

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Matyakubov Yunusjan Xalilullayevich

matyakubovyunusjon@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-7792-1877>

Бухарский медицинский институт

Актуальность. Спаечная болезнь брюшной полости (СББП) и спаечная кишечная непроходимость (СКН) продолжают оставаться одной из наиболее частых и тяжелых проблем в абдоминальной хирургии, определяя существенную долю послеоперационных осложнений и летальности (1,3,5).

Актуальность разработки новых методов профилактики и лечения СББП с учетом иммунопатогенетических механизмов обусловлена не только клиническими потребностями, но и значительным экономическим и социальным бременем для здравоохранения (2,4). Снижение частоты СКН способно привести к экономии миллиардов долларов в год, снижению числа инвалидизированных пациентов и улучшению качества жизни тысяч больных по всему миру.

Цель исследования: Разработка лечебно-диагностического алгоритма прогнозирования и профилактики рецидива СББП и СКН.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 265 пациентов с ОСКН. Референсную группу составили 20 условно-здоровых лиц без хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Основную когорту наблюдения включали (128 пациентов), у которых применялся разработанный лечебно-диагностический алгоритм прогнозирования и профилактики рецидива.

Результаты и их обсуждение. Систематизация результатов контрольной группы и анализ динамики иммунологических показателей в основной выборке показали, что хирургическое вмешательство и последующая иммунопрофилактика не могут рассматриваться изолированно. Практически значимым стало объединение этих этапов в единый лечебно-диагностический алгоритм, где решение о тактике формируется с учетом прогностической шкалы «PAS». Такой подход позволил не только фиксировать исходный уровень риска у больных, перенесших экстренные операции или консервативное лечение по поводу ОСКН, но и корректировать его в раннем послеоперационном периоде за счет дифференцированной иммунотерапии. Повторная стратификация открывала возможность для селективного назначения плановых лапароскопических вмешательств с применением профилактических приемов, что в итоге придало всей системе комплексный и последовательный характер.

Плановые лапароскопические вмешательства у пациентов основной группы носили ограниченный и профилактический характер. Они были направлены на устранение ключевых препятствий для пассажа, минимизацию операционной травмы и создание условий для благоприятного заживления брюшины. Применение лапароскопии в сочетании с ультразвуковым коагулятором (Harmonic, Ethicon), обязательной перитонеализацией и адресным использованием барьерных средств составило основу разработанной тактики плановых операций по поводу СББП.

Плановое лапароскопическое вмешательство после проведенной иммунопрофилактики позволяет минимизировать операционную травму, целенаправленно изолировать зоны риска и перевести пациента из категории «высокого риска» в «низкую». Использование ультразвукового хирургического коагулятора (Harmonic, Ethicon), обязательной перитонеализации и локальных барьерных средств составило основу профилактической тактики.

На основании проведенного исследования и применения оптимизированных подходов нами разработан «Лечебно-диагностический алгоритм прогнозирования и профилактики рецидива СББП и ОСКН» Основная суть алгоритма заключается в последовательной стратификации пациентов и выборе тактики на каждом этапе, что позволяет объединить хирургическое вмешательство и иммунопрофилактику в единую систему. Алгоритм построен по принципу «дерева решений», когда исходные события и последующие шаги связаны с результатами оценки риска по шкале «PAS» и динамикой ее изменений.

На первом этапе при отсутствии эффекта от консервативной декомпрессии ОСКН проводится экстренное хирургическое вмешательство. Уже на этом этапе применяются профилактические элементы в виде щадящего адгезиолизиса, ограниченного использования коагуляции, перитонеализации поврежденных участков, локальной укладки барьерных покрытий и, по возможности, все перечисленное выполняется лапароскопическим доступом. При успешном консервативном разрешении ОСКН фиксируется исходная точка для дальнейшего наблюдения.

После стабилизации состояния выполняется расчет по шкале «PAS» и в зависимости от полученного балла пациенты распределяются на три категории: «высокий риск» (≥ 25 баллов), «низкий риск» (6-24 балла) и «отсутствие риска» (≤ 5 баллов). Такой «первый срез» определяет стартовую траекторию ведения больного в последующем. Соответственно в зависимости от категории риска назначается дифференцированная иммунопрофилактическая терапия.

При «высоком риске» акцент делается на подавлении IL-6, коррекции дисбаланса фибринолиза и стабилизации микроциркуляции; терапия включает

комплексное использование нескольких препаратов. При «низком риске» применяются более щадящие схемы, направленные на поддержание фибринолитического потенциала и ограничение активности фиброзного каскада. У пациентов «без риска» иммунопрофилактика не проводится, они находятся под динамическим наблюдением.

Контроль осуществляется через 30 дней, затем через 3 и 6 месяцев. Оценка динамики проводится не только по сумме баллов, но и по клинической картине. При снижении балла «PAS» и исчезновении симптомов тактика ограничивается наблюдением. При сохранении «высокого риска» терапия продлевается или усиливается. При нарастании показателей требуется пересмотр стратегии с консилиумным обсуждением.

При устойчиво «высоком риске» в сочетании с клинической симптоматикой СББП с частыми приступами ОСКН состояний пациенту показана плановая лапароскопическая операция. Она носит селективный характер: устраняются только значимые спайки, используется ультразвуковой коагулятор (Harmonic, Ethicon), обязательно выполняется перитонеализация травмированных зон и адресная укладка барьерных средств. Вмешательство рассматривается как логическое продолжение иммунопрофилактики, а не ее альтернатива.

После плановых вмешательств проводится повторная оценка «PAS» по тем же временным точкам. При переходе в «низкий» или «нулевой» риск интенсивность иммунопрофилактики снижается до поддерживающей. При сохранении «высокого риска» обсуждается дополнительный курс коррекции.

Таким образом, предложенный лечебно-диагностический алгоритм позволил объединить хирургическую тактику и иммунопрофилактику в единую систему ведения больных со СББП и ОСКН. Последовательная стратификация пациентов по шкале «PAS» и выбор вмешательств в зависимости от уровня риска обеспечили сокращение числа лиц с неблагоприятным прогнозом, снижение частоты рецидивов и летальности, а также уменьшение потребности в повторных экстренных операциях. Включение алгоритма в клиническую практику делает возможным не только индивидуализацию лечения, но и воспроизводимое достижение более благоприятных исходов за счет сочетания патогенетически обоснованной терапии и щадящей малоинвазивной хирургии.

ВЫВОДЫ :

1. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм позволил объединить хирургическую тактику и иммунопрофилактику в единую систему ведения больных со СББП и ОСКН. Последовательная стратификация пациентов по шкале «PAS» и выбор вмешательств в зависимости от уровня риска обеспечили сокращение числа лиц с неблагоприятным прогнозом, снижение частоты

рецидивов и летальности, а также уменьшение потребности в повторных экстренных операциях.

2. Включение алгоритма в клиническую практику делает возможным не только индивидуализацию лечения, но и воспроизводимое достижение более благоприятных исходов за счет сочетания патогенетически обоснованной терапии и щадящей малоинвазивной хирургии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Исмаилов С.И., Бабажанов А.С., Оразалиев Г.Б. и др. Анализ качества жизни пациентов после хирургических операций в аспекте риска развития СКН // Children's Medicine of the North-West. – 2024. – Т. 12, № 1. – С. 98–106.
2. Маматов К.С., Маликов Ю.Р., Азимов А.А., Давронов А.У. Диагностика и лечение ОСКН и ее рецидива // Джанелидзе-ские чтения – 2024 : сб. науч. трудов конф., Санкт-Петербург, 05–07 марта 2024 г. – СПб.: СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2024. – С. 128–131.
3. Насритдинов У.К. Новые подходы в диагностике и терапии ОСКН // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2024. – № 6. – С. 90–96.
4. Хаджибаев Ф.А., Мансуров Т.Т., Пулатов Д.Т., Шукуров Б.И. Видеолапароскопия в лечении СКН // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2022. – № 4. – С. 198–199.
5. Arowolo O.A., Adisa A.O., Salako A.A. Abdominal adhesions: a review of the literature // Nigerian Journal of Surgery. – 2021. – Vol. 17, № 2. – P. 66–71.