

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**РУЗИЕВ АХТАМ ЭРГАШОВИЧ**

**НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТДА ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДАН  
КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ КОМПЛЕКС ЛИМФА ТЕРАПИЯ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Бухоро – 2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Рузиев Ахтам Эргашович**

Носпецифик ярали колитда жарроҳлик амалиётидан кейинги даврдаги  
комплекс лимфа терапия.....5

**Рузиев Ахтам Эргашович**

Комплексная лимфатическая терапия при неспецифическом язвенном колите  
в послеоперационном периоде.....22

**Ruziev Akhtam Ergashovich**

Complex lymphatic therapy for unspecific ulcerative colitis in the postoperative  
period.....43

**Эълон қилинган нашрлар рўйхати**

Список опубликованных работ

Lists of published works ..... 47

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**РУЗИЕВ АХТАМ ЭРГАШОВИЧ**

**НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТДА ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДАН  
КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ КОМПЛЕКС ЛИМФА ТЕРАПИЯ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Бухоро – 2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № В2019.2.PhD/Tib987 рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институти ва Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифанинг ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

<b>Илмий раҳбар</b>	<b>Эгамов Юлдашали Сулаймонович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор
<b>Расмий оппонентлар</b>	<b>Земляной Вячеслав Петрович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор (Россия Федерацияси) <b>Лигай Руслан Ефимович</b> тиббиёт фанлари доктори
<b>Етакчи ташкилот</b>	<b>Москва давлат тиббий-стоматология университети</b> (Россия Федерацияси)

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2021 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри. А. Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: [buhme@mail.ru](mailto:buhme@mail.ru).)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин ( \_\_\_ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2021 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ кунни тарқатилди.

(2021 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А.Ш. Иноятов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Д.Н. Ачилова**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD)

**Н.А. Нуралиев**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Дунёнинг кўплаб мамлакатларида «...носпецифик ярали колит билан касалланиш 100 минг аҳолига 50 – 80 кишини ташкил қилади. Касаллик кўрсаткичининг юқори чўққиси 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган беморларда кузатилади»<sup>1</sup>. Йўғон ичакнинг яллиғланиш касалликлари тарқалишининг ўсиши даражаси ҳозирги вақтда ушбу тоифадаги беморларга, шу жумладан носпецифик ярали колит билан оғриган беморларга ихтисослашган ва такомиллаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишга нисбатан устун бўлиб бормоқда. Бу касаллик тизимли токсик реакцияларнинг кучайишига ва ичаклар томонидан асоратланишларга сабаб бўлиши мумкин: қон кетиш, ичакнинг токсик кенгайиш ва тешилиш. Шу сабабли носпецифик ярали колитни операциядан кейинги даврда комплекс самарали даволашда – лимфатик усуллардан фойдаланиш устувор йўналишлардан бири бўлиб қолмоқда.

Жаҳон миқёсида ичакнинг яллиғланиш касалликлари, жумладан носпецифик ярали колитларни комплекс ташхислаш ва даволаш жараёнида операциядан кейинги давр асоратланишларининг олдини олишда маҳаллий гомеокинез ва микроциркуляцияни яхшиловчи илмий асосланган дастурларни ишлаб чиқишни талаб этади. Носпецифик ярали колитларни этиопатогенетик даволаш чора-тадбирларини амалга оширишга йўналтирилган қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Соғлиқни сақлашда хусусан, ичак яллиғланиш касалликларининг глобал муаммоларидан бири носпецифик ярали колитни этиопатогенези ва даволаш масалаларини ўрганишни давом эттиришга алоҳида эътибор қаратилмоқда.

Мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини тубдан яхшилаш бўйича кенг қамровли, мақсадли чоралар кўрилмоқда. Бу борада Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегиясида «...аҳолига тиббий ва ижтимоий-тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш, аҳолида соғлом турмуш тарзини шакллантириш»<sup>2</sup>га йўналтирилган муҳим вазифалар белгиланган. Ушбу вазиваларни амалга оширишда, айниқса, ярали колит билан оғриган беморларни даволаш сифатини яхшилашда, турли хил янги жарроҳлик ва консерватив даволаш усулларида фойдаланган ҳолда ижобий натижаларга эришиш кўзда тутилган ва бунга ҳозирги кунда эришилмоқди. Аммо тиббий ёрдам тизимини такомиллаштиришда ушбу соҳа мутахассислари учун муҳим муаммо бўлган носпецифик ярали колитни консерватив ва жарроҳлик йўли билан даволашда қўлланиладиган янги усулларнинг самарадорлигини баҳолаш учун илмий асосланган натижалар зарур.

<sup>1</sup> Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Карапыш В.А., Василенко И.В. Неспецифический язвенный колит // Архив внутренней медицины. – 2015. – № 4(24). – С.62-65.

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони // [www.lex.uz](http://www.lex.uz)

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида» ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот Республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ичакнинг яллиғланиш касалликлари, шу жумладан носпецифик ярали колит, абдоминал хирургиянинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ҳозирги замон маълумотларига кўра, бутун дунё аҳолисининг тахминан 0,3 - 0,4%и носпецифик ярали колитдан азият чекади (Ивашкин В.Т. 2017). Уларнинг 10-30% операция қилинадиган беморлар бўлиб, ўсиш тенденциясига эга (Исаханов Г.И., 2020).

Аутоиммун этиологияга эга бўлиб, ўзига хос бўлган яллиғланиш билан кечадиган носпецифик ярали колитларда кузатиладиган «дори-дармонларга резистентлик» беморлар ўлимига сабаб бўлиши мумкин (Тимербулатов М.В. 2013). Шунинг учун носпецифик ярали колит билан касалланишнинг кўпайиши муқаррар равишда операцияга муҳтож беморларнинг мутлақ сонини ошишига олиб келади.

Ҳозир кунгача режали операциядан кейинги эрта асоратланишларнинг кўрсаткичи носпецифик ярали колитда 10% га, кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда эса 60-80% гача етади ва бунда ўлим ҳолати 12% дан 50% гача боради (Наврузов С.Н.2018). Шу сабабли носпецифик ярали колитни комплекс даволашнинг самарадорлигини оширишда янги усуллардан фойдаланиш катта амалий аҳамият касб этади.

Носпецифик ярали колитнинг клиник ва морфологик белгилари яхши ўрганилганлигига ва адабиётларда батафсил ёритилганига қарамай, унинг этиологик омиллари ва патогенезидаги ўрганилмаган томонлари мавжуд бўлиб, ушбу касалликнинг этиопатогенетик даволаш усуллари ҳозирги кунга қадар номаълум бўлиб қолмоқда (Ивашкин В.Т. 2017).

Антибиотикотерапиянинг самарадорлигини ошириш ва иммунитетни коррекциялаш усуллари билан бу лимфа тизимида дори воситаларини киритишдир (Джумабоев С.У. 1987). Аммо носпецифик ярали колитларда

эндолимфатик терапия айрим ҳолатларда ва фақат асоратланишлар бўлганида қўлланилган (Эмирасланов Ф.Л., 2017).

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтида «Қорин бўшлиғи органларининг ўткир жарроҳлик касалликларини ташхислаш, даволаш ва олдини олишда илғор технологияларни ишлаб чиқиш» ПЗ-201809077 – сон илмий тадқиқот ишларининг режаси доирасида бажарилган (2018-2020 йй).

**Тадқиқотнинг мақсади** носпецифик ярали колит билан оғриган беморларда операциядан кейинги давр асоратланишларини олдини олиш ва даволаш натижаларини яхшилашда қорин бўшлиғидаги регионал гомеокинезни тартибга солувчи эндомезентериал лимфатик терапияни қўллаш усулини ишлаб чиқишдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

носпецифик ярали колит патогенези механизмларини исботловчи тажрибаоти ҳайвонларида меъерий ҳолатда ичак тутқичи ва ичак деворларидаги регионал лимфа оқимининг ҳолатини экспериментда аниқлаш;

тажрибаоти ҳайвонларида эксперимент шароитида ярали колит моделини ишлаб чиқиш;

яратилган ярали колит моделида ичакдаги регионал лимфа айланишидаги ўзгаришларнинг ўзига хос хусусиятларини баҳолаш ва шу билан бирга лимфотроп терапиянинг самарадорлигини аниқлаш;

носпецифик ярали колит билан асосий гуруҳдаги беморларда операциядан кейинги даврда қўлланилган эндомезентериал лимфотроп терапиянинг назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан самарадорлигини аниқлаш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2009 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда Андижон давлат тиббиёт институти клиникасида текширилган ва операция усулида даволанган 95 нафар беморлар, эксперимент тадқиқот ишлари учун эса 24 нафар тажрибаоти ҳайвонлари – итлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида носпецифик ярали колитда операциядан кейинги давр асоратланишларини келтириб чиқарадиган омилларни баҳолаш ва олдини олиш жараёнлари олинган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда умумий клиник, лаборатор, инструментал, статистик усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйдагилардан иборат:

тажрибаоти ҳайвонларда ярали колит экспериментал модели яратилган ва носпецифик ярали колитда клиник патогенетик ўзгаришларни келиб чиқиш механизмлари аниқланган;

экспериментал модел ёрдамида ошқозон-ичак тизимида бўладиган патологик ўзгаришлар натижасида юзага келадиган ичак тутқичи ва

деворларидаги микролимфа томирларидаги морфологик ўзгаришлар микролимфоциркуляциянинг таъсир этиши аниқланган;

носпецифик ярали колитни операциядан кейинги даврда комплекс даволашда қўлланилган эндомезентериал лимфатроп терапия усулининг ичаклар тизимидаги регионал гомеокинезни тартибга солишда афзаллик томонлари мавжудлиги аниқланган;

носпецифик ярали колитни операциядан кейинги даврда комплекс даволашда эндомезентериал лимфатроп терапия усулини қўллаш ривожланиши мумкин бўлган ичак асоратланишларининг олдини олиши, ўлим ҳолатларини ва бемор шифохонадаги ётоқ кунларининг қисқаришига олиб келиши аниқланган;

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** куйдагилардан иборат:

экспериментал тадқиқотда қорин бўшлиғи аъзолари лимфа тизимини морфологик ўрганиш шуни кўрсатдики, мезентериал томирлар ва йўғон ичакнинг лимфа тугунларида лимфомикроциркуляция, маҳаллий микролимфа томирлар фаолиятидаги бузилишлар носпецифик ярали колитнинг операциядан кейинги давр асоратланишларнинг ривожланишида катта аҳамият касб этувчи механизмлар эканлиги аниқланган;

экспериментда, тажрибаоти ҳайвонларида ярали колит моделини ишлаб чиқиш орқали ярали колитнинг ривожланиш босқичларида ичаклар девори ва тутқичларидаги лимфа тизимининг ролини юқори аҳамиятга эга эканлиги аниқланган;

операциядан кейинги даврда носпецифик ярали колит билан касалланган беморларни даволаш комплексида эндомезентериал лимфотроп терапиянинг қўлланилиши ошқозон-ичак тракти фаолияти тикланишини тезлаштириши ва ичаклар томонидан кузатилиши мумкин бўлган асоратланишларнинг ривожланишига йўл қўймаслиги аниқланган;

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** ишда қўлланилган назарий ёндошув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, тадқиқот объектлари сони етарлилиги, клиник, инструментал (колоноскопия, ирригография, рентгенография), статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, олинган натижаларнинг халқаро ва маҳаллий тадқиқотлар натижалари билан таққосланганлиги, ҳамда ҳулосаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти экспериментда меърий шароитда ва ярали колит модели шароитида ичак тутқичи ва девори лимфа оқимидаги фарқларнинг илмий асосланган тизими ишлаб чиқилган бўлиб, бу ярали колитларда операциядан кейинги даврда маҳаллий микроциркуляциянинг бузилиши натижасида ичак томонидан кузатилиши мумкин бўлган асоратланишларнинг ривожланишини тушунтиради ва носпецифик ярали колитни комплекс даволашнинг патофизиологик асоси бўлган лимфологик

тамоийилларнинг хусусиятларини аниқлашга доир билимларни бойитишга муҳим ҳисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти носпецифик яралли колитни комплекс текшириш ва даволаш алгоритминини ишлаб чиқиши ва операциядан кейинги давр асоратланишларининг олдини олишга қаратилган лимфотроп терапия усулини қўллаш натижаларидан келиб чиққан ҳолда, ушбу янги усулни ичакларда бажариладиган катта ҳажмли операциялардан кейинги даврда қўллашни кенгайтириш билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Носпецифик яралли колитни комплекс даволашда операциядан кейинги даврда эндомезентериал лимфотроп терапияни қўллаш орқали асоратланишларининг олдини олишдаги натижаларни яхшилаш бўйича олинган илмий хулосалар асосида:

операциядан кейинги даврда носпецифик яралли колитнинг даволаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган «Операциядан кейинги даврда носпецифик яралли колитнинг комплекс терапияси» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 23 ноябрдаги 8н-р/460-сонли маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар операциядан кейинги даврда ичак асоратланишларининг олдини олиш орқали носпецифик яралли колит билан касалланган беморларни хирургик даволашни самарадорлигини ва сифатини оширишга имкон берган;

носпецифик яралли колитни лимфатик даволаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган «Носпецифик яралли колитни лимфатик даволаш усули» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 31 декабрдаги 8н-р/679-сонли маълумотномаси). Услубий тавсиялар операциядан кейинги даврда яралли колит билан касалланган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга, асоратланишларнинг олдини олишга ёки кескин камайитиришга хизмат қилган;

носпецифик яралли колит билан касалланган беморларни операциядан кейинги даврда комплекс лимфотроп даволаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан Андижон, Бухоро, Наманган вилоятлари кўп тармоқли тиббиёт марказларининг, шунингдек, Андижон давлат тиббиёт институти клиникасининг амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 26 июндаги 08-09/6578-сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг клиник амалиётга жорий қилиниши носпецифик яралли колит билан операциядан кейинги комплекс даволашда лимфотроп усулни қўллаш орқали ичак асоратланишларининг олдини олиш ёки кескин камайитириш имконини беради.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Ушбу тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, шу жумладан 2 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 26 та илмий иш нашр этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг таркиби ва ҳажми.** Диссертациянинг таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 102 бетни ташкил этган.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ҚИСМИ**

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари ифодаланган, илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти ёритилган, тадқиқот натижаларининг апробацияси ва чоп этилган илмий ишлар, диссертациянинг ҳажми ва таркиби тўғрисидаги маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг биринчи боби **«Носпецифик ярали колитнинг этиопатогенези ва даволашнинг долзарб ҳолати: адабиётлар шарҳи»** деб номланган, бу бобда ушбу муаммонинг ҳозирги ҳолати, олдини олишнинг турли хил ёндашувлари, уларни маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг замонавий маълумотларига солиштирган ҳолда баҳолаш ёритилган. Адабиётлар таҳлили натижасида ушбу муаммо бўйича ҳал этилмаган вазифалар аниқланган.

Диссертациянинг икинчи боби **«Тажрибаости ҳайвонларида экспериментал тадқиқот ишларини олиб бориш, ярали колит моделини яратиш»** деб номланган бўлиб, унда тажрибаости ҳайвонларига хос хусусиятлар келтирилган. Экспериментал тадқиқотлар жараёнида тажрибаости ҳайвонларида меъерий ҳолатда ва ярали колит модели яратилгандан кейин ичак тутқичи лимфа тизимининг ҳолати, шунингдек, ярали колитнинг яратилган модели фонида лимфотроп терапиянинг самарадорлиги аниқланганлиги батафсил баён қилинган.

Тажрибаости ҳайвонларида эксперимент ўтказиш учун Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Этик кўмитасининг рухсати олинган (2020 йил 26 августдаги 4-сонли баённома).

Тажрибалар виварийда сақланган тажрибаости итларида амалга оширилган. Тажрибалар ўтказиш учун тажрибаости итларидан ҳар бирида 8 тадан 4 та гуруҳ ташкил этилган, бунда тажрибаости итларнинг тана вазни 11-17 кг, ёши 2,5- 3,5 ни ташкил қилган.

Ичак лимфа тизими меъерий ҳолатини экспериментал ўрганиш усули. Экспериментлар кўк рангли Эванс бўёғи эритмасини тажрибаости ҳайвонларнинг ичак тутқичидан сўрилишига асосланган. Тажрибаости итлар Андижон давлат тиббиёт институти Марказий илмий-тадқиқот лабораторияси шароитида операция қилиниб, ингичка ичак тутқичининг учта нуктасидан: илдиз, ўрта қисми, ичакнинг чекка қисми ва ичак девори

субсероз қисмига 0,1 мл миқдорида Эванс кўк бўёғининг 0,1% эритмаси инъекция усулида юборилган. Эванс бўёғи юборилган вақтдан бошлаб, унинг сўрилиш вақти визуал тарзда, уларнинг ранги тўлиқ йўқолгунича аниқлаш учун секундомер ўрнатилган (1-жадвал).

1-жадвал

**Меъёрий ҳолатда Эванс бўёғини ичак тутқичида сўрилиш вақти**

Эванс бўёғини киритиш нуқталари ва сўрилиш вақти			
Ичак тутқичи илдиз қисми	Ичак тутқичи ўрта қисми	Ичак тутқичининг ичак деворига яқин қисми	Ичак девори субсероз қисми
3 дақ.31 сон. ± 7 сон.	3 дақ. 54 сон. ± 8 сон.	4 дақ.19 сон. ± 6 сон.	4 дақ. 30 сон. ± 7 сон.

1-жадвалдан кўришиб турибдики, ичак тутқичининг турли нуқталарида Эванс бўёғининг сўрилиш вақти бир хил эмас.

Тажрибаости ҳайвонларида ичак тутқичи лимфа тизими меъёрий ҳолати аниқлагандан кейин, ярали колит моделини яратиш ва унинг фонидида ичак тутқичи лимфа тизими ҳолатини, лимфотроп терапиянинг самарадорлиги натижалари аниқланди. Бунинг учун бир қатор экспериментлар амалга оширилган. Экспериментда ярали колитни моделлаштириш учун сирка кислотасидан фойдаланилган.

Адабиёт манбаларига асосланиб (Осиков М.В., 2016), экспериментда ярали колитни моделлаштиришда сирка кислотасининг 4%, 6% ва 7,5% эритмаларидан фойдаланган.

Тажрибаости итларнинг ичаклари тозаловчи ҳукна ёрдамида ювиб тозалангандан кейин, махсус дренаж воситаси орқали йўғон ичакнинг бўшлиғига анус сфинктеридан 18-20 см масофада 2,0 мл 4% сирка кислота эритмаси секинлик билан юборилган. Эритманинг бир текис тақсимланишини таъминлаш учун тажрибаости итнинг орқа оёқлари бир дақиқа давомида юқорига вертикал кўтариб турилган. Кейин эса 1,0 литр 0,9% физиологик эритма билан ичак бўшлиғи ҳукна ёрдамида ювилган. Уларнинг ҳолати 5 кун давомида кузатилган. Аммо ярали колитга хос бўлган клиник симптомлар аниқланмаган. Шунга қарамай, тажрибаости итлар 7-кун марказий илмий тадқиқот лабораториясида операция қилинган. Афсуски, операция даврида йўғон ичакнинг аниқ патологик ўзгарган соҳалари визуал топилмаган. Шунга қарамай, йўғон ичакнинг 4% сирка кислотаси юборилган қисми резекция қилинган.

Микроскоп остида гистологик текшириш пайтида йўғон ичакнинг резекция қилинган қисми шиллиқ қаватида аниқ патологик ўзгаришлар аниқланмаган. 4% сирка кислота эритмаси ёрдамида ярали колитни моделлаштириш натижа бермагани.

Учинчи сериядаги тажрибада 4% сирка кислота эритмаси 6% ли эритма билан алмаштирилган. Тажрибаларнинг иккинчи сериясидаги барча

муолажалар учинчи сериядаги экспериментларда ҳам такрорланган, фақат 4%ли сирка кислота эритмаси ўрнига 6%ли 1,0 мл эритмадан фойдаланилган. Тажрибаости итлар ҳолати кузатилганда учинчи кундан бошлаб интоксикациянинг кичик клиник белгиларидан ҳисобланган шилимшиқли диарея пайдо бўлган, бошқа клиник белгилар кузатилмаган. Муолажаларнинг 7-кунида тажрибаости итлар операция қилинган. Операция вақтида йўғон ичак девори бироз шишганлиги аниқланган, яллиғланишга хос бўлган бошқа белгилар топилмаган. Йўғон ичакнинг шу қисми резекция қилинган.

Микроскоп остида гистологик текширувда йўғон ичак шиллик қаватида аҳамиятсиз некротик қисмлар аниқланган, бошқа патологик ўзгаришлар аниқланмаган.

4% ва 6% сирка кислота эритмаси ёрдамида ярали колитни моделлаштириш тадқиқот натижалари қониқтирмаган. Шу сабабдан ярали колит моделини яратиш учун сирка кислотасининг 7,5% эритмасидан фойдаланишга қарор қилинган.

Тўртинчи серия тажрибаларда сирка кислотасининг 7,5% ли эритмасидан фойдаланилган. Бунда 0,5 мл миқдордаги 7,5% ли сирка кислота эритмаси йўғон ичакка олдинги серияларда кўрсатилгандай кирситилган ва унинг экспозицияси 15-20 сонияни ташкил қилган. Тажрибаости итларининг ҳолати кузатилганда, иккинчи кундан бошлаб ярали колитга хос бўлган клиник белгилар намоён бўла бошлаган: шилимшиқ ва қон аралаш диарея, бадан ҳароратининг кўтарилиши, апатия, иштаҳасизлик. Муолажанинг 7-куни тажрибаости итлар операцияга олинган. Операция вақтида йўғон ичак девори сезиларли даражада шишганлиги, томирлар гиперемияга учраганлиги, яллиғланишга хос бўлган белгилар аниқланган. Интраоперацион ярали колит фонидида ичак тутқичининг лимфа тизими ҳолатини баҳолаш учун Эванс бўёғининг сўрилиш вақти аниқланган. Бунинг учун ичакнинг яллиғланган қисми тутқичи билан жароҳатга чиқарилган ва ичак тутқичининг учта қисмига: илдиз, ўрта қисми, ичакка яқин қисми ва қўшимча равишда ичак деворига субсероз 0,1% Эванс бўёғи 0,1 мл.дан юборилган. Эванс бўёғининг сўрилиши секундомер орқали аниқланган (2-жадвал).

2-жадвал

**Эванс бўёғини ярали колит моделида ичак тутқичидан сўрилиш вақти**

Эванс бўёғини киритиш нуқталари ва сўрилиш вақти			
Ичак тутқичи илдиз қисми	Ичак тутқичи ўрта қисми	Ичак тутқичининг ичак деворига яқин қисми	Ичак девори субсероз қисми
6 дақ.43сон. ±11сон.	7дақ.33сон. ±12сон.	8дақ.39сон. ±11сон.	8дақ.59сон. ±14сон.

2-жадвалдан шуни кўриш мумкинки, ярали колит фонидида Эванс бўёғини сўрилиши меъёрий ҳолатга нисбатан 2 марта ва ундан кўпроқ вақтга узайган.

Тажрибаости итларида ярали колитнинг яратилган модели фонида лимфотроп терапиянинг самарадорлиги аниқланган. Бунинг учун тўртинчи сериядаги экспериментларда қатнашган тажрибаости итлари иккита гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳ назорат, иккинчиси эса асосий гуруҳ бўлган. Биринчи гуруҳ тажрибаости итларининг ичак тутқичига фақат физиологик эритма (0,9% натрий хлорид эритма) 2,0 мл миқдорида юборилган ва 10-15 дақиқадан сўнг 0,1 мл Эванс бўёғининг 0,1%ли эритмаси ичак тутқичига қайта юборилган. Секундомер ёрдамида унинг сўрилиш вақти аниқланган.

Асосий гуруҳга киритилган тажрибаости итларнинг ичак тутқичига, назорат гуруҳидан фарқли ўлароқ, ичак лимфа тизимини стимуляция қилиш учун 2000 бирлик гепарин ва 2,0 мл миқдорида физиологик эритма аралашмаси (0,9% натрий хлорид) юборилган. 10-15 дақиқадан кейин 0,1 мл Эванс бўёғининг 0,1% эритмаси ичак тутқичига қайта юборилган ва бўёқнинг сўрилиш вақти секундом ёрдамида аниқланган (3-жадвал).

3-жадвал

### Ярали колит модели фонида Эванс бўёғи сўрилиши

Ярали колит модели фонида Эванс бўёғи сўрилиши натижалари				
Эванс бўёғини киритиш нуқталари ва бўёқни сўрилиш вақти	Ичак тутқичи илдиз қисми	Лимфостимуляция қилинмасдан (назорат гуруҳи)	Лимфостимуляция қилингандан кейин (асосий гуруҳ)	Тезлашув %
	Ичак тутқичи ўрта қисми	6 дақ.39 сон±10 сон.	4 дақ.02 сон±10 сон.	36,2±1,4
	Ичак тутқичи яқин қисми	7 дақ. 21сон. ± 21сон.	4 дақ. 32 сон.±7 сон.	40,1±2,8
	Ичак тутқичининг ичакка яқин қисми	8 дақ.35 сон.±13 сон.	5 дақ.02 сон.±14 сон.	39,9±1,3

Олинган натижалар лимфотроп терапиянинг самарадорлигини кўрсатади. Бунинг сабаби лимфостимуляция натижасида ичак ва ичак тутқичи лимфа тизимида дренаж фаолияти яхшиланган, бу эса лимфа томирларидаги лимфостази олдини олган. Барча муолажалар тугагандан кейин йўғон ичак резекция қилинган. Микроскоп остида гистологик текширганда ичак шиллиқ қаватида кўплаб некротик ўчоқлар борлиги аниқланган.

Диссертациянинг учинчи боби «**Носпецифик ярали колит билан беморларда клиник тадқиқотларни олиб бориш**» деб номланган бўлиб,

унда носпецифик ярали колитнинг беморларда кечувчи клиник хусусиятлари берилган ва уларни даволаш воситалари, усуллари, клиник-лаборатор ва инструментал текшириш усуллари баён этилган.

Тадқиқотнинг клиник қисми операциядан кейинги даврда носпецифик ярали колит билан беморларни комплекс даволашда эндомезентериал лимфотроп терапияни қўллашга асосланган. 2009 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда Андижон давлат тиббиёт институти клиникасининг колопроктология бўлимига носпецифик ярали колит билан ётқизилган ва хирургик усулда даволанган 95 нафар беморнинг касаллик тарихи таҳлил қилинган. Операциядан олдин барча беморлар клиник, инструментал ва лаборатор тадқиқот усуллари ўз ичига олган текширувлардан ўтказилган.

Беморни касалхонага ётқизиш вақтида инструментал текширув алгоритми қуйидагича бўлган: колоноскопия, ирригография, ультратовуш текшируви, эзофагогастродуоденоскопия.

Беморнинг аҳволи оғир бўлиб, касалхонага шошилиш ётқизиш вақтида инструментал текширув алгоритми қисқартирилган: колоноскопия, қорин бўшлиғи аъзоларининг оддий рентгенографияси, фиброгастродуоденоскопия.

**Патоморфологик текширув.** Тадқиқотлар жараёнида олинган макропрепаратлар Андижон давлат тиббиёт институти клиникасининг патоморфология лабораториясида текширилган. Гистологик текширишлар ёруғлик микроскопи ёрдамида амалга оширилган.

Клиник тадқиқотга жалб қилинган 95 нафар беморлар икки гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳ – назорат гуруҳи бўлиб (n=42), уларга операциядан кейинги даврда анъанавий даволаниш усули қўлланилган. Иккинчи – асосий гуруҳга (n=53) киритилган беморларга операциядан кейинги даврда комплекс даволаш қўшимча эндомезентериал лимфотроп терапияни қўллаш билан тўлдирилган.

Тадқиқотдаги барча беморлар жинси ва ёшига кўра бўлинган (4-жадвал).  
4-жадвал

**Беморларнинг жинси ва ёшига қараб тақсимланиши (n=95)**

Ёши	Беморлар сони		Жами	
	Эркаклар	Аёллар	Мутлақ	%
16 - 20	1	2	3	3,2
21 - 30	14	14	28	29,5
31 – 40	14	15	29	30,5
41 – 50	10	12	22	23,2
51 – 60	6	5	11	11,5
> 60	1	1	2	2,1
Жами:	46	49	95	100

Жадвалдан кўриниб турибдики, беморларнинг кўпчилиги аёллар - 49 (51,6%), 46 (48,2%) эркаклар.

Носпецифик ярали колитнинг ўртача ва оғир шакллари билан беморларнинг ҳолатини баҳолаш клиник, лаборатор, эндоскопик, рентгенологик, морфологик тадқиқот усулларига асосланган. Беморларда носпецифик ярали колитни характерловчи клиник белгилар I гуруҳ учун 5-жадвал ва II гуруҳ учун 6-жадвалда келтирилган.

5-жадвал

**I гуруҳдаги беморларда НЯКнинг клиник намоён бўлиши**

Клиник белгилар	Клиник симптомларнинг учраши					
	Ўртаоғир шакли (n = 18)		Оғир шакли форма (n = 24)		Умумий сони (n = 42)	
	Мутлақ	%	Мутлақ	%	Мутлақ	%
Нажас частотаси:						
кунига 3 мартагача	-	-	-	-	-	-
3-7 марта бир кунда	2	11,1	1	4,2	3	7,2
7-10 марта бир кунда	13	72,2	1	4,2	14	33,3
кунига 10 мартадан кўп	3	16,7	22	91,6	25	59,5
Нажасда қон:						
оз миқдорда	6	33,3	-	-	6	14,3
кўп миқдорда	12	66,7	24	100	36	85,7
Бемор аҳволи:						
ўртаоғир	12	66,7	2	8,3	14	33,3
оғир	6	33,3	22	91,7	28	66,7

6-жадвал

**II гуруҳдаги беморларда НЯКнинг клиник намоён бўлиши**

Клиник белгилар	Клиник симптомларнинг учраши					
	Ўртаоғир шакли (n = 18)		Оғир шакли форма (n = 24)		Умумий сони (n = 42)	
	Мутлақ	%	Мутлақ	%	Мутлақ	%
Нажас частотаси:						
кунига 3 мартагача	-	-	-	-	-	-
3-7 марта бир кунда	2	9,5	-	-	2	3,8
7-10 марта бир кунда	14	66,7	4	12,5	18	33,9
кунига 10 мартадан кўп	5	23,8	28	87,5	33	62,3
Нажасда қон:						
оз миқдорда	6	28,6	-	-	6	11,3
кўп миқдорда	15	71,4	32	100	47	88,7
Бемор аҳволи:						
ўртаоғир	18	85,7	4	12,5	22	41,5
оғир	3	14,3	28	87,5	31	58,5

Беморларни клиникага қабул жараёнида олиб борилган лаборатория тадқиқотларининг натижалари 7-жадвал ва 8-жадвалларда келтирилган. НЯКнинг оғир шакли яллиғланиш жараёнининг қондаги сезиларли ўзгаришлар фонида оғир анемия билан ажралиб турган.

Жадваллардан кўришиб турибдики, беморлар қони таркибида сезиларли ўзгаришлар мавжуд бўлиб, бунга асосий касалликнинг оғирлиги ва унинг асоратлари туфайли танадаги ўзгаришлар, ҳамда қўшимча касалликларнинг борлиги сабаб бўлган.

7-жадвал

### I гуруҳ беморларининг қон таркиби кўрсаткичлари

Лаборатория кўрсаткичлари	НЯКда кўрсаткичларнинг учраш частотаси					
	Ўртаоғир шакли (n = 18)		Оғир шакли (n = 24)		Умумий сони (n = 42)	
	Мутлақ	%	Мутлақ	%	Мутлақ	%
ЭЧТ (мм/с):						
< 25 мм/с.	10	55,6	12	50	22	52,4
26-35 мм/с.	5	27,8	7	29,2	12	28,6
> 35 мм/с.	3	16,6	5	20,8	8	19,0
Гемоглобин:						
110 – 119 г/л.	3	16,7	3	12,5	6	14,3
100 – 109 г/л.	7	38,9	4	16,7	11	26,2
90 – 99 г/л.	5	27,8	10	41,6	15	35,7
< 90 г/л.	3	16,6	7	29,2	10	23,8
Лейкоцитоз:						
< $11 \times 10^9/л$	13	72,2	14	58,3	27	64,3
> $11 \times 10^9/л$	5	27,8	10	41,6	15	35,7

8-жадвал

### II гуруҳ беморларининг қон таркиби кўрсаткичлари

Лаборатория кўрсаткичлари	НЯКда кўрсаткичларнинг учраш частотаси					
	Ўртаоғир шакли (n = 18)		Ўртаоғир шакли (n = 18)		Ўртаоғир шакли (n = 18)	
	Мутлақ	%	Мутлақ	%	Мутлақ	%
ЭЧТ (мм/с):						
< 25 мм/с.	10	55,6	12	50	22	52,4
26-35 мм/с.	5	27,8	7	29,2	12	28,6
> 35 мм/с.	3	16,6	5	20,8	8	19,0
Гемоглобин:						
110 – 119 г/л.	3	16,7	3	12,5	6	14,3
100 – 109 г/л.	7	38,9	4	16,7	11	26,2
90 – 99 г/л.	5	27,8	10	41,6	15	35,7
< 90 г/л.	3	16,6	7	29,2	10	23,8
Лейкоцитоз:						
< $11 \times 10^9/л$	13	72,2	14	58,3	27	64,3
> $11 \times 10^9/л$	5	27,8	10	41,6	15	35,7

НЯКнинг йўғон ичак қисмларидаги жойлашувига кўра беморлар куйидаги гуруҳларга ажратилган (9- ва 10-жадваллар).

Хирургик даволаш: эндомезентериал лимфотроп терапия учун ичак тутқичини катетеризация қилиш. Асосий гуруҳга киритилган (n=53) беморларга операциядан кейинги даврда лимфотроп терапияни амалга ошириш учун операция вақтида, операциянинг асосий қисми тугагандан кейин, ичак тутқичига - эндомезентериал 4,0-4,5 см чуқурликда, биз томондан ихтиро қилинган (ихтиро: 1991 йил 17 апрель Н4928655/14-32501) поливинилхлорид катетери ўрнатилган.

9-жадвал

**НЯКни жойлашув ўрни бўйича беморларни тақсимлаши (I гуруҳ n=42)**

Жойлашув ўрни	НЯК шакли		Жами	
	Ўртағир	Оғир	Мутлақ	%
Дистал колит	3	4	7	16,7
Чап томонлама колит	6	8	14	33,3
Ўнг томонлама колит	1	1	2	4,8
Субтотал колит	4	5	9	21,4
Тотал колит	4	6	10	23,8
Жами:	18	24	42	100

10-жадвал

**НЯКни жойлашув ўрни бўйича беморларни тақсимлаши (II гуруҳ n= 53)**

Жойлашув ўрни	НЯК шакли		Жами	
	Ўртағир	Оғир	Ўртағир	Оғир
Дистал колит	2	2	4	7,6
Чап томонлама колит	11	15	26	49,1
Ўнг томонлама колит	2	3	5	9,4
Субтотал колит	2	4	6	11,3
Тотал колит	4	8	12	22,6
Жами:	21	32	53	100

Худди шу куни, операциядан кейин, эндомезентериал ўрнатилган катетер орқали ичак тутқичига 4-5 кун давомида, гемиколэктомиядан кейин кунига 1 маҳалдан, субтотал ёки тотал колэктомиядан кейин кунига 2 маҳалдан лимфотроп терапия амалга оширилган: аввал, лимфа тизимини рағбатлантириш (стимуляция) учун глюкоза 5% - 50 мл + новокаин 0,5% - 50 мл эритмасига 5000 гепарин ёки лазикс 1,0 мл қўшиб, аста-секин 40-60 дақиқа давомида юборилган. Унинг орқасидан танланган антибиотикнинг битта дозаси 50 мл 0,5% новокаин эритмасида эритилиб, секин томчилаб юборилган. Эндомезентериал катетер операциядан кейин 6-кунда олинган.

Диссертациянинг тўртинчи боби «**Хусусий тадқиқотлар: клиник ва экспериментал тадқиқотлардан олинган натижаларини таҳлил қилиш**» деб номланган бўлиб, бу бобда беморларни операциядан кейинги даврда

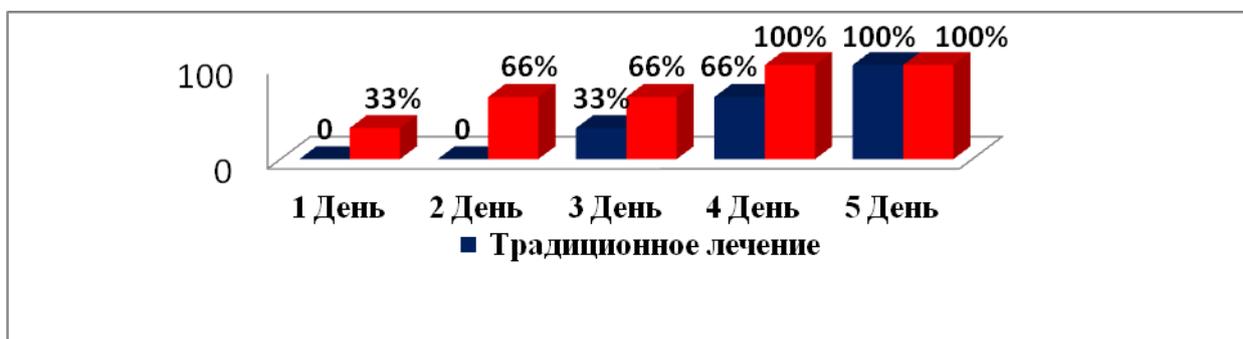
комплекс даволашдаги лимфотроп терапия ва экспериментал тадқиқот натижалари келтирилган.

Экспериментал тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, ярали колит моделида ичак тутқичи лимфа тизимидаги ўзгаришлар - лимфа оқимининг меъёрий ҳолатидан икки баравар ва ундан ортиқ вақтга секинлашуви аниқланди. Ичак девори ва унинг тутқичидаги яллиғланиш туфайли лимфа дренаж тизимидаги секинлашиш жараёни хужайралараро шиш пайдо бўлишига олиб келади ва бу операциядан кейинги давр дастлабки асоратланишларнинг ривожланишига сабабчи бўлади.

Тадқиқотда иштирок этган барча беморлар колопракология бўлимига хос бўлган беморлар бўлиб, уларни жинси бўйича қиёсий таҳлилини ўтказганда носпецифик ярали колит билан касалланиш даражаси бўйича аёллар эркакларга нисбатан кўпроқ эканлиги аниқланган: аёллар - 49 (51,6%), эркаклар эса 46 (48,2%). Ушбу кўрсаткич адабиёт маълумотлари билан тўғри келади (Каплан Г.Г. ва ҳаммуалл. 2012).

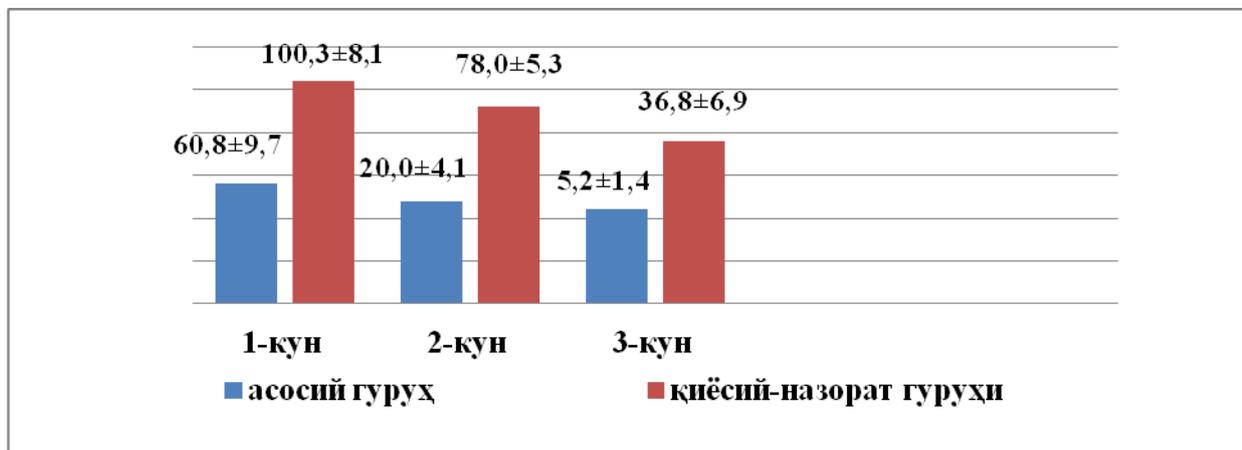
Носпецифик ярали колитнинг оғир шакли билан оғриган беморни қабул қилишда яллиғланиш жараёни фаоллигини инструментал диагностика қилишнинг асосий усуллари колоноскопия ва йўғон ичакнинг ультратовуш текшируви ҳисобланади. Эндоскопик текширув маълумотларига кўра, 91,7% ҳолатда йўғон ичакнинг тотал яллиғланиши, 8,3% чап томонлама яллиғланиши аниқланган. Беморларнинг 71,2%да яллиғланишнинг фаол шакли, 23,9%да ўртача фаол шакли аниқланган. Беморларнинг 4,9%да яллиғланиш даражаси минимал деб топилган. Клиник ва инструментал текширувлар асосида, носпецифик ярали колитнинг фаоллик даражасига кўра: 60,1% беморларда касалликнинг оғир шакли, 39,9% ҳолатда ўрта оғир шакли аниқланди. Жами беморларнинг 74,2 % ида касалхонага ётқизилган вақтдаги аҳволи ўртача оғир, 25,8%ида эса аҳволи оғир бўлган.

Операциядан кейинги даврда кузатилиши мумкин бўлган асоратлар патогенетик механизмининг маълум бир қисмига эндомезентериал лимфотроп терапиянинг мақсадли таъсири аниқланган. Лимфотроп терапиянинг самарадорлиги ўлароқ, операциядан кейинги даврда ичак фаолиятининг эрта тикланиши кузатилган (1-расм).



**1-расм. Операциядан кейинги даврда ошқозон-ичак тракти фаолиятининг тикланиш динамикаси (ичак перисталтикасининг кунга нисбатан % да тикланиши).**

Назорат ва асосий гуруҳ беморларининг операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғидан суюқлик (мл.да) чиқишини қиёсий жиҳатдан солиштирганда, бу кўрсаткич асосий гуруҳ беморларида қисқа вақтда камайганлиги аниқланган, яъни ижобий натижа олинган (2-расм).



**2-расм. Операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғидан суюқликни (мл.да) чиқиш динамикаси.**

Қиёсий назорат гуруҳидаги беморларда бу кўрсаткичлар сустр бўлган: ичак перисталтикаси операциядан кейинги учинчи кунда пайдо бўлган; юқори ёки субфебрил ҳарорат 4 ± 1 кун давомида сақланган; қорин бўшлиғидан суюқликни чиқиш юқори кўрсаткичларда сақланиб турган; асосий гуруҳ беморларида касалхонада ётиш (ётиш кунлари) 7 ± 1,5 кунни ва назорат гуруҳида 10 ± 1,5 кунни ташкил этган.

Шунга қарамай, операциядан кейинги даврда асоратлар кузатилган (11-жадвал).

11-жадвал

**Операциядан кейинги даврда кузатилган асоратлар**

Операциядан кейинги асоратлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	сон	%	сон	%
Анастомоз чокларидаги етишмовчилик	1	1,9	2	4,6
Эрта чандикли ичак тутилиши	1	1,9	1	2,3
Стоманинг жойидан қочиши	0	0	1	2,3
Ичак оқмалари	0	0	1	2,3
Ичакнинг функционал етишмовчилиги	2	3,7	3	6,9
Қорин бўшлиғи абсцесслари	0	0	1	2,3
Операцион жароҳатнинг йиринглаши	1	1,9	2	4,6
Жами:	5	9,2	11	25,6

Бундай асоратланишларнинг келиб чиқишига сабаб: носпецифик ярали колитнинг мураккаб ва оғир шакллари, қахексия, оғир анемия ва бемордаги

хамроҳ соматик касалликлар. Асоратланишларни қиёсий таққослаганда: назорат гуруҳида 25,6% ва асосий гуруҳ беморларида 9,2%ни ташкил этган. Шуларни эътиборга олган ҳолда айтиш мумкинки, операциядан кейинги даврда эндомезентериал лимфотроп терапияни қўллаш асосий гуруҳдаги беморларнинг аҳволини назорат гуруҳидагиларга нисбатан сезиларли даражада яхшилашга имкон берган.

Юқоридагиларга асосланиб, носпециффик ярали колитни комплекс хирургик даволаш алгоритми таклиф қилинган (12-жадвал).

12-жадвал

### Носпециффик ярали колитни комплекс хирургик даволаш алгоритми

<b>Операция олди текширишлар</b>	
Клиник кўрув	а) бемор шикоятлари
	б) касаллик анамнези
	в) физикал текширув усуллари
	г) тўғри ичакни бармоқ билан текшириш
Инструментал текшириш усуллари	а) колоноскопия
	б) ирригография
	в) ректоромоноскопия
	г) УТТ
	д) ФЭГДС
Лаборатор текшириш усуллари	е) патоморфологик текширувлар
	а) умумий қон таҳлили
	б) умумий сийдик таҳлили
	в) қоннинг биокимёвий таҳлили
	г) копрологик текширув
<b>Операция олди тайёрлаш</b>	
Операция олди консерватив терапия	а) фаол жараённи бартараф қилиш мақсадида
	б) зарурият бўлганда плазмо- ёки гемотрансфузияни қўллаш
	в) антибиотикопрофилактика
Диетотерапия	
<b>Операция (дифференциал ёндашув)</b>	
Чап томонлама гемиколэктомия	а) колостома
	б) йўғон ичак тутқичи катетеризацияси (лимфотроп терапия қунига 1маҳал қўлланилади, 4-5 кун давомида)
	в) ичак бутунлигини тиклаш учун тўғри ичакни тайёрлаш
Ўнг томонлама гемиколэктомия	а) илеотрансверзоанастомоз қўйиш
	б) йўғон ичак тутқичи катетеризацияси (лимфотроп терапия қунига 1маҳал қўлланилади, 4-5 кун давомида)
Субтотал колэктомия	а) колостома
	б) ингичка ичак тутқичи катетеризацияси (лимфотроп терапия қунига 2маҳал қўлланилади, 4-5 кун давомида)
	а) илеостома қўйиш

Тотал колэктомия	б) ингичка ичак туткичи катетеризацияси (лимфотроп терапия кунига 2маҳал қўлланилади, 4-5 кун давомида)
<b>Операциядан кейинги даво чоралари</b>	
А) Операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш учун комплекс даволашда лимфотроп терапияни қўллаш	
Б) Организм фаолиятини тиклаш учун умумий мустаҳкамловчи даво чораларини қўллаш	
<b>Реабилитация даври</b>	
А) Операциядан кейинги яқин даврда бемор аҳволини назорат қилиш	
Б) Операциядан кейинги узоқ даврда бемор аҳволини назорат қилиш	
В) Зарурият бўлганда бирламчи стомани бартараф қилиш	

## ХУЛОСАЛАР

«Носпецифик ярали колитда жарроҳлик амалиётидан кейинги даврдаги комплекс лимфа терапия» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилган:

1. Экспериментал тадқиқотлар шуни кўрсатдики, меъерий шароитда ичак туткичининг турли қисмлари ва ичак деворининг субсероз қисми лимфа тизимидаги оқим тезлиги бир хил бўлмасдан, бу оқим ярали колит моделида меъерий ҳолатдагига нисбатан икки ва ундан ортиқ марта кескин секинлашганлиги аниқланди.

2. Тажрибаоти ҳайвонларида, экспериментда, 6% ва 7,5% ли сирка кислотасини тўғри ичак орқали йўғон ичакка юбориб, ярали колит моделини чақириш ҳар томонлама мақбул ҳисобланади. Айниқса, сирка кислотасининг 7,5% эритмасидан фойдаланган ҳолда чақирилган ярали колит модели клиник жиҳатдан носпецифик ярали колитга жуда яқин эканлиги клиник ва гистоморфологик жиҳатдан аниқланди.

3. Операциядан кейинги даврда носпецифик ярали колитни комплекс даволашда лимфотроп терапияни қўллаш даволаш натижаларига ижобий таъсир кўрсатиши, яъни лимфа йўлларида лимфа оқимини тезлаштириши ва ичак лимфа тизимидаги босимни камайтириши, ривожланиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиши аниқланди.

4. Ўтказилган тадқиқотлардан келиб чиқадиган қиёсий таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, носпецифик ярали колит билан беморларни даволашда таклиф қилинган операциядан кейинги давр комплекс даволаш жараёнида лимфатроп терапияни қўллаш жуда оддий, мақбул ва самарали усулдир: даволаш учун моддий харажатлар сезиларли даражада камайиши; беморнинг касалхонада қолиши, яъни ётоқ кунлар сони  $2,0 \pm 0,5$  кунга қисқариши; антибиотикларнинг ноҳўя таъсири кузатилмаслиги; операциядан кейинги асоратларнинг кескин камайиши аниқланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc/PhD.04/30.12.2019. Tib.93.01 ПРИ БУХАРСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПО**

**ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

---

**РУЗИЕВ АХТАМ ЭРГАШОВИЧ**

**КОМПЛЕКСНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ  
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ  
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

**14.00.27 – Хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО  
МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**Бухара – 2021**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в высшей аттестационной комиссии при кабинете министров республики Узбекистан за № В2019.2.PhD/Tib987**

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте и Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации выполнен на трех языках (узбекский, русский, английский), и размещен на веб-странице научного совета ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)), и на информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Научный руководитель**      **Эгамов Юлдашали Сулайманович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты**    **Земляной Вячеслав Петрович**  
доктор медицинских наук, профессор  
(Российская Федерация)

**Лигай Руслан Ефимович**  
доктор медицинских наук

**Ведущая организация**      **Московский государственный медико-стоматологический университет** (Российская Федерация)

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: [200118](http://200118), г.Бухара, ул. А.Навоий № 1. Тел./факс: (+99865) 223-00-50) e-mail:[buhme@mail.ru](mailto:buhme@mail.ru).)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за №\_\_\_\_). Адрес: [200118](http://200118), г.Бухара, ул. А.Навоий 1, Тел./факс: (+99865) 223-00-50).

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года

(реестр протокола рассылки №\_\_ от \_\_\_\_\_ 2021 года)

**А.Ш. Иноятов**

Председатель Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Д.Н. Ачилова**

Ученый секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам

**Н.А. Нуралиев**

Председатель Научного семинара при Научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения «...заболеваемость неспецифическим язвенным колитом составляет 50 - 80 человек на 100000 населения. Пик заболеваемости приходится на пациентов в возрасте от 20 до 40 лет»<sup>1</sup>. Рост распространенности воспалительных заболеваний толстой кишки в настоящее время опережает развитие и совершенствование специализированной помощи этой категории больных, в том числе и больных с неспецифическим язвенным колитом. Это заболевание может стать причиной развития различных системных токсических реакций организма, которые и являются способствующими фатальному исходу при такой грозной патологии. Поэтому повышение эффективности лечения неспецифического язвенного колита, в послеоперационном периоде применяя лимфатические методы, являются востребованными временем.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями продолжают оставаться изучение толстокишечной патофизиологии и патогенетические механизмы возникновения воспалительных заболеваний кишечника, среди которых особое внимание уделяется неспецифическому язвенному колиту, который может приводить к прогрессированию системных токсических реакций и развитию кишечных осложнений: кровотечения, токсической дилатации и перфорации кишечника. В связи с этим поиск и применение наиболее эффективных – лимфатических методов лечения в послеоперационном периоде при неспецифическом язвенном колите остается одним из приоритетных направлений данной сфере.

В настоящее время в нашей стране принимаются масштабные адресные меры по кардинальному повышению качества и значительному расширению спектра оказываемой населению медицинской помощи. Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы ставит задачи по «...уязвимым слоям населения, развивать и совершенствовать систему медико-социальной помощи для улучшения их образа жизни»<sup>2</sup>. В этом направлении достигнуты положительные результаты, особенно в повышении качества лечения пациентов с неспецифическим язвенным колитом, с применением множества новых хирургических и консервативных методов лечения. Однако для совершенствования системы оказания медицинской помощи необходимы научно обоснованные результаты для оценки эффективности новых методов консервативного и хирургического лечения неспецифического язвенного колита, что является важной проблемой для специалистов в данной области.

---

<sup>1</sup> Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Карапыш В.А., Василенко И.В. Неспецифический язвенный колит // Архивъ внутренней медицины. – 2015. – № 4(24). – С.62-65.

<sup>2</sup> Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. № УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 7 декабря 2018 года и «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ» за №УП-6110 от 12 ноября 2020 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике» за №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики.** Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Воспалительные заболевания кишечника, в том числе неспецифический язвенный колит, продолжают оставаться одними из самых актуальных проблем в абдоминальной хирургии. Согласно современным данным, неспецифическим язвенным колитом болеют приблизительно 0,3–0,4 % всей популяции (Ивашкин В.Т., 2017). Из них оперируемых пациентов составляет до 10-30% и имеет тенденцию к росту (Исаханов Г.И., 2020).

“Медикаментозная резистентность”, которую наблюдают при различных неспецифических воспалительных заболеваниях с аутоиммунным компонентом, у больных язвенным колитом может иметь фатальные последствия (Тимербулатов М.В., 2013). Поэтому увеличение заболеваемости язвенным колитом неизбежно приводит к нарастанию абсолютного числа больных, нуждающихся в операции.

До настоящего времени частота ранних послеоперационных осложнений при плановых вмешательствах неспецифического язвенного колита доходит до 10 %, при экстренных - до 60 - 80 %, а летальность колеблется от 12 % до 50 % (Наврузов С.Н.2018). В этой связи, важное практическое значение имеет повышение эффективности проводимой терапии включая новые методы в комплексе лечения неспецифического язвенного колита.

Неослабевающий интерес к этим заболеваниям обусловлен ещё чрезвычайной тяжестью клинических проявлений, неудовлетворительными результатами консервативного и оперативного лечения. Несмотря на то что, клиничко-морфологические признаки неспецифического язвенного колита достаточно хорошо изучены и подробно освещены в литературе, многие вопросы этиологии и патогенеза а также этиопатогенетического лечения

этого заболевания до настоящего времени остаются неясными (Ивашкин В.Т., 2017; Наврузов С.Н. 2018).

Доказано, что одним из способов повышения эффективности антибиотикотерапии и коррекции иммунитета является введение препаратов в лимфатическую систему (Джумабоев С.У. 1987). Однако при НЯК эндолимфатическая терапия применялась в единичных случаях и только при осложнениях (Эмирасланов Ф.Л., 2017).

Решению поставленных вопросов и посвящено данное исследование.

**Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института по теме: «Разработка передовых технологий в диагностике, лечении и профилактике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости» (2018-2020 гг).

**Целью исследования** является улучшение результатов лечения неспецифического язвенного колита, используя лимфологические принципы лечения, направленные на регуляцию регионарного гомеокинеза в брюшной полости методом эндомезентериальной лимфатической лекарственной терапии.

**Задачи исследования:**

определить особенности регионарного лимфообращения брыжейки кишечника в норме на эксперименте у подопытных животных;

разработать модель язвенного колита на эксперименте у подопытных животных;

определить особенности изменения регионарного лимфообращения в кишечнике при созданной модели язвенного колита и при этом оценить эффективность лимфотропной терапии;

определить эффективность эндомезентериальной лимфотропной терапии в сравнительном аспекте сопоставляемых групп больных с НЯК в послеоперационном периоде.

**Объектом исследования** послужили 95 больных с неспецифическим язвенным колитом, находившихся на стационарном лечении в клинике Андижанского государственного медицинского института, а также подопытные животные – беспородные собаки в количестве 24, находившиеся в ЦНИЛ Андижанского государственного медицинского института.

**Предмет исследования** составил факторный анализ результатов основных причин развития различных осложнений в послеоперационном периоде при неспецифическом язвенном колите.

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, лабораторные, инструментальные (эндоскопические – колоноскопия,

ФЭГДС, ирригография, ректоромоноскопия, рентгенография), статистические.

**Научная новизна** исследований заключается в следующем:

выработана модель язвенного колита на эксперименте у подопытных животных и при этом определены механизмы клинико-патогенетических изменений развивающиеся у больных неспецифическим язвенным колитом;

определены регионарные нарушения микролимфоциркуляции органов брюшной полости при экспериментально созданном язвенном колите, которые доказали морфологические изменения в микролимфососудах брыжейки кишечника в аспекте расстройств деятельности пищеварительной системы;

определены доказывающие эффективные стороны разработанного метода эндомезентериальной лимфатической терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде регулируя региональный гомеокинез в органах брюшной полости;

определено, что эндомезентериальный лимфатический метод терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде позволить достичь предотвращения существенных кишечных осложнений, сокращением сроков пребывания больного в стационаре и летальных исходов.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определена значительная роль нарушения строения и функций, регионарных микролимфососудов в механизмах развития послеоперационных осложнений при неспецифическом язвенном колите в основе результатах морфологических исследований лимфатической системы органов брюшной полости и лимфомикроциркуляции в брыжеечных сосудах и лимфатических узлах толстой кишки на эксперименте;

разработана модель язвенного колита на эксперименте у подопытных животных, которая намного облегчила изучение роли лимфатической системы органов брюшной полости в этиопатогенезе неспецифического язвенного колита;

разработан более эффективный способ эндомезентериальной лимфатической терапии в комплексе лечения неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде, который способствовал ускорению восстановительной функции желудочно-кишечного тракта, предупреждая развитие кишечных осложнений.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена применением современных, широко используемых в практике клинических, лабораторных и инструментальных методов, а статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость результатов исследования определяется тем, что на

основании проведенных экспериментальных исследований выработана научно-обоснованная система различия лимфоотока в брыжейке кишечника в норме и при модели язвенного колита, объясняющей развитию кишечных осложнений в послеоперационном периоде, создавая возможность патофизиологическому обоснованию комплексного лечения неспецифического язвенного колита путем включения лимфологических принципов терапии.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что выработан алгоритм комплексного обследования и лечения неспецифического язвенного колита и исходя из результатов применения метода лимфотропной терапии в комплексе лечения неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде, предложено расширить применение этого метода при обширных оперативных вмешательствах на кишечнике.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению результатов применения лимфотропной терапии в комплексе лечения неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде:

разработаны методические рекомендации «Комплексная терапия неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде» (справка Министерства здравоохранения №8н-р/460 от 23 ноября 2020 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество хирургического лечения больных с неспецифическим язвенным колитом, предотвращая кишечные осложнения в послеоперационном периоде;

разработаны методические рекомендации «Способ лимфатической терапии неспецифического язвенного колита» (справка Министерства здравоохранения №8н-р/679 от 31 декабря 2020 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить результаты лечения пациентов с неспецифическим язвенным колитом в послеоперационном периоде, предупреждая кишечные и внекишечные осложнения;

полученные научные результаты по улучшению результатов лечения больных с неспецифическим язвенным колитом в послеоперационном периоде внедрены в клиническую деятельность Андижанского, Бухарского, Наманганского областных многопрофильных медицинских центрах (справка Министерства здравоохранения № 08-09/6578 от 26 июня 2021 года).

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования доложены и обсуждены в 5 научных конференциях, в том числе 2 международных и 3 республиканских научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования.** Всего по теме диссертации опубликовано 26 научных работ, в том числе 7 статей в научных журналах, рекомендованных к публикации основных научных результатов докторских

диссертаций (PhD) Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан, из них 5 в отечественных и 2 в зарубежных журналах.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Диссертация изложена на 102 страницах.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** диссертации обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводятся научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современное состояние проблемы этиопатогенеза и лечения больных с неспецифическим язвенным колитом: обзор литературы»** освещено и проанализировано современное состояние настоящей проблемы на основе данных отечественной и зарубежной литературы. Приведены сведения о распространенности неспецифического язвенного колита, его этиопатогенез, методы лечения, представлены доказательства в пользу применения лимфатической терапии в комплексе лечения в послеоперационном периоде. Рассмотрены вопросы об эволюции взглядов консервативного и хирургического лечения и оценка их эффективности. В заключении приведено краткое резюме по главе, где сфокусированы вопросы, требующие дальнейшего изучения.

Во второй главе диссертации **«Материал и методы экспериментальных исследований на подопытных животных»** дана характеристика подопытным животным. Подробно описаны: ходы экспериментальных исследований; методика определения лимфооттока в лимфатической системе брыжейки кишечника в норме и при созданной модели язвенного колита у подопытных животных; также определена эффективность лимфотропной терапии на фоне созданной модели язвенного колита.

На проведения экспериментов получено разрешение этического комитета МЗ РУз (протокол № 4 от 26.08.2020 г.). В опытах использованы беспородные собаки с массой тела от 11 до 17 кг, находившиеся в условиях вивария. Для проведения серийных опытов были сформированы группы из 8 беспородных собак в каждой. Возраст собак составлял 2,5 - 3,5 лет.

Методика экспериментального исследования лимфатической системы кишечника в норме. Эксперименты основаны на всасывание синьки Эванса из брыжейки кишечника подопытного животного, которые проведены в операционном блоке в условиях ЦНИЛ Андиганского государственного медицинского института. Произведена средне-срединная лапаротомия, на рану выведена часть петли тонкого кишечника с брыжейкой и изолирована стерильными тампонами. В брыжейку этой части тонкого кишечника в трех

местах: корень, срединная часть, краевая часть кишечника, дополнительно в стенку кишечника - субсерозно введен 0,1% раствор красителя синьки Эванса в количестве по 0,1 мл. С момента введения синьки Эванса установили секундомер для определения времени её всасывания, визуально, до полного исчезновения их цвета (табл. 1).

Таблица 1.

**Время всасывания синьки Эванса из брыжейки кишечника в норме**

Точки введения синьки Эванса и время ее всасывания			
Корень брыжейки	Срединная часть брыжейки	Краевая часть брыжейки кишечника	Стенка кишечника – субсерозная часть
3 мин.31сек ± 7 сек	3 мин. 54сек. ± 8сек	4 мин.19сек ± 6 сек	4 мин. 30сек.± 7 сек

Из таблицы видно, что всасывание синьки Эванса по времени в разных точках брыжейки и субсерозного слоя кишечника не одинаковы.

После того, как мы определили состояние лимфооттока в брыжейке кишечника в норме у подопытных животных, приступили к созданию модели язвенного колита в эксперименте и на фоне чего определили состояние лимфооттока в брыжейке кишечника, а также эффективность лимфотропной терапии.

Изучая данные литературы по моделированию язвенного колита в эксперименте (Осиков М.В., 2016), применяли 4%, 6% и 7,5% раствор уксусной кислоты, который вводили в полость толстого кишечника через прямой кишечник при помощи специального зонда на расстоянии 18-20 см. от сфинктера ануса.

Для моделирования язвенного колита, во второй серии экспериментов, подопытным животным сначала промывали кишечник, путем очистительной клизмы. После чего, ректально в полость толстого кишечника ввели специальный зонд–дренаж на расстоянии 18-20 см от сфинктера ануса и ввели 2,0 мл 4 % раствора уксусной кислоты дробно, одновременно подтягивая зонд-дренаж на 1,0 – 2,0 см. Для обеспечения равномерного распределение раствора, около минуты удерживали животных в вертикальном положении, приподнимая задние лапы вверх. По окончании манипуляции промывали полость кишечника при помощи 1,0 литра 0,9 % физиологического раствора путем клизмы. По завершении всех манипуляций, подопытного животного перевели в виварий, давая свободный доступ к питьевой воде и брикетированному корму.

Наблюдали за состоянием подопытных животных в течение 5 дней. Однако никаких клинико-патологических изменений у подопытных животных не наблюдали. Тем не менее, решили оперировать и посмотреть состояние толстой кишки подопытных животных изнутри и на 7 день провели операцию в операционном блоке в условиях ЦНИЛ Андижанского

государственного медицинского института, под общим внутривенным наркозом. При ревизии органов брюшной полости, к сожалению, не могли визуально найти явно патологически измененные участки толстого кишечника. Решили резецировать ту часть толстого кишечника, куда в полость ее предварительно 7 дней тому назад был введен 4 % раствор уксусной кислоты, что и была выполнена.

При гистологическом изучении под микроскопом, на слизистой оболочке, резецированной участки толстого кишечника, явные патологические изменения не были выявлены. К сожалению, моделирование язвенного колита с применением 4% раствора уксусной кислоты не получилось.

Решили продолжать эксперименты для моделирования язвенного колита, прибегая заменять 4 % раствора уксусной кислоты на 6 %, в третьей серии опытов. Все процедуры во второй серии опытов повторялись, при таких же условиях, что и были выполнены в первой серии. Наблюдали за состоянием подопытных животных: начиная с третьего дня наблюдались незначительные клинические признаки интоксикации, диарея с примесью слизи; обогащённые клинические признаки не были.

На 7 день подопытных животных - собак оперировали под общим внутривенным наркозом. При ревизии органов брюшной полости определены: на проекции толстого кишечника в полость, которой был введен 6 % раствор уксусной кислоты, стенки были незначительно отечны, а явных признаков воспалительного изменения визуально не было обнаружено. Решено резецировать часть толстого кишечника, где имеется незначительная отечность, что и было выполнено.

При гистологическом изучении под микроскопом, на слизистой оболочке резецированного участка толстого кишечника, явные патологические изменения не были выявлены, определялись незначительные некротические участки слизистой оболочки.

Нас не устраивали полученные результаты моделирования язвенного колита с применением 4% и 6% раствора уксусной кислоты. Поэтому, решили для моделирования язвенного колита применять более концентрированный – 7,5 % раствор уксусной кислоты.

Провели четвертую серию опытов, введя 7,5% раствор уксусной кислоты в полость толстого кишечника специальным зондом в количестве 0,5 мл, экспозиция которой была 15-20 секунд. Все процедуры предыдущих: во второй и третьей серии экспериментов на подопытных животных точно повторялись и при четвертой серии. Наблюдения за состоянием подопытных животных показали, что начиная со второго дня развивались значительные клинические признаки интоксикации, диарея с примесью слизи и крови, подопытные животные перестали есть.

На 7 день произвели операцию под общим внутривенным наркозом, как и в предыдущих сериях. При ревизии органов брюшной полости обнаружено,

что на проекции толстого кишечника, в полость которой предварительно ректально был введен 7,5% раствор уксусной кислоты, стенки были отечны, сосуды гиперемированы, визуально определялись явные признаки воспаления. Интраоперационно, до резекции воспаленной части толстого кишечника определяли время всасывания синьки Эванса для определения состояние лимфооттока в брыжейке кишечника на фоне воспаления. Воспаленная часть кишечника с ее брыжейкой выведена на рану и изолирована при помощи стерильных тампонов. В брыжейку этой части кишечника в трех местах: корень, срединная часть, краевая часть кишечника и дополнительно в стенку кишечника - субсерозно ввели 0,1% раствор синьки Эванса в количестве по 0,1 мл. Установлено время с момента введения раствора синьки Эванса по секундомеру. В дальнейшем по секундомеру определяли время всасывания введенных в четырех точках раствора красителя, визуально, до полного исчезновения их цвета (табл. 2)

Таблица 2.

**Время всасывания синьки Эванса из брыжейки кишечника  
подопытного животного после создания модели язвенного колита**

Точки введения синьки Эванса и время ее всасывания			
Корень брыжейки	Срединная часть брыжейки	Краевая часть брыжейки кишечника	Стенка кишечника – субсерозная часть
6 мин.43 сек <u>+11</u> сек	7 мин.33сек. <u>+ 12</u> сек	8мин.39 сек <u>+11</u> сек	8 мин.59 сек. <u>+14</u> сек

Из таблицы видно, что после моделирования язвенного колита у подопытных животных наблюдается замедление лимфооттока в брыжейке и кишечнике в 2 раза и более по сравнению с нормальным.

После завершения этих манипуляций приступили к определению эффективности лимфотропной терапии на фоне созданной модели язвенного колита. Для этого подопытных животных, участвовавших в четвертой серии опытах, разделили на две группы, по 4 в каждой. Первая группа была контрольной, а вторая основной. Сущность методики заключалась в следующем: в брыжейку кишечника контрольной группы подопытных животных, на фоне созданной модели язвенного колита, ввели только физиологический раствор (0,9% изотонический раствор натрия хлорида) в количестве 2,0 – 3,0 мл и через 10-15 минут повторно в брыжейку кишечника ввели 0,1 мл 0,1 % раствора синьки Эванса, определяя при этом время ее всасывания по секундомеру.

Подопытным животным входящим в основную группу, на фоне созданной модели язвенного колита, для стимуляции лимфатической системы кишечника в брыжейку ввели смесь физиологического раствора (0,9% изотонический раствор натрия хлорида) в количестве 2,0 мл с гепарином 2000 ЕД. Через 10-15 минут после введения смеси повторно в брыжейку кишечника ввели 0,1 мл 0,1 % раствора синьки Эванса, определяя

при этом время ее всасывания по секундомеру. Результаты приведены в таблице (табл. 3).

Таблица 3.

**Результаты всасывания синьки Эванса на фоне созданной модели язвенного колита**

Результаты всасывания синьки Эванса на фоне созданной модели язвенного колита				
Точки введения синьки Эванса и время ее всасывания	Корень брыжейки	Без лимфостимуляции (контрольная группа)	После лимфостимуляции (основная группа)	% Ускорения
		6 мин.39сек±10 сек	4 мин.02сек±10 сек	36,2±1,4
	Срединная часть брыжейки	7 мин. 21сек±21 сек.	4 мин. 32сек.±7 сек	40,1±2,8
Краевая часть брыжейки кишечника	8 мин.35сек.±13 сек.	5 мин.02сек.±14сек.	38,2±1,3	

Сопоставляя полученные результаты обеих групп подопытных животных, определили эффективность лимфотропной терапии созданной модели язвенного колита.

После завершения всех манипуляций резецирова часть кишечника. При гистологическом исследовании под микроскопом, определялись значительные некротические участки слизистой оболочки.

Морфологическая картина созданного язвенного колита в эксперименте была очень приближена клинической.

Результаты лимфостимуляции на фоне созданной модели язвенного колита убедительно показывают ее эффективность при воспалительном процессе, улучшая лимфоотток из кишечника и его брыжейках, предупреждая лимфостаз в лимфатических сосудах этих органов. При этом показатели после лимфостимуляции очень приближены к показателям нормы.

В третьей главе диссертации **«Материал и методы клинических исследований неспецифического язвенного колита»** дана клиническая характеристика больным, описаны используемые клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, также применяемые средства и методы лечения.

Клиническая часть работы основана на применении эндомезентериальной лимфотропной терапии в комплексном лечении у больных с неспецифическим язвенным колитом в послеоперационном периоде. Проанализированы данные обследования и результаты хирургического лечения 95 больных с неспецифическим язвенным колитом, находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении клиники Андиганского государственного медицинского института за период с 2009 по 2020 годы.

Все больные перед операцией проходили обследования, которые включали: клинический осмотр, инструментальные и лабораторные методы исследования.

Алгоритм инструментального обследования при госпитализации был следующим: колоноскопия, ирригография, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия.

Алгоритм инструментального обследования при экстренной госпитализации по поводу тяжелой атаки язвенного колита был сокращен: обзорная рентгенография органов брюшной полости, колоноскопия, эзофагогастродуоденоскопия.

**Патоморфологическое исследование.** Макропрепараты, взятые во время операции были исследованы в лаборатории патологической морфологии клиники Андижанского государственного медицинского института. Для гистологического исследования применен световой микроскопии.

Характеристика клинических наблюдений. Клиническая часть работы представлена 95 наблюдениями оперированных по поводу неспецифического язвенного колита. Все пациенты были разделены на две группы. В I – контрольную группу вошли пациенты (n=42), которые в послеоперационном периоде получали общепринятое традиционное лечение. Больным, находящимся во второй - основной группе (n=53) комплексное лечение в послеоперационном периоде дополнялось применением эндомезентериальной лимфатической терапии по разработанному в клинике алгоритму.

Больных распределили по полу и возрасту (табл. 4)

Таблица 4.

**Распределение всех больных по полу и возрасту (n=95)**

Возраст	Количество больных		Всего	
	Мужчин	Женщин	Абсолютное	%
16 - 20	1	2	3	3,2
21 - 30	14	14	28	29,5
31 – 40	14	15	29	30,5
41 – 50	10	12	22	23,2
51 – 60	6	5	11	11,5
> 60	1	1	2	2,1
Итого:	46	49	95	100

Как видно из таблицы, большинство пациентов были женщины – 49 (51,6 %), а мужчин были 46 (48,2 %) случаев.

В обеих группах большинство пациентов были в возрасте от 16 до 50 лет: в I группе их было 34 (80,9 %), во II также 45 (84,9 %). В I группе

мужчин было 20 и женщин 22. Во II группе мужчин было 26, а женщин 27 соответственно.

Оценка состояния обеих групп пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами язвенного колита была основана на клинических, лабораторных, эндоскопических, рентгенологических, морфологических методах исследования. Для более существенной характеристики больных основные клинические проявления язвенного колита приведены в табл. 5 (I группа) и табл. 6 (II группа) в день их поступления в клинику.

Таблица 5.

### Клинические проявления НЯК во I группе

Клинический признак	Частота встречаемости клинических симптомов					
	Среднетяжелая форма (n = 18)		Тяжелая форма (n = 24)		Общее количество (n =42)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Частота стула:						
до 3 раз в день	-	-	-	-	-	-
3-7 раз в день	2	11,1	1	4,2	3	7,2
7-10 раз в день	13	72,2	1	4,2	14	33,3
более 10 раз в день	3	16,7	22	91,6	25	59,5
Кровь в кале:						
в небольшом количестве	6	33,3	-	-	6	14,3
в большом количестве	12	66,7	24	100	36	85,7
Дефицит массы тела:						
< 10 %	9	50	15	62,5	24	57,1
> 10 %	7	38,9	5	20,8	12	28,6
> 20 %	2	11,1	4	16,7	6	14,3

Таблица 6.

### Клинические проявления язвенного колита в II группе

	Частота встречаемости клинических симптомов					
	Среднетяжелая форма (n =21)		Тяжелая форма (n =32)		Общее количество (n=53)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Частота стула:						
до 3 раз в день	-	-	-	-	-	-
3-7 раз в день	2	9,5	-	-	2	3,8
7-10 раз в день	14	66,7	4	12,5	18	33,9
более 10 раз в день	5	23,8	28	87,5	33	62,3
Кровь в кале:						
в небольшом количестве	6	28,6	-	-	6	11,3
в большом количестве	15	71,4	32	100	47	88,7
Дефицит массы тела:						
< 10 %	12	57,1	-	-	12	22,6
> 10 %	9	42,9	21	65,6	30	56,6
> 20 %	-	-	11	34,4	11	20,8

Результаты лабораторных исследований, проведенных при поступлении пациентов в клинику, приведены в таблицах 7 и 8. Тяжелая форма НЯК характеризовалась выраженной анемией на фоне значительных изменений в крови воспалительного процесса.

Таблица 7.

**Показатели крови I группы пациентов**

Показатели лабораторных данных	Частота встречаемости показателя при НЯК					
	Среднетяжелая форма (n = 18)		Тяжелая форма (n = 24)		Общее количество (n = 42)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
СОЭ (мм/ч):						
< 25 мм/ч.	10	55,6	12	50	22	52,4
26-35 мм/ч.	5	27,8	7	29,2	12	28,6
> 35 мм/ч.	3	16,6	5	20,8	8	19,0
Гемоглобин:						
110 – 119 г/л.	3	16,7	3	12,5	6	14,3
100 – 109 г/л.	7	38,9	4	16,7	11	26,2
90 – 99 г/л.	5	27,8	10	41,6	15	35,7
< 90 г/л.	3	16,6	7	29,2	10	23,8
Лейкоцитоз:						
< 11 × 10 <sup>9</sup> /л	13	72,2	14	58,3	27	64,3
> 11 × 10 <sup>9</sup> /л	5	27,8	10	41,6	15	35,7

Таблица 8.

**Показатели крови II группы пациентов**

Показатели лабораторных данных	Частота встречаемости показателя при НЯК					
	Среднетяжелая форма (n = 21)		Тяжелая форма (n = 32)		Общее количество (n=53)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
СОЭ (мм/ч):						
< 25 мм/ч.	14	66,7	15	46,9	29	54,7
26-35 мм/ч.	4	19,0	10	31,3	14	26,4
> 35 мм/ч.	3	14,3	7	21,8	10	18,9
Гемоглобин:						
110 – 119 г/л.	3	14,3	3	9,4	6	11,3
100 – 109 г/л.	8	38,1	4	12,5	12	22,7
90 – 99 г/л.	6	28,6	16	50,0	22	41,5
< 90 г/л.	4	19,0	9	28,1	13	24,5
Лейкоцитоз:						
< 11 – 10 <sup>9</sup> /л	15	71,4	15	46,9	30	56,6
> 11 – 10 <sup>9</sup> /л	6	28,6	17	53,1	23	43,4

По данным таблиц, у больных имеются изменения показателей крови, которые указывают на нарушения в организме вследствие тяжести основного заболевания и ее осложнений, а также наличия сопутствующих заболеваний.

С учетом анатомической локализации процесса выделяли дистальный колит (проктит, проктосигмоидит), левосторонний, субтотальный и тотальный колит по группам (табл. 9 и 10).

Таблица 9.

**Распределение больных НЯК по локализации процесса (I группа n=42)**

Локализация	Форма НЯК		Всего	
	Среднетяжелая	Тяжелая	Абсолютное	%
Дистальный колит	3	4	7	16,7
Левосторонний колит	6	8	14	33,3
Правосторонний колит	1	1	2	4,8
Субтотальный колит	4	5	9	21,4
Тотальный колит	4	6	10	23,8
Итого:	18	24	42	100

Таблица 10.

**Распределение больных НЯК по локализации процесса (II группа n=53)**

Локализация	Форма НЯК		Всего	
	Среднетяжелая	Тяжелая	Абсолютное	%
Дистальный колит	2	2	4	7,6
Левосторонний колит	11	15	26	49,1
Правосторонний колит	2	3	5	9,4
Субтотальный колит	2	4	6	11,3
Тотальный колит	4	8	12	22,6
Итого:	21	32	53	100

Оперативное лечение - катетеризация брыжейки кишечника для эндомезентериальной лимфотропной терапии. Из общего количества оперированных больных (n=95), входящие в основную группу (n=53) больным в послеоперационном периоде произведено стандартное лечение с дополнением эндомезентериальной лимфатической терапии по разработанной нами методике.

Всем пациентам этой группы по завершению основного этапа операции, интраоперационно, в брыжейку кишечника - эндомезентериально установили изобретенный нами полихлорвиниловый катетер (изобретение N4928655/14-32501 от 17.04.91 г.) на глубины 4,0 - 4,5 см., для эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде.

В тот же день, после операции, начали эндомезентериальную лимфатическую терапию в течение 4-5 дней, 1 раз в сутки у которых были выполнены гемиколэктомия правосторонняя либо левосторонняя. Больным, которым были проведены субтотальная либо тотальная колэктомия лимфотропная терапия проведена 2 раза в сутки в течение 45 дней: сначала для стимуляции лимфатической системы капельным путем ввели раствор глюкозы 5% - 50 мл + новокаин 0,5 % - 50 мл с добавлением 5000 ед. гепарин или лазикс 64 ед. медленно в течение 40-60 минут. По завершении манипуляции, подключали подобранную одну дозу антибиотика, заранее

растворив его в 50 мл 0,5% раствора новокаина, также капельным путем. Эндомезентериально установленного катетера удаляли на 5-6 день после операции.

Механизм лимфотропной терапии заключается в следующем: способствует улучшению реологических свойств крови и лимфы, усилению лимфоттока, нормализации микрогемолимфоциркуляции, полноценному удалению из тканей отечной жидкости и токсических метаболитов, активизации обезвреживающей и иммунологической деятельности лимфатических узлов брюшной полости. Тем самым этот метод предупреждает нежелательных осложнений в послеоперационном периоде.

В четвертой главе диссертации **«Результаты собственных клинических и экспериментальных исследований»** представлены результаты исследования экспериментальных опытов и клинических материалов с применением метода лимфотропной терапии в комплексе лечения неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде.

Результаты экспериментальной части работы показали, что в брыжейках кишечника при модели язвенного колита значительно замедляется лимфотток в отличие от нормы. Замедление лимфоттока от стенки и брыжейки кишечника на фоне воспаления способствует развитию интерстициального отека, снижению дренажной функции лимфатических капилляров и патологической лимфоциркуляции на уровне органов брюшной полости. Это и является предшественником кишечных осложнений в послеоперационном периоде при неспецифическом язвенном колите.

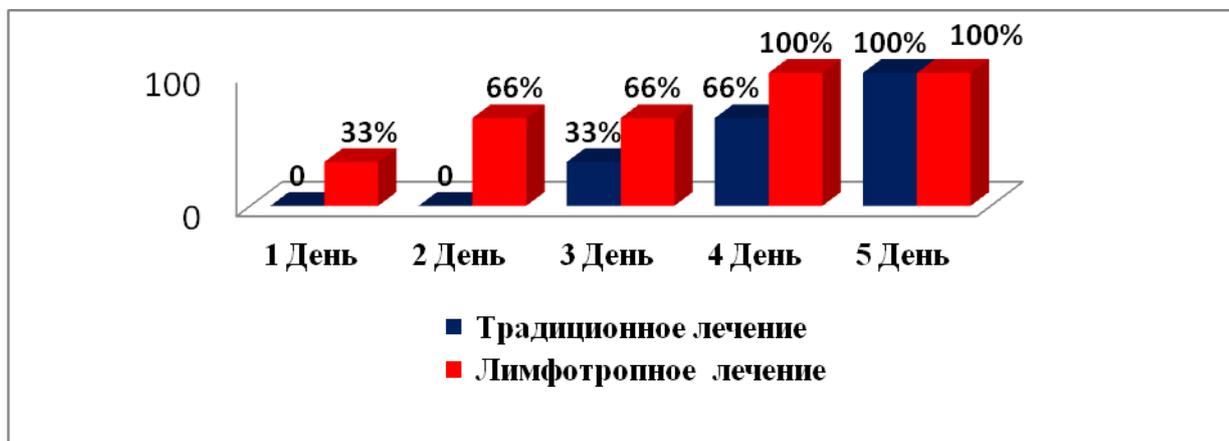
Результаты клинической части работы показывает, что женщины по заболеваемости язвенного колита опережают мужчин: женщины – 49 (51,6 %), а мужчин были 46 (48,2 %) случаев в исследуемых группах. Этот факт подтверждается данными литературы (Kaplan G.G., et al. 2012).

Основными методами инструментальной диагностики активности воспалительного процесса при поступлении пациентов с тяжелой формой язвенного колита являлись колоноскопия и УЗИ толстой кишки. По данным эндоскопического исследования, в подавляющем большинстве случаев имелось тотальное поражение толстой кишки – в 71,5 %, тогда как левостороннее поражение было выявлено у 8,3% пациентов.

На основании клинико-инструментальных данных, по активности язвенного колита пациенты распределены следующим образом: у 60,1% пациентов имелась тяжелая форма заболевания, в 39,9% случаях – диагностирована среднетяжелая форма заболевания. У 74,2% пациентов при поступлении в стационар отмечено состояние средней тяжести, а у 25,8% больных имелось тяжелое состояние.

Результаты клинической части работы: эндомезентериальная лимфатическая терапия в послеоперационном периоде убедительно показала высокую эффективность применения специфических мероприятий по профилактике развития функционально-динамической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде, при этом каждый компонент алгоритма обуславливал целенаправленное действие на определенную часть

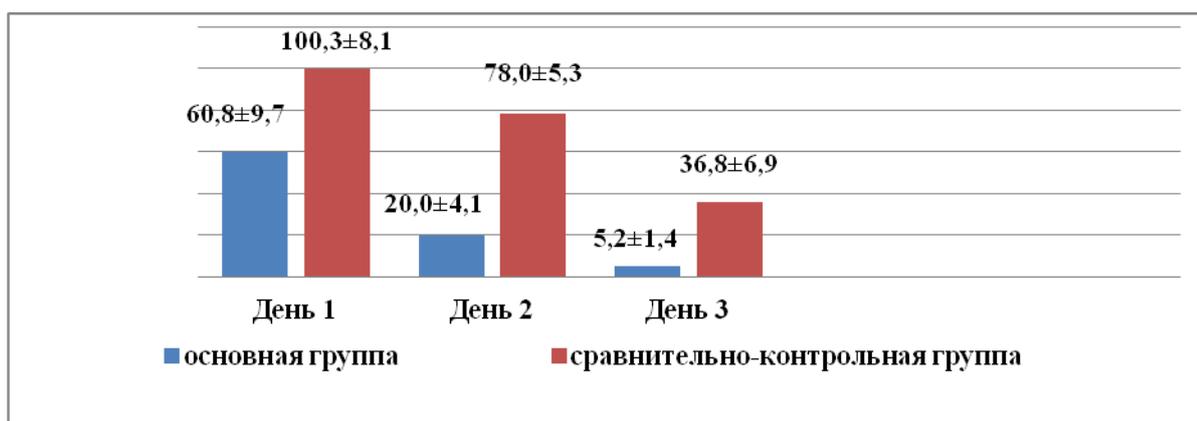
патогенетического механизма развития специфических для неспецифического язвенного колита осложнений. Тем самым в послеоперационном периоде в динамике наблюдались ранние восстановления перистальтики кишечника (рис. 1).



**Рис. 1. Динамика восстановления функции желудочно-кишечного тракта после операции (появления перистальтики кишечника по дням в % отношении).**

Ранние восстановления перистальтики кишечника в послеоперационном периоде определялись с первого дня после операции. Также с первого дня после операции наблюдалось снижение температуры тела до нормальной цифра, являясь одним из основных показателей указывающий результат применяемой методики лечения.

Динамика выделения жидкости из брюшной полости (в мл) у контрольной и основной групп больных в сравнительном аспекте показали улучшенные стороны у основной группы (рис. 2).



**Рис. 2. Динамика выделения жидкости из брюшной полости послеоперационного периода (в мл).**

У пациентов сравнительно-контрольной группы, эти показатели были замедленными: перистальтика кишечника появилась только на третий день после операции; высокая, либо субфебрильная температура держалась в

течение  $5 \pm 1$  дней; нахождение больного в стационаре (койка дней) у основной группы больных составляло  $7 \pm 1,5$  дней, а в контрольной группе больных  $10 \pm 1,5$  дней в сравнительных группах приведены в таблице (табл. 11).

Таблица 11.

**Сравнительные клинические параметры в послеоперационном периоде**

Параметры	Контрольная группа (n=42)	Основная группа (n=53)
Появление перистальтики кишечника	Начиная с третьего дня после операции	С первого дня после операции
Температура тела	Снижение до нормальных цифр с 4- 5 дня	Снижение до нормальных цифр с первого дня
Динамика выделения жидкости из брюшной полости (мл.)	100,3 $\pm$ 8,1 в первый день; 78,0 $\pm$ 5,3 во второй день; 36,8 $\pm$ 6,9 на третий день.	60,8 $\pm$ 9,7 в первый день; 20,0 $\pm$ 4,1 во второй день; 5,2 $\pm$ 1,4 на третий день.
Койка дней	10 $\pm$ 1,5 дней	7 $\pm$ 1,5 дней

Несмотря на всего этого были наблюдаемы послеоперационные осложнения (табл. 12).

Таблица 12.

**Структура кишечных осложнений наблюдавшихся в послеоперационном периоде в группах исследования**

Послеоперационные осложнения	Основная группа		Контрольная группа	
	количество	%	количество	%
Несостоятельность швов анастомоза	1	1,9	2	4,6
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	1	1,9	1	2,3
Отхождение стомы	0	0	1	2,3
Кишечные свищи	0	0	1	2,3
Функциональная кишечная недостаточность	2	3,7	3	6,9
Абсцессы брюшной полости	0	0	1	2,3
Нагноение послеоперационной раны	1	1,9	2	4,6
Всего:	5	9,2	11	25,6

Эти осложнения были неизбежны из-за тяжелого состояния больных, у которых были в момент операции осложненные формы НЯК: кахексия,

тяжелая степень анемии и сопутствующие соматические болезни. Несмотря на всего этого комплексная эндомезентериальная лимфатическая терапия в послеоперационном периоде позволила достоверно улучшить состояние пациентов основной группы по сравнению с контрольной.

Таким образом, клинические и лабораторные исследования показали, что применение лимфотропной терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде позволило достоверно уменьшить количество кишечных осложнений.

Исходя, из вышеизложенного предлагаем алгоритм комплексного хирургического лечения неспецифического язвенного колита (табл. 13).

Таблица 13.

### Алгоритм комплексного хирургического лечения НЯК

<b>Предоперационное обследование</b>	
А) Клинический осмотр	а) сбор жалоб
	б) анамнез болезни
	в) физикальные методы исследования
Б) Инструментальные методы исследования	а) колоноскопия
	б) ирригоскопия
	г) УЗИ
	д) ФЭГДС
	е) патоморфологические исследования
В) Лабораторные методы исследования	а) общий анализ крови и мочи
	в) биохимические анализы крови
	г) копрологическое исследование
<b>Предоперационная подготовка</b>	
А) предоперационная медикаментозная терапия	а) направленное на купирование активности процесса
	б) при необходимости плазмо- или гемотрансфузия
	в) антибиотикопрофилактика
Б) Диетотерапия	
<b>Операция (дифференцированный выбор)</b>	
А) Левосторонняя гемиколэктомия	а) колостомы
	б) катетеризация брыжейки толстого кишечника ( для лимфотропная терапия)
	в) подготовка прямой кишки для дальнейшего восстановления целостности ЖКТ
Б) Правосторонняя гемиколэктомия	а) наложение илеотрансверзоанастомоза
	б) катетеризация брыжейки толстого кишечника (для лимфотропная терапия)
В) Субтотальная колэктомия	а) колостомы
	б) катетеризация брыжейки тонкого кишечника (для лимфотропная терапия)
Г) Тотальная колэктомия	а) наложение илеостомы
	б) катетеризация брыжейки тонкого кишечника

	( для лимфотропная терапия)
<b>Послеоперационное лечение</b>	
А) Профилактика послеоперационных осложнений с применением в комплекс лечения лимфотропной терапии	
Б) Общеукрепляющее лечение для восстановительной функции организма	
<b>Реабилитационный период</b>	
А) Контроль за состоянием больного в ближайшем послеоперационном периоде	
Б) Контроль за состоянием больного в отдаленном послеоперационном периоде	
В) При необходимости устранение первично наложенной стомы через 6-8 месяцев.	

## **ВЫВОДЫ**

На основании проведенных исследований диссертации, на соискание доктора философии (PhD) на тему «Комплексная лимфатическая терапия неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде» сформулированы следующие выводы:

1. Определены разность лимфооттока в разных частях брыжейки и субсерозной части стенки кишечника на опытах по изучению регионального лимфообращения брыжейки кишечника и замедление лимфооттока при созданной модели язвенного колита у подопытных животных в два раза и более по отношению к норме.

2. Определена приемлемость модели язвенного колита у подопытных животных, которая вызывается ректальным введением 6 % и 7,5 % раствора уксусной кислоты в полость толстого кишечника. Особенно, применение 7,5 % раствора уксусной кислоты для создания модели язвенного колита по клиническим признакам была очень приближена неспецифическому язвенному колиту и она подтвердилась гистоморфологически.

3. Определено, что применение лимфотропной терапии в комплексе лечения неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде положительно влияет на результаты лечения, главным образом, разгружая лимфатическую систему кишечника путем ускорения лимфооттока по лимфатическим путям, предотвращая нежелательных негативных процессов – осложнений со стороны кишечника.

4. Определены по результатам сравнительного анализа проведенных исследований, что при лечении больных с неспецифическим язвенным колитом, предложенный метод - комплексная лимфатическая терапия в послеоперационном периоде, является простым, очень эффективным методом и при этом: значительно уменьшается материальные затраты для лечения; сокращается количества койка дней больного в стационаре на  $2,0 \pm 0,5$  дня; не наблюдаются нежелательные реакции со стороны антибиотиков; уменьшается количество кишечных осложнений.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01  
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE  
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**RUZIEV AKHTAM ERGASHOVICH**

**COMPLEX LYMPHATIC THERAPY FOR UNSPECIFIC  
ULCERATIVE COLITIS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD**

**14.00.27 - Surgery**

**DISSERTATION ABSTRACT  
OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

**Bukhara – 2021**

**The topic of the dissertation of the Doctor of philosophy (PhD) in medical science is registered in the Higher attestation commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under B2019.2.PhD/Tib987**

The dissertation carried out at the Bukhara state medical institute and Andijan state medical institute.

The abstract of the dissertation in three languages (uzbek, russian and english (summary)) is available on the website of the Scientific council ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) in the information and educational portal «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

<b>Research advisor</b>	<b>Egamov Yuldashali Sulaimanovich</b> doctor of medical science, professor
<b>Official opponents</b>	<b>Zemlyanoy Vyacheslav Petrovich</b> doctor of medical science, professor (Russian Federation)  <b>Ligay Ruslan Efimovich</b> doctor of medical science
<b>Leading organization</b>	<b>Moscow State University of Medicine and Dentistry</b> (Russian Federation)

The defense will take place "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2021 in 12.30 at the meeting of the Scientific Council of DSc/PhD. 04/30. 12. 2019. Med.93. 01 at the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino (Address: A. Navoi str., 1, 200118, Bukhara. Contacts: Phone number: (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

The dissertation can be found in the Information and Resource Center of the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino (registered under No. \_\_\_\_\_). (Address: A. Navoi str., 1, 200118, Bukhara. Contacts: Phone number: (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

The abstract of the dissertation has been sent out "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2021 of the year.

(Register of the mailing protocol no. from \_\_\_\_\_ 2021 year).

**A.Sh. Inoyatov**

Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

**D.N. Achilova**

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy

**N.A. Nuraliyev**

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

## INTRODUCTION

### (abstract of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD))

**The aim of the study** is to improve the results of treatment of patients with non-specific ulcerative colitis using the lymphological principles of therapy aimed at regulating regional homeokinesis in the abdominal cavity by endomesenteric lymphatic drug therapy.

**The object of the study** was 95 patients with nonspecific ulcerative colitis who were on inpatient treatment in the coloproctology department of the Andijan State Medical Institute clinic, as well as experimental animals – mongrel dogs in the number of 24 who were in the ASMI Central Research Center.

#### **The scientific novelty of the research is as follows:**

a model of ulcerative colitis was developed in an experiment in experimental animals and at the same time the mechanisms of clinical and pathogenetic changes developing in patients with ulcerative colitis were determined;

regional disorders of microlimphocirculation of the abdominal cavity organs in experimentally created ulcerative colitis were studied, which proved morphological changes in the microlimph vessels of the intestinal mesentery in the aspect of disorders of the digestive system;

a method of endomesenteric lymphatic therapy in the complex treatment of NAC in the postoperative period has been developed, the results of which convincingly show its best sides, regulating regional homeokinesis in the abdominal organs;

it is proved that the endomesenteric lymphatic method of therapy in the complex treatment of NAC in the postoperative period will allow to achieve the prevention of significant intestinal complications, reducing the duration of the patient's stay in the hospital and fatal outcomes.

#### **The practical results of the study are as follows:**

- determined that on the basis of morphological studies of lymphatic system of the abdomen and lymphomonocytosis in mesenteric vessels and lymph nodes of the large intestine in the experiment, a significant role of the violation of the structure and functions of the regional microsymbiosism in the mechanisms of the development of postoperative complications in ulcerative colitis;

- developed in experimental animals experimental model of ulcerative colitis, which is much easier to study the role of the lymphatic system of the abdomen in the etiopathogenesis of ulcerative colitis;

- a more effective method of endomesenteric lymphatic therapy has been developed in the complex of treatment of patients with NAC in the postoperative period, which contributes to the acceleration of the recovery function of the gastrointestinal tract, preventing the development of intestinal complications.

**The reliability of the research results** is confirmed by the use of modern clinical, laboratory and instrumental methods widely used in practice. All obtained results and conclusions are based on the principles of evidence-based medicine. Statistical processing confirmed the reliability of the results.

**Implementation of the research results** based on the results of a scientific study to improve the results of the use of lymphotropic therapy in the complex treatment of ulcerative colitis in the postoperative period: methodological recommendations "Complex therapy of ulcerative colitis in the postoperative period" were developed (reference of the Ministry of Health No. 8n-r/460 of November 23, 2020). The proposed recommendations made it possible to improve the quality of surgical treatment of patients with nonspecific ulcerative colitis by preventing intestinal complications in the postoperative period;

methodological recommendations "Method of lymphatic therapy of ulcerative colitis" have been developed (reference of the Ministry of Health No. 8n-r/679 dated December 31, 2020). The proposed recommendations made it possible to improve the results of treatment of patients with non-specific ulcerative colitis in the postoperative period by preventing intestinal and extra-intestinal complications;

the obtained scientific results on improving the results of treatment of patients with non-specific ulcerative colitis in the postoperative period have been implemented in the clinical activities of Andijan, Bukhara, Namangan and Fergana regional multidisciplinary medical centers, as well as clinics of the Andijan State Medical Institute, and other medical institutions of the Republic of Uzbekistan.

**Publication of the research results** - in total, 28 scientific papers have been published on the topic of the dissertation, including 7 articles in scientific journals recommended for publication of the main scientific results of doctoral dissertations (PhD) by the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan, 5 of them in domestic and 2 in foreign journals.

**The structure and scope of the dissertation:** The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, findings, practical recommendations and a list of cited literature. The dissertation is presented on 107 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; part I)**

1. 1. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Хирургическая тактика в комплексном лечении неспецифического язвенного колита // Tibbiyotda yangi kun. Ташкент. – 2018 г. - №3. –С. 166-170. (14.00.00; №22)

2. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э. Значение эндомезентериальной лимфатической терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде // Проблемы биологии и медицины. Самарканд. – 2019, -№3. – С.163-167. (14.00.00; №19).

3. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Эндомезентериальная лимфотропная терапия как метод предупреждающий осложнений в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде // Tibbiyotda yangi kun. Ташкент. – 2019, -№3 (27). – С.299-303. (14.00.00; №22)

4. Рузиев А.Э. Ретроспективный анализ результатов консервативного и хирургического методов лечения неспецифического язвенного колита // Tibbiyotda yangi kun. Ташкент. – 2020, -№2 (30). – С.622-627. (14.00.00; №22)

5. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Экспериментда яратилган ярали колит моделида лимфотроп даволаш усулининг афзаллигини аниқлаш // Tibbiyotda yangi kun. Тошкент. – 2020, -№3 (31). – С.456-461 (14.00.00; №22)

6. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э. Значение лимфообращения в брыжейке кишечника для лимфотропной терапии при язвенном колите // Проблемы биологии и медицины. Самарканд, - 2020, -№4 (120). – С.132-137. (14.00.00; №19).

7. Egamov Yu.S., Ruziyev A.E. Substantiation of limphotropictherapy on the model of ulcer colitis in experiment Theoretical and Applied Science (Филоделфия, США) Scopus ASJC: 1000. - № 5 (85) 2020. 361-366.

**II бўлим (II часть; part II)**

8. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Не опровергающее значение лимфотропной терапии для профилактики кишечных осложнений в послеоперационном периоде при язвенном колите // Московский хирургический журнал. – 2020. - № 3 (73). - С.22-26.

9. Yu.S. Egamov, Ruziyev A.E.,S.A.Khaidarov . Non-refuting value of lymphotropic therapy for the prevention of intestinal complications in the postoperative period in ulcerative colitis // Moscow Surgical Journal (Scientific and practical journal). – 2020. - № 3 (73). 27-30.

10. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Лимфатическая терапия в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. // Материалы международной научно-

практической онлайн - конференции «Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения». Самарканд, 2020 . – С.152-153.

11. Egamov Yu.S., Ruziyev A.E. Substantiation of limphotropic therapy on the model of ulcer colitis in experiment // Proceeding of 2nd Global Congress of Contemporary Sciences and Advances A Multidisciplinary International Scientific Conference Hosted from Shirvan, Iran [www.econferenceglobe.com](http://www.econferenceglobe.com) 5th December, 2020. - №6. 41-42.

12. Ruziyev A.E. Justification of the use of the method of lymphatic therapy to improve the results in the complex treatment of ulcerative colitis // International journal on human computing studies. Volume: 02 Issue: 6 November-December 2020. 28-30.

13. Ruziyev A.E. Advantages of the method of lymphotropic therapy in the treatment of ulcer colitis // Novateur Publications JournalNX- A Multidisciplinary Peer Reviewed Journal. Volume 6, ISSUE 6, June -2020. 112-116.

14. Ruziyev A.E. Indirect analysis of the results of conservative and surgical methods of treatment of non-specific ulcerative colitis // European journal of research development and sustainability. Impact Factor:7.455 Volume 2, Issue 2 February, 2021. An open access, peer reviewed multidisciplinary journal Scholarzest.com Calle Nelly, 4,35 Carrizal de Ingenio, Las Palmas, Spain. Page No.:79-82.

15. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А.. Оценка результатов анализа консервативного и хирургического методов лечения неспецифического язвенного колита // Московский хирургический журнал. – 2021. - № 1 (73). - С.5-10.

16. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А.. Наш опыт лечения неспецифического язвенного колита // Хирургия Узбекистана. - 2018. -№3, - С.67.

17. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Влияние лимфатической терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита / Сборник тезисов «VII съезд Казахстанской ассоциации эндоскопических хирургов». г.Актюбе. 11.06.2018 г. – С.64.

18. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Обоснование роли эндомезентериальной лимфатической терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде / Материалы 7-ой международной научно-практической конференции по клинической лимфологии «ЛИМФА-2019». Москва. - 2019. –С. 4-5.

19. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Эндомезентериальная лимфатическая терапия как этиопатогенетическое звено в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде // Материалы республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии мирного и военного времени». –Ташкент, 2019. - С.5-6.

20. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Лимфатическая терапия в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в

послеоперационном периоде // Материалы международной научно-практической онлайн - конференции «Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения». Самарканд, 2020. –С.152-153.

21. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Анализ результатов консервативного и хирургического методов лечения неспецифического язвенного колита // «Профилактик тиббиётда юқори инновацион технологияларни қўллаш» мавзусидаги республика илмий-амалий анжумани материаллари. –Андижон, 2020 й. 884-б.

22. Рузиев А.Э. Лимфотропная терапия в комплексе лечения язвенного колита // Материалы международной научно-практической конференции на тему “Актуальные вопросы хирургии толстой кишки”. –Андижан, 2021. - С.67-70.

23. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Рузиев А.А.,Хайдаров С.А. Лимфатические принципы лечения язвенного колита в послеоперационном периоде // Материалы международной научно-практической конференции на тему “Актуальные вопросы хирургии толстой кишки”. – Андижан, 2021. - С.64-67.

24. Рузиев А.Э. Электронная программа, изучающая развитие неспецифического язвенного колита в зависимости от состояния лимфатической системы // Свидетельство зарегистрировано в государственном реестре программ для ЭВМ от 21.12.2020, №DGU 2020 2230.

25. Рузиев А.Э., Эгамов Ю.С. Комплексная терапия неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде // Методические рекомендации. - Ташкент, 2020. - 22 с.

26. Рузиев А.Э., Эгамов Ю.С. Способ лимфатической терапии неспецифического язвенного колита // Методические рекомендации. - Ташкент, 2020. - 23 с.