов, В.А. Поздняя спаечная кишечная непроходимость в детском возрасте: диагностический алгоритм / В.А. Тараканов, Е.Г. Колесников // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – № 109 (4). – С.50–54.
- Тимофеев, М.Е. Острая ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость на современном этапе: возможности лапароскопии в диагностике и лечении / М.Е. Тимофеев, В.В. Волков, С.Г. Шаповальянц // Эндоскопическая хирургия. – 2015. – № 2. – С.36–52.
- Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery / F. Catena, S. Di Saverio, M.D. Kelly [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. – 2011. – Vol. 6. – P.24.
- Хубутия, М.Ш. Эндоскопическая хирургия при неотложных заболеваниях и травмах: руководство / М.Ш. Хубутия, П.А. Ярцева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 240 с.
- Радзиховский, А.П. Лапароскопическая диагностика и лечение острой тонкокишечной непроходимости / А.П. Радзиховский, Е.Б. Колесников, Н.А. Мендель // Хирургия Украины. – 2010. – № 2. – С.89–94.

- Доброквашин, С.В. Некоторые аспекты лечения больных с острой кишечной непроходимостью / С.В. Доброквашин, Д.Е. Волков, А.Г. Измайлов // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7, вып. 5. – С.53–55.
- Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2013 update of the Evidence-Based Guidelines from the World Society of Emergency Surgery ASBO working group / S. Di Saverio, F. Coccolini, M. Galati [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. – 2013. – Vol. 42. – P.14.
- Maung, A.A. Evaluation and management of small-bowel obstruction: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline / A.A. Maung, D.C. Johnson, G.L. Piper [et al.] // J. Trauma Acute Care Surg. – 2012. – Vol. 73. – P.362–369.
- Козлова, Ю.А. Роль рентгеновской компьютерной томографии в диагностике кишечной непроходимости / Ю.А. Козлова, Р.Б. Мумладзе, М.Ю. Олимпиев // Анналы хирургии. – 2013. – № 4. – С.5–11.
- Малков, И.С. Избранные разделы неотложной абдоминальной хирургии: монография / И.С. Малков. – Казань: Изд-во Казан. гос. техн. ун-та, 2013. – 408 с.
- The abdominal compartment syndrome / J. Burch, E. Moore, F. Moore, R. Franciose // Surgery Clinic of North Am. – 1992. – Vol. 76. – P.833–842.
- Блинников, О.И. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей / О.И. Блинников, А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов // Материалы международного конгресса. – М., 1993. – С.82–88.

#### REFERENCES

- Chekmazov IA. Spaechnaya bolezn' bryushiny [Adhesive disease of peritoneum]. Moskva: GEOTAR-Media [Moscow: GEOTAR-Media]. 2008; 160 p.
- Tarakanov VA, Kolesnikov EG. Pozdnyaya spaechnaya kishechnaya neprokhodimost' v detskom vozraste: diagnosticheskiy algoritm [Late adhesive intestinal obstruction in childhood: diagnostic algorithm]. Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik [Kuban scientific medical Bulletin]. 2009; 109 (4): 50-54.
- Timofeev ME, Volkov VV, Shapoval'yants SG. Ostraya rannaya spaechnaya tonkokishechnaya neprokhodimost' na sovremennom etape: vozmozhnosti laparoskopii v diagnostike i lechenii. [Acute early adhesive intestinal obstruction at the present stage: the possibilities of laparoscopy in diagnosis and treatment]. Endoskopicheskaya khirurgiya [Endoscopic surgery]. 2015; 2: 36-52.
- Catena F, Di Saverio S, Kelly MD et al. Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery. World Journal of Emergency Surgery. 2011; 6: 24.
- Khubutiya MSh, Yartseva PA. Endokhirurgiya pri neotlozhnykh zabolevaniyakh i travme: rukovodstvo [Endosurgery in case of acute diseases and trauma: guidance]. Moskva: GEOTAR-Media [Moscow: GEOTAR-Media]. 2014; 240 p.
- Radzikhovskiy AP, Kolesnikov EB, Mendel' NA. Laparoskopicheskaya diagnostika i lechenie ostroy tonkokishechnoy neprokhodimosti [Laparoscopic diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction]. Khirurgiya Ukrainy [Surgery in Ukraine]. 2010; 2: 89-94.
- Dobrokvashin SV, Volkov DE, Izmaylov AG. Nekotorye aspekty lecheniya bol'nykh s ostroy kishechnoy neprokhodimost'yu [Some aspects of treatment of patients with acute intestinal obstruction]. Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny [Bulletin of modern clinical medicine]. 2014; 5: 53-55.
- Salomone Di Saverio, Federico Coccolini, Marica Galati et al. Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2013 update of the Evidence-Based Guidelines from the World Society of Emergency Surgery ASBO working group. World Journal of Emergency Surgery. 2013; 42: 14.
- Maung Adrian A, Johnson Dirk C, Piper Greta L, et al. Evaluation and management of small-bowel obstruction:

- An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012; 73: 362-369.
10. Kozlova YuA, Mumladze RB, Olimpiev MYu. Rol' rentgenovskoy komp'yuternoy tomografii v diagnostike kishhechnoy neprokhodimosti [The role of X-ray computed tomography in the diagnosis of intestinal obstruction]. *Annaly khirurgii* [Annals of surgery]. 2013; 4: 5-11.
  11. Malkov IS. Izbrannye razdely neotlozhnoy abdominal'noy khirurgii: Monografiya [Selected sections of emergency abdominal surgery: Monograph]. Kazan': izdatel'stvo Kazanskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta [Kazan: Kazan State Technical University Press]. 2013; 408 p.
  12. Burch J, Moore E, Moore F, Franciose R. The abdominal compartment syndrome. *Surgery clinic of North Am.* 1992; 76: 833-842.
  13. Blinnikov OI, Dronov AF, Smirnov AN. Laparoskopicheskie operatsii pri ostroy spaechnoy kishhechnoy neprokhodimosti u detey [Laparoscopic surgery for acute adhesive intestinal obstruction in children]. Moskva: Materialy mezhdunarodnogo kongressa [Moscow: Materials of the international Congress]. 1993; 82-88.

© И.С. Малков, М.Н. Насруллаев, Г.Р. Закирова, И.И. Хамзин, 2018

УДК 616.36-008.5-08

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).58-62

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

**МАЛКОВ ИГОРЬ СЕРГЕЕВИЧ**, докт. мед. наук, зав. кафедрой хирургии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36, e-mail: ismalkov@yahoo.com

**НАСРУЛЛАЕВ МАГОМЕД НУХКАДИЕВИЧ**, докт. мед. наук, профессор кафедры хирургии КГМА – филиала ФГБОУ

ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36, e-mail: msh.avia@yandex.ru

**ЗАКИРОВА ГУЗЕЛИЯ РАВИСЕВНА**, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО

РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36

**ХАМЗИН ИЛЬДАР ИЛДУСОВИЧ**, зав. эндоскопическим отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7»

Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

**Реферат. Цель исследования** – улучшение результатов лечения больных с механической желтухой путем сочетания эндоскопических и консервативных методов лечения. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 928 больных с механической желтухой опухолевого и неопухолевого генеза. **Результаты и их обсуждение.** Выявлено, что применение эндоскопических методов с целью декомпрессии билиарной системы позволяет улучшить результаты лечения. Наши наблюдения пациентов с механической желтухой опухолевого и неопухолевого генеза с различной степенью печеночной недостаточности позволяют отметить, что приоритетным и важнейшим звеном комплексного лечения этой группы является максимально ранняя декомпрессия желчных путей – один из малоинвазивных методов декомпрессии, включая эндоскопическую папиллотомию и стентирование желчных путей. Степень печеночной недостаточности – важный критерий, определяющий тактику и подход в ведении пациентов с механической желтухой. Основой лечения эндотоксикоза и печеночной недостаточности при механической желтухе являются медикаментозная коррекция и адекватная по составу и объему инфузионная терапия, проводимая на фоне одного из видов декомпрессии желчных путей, что соответствует современным взглядам на проблемы лечения механической желтухи. **Выводы.** При острой рецидивирующей и хронической непроходимости большого дуоденального соска, проявляющейся клинической симптоматикой гипертензии протоков органов гепатопанкреатобилиарной зоны, показаны эндоскопические вмешательства. Декомпрессия билиарной системы путем применения транспапиллярного протезирования является эффективным малоинвазивным оперативным вмешательством, которое применяется как временное – при доброкачественном и злокачественном поражении органов гепатопанкреатобилиарной зоны, либо как постоянное – при неоперабельных опухолях органов гепатопанкреатобилиарной зоны, для восстановления оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Для нормализации показателей гомеостаза у больных с механической желтухой и предупреждения печеночной недостаточности необходимо проведение адекватной инфузионной терапии, включающей в себя препараты антигипоксантного и гепатопротекторного действия.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, эндоскопические вмешательства, инфузионная и трансфузионная терапия.

**Для ссылки:** Комплексное лечение больных с механической желтухой при заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / И.С. Малков, М.Н. Насруллаев, Г.Р. Закирова, И.И. Хамзин // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 5. – С.58–62. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).58-62.

## COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN DISEASES OF HEPATIC, PANCREATIC AND DUODENAL ZONE

**MALKOV IGOR S.**, D. Med. Sci., Head of the Department of surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36, tel. +7-965-594-40-07, e-mail: ismalkov@yahoo.com

**NASRULLAEV MAGOMED N.**, D. Med. Sci., professor of the Department of surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36, e-mail: msh.avia@yandex.ru

**ZAKIROVA GUZELIA R.**, C. Med. Sci., assistant of professor of the Department of surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36

**KHAMZIN ILDAR I.**, Head of the Department of endoscopy of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420103, Kazan, Chuikov str., 54

**Abstract. Aim.** The aim of the study is to improve the results of treatment in patients with obstructive jaundice through a combination of endoscopic and conservative treatment methods. **Material and methods.** A retrospective analysis of the results of treatment of 928 patients with obstructive jaundice of tumor and non-tumor genesis was performed. **Results and discussion.** It has been revealed that the application of endoscopic methods for biliary system decompression allows improving the results of treatment. Our observations of patients with mechanical jaundice of tumor and non-tumor origin with varying degrees of liver failure suggest that the earliest and the most important component of complex treatment for this group is the earliest decompression of the biliary tract by one of the minimally invasive decompression methods, including endoscopic papillotomy and