

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БИЛИАРНЫМ ИЛЕУСОМ (20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КЛИНИКИ)

Ф.А. ХАДЖИБАЕВ<sup>1,2</sup>, Ф.Б. АЛИДЖАНОВ<sup>2</sup>, А.Б. КУРБОНОВ<sup>1</sup>, Д.Т. ПУЛАТОВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

<sup>2</sup>Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,  
Ташкент, Узбекистан

## FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH GALLSTONE ILEUS (20 YEARS OF EXPERIENCE)

F.A. KHADJIBAEV<sup>1,2</sup>, F.B. ALIDJANOV<sup>2</sup>, A.B. KURBONOV<sup>1</sup>, D.T. PULATOV<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Republican Research Center of Emergency Medicine,

<sup>2</sup>Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers

**Материал и методы.** Представлены результаты диагностики и хирургического лечения 58 пациентов с билиарным илеусом, госпитализированных в РНЦЭМП в 2001-2020 гг. Мужчин было 16 (27,6%), женщин – 42 (72,4%). Средний возраст больных – 70,4±6,8 года. У 53 (91,4%) пациентов имела место тонкокишечная и у 5 (8,6%) – пилородуоденальная непроходимость (т.н. синдром Bouveret). Диагностический процесс у больных желчнокаменной кишечной непроходимостью (ЖККН) включал в себя традиционные методы исследования, а также современные способы лучевой и эндовизуальной диагностики.

**Результаты.** Частота ЖККН среди больных, прооперированных по поводу острой тонкокишечной непроходимости, составила 3,1%. Полная триада Риглера при обзорной рентгенографии брюшной полости, специфичная для ЖККН, выявляется крайне редко, а сочетание тонкокишечных уровней одним из ее компонентов нами отмечено всего лишь у 36,2%. Выбор тактики хирургического лечения больных ЖККН зависел от установленного диагноза и конкретной клинико-операционной находки.

**Заключение.** Операции по поводу ЖККН сопровождаются большим числом осложнений и летальности. Причинами этого являются пожилой и старческий возраст пациентов с большим числом сопутствующих патологий, поздняя обращаемость, трудность диагностики и травматичность самого вмешательства. Основным путем улучшения результатов лечения данной категории являются совершенствование диагностики и минимизация операционной травмы.

**Ключевые слова:** Билиарный илеус, синдром Бувере, энтеролитотомия.

**Material and methods.** The results of diagnostics and surgical treatment of 58 patients with gallstone ileus admitted to RRCEM in 2001-2020 are presented. There were 16 men (27.6%) and 42 women (72.4%). The average age of the patients was 70.4 ± 6.8 years. 53 (91.4%) patients had small bowel obstruction and 5 (8.6%) pyloroduodenal obstruction (the so-called Bouveret syndrome). The diagnostic process in patients with gallstone ileus included traditional research methods, as well as modern methods of radiation and endovisual diagnostics.

**Results.** The frequency of gallstone ileus among patients operated on for acute small bowel obstruction was 3.1%. The complete Riegler triad in plain radiography of the abdominal cavity, specific for gallstone ileus, is extremely rare, and we noted the combination of small intestinal levels of one of its components in only 36.2%. The choice of tactics for surgical treatment of patients with gallstone ileus depended on the established diagnosis and the specific clinical and operational finding.

**Conclusion.** A large number of complications and mortality accompanies surgery for gallstone ileus. The reason for this is the elderly and senile age of patients with a large number of concomitant pathologies, late appeal ability, the difficulty of diagnosis and the invasiveness of the intervention itself. The main way to improve treatment results in this category is to improve diagnostics and minimize surgical trauma.

**Keywords:** gallstone ileus, Bouveret syndrome, enterolithotomy.

[https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14\\_iss4/a4](https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss4/a4)

Острая кишечная непроходимость входит в число наиболее грозных патологических состояний неотложной абдоминальной хирургии [1, 2]. Одним из вариантов данной патологии является желчнокаменная кишечная непроходимость (ЖККН), обусловленная образованием внутренних

желчных свищей и попаданием конкрементов из просвета желчного пузыря в желудочно-кишечный тракт [3, 4]. ЖККН встречается до 3% от всех больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, или в 0,2–0,6% от всех оперированных по поводу желчнокаменной болезни,

и представляет собой сложную диагностическую и хирургическую проблему [5, 6].

Малая осведомленность специалистов о данной патологии и сравнительно незначительная частота встречаемости данной патологии нередко приводят к отсроченной и запоздалой диагностике, тактическим и техническим ошибкам при выполнении оперативного вмешательства, а также крайне высокой, достигающей 40-50%, послеоперационной летальности [7, 8]. Свою лепту в эти показатели вносит также пожилой возраст пациентов и наличие у них тяжелых сопутствующих патологий [5, 9].

В литературе последних лет имеются научные работы, посвященные применению в распознавании ЖККН современных лучевых и эндовизуальных способов, таких как МСКТ, МРТ и ВЛС. При этом высокая эффективность и диагностическая ценность данных методов признается практически всеми авторами [2, 4, 10]. Однако выполнение этих исследований у каждого пациента ОКН в условиях экстренной хирургии представляется нецелесообразным, а в условиях лечебных учреждений районного уровня – невозможным [8].

Наряду с вышеприведенными данными необходимо отметить, что до настоящего времени среди авторов отсутствует единое мнение относительно как тактики лечения в целом, так и методов хирургического лечения ЖККН различной локализации [11,12,13].

### Материал и методы

Работа основана на анализе результатов диагностики и хирургического лечения 58 пациентов с ЖККН, наблюдавшихся нами в отделениях экстренной абдоминальной хирургии РНЦЭМП за период с 2001 по 2020 год. Это составило 3,1% среди больных, прооперированных по поводу острой тонкокишечной непроходимости. Из них у 53 пациентов имела место тонкокишечная и у 5 – пилородуоденальная непроходимость (т.н. синдром Bouveret). Из них мужчин было 16 (27,6%), женщин – 42 (72,4%), преобладали лица женского пола. Возраст пациентов колебался от 48 до 87 лет. Средний возраст больных составил  $70,4 \pm 6,8$  года, и среди них пациенты свыше 60 лет составили 82,8%.

Следует отметить, что важное значение имело наличие данных в анамнезе, указывающих на ЖКБ и отсутствие внутрибрюшных операций. Так, желчнокаменный анамнез имели 41 (70,7%) пациент и 4 в анамнезе перенесли РПХГ, ЭПСТ с литоэкстракцией по поводу холедохолитиаза, осложненного механической желтухой. 42 (72,4%) пациента ранее не были оперированы на органах брюшной полости.

Преобладание пациентов пожилого и старческого возраста также обуславливало преобладание среди них сопутствующих патологий, повышающих риск анестезии и операции. Так, среди пациентов сопутствующие патологии отсутствовали всего лишь у 4 (6,9%). Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) выявлены у 48 (82,8%) больных.

Пациенты поступили в приемное отделение в сроки от 6 часов до 10 суток с момента появления первых признаков заболевания, при этом более 70% случаев поступали позже 3 суток. Отмечено, что чем позже больной обращался в клинику, тем более усугублялось его общее состояние. Это было связано как с сопутствующей патологией, так и с развитием явлений энтеральной недостаточности и эндогенной интоксикации у обследованных больных.

Диагностический процесс у больных с ЖККН включал в себя традиционные методы исследования, а также современные способы лучевой и эндовизуальной диагностики.

### Результаты и обсуждение

Особое место в рентгенологической диагностике наличия самого факта кишечной непроходимости занимало выявление «чаш» Клойбера. Поэтому рентгенологическое исследование начинали с проведения обзорной рентгеноскопии брюшной полости. Помимо тонкокишечных уровней обращали внимание на наличие рентгенологических признаков ЖККН, таких как аэробилия, наличие тени желчных конкрементов вне проекции желчных путей (триада Риглера). Тонкокишечные уровни при поступлении имелись у 48 из 53 (90,6%). Отсутствие тонкокишечных уровней у 5 пациентов способствовало исключению ОКН при поступлении и направлению диагностического процесса в приемном отделении по ложному пути (острый панкреатит, острый аппендицит, ЖКБ и др.). У пациентов с синдромом Бувере во всех случаях тонкокишечные уровни не определялись. Исходя из этого полагаем, что пациенты ЖККН без тонкокишечных уровней поступили тогда, когда желчный камень находился до уровня трейтцевой связки или в период ремиссии. Характерная для ЖККН классическая триада Риглера (тонкокишечные уровни в сочетании с аэробилией и тенью конкремента вне проекции желчных путей) нами при рентгенологическом исследовании не была обнаружена ни в одном случае. Вместе с тем компоненты данной триады, такие как аэробилия или наличие тени конкремента вне проекции желчных путей, нами выявлены у 17 и 4 пациентов соответственно (рис. 1).

Рентгеноконтрастное исследование проведено у 26 (44,8%) больных, при этом наличие внутреннего билиарного свища нами выявлено у 8 (30,8%) обследованных больных на основании выявления рефлюкса контрастного вещества в просвет желчных путей. Одним из информативных методов диагностики ЖККН у обследованных нами больных являлось УЗИ брюшной полости. Во время проведения эхоскопических исследований нами у обследованных больных выявлялись признаки неспецифического и специфического характера. При этом, если неспецифические признаки характеризовали имеющуюся кишечную непроходимость, то ее билиарное происхождение специфическое. Так, среди неспецифических признаков наиболее часто выявлялись расширение просвета кишечника (84,5%) с наличием неоднородного жидкого содержимого в кишечнике (79,3%). Среди специфических эхоскопических признаков наиболее часто нами были выявлены деформированность желчного пузыря с неоднородным содержимым (77,6%) и наличие аэробилии (12,1%) (рис. 2). Кроме этого, во время эхоско-

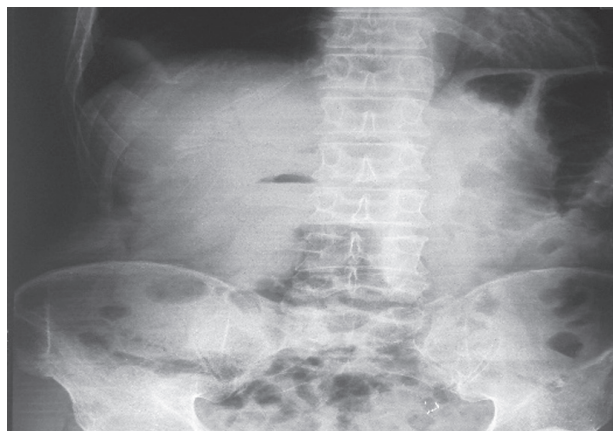
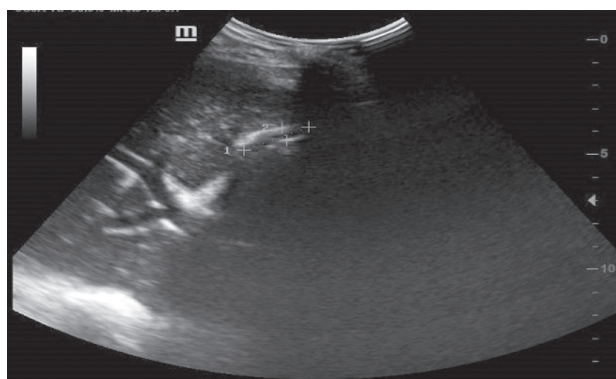
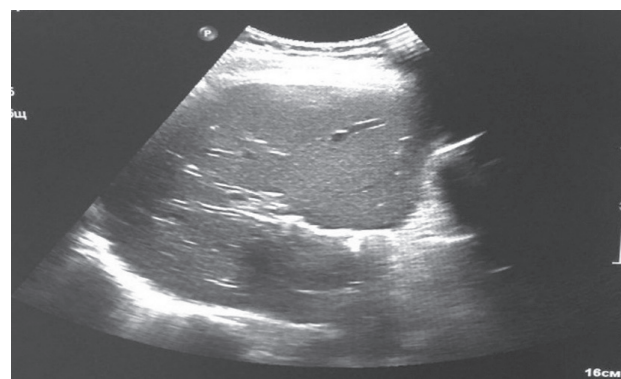


Рис. 1. Больной Б., 70 лет. № 24753. Рентгенограмма: наличие тонкокишечного уровня и аэробилии



А



Б

**Рис. 2.** Больной Б., 70 лет. № 24753. УЗИ: А – деформированный желчный пузырь с неоднородным содержимым; Б – наличие аэробилии

пии у обследованных больных нам в 3 (5,2%) случаях удавалось визуализировать конкремент в просвете кишки.

Среди традиционных методов диагностики в установлении наличия синдрома Бувере большое значение придавалось ЭГФДС. Показанием к ЭГФДС служили наличие клиники пилорoduodenальной непроходимости (многократная рвота, боли в эпигастрии), а также характер рвотных масс в виде «кофейной гущи». При этом у всех пациентов выявляли наличие билиодигестивного свища с пилорoduodenальной обструкцией конкрементом (рис. 3). При наличии тонкокишечной ОКН ЭГФДС проводили при подозрении ЖККН у 22 (41,5%) больных. При этом билиодуоденальный свищ выявлен у 18 (34,0%) пациентов (рис. 4). Из них у 2 пациентов с ЖККН свищ был ошибочно принят за язву ДПК.

Видеолапароскопия выполнена 12 пациентам. При этом основным условием для проведения данного вмешательства считали стабильное состояние центральной гемодинамики или стабилизацию ее путем проведения интенсивной протившоковой терапии. При этом у 6 (50%) пациентов в брюшной полости определялся серозный, в 5 (41,7%) случаях выявлялось наличие гнойного выпота. У 3 (60%) пациентов имеющийся перитонит носил местный, а у 2 (40%) больных – диффузный характер. Одним из лапароскопических признаков ЖККН явился выраженный спаечный процесс, ограниченный правой подпеченочной областью, что отмечено у всех пациентов с данной патологией. Это обстоятельство санкционировали на более тщательной ревизии тонкой кишки на предмет выявления обтурирующего конкремента без рассечения спаек подпеченочной области. У 8 (66,7%) пациентов в просвете тонкой кишки выявлено плотное образование (конкремент) (рис. 5).



**Рис. 3.** Больная Н., 57 лет. № 38971. ЭГДФС. Пилорoduodenальная обструкция с желчным камнем

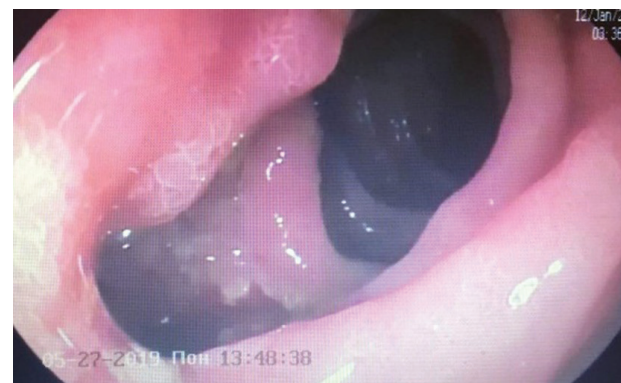
В качестве современных способов лучевой диагностики нами у 6 больных основной группы применялась мультисканная компьютерная томография (МСКТ) брюшной полости. При этом во всех случаях выявлены все компоненты триады Риглера (рис. 6).

У 5 пациентам с синдромом Бувере была выполнена МРТ-холангиография. При этом выявлен сморщенный желчный пузырь, холецистoduodenальный свищ и большой конкремент в ДПК (рис. 7).

Результаты исследования показали, что диагностика ЖККН в виде синдрома Бувере не представляет особых затруднений и может быть установлен путем ЭГФДС или рентгенконтрастного исследования ЖКТ. Вместе с тем своевременно установить тонкокишечную ЖККН достаточно трудно. Учитывая эти обстоятельства, у больных с ЖККН нами были применены современные способы диагностики данного осложнения в виде МСКТ брюшной полости, МРТ-холангиографии (МРХПГ).

Все специалисты признают, что главной задачей лечения ОКН, в т.ч. ЖККН является устранение кишечной непроходимости. В отношении ЖККН мы также придерживались указанного принципа и считаем, что одномоментное устранение билиодигестивного свища должно выполняться по строгим показаниям. С целью снижения хирургической агрессии и улучшения результатов лечения в процессе проведения исследований стремились внедрить малоинвазивные вмешательства.

Лишь в двух случаях, при расположении конкремента у баугиниевой заслонки, нам удалось сместить конкремент в слепую кишку без вскрытия просвета. У 32 пациентов операция ограничивалась энтеролитотомией с ушиванием



**Рис. 4.** Больной Б., 70 лет. № 24753. ЭГДФС. Визуализируются устья холецистoduodenального свища





Рис. 5. Больная Р., 69 лет. № 29889. ВЛС. Визуализируется плотное образование в просвете тонкой кишки

энтеротомной раны двухрядным швом и дренированием брюшной полости. Энтеротомию выполняли после смещения конкремента дистально на 5-10 см в неизменный участок кишки, в поперечном направлении. Это позволяло ушить энтеротомную рану без какой-либо деформации стенки. При невозможности смещения конкремента дистально (16) энтеролитотомия выполняли на 30-40 см проксимально от зоны обтурации, после продвижения камня к этому участку (табл. 1).

У 4 пациентов, поступивших в последние годы исследования, энтеролитотомия выполнена под видеолапароскопическим ассистированием через минилапаротомию в правой подвздошной области с хорошим результатом. У 12 пациентов, как правило, в связи с поздним поступлением, а также запоздалой диагностикой, во время операции выявлены некроз и перфорация стенки кишки вследствие пролежня конкрементом. Перфорация кишки в 9 случаях осложнялась перитонитом (местный – 3, диффузный – 6). Объем операции у данных пациентов состоял из резекции пораженной петли с наложением энтеро-энтероанастомоза по типу «бок в бок» (11 больных) или (при диффузном перитоните) илеостомии (1).

У 31 (53,4%) пациента послеоперационный период протекал без осложнений. У остальных 27 (46,6%) больных отмечены различные осложнения, которые в 6 случаях привели к летальному исходу. Послеоперационный койко-день составил  $12,4 \pm 1,2$  дня. Всего в послеоперационном периоде умерли 6 (10,3%) больных. Причиной смерти послужили послеоперационные перитониты с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности (2), ТЭЛА (2), ОИМ (1) и ОНМК (1).

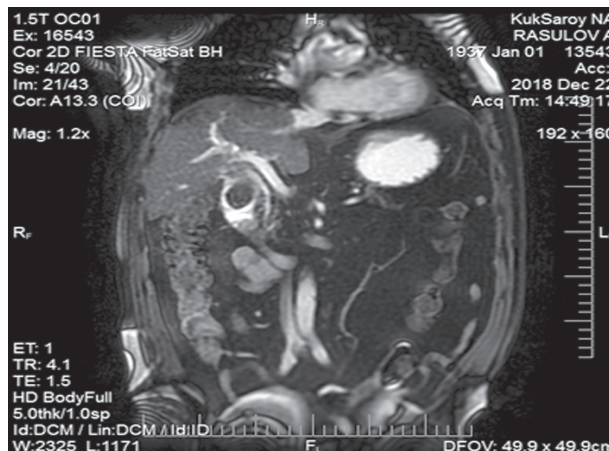
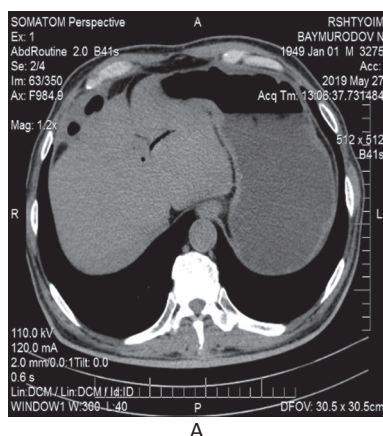


Рис. 7. МРТ-холангиограмма больного с синдромом Бувере. Желчный пузырь сморщен и припаян на ДПК с образованием свища. Визуализируется большой конкремент в верхнем горизонтальном отделе ДПК

## Заключение

Традиционные методы обследования больных в основном позволяют дооперационно достоверно установить лишь наличие острой кишечной непроходимости. Билиарная природа последней в подавляющем большинстве случаев выявляется только интраоперационно – во время проведения оперативных вмешательств. Учитывая эти обстоятельства, у больных с ЖККН нами были применены современные способы диагностики данного осложнения в виде мультисканной компьютерной томографии (МСКТ) брюшной полости, МРТ-холангиографии (МРХПГ).

В процессе лечения ЖККН мы придерживались принципа, что главной задачей при этом является устранение кишечной непроходимости. Наряду с этим одномоментное устранение билиодигестивного свища, по нашему мнению, должно выполняться по строгим показаниям. С целью снижения хирургической агрессии и улучшения результатов лечения в процессе проведения исследований стремились внедрить малоинвазивные вмешательства.

Таким образом, наши исследования показали, что операции по поводу ЖККН сопровождаются большим числом осложнений и летальности. Причиной этого являются пожилой и старческий возраст пациентов с большим числом сопутствующих патологий, поздняя обращаемость, трудность диагностики и травматичность самого вмешательства.

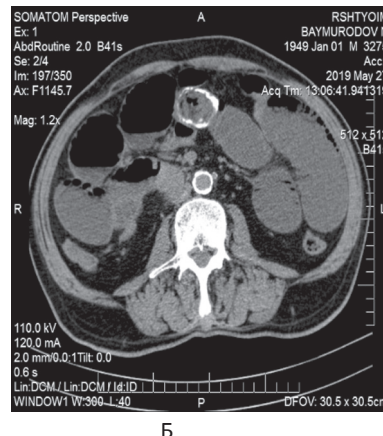


Рис. 6. Больной Б., 70 лет. № 24753. МСКТ брюшной полости. А. Определяется воздух во внутривенных желчных протоках. Б. В просвете тонкой кишки определяется конкремент размером 3,5х2,6 см

Таблица 1. Разновидности примененных оперативных вмешательств, n=58

| Объем и характер операции   | Абс. (умерло) | %                 |
|---|---------------|-------------------|
| Гастротомия с удалением конкремента   | 5             | 8,6               |
| Низведение желчного конкремента из подвздошной в толстую кишку без энтеротомии                  | 2             | 3,4               |
| Энтеротомия с удалением конкремента   | 32 (2)        | 55,2 (6,3)        |
| Видеоассистированная энтеротомия с удалением конкремента  | 4             | 6,9               |
| Резекция кишечника с наложением анастомоза  | 11 (1)        | 19,0 (9,1)        |
| Резекция кишечника с наложением илеостомы   | 1 (1)         | 1,7 (100)         |
| Энтеротомия с удалением конкремента + разобщение холецисто-дуоденального свища, холецистэктомия | 3 (2)         | 5,2 (66,7)        |
| <b>Всего</b>  | <b>58 (6)</b> | <b>100 (10,3)</b> |

ства. Основным путем улучшения результатов лечения данной категории являются совершенствование диагностики и минимизация операционной травмы.

### Литература

- Хаджибаев А.М., Мадиев Р.З., Халилов А.С. Дифференцированный подход к использованию назоэнтеральной интубации при острой кишечной непроходимости и перитоните. Вестник экстренной медицины. 2015;(2):54-59. [Khadjibaev A.M., Madiev R.Z., Khalilov A.S. Differentsirovannyi podkhod k ispol'zovaniyu nazoenteral'noi intubatsii pri ostroi kishechnoi neprokhodimosti i peritonite. Vestnik ekstremnoi meditsiny. 2015;(2):54-59. In Russian].
- Хаджибаев Ф.А., Мансуров Т.Т., Элмуродов Г.К. Вопросы диагностики острой кишечной непроходимости. Вестник экстренной медицины. 2021;14(1):77-83. [Khadjibaev F.A., Mansurov T.T., Elmurodov G.K. Voprosy diagnostiki ostroi kishechnoi neprokhodimosti. Vestnik ekstremnoi meditsiny. 2021;14(1):77-83. In Russian].
- Глухов А.А., Кошелев П.И. и др. Диагностика и лечение обтурационной желчнокаменной тонкокишечной непроходимости. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2016;9(1):39-41. [Glukhov A.A., Koshelev P.I. i dr. Diagnostika i lechenie obturatsionnoi zhelchnokamennoi tonkokishechnoi neprokhodimosti. Vestnik eksperimental'noi i klinicheskoi khirurgii. 2016;9(1):39-41. In Russian].
- Aldo C., Lorenzo M., Olgerta L., Alberto C., Licia U., Melchior G. Rolling in the Deep: Imaging Findings and Diagnostic Pearls in Gallstone Ileus. Surg Res Pract. 2020; 1421753. doi: 10.1155/2020/1421753.
- Давидов М.И., Никонова О.Е. Опыт диагностики и лечения желчнокаменной кишечной непроходимости. Медицинский альманах. 2015;(3):231-233. [Davidov M.I., Nikonova O.E. Opyt diagnostiki i lecheniya zhelchnokamennoi kishechnoi neprokhodimosti. Meditsinskii al'manakh. 2015;(3):231-233. In Russian].
- Харитонов С.В., Раннев И.Б., Харитонов С.С. Желчнокаменная кишечная непроходимость: вопросы диагностики и лечения. Хирургия. 2018;(10):39-43. [Kharitonov S.V., Rannev I.B., Kharitonov S.S. Zhelchnokamennaya kishechnaya neprokhodimost': voprosy diagnostiki i lecheniya. Khirurgiya. 2018;(10):39-43. In Russian].
- Мамчич В.И., Бондаренко Н.Д., Чайка М.А. Новое в проблеме желчнокаменной кишечной непроходимости. Анналы хирургической гепатологии. 2020;25(1):62-68. [Mamchich V.I., Bondarenko N.D., Chaika M.A. Novoe v probleme zhelchnokamennoi kishechnoi neprokhodimosti. Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2020;25(1):62-68. In Russian].
- Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Курбонов А.Б. Желчнокаменная кишечная непроходимость. Вестник экстренной медицины. 2019;11(5):98-104. [Khadjibaev F.A., Alidjanov F.B., Kurbonov A.B. Zhelchnokamennaya kishechnaya neprokhodimost'. Vestnik ekstremnoi meditsiny. 2019;11(5):98-104. In Russian].
- Nakao A., Okamoto Y., Sunami M., Fujita T., Tsuji T. The oldest patient with gallstone ileus: report of a case and review of 176 cases in Japan. Kurume Med J. 2008;55:29-33.
- Chang L., Chang M., Chang H.M., Chang A.I., Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. Emerg Radiol. 2018;25(2):189-196. doi: 10.1007/s10140-017-1568-5.
- Фомин В.С., Исаев А.И., Карсотьян Г.С., Цальцаев А.Ш. Лапароскопическое лечение желчнокаменной кишечной непроходимости. Литературные данные и клиническое наблюдение. Московский хирургический журнал. 2016;47(1):11-15. [Fomin V.S., Isaev A.I., Karsot'yan G.S., Tsal'tsaev A.Sh. Laparoskopicheskoe lechenie zhelchnokamennoi kishechnoi neprokhodimosti. Literaturnye dannye i klinicheskoe nablyudenie. Moskovskii khirurgicheskii zhurnal. 2016;47(1):11-15. In Russian].
- Halabi W.J., Kang C.Y., Ketana N., Lafaro K.J., Nguyen V.Q., Stamos M.J., Imagawa D.K., Demirjian A.N. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. Ann Surg. 2014;259(2):329-335. doi: 10.1097/SLA.0b013e31827eefed.
- Кузнецов А.Г., Колодей В.Н., Страпко В.П. Желчнокаменная кишечная непроходимость: закономерности и особенности клиники и лечения. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2017;15(5):589-595. [Kuznetsov A.G., Kolotsei V.N., Strapko V.P. Zhelchnokamennaya kishechnaya neprokhodimost': zakonomernosti i osobennosti kliniki i lecheniya. Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. 2017;15(5):589-595. In Russian].

## ЎТ ТОШЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИДАГИ ХУСУСИЯТЛАРИ (20 ЙИЛЛИК ТАЖРИБА)

Ф.А. ХАДЖИБАЕВ<sup>1,2</sup>, Ф.Б. АЛИДЖАНОВ<sup>2</sup>, А.Б. КУРБОНОВ<sup>1</sup>, Д.Т. ПУЛАТОВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази

<sup>2</sup>Тиббий ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

**Материал ва усуллар.** Ўт тошли ичак тутилиши билан 2001–2020 йилларда РШТЎИМ га ётқизилган 58 та беморни ташхислаш ва даволаш натижалари таҳлил қилинган. Эркаклар 16 нафар (27,6%), аёллар – 42 та (72,4%) ни ташкил қилган. Беморлар ўртача  $70,4 \pm 6,8$  ёшда эди. 53 нафар беморда ингичка ичак ва 5 тасида пилородуоденал тутилиш (Bouveret синдроми) кузатилган. Ўт тошли ичак тутилишини ташхислаш жараёни ўзига анъанавий усулларни ва шу билан бирга, замонавий нур ва эндовизуал ташхислаш усулларни қамраб олади.

**Натижалар.** Ўт тошли ичак тутилиши, ўткир ингичка ичак тутилиши билан жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморларнинг 3,1% ни ташкил қилди. Ўт тошли ичак тутилиши учун хос бўлган оддий қорин бўшлиғи рентгенографиясида тўлиқ Риглер учлиги жуда кам аниқланади ва унинг таркибий қисмларидан бирининг ингичка ичак косачалари билан бирга келиши биз томондан атиги 3662% қайд этилди. Ўт тошли ичак тутилиши билан беморлар жарроҳлик даво тактикасини танлаш қўйилган ташхисга ва аниқ клиник-амалиёт топилмасига боғлиқ.

**Хулоса.** Ўт тошли ичак тутилишидаги жарроҳлик амалиёти кўп сонли асоратлар ва ўлим билан кечади. Бунинг сабаби, беморларнинг кўп миқдорда қўшимча касалликлари бўлган қари ва кекса ёшдалиги, кеч мурожаат қилиш, ташхиснинг қийинлиги ва амалиётнинг инвазивлигидир. Бундай гуруҳ беморларнинг даволаш натижаларини яхшилашнинг асосий йўли бу ташхислашни такомиллаштириш ва жарроҳлик амалиётини минималлаштиришдир.

**Калит сўзлар.** Ўт тошли ичак тутилиши, Бувере синдром, энтеролитотомия.

### Сведения об авторах:

Хаджибаев Фарход Абдухакимович – доктор медицинских наук, руководитель отдела экстренной хирургии, профессор кафедры экстренной медицины ЦРПКМР.

Алиджанов Фатих Бакиевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры экстренной медицины ЦРПКМР.

Курбонов Анвар Боходирович – врач-хирург, базовый докторант РНЦЭМП. Тел.: +99897-4600327; E-mail: anvarkurbonov@mail.ru.

Пулатов Дилмурод Тухтабоевич – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии РНЦЭМП.

Поступила в редакцию: 26.06.2021

### Information about author:

Khadjibaev Farhod Abdukhakimovich – MD, DSc, Head of the Department of Emergency Surgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Professor of the Department of Emergency Medicine, Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan.

Alidjanov Fatih Bakievich – MD, DSc, Professor of the Department of Emergency Medicine, Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan.

Kurbonov Anvar Bakhodirovich – MD, PhD Student on Emergency Medicine, Surgeon in Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan. Phone: +99897-4600327, Email: anvarkurbonov@mail.ru.

Pulatov Dilmurod Tukhtaboevich – MD, PhD, Deputy Chief Physician for Surgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.

Received: 26.06.2021