

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

МАМАДИЕВ АЗИЗБЕК МАРИБЖАНОВИЧ

**ЧАП ТОМОНЛАМА ЎТКИР ЙЎҒОН ИЧАК ТУТИЛИШИДА
ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ НАТИЖАЛАРИНИ
ЯХШИЛАШ ЙЎЛЛАРИ**

14.00.27 – Хирургия

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

АНДИЖОН – 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor philosophy (PhD)

Мамадиев Азизбек Марибжанович

Чап томонлама ўткир йўғон ичак тутилишида хирургик даволаш ва реабилитация натижаларини яхшилаш йўллари..... 3

Мамадиев Азизбек Марибжанович

Пути улучшения результатов хирургического лечения и реабилитации острой левосторонней толстокишечной непроходимости..... 23

Mamadiyev Azizbek Maribjanovich

Ways to improve the results of surgical treatment and rehabilitation of acute left-sided colonic obstruction..... 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 47

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

МАМАДИЕВ АЗИЗБЕК МАРИБЖАНОВИЧ

**ЧАП ТОМОНЛАМА ЎТКИР ЙЎҒОН ИЧАК ТУТИЛИШИДА
ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ НАТИЖАЛАРИНИ
ЯХШИЛАШ ЙЎЛЛАРИ**

14.00.27 – Хирургия

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

АНДИЖОН – 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.3.PhD/Tib373 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.adti.uz) ва «Ziyonet» ахборот таълим портали (www.ziyonet.uz) манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Ходжиматов Гуломиддин Минходжиевич тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Гуламов Олимжон Мирзахитович тиббиёт фанлари доктори Эгамов Юлдашали Сулейманович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	Тошкент тиббиёт академияси

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2023 йил «__» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____-рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50.

Диссертация автореферати 2023 йил «__» _____ да тарқатилди.

(2023 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов

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

М.Ф. Нишанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Б.Р. Абдуллажанов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Тиббиёт фани ривожланишининг ҳозирги босқичи йўғон ичакнинг бир қатор яхши ва ёмон сифатли патологияларининг ўсиши билан тавсифланади, бунда касалланиш йилига 2 миллионга яқин ҳолатларни ва ўлим даражаси 25-30% ни ташкил қилади.¹ Ушбу тоифадаги беморларни даволаш асосан касалликнинг босқичи билан белгиланади, бу эса ташрихдан кейинги ўлимнинг юқори даражаси (40% гача) билан тавсифланувчи йўғон ичак анастомози чокларининг етишмовчилиги (ЙИЧЕ) (8-20%), иккиламчи йирингли-септик жараёнлар (3-25%) ва перитонит (6-22%) каби ташрихдан кейинги асоратларни олдини олишда кенг қамровли диагностика ва хирургик стратегиянинг муҳимлигини таъкидлайди. Хатто предикторларни ўрганиш ва ташрихдан кейинги натижаларни башорат қилишдаги эришилган ютуқларга қарамай, ЙИЧЕ частотаси айниқса шошилишчи хирургияда юқори бўлиб қолмоқда, бу анастомознинг жойлашишига боғлиқ ҳолда, турли хил умумий ва маҳаллий олиб келувчи омиллар таъсири бўлиши мумкин. Ушбу йўналишда, амалий соғлиқни сақлаш тизими учун колоректал хирургиянинг техник жиҳатларини оптималлаштириш, шунингдек, ЙИДа бажарилган резекцион аралашувлардан кейин беморларнинг ҳаёт сифати ва умр кўриш давомийлигини ошириш йўллари излаш долзарбдир.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда ўзгарувчан ва ўзгартирилмайдиган омил белгиларини, шу жумладан, ЙИЧЕ ва улар билан боғлиқ иккиламчи асоратларни шакллантиришга олиб келадиган потенциал патогенетик механизмларни ўрганиш энг долзарб тадқиқотлар бўлиб қолмоқда. Йўғон ичак эпителиал ҳужайраларига пролифератив афзаллик берадиган ва ёмон сифатли фенотипнинг ривожланишига ҳисса қўшадиган ген мутацияларини ўрганиш ҳамда математик таҳлилга оид тадқиқотлар давом эттирилмоқда, турли хил ўзига хос молекуляр ўзгаришларнинг колоректал карциногенезга қўшадиган ҳиссаси кўриб чиқилмоқда, бу эса прогноз ва даволаш тактикасини танлашнинг асоси ҳисобланадиган хавф стратификацияси биомаркерлари ва йўғон ичак патологияси босқичлари билан боғлиқ генетик механизмларни аниқлашга ёрдам беради.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий босқичида консерватив ва хирургик даволаш, профилактиканинг илғор технологияларини жорий этиш орқали йўғон ичакнинг турли касалликлари кузатилган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазибалари киритилган². Ушбу вазибаларни амалга ошириш, жумладан,

¹ Rawla P, Sunkara T, Barsouk A. Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Prz Gastroenterol.* 2019;14(2):89-103. doi:10.5114/pg.2018.81072.

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60 сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

коло-колоанастомоз билан комбинацияланган стомани шакллантириш усулини такомиллаштириш, шунингдек, хирургик реабилитацияни оптималлаштириш ушбу патологиянинг юқори клиник аҳамияти сабаб колопроктологиянинг ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги ва 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилич тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармонлари, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 26 июлдаги ПҚ–5198-сон «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори, шунингдек, мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги. Тадқиқот иши республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Вақт ўтиши билан колоректал хирургия ташрихдан кейинги эрта асоратларни минималлаштириш ва госпитал ўлимни камайтириш билан сезиларли ютуқларга эришди³. Шошилич хирургия шароитида, ўткир йўғон ичак тутилиши билан оғриган беморларни даволашда асосий вазифа – ҳаётни сақлаб қолиш, шунингдек, йўғон ичак сегментининг саратонли зарарланган қисмини тубдан олиб ташлаш имконияти масаласини ҳал қилиш ҳисобланади⁴. Адабиёт маълумотларига кўра, обструкция шароитида йўғон ичакнинг бирламчи шаклланган анастомозининг етишмовчилиги 25,1-69,2% ни ташкил қилади^{5,6}. Шунга кўра беморларнинг 50% дан ортиғида жарроҳлик аралашувлар, кўпинча Гартман бўйича, колостомия шакллантириш билан яқунланади. Баъзи муаллифлар уч босқичли Цейдлер-Шлоффер ташрихининг тарафдорлари ҳисобланади. Бироқ, Гартман типидagi ташрихнинг шубҳасиз афзалликларига қарамай, хирургдан юқори малакани талаб қилади, шунингдек, ташрихдан кейинги тикловчи босқични амалга оширишни талаб қилади, бу кўпинча ҳаёт учун хавфли бўлган ташрихдан кейинги асоратларнинг ривожланиши (25-60%) ва юқори ўлим кўрсаткичи (5-9%) билан бирга кузатилади⁷.

³ Clifford R, Fowler H, Govindarajah N. Early anastomotic complications in colorectal surgery: a systematic review of techniques for endoscopic salvage. Surg Endosc. 2019; 33:1049-1065. doi.org/10.1007/s00464-019-06670-9

⁴ Мусаев Д.А. Радикальные одномоментные операции при кишечной непроходимости, обусловленной опухолью левой половины толстой кишки //Вестник Авиценны. – 2017. – Т. 19, № 3. – С. 399-406.

⁵ Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошилин В.С. Несостоятельность колоректального анастомоза: факторы риска, профилактика, диагностика, лечебная тактика //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 2. – С. 27-34.

⁶ Шелыгин Ю.А., Нагудов М.А., Пономаренко А.А. Мета-анализ методов лечения несостоятельности колоректального анастомоза //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – № 8-2. – С. 30-41.

⁷ Грошилин В.С., Черкасов М.Ф., Московченко А.Н., Дмитриев А.В. Анализ причин параколостомических осложнений и обоснование мер по их профилактике //Колопроктология. 2015. № S1 (51). С. 114a-114b.

Б.С. Запороженко⁸ ва ҳаммуал. маълумотларига кўра йўғон ичакнинг ўткир обструкцияси бўлган беморлар одатда умумий хирургик шифохоналарга ётқизилади ва даволаш тактикаси навбатчи шифокорлар бригадасининг малакасига боғлиқ бўлади. Шу билан бирга, кўпчилик хирурглар икки босқичли ташрихларда энг яхши натижаларни қайд этишади. Биринчи босқичда йўғон ичакнинг обструктив резекцияси ва бир стволли колостома чиқариш бажарилади. Иккинчи босқичда йўғон ичакнинг узлуксизлиги тикланилади. Стоманинг мавжудлиги беморнинг хулқ-атворига салбий таъсир қилади, унинг ҳаёт сифати ижтимоий ва меҳнат нуқтаи назаридан ёмонлашади. Бундан ташқари, кўпинча стомали беморларда турли сабабларга кўра бундай ташрих ҳажми ҳаёт давомида қолади⁹. Шу муносабат билан, беморларнинг тўлақонли ҳаётини тиклаш учун реконструктив-тикловчи ташрихларга шошилиш эҳтиёж туғилади. Гартман типигадаги хирургик аралашувлардан сўнг тикловчи ташрихларни ўтказиш зарур ва айни пайтда техник жиҳатдан мураккаб ҳисобланади. Бироқ, барча реконструктив ташрихлар мураккаб деб таснифланади, бу бир қатор омилларга боғлиқ: биринчи ўтказилган ташрихдан кейин тикловчи ташрихни амалга ошириш учун аниқ вақт оралиғининг белгиланмаганлиги, хирургик кириб бориш йўлининг тури ва резекция қилинган сохалар ўртасида ичак анастомозини шакллантириш усулининг ноаниқлиги¹⁰.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, тадқиқотчилар ушбу муаммони кўриб чиқишда унинг фақатгина маълум бир қисмига эътибор қаратишади, бу бизнинг фикримизча, ташрихдан кейинги асоратлар ва ўлимнинг нисбатан юқори кўрсаткичларига сабаб бўлади, бу асоратларнинг олдини олиш масалалари эса, келгусидаги тадқиқотларни талаб қиладиган катта муаммодир. Натижалардан қониқмаслик ва ечилмаган кенг қўламли муаммоларни ҳал қилиш ушбу тадқиқотнинг предмети бўлди. Шу муносабат билан тақдим ушбу диссертация тадқиқотининг мавзуси долзарб бўлиб, ўсма ва ўсма бўлмаган табиатли ўткир йўғон ичак тутилиши билан оғриган беморларни хирургик даволашнинг якуний натижаларини яхшилашга қаратилган.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий ишлари режасига мувофиқ бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади коло-колоанастомоз билан комбинацияланган стомани шакллантириш усулини такомиллаштириш, шунингдек, хирургик реабилитацияни оптималлаштириш орқали йўғон ичакнинг чап томонлама ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ўткир тутилишини хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

⁸ Запороженко Б.С., Шишлов В.И., Горбунов А.А. и др Реконструктивно-восстановительные операции у больных после обструктивной резекции толстой кишки //Клиническая хирургия. 2011. №7. с.19-21.

⁹ Лунтовский А.М., Спирев В.В. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана с использованием аппарата КА //Университетская медицина Урала. 2017. Т. 3. № 1 (18). С. 41-42.

¹⁰ Chema Strik, Martijn W.J., Stommel, Laura J. Schipper Risk. Factors for suture repeat abdominal surgery. Lungenbecks archivesof surgery. 2016. vol. 401. № 6. P. 829-837.

Тадқиқотнинг вазифалари:

таққослаш гуруҳидаги беморларда йўғон ичакнинг чап томонлама ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ўткир тутилишини хирургик даволаш натижаларини аниқлаш;

йўғон ичакнинг чап томонлама ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ўткир тутилишида коло-колоанастомоз билан комбинацияланган стомани шакллантириш усулини такомиллаштириш;

натижаларни баҳолаш ва коло-колоанастомоз билан комбинацияланган стомани шакллантиришнинг такомиллаштирилган усулини қўллаш самарадорлигини асослаш;

колостома қўйилган беморларда хирургик реабилитациянинг реконструктив-тикловчи босқичини оптималлаштириш;

чап томонлама колостомаларда таққосланаётган гуруҳларда реконструктив-тикловчи оператив аралашувлардан сўнгги хирургик реабилитация натижаларини қиёсий баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2012 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда Республика шошинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалида ўсма ва ўсма бўлмаган этиологияли ичак тутилиши туфайли йўғон ичакда резекцион аралашувлар амалга оширилган 96 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети коло-колоанастомоз билан комбинацияланган Т-шаклидаги стомани шакллантиришнинг такомиллаштирилган усули ҳамда хирургик реабилитациянинг оптималлаштирилган тактикаси самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, лаборатор, инструментал, махсус ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ўсма ва ўсма бўлмаган генезли йўғон ичакнинг чап томонлама ўткир тутилишида коло-колоанастомоз билан комбинацияланган стомани шакллантириш усули такомиллаштирилган;

йўғон ичакнинг чап томонлама ўткир тутилишида коло-колоанастомоз билан комбинацияланган стомани шакллантиришнинг клиник самарадорлиги асосланган;

хирургик реабилитациянинг реконструктив-тикловчи босқичини эртарок муддатларда ўтказиш шартларига аниқлик киритилган ва асосланган;

экстраабдоминал усул билан амалга ошириладиган ва Гартман ташрихидан кейинги реконструктив-тикловчи аралашувларга нисбатан сезиларли даражада хавфсизроқ бўлган ҳамда кам травматикликни таъминлайдиган чап томонлама комбинацияланган колостомани бартараф этиш усули ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ташрихдан кейинги дастлабки даврда ичакнинг етарли даражада декомпрессиясига эришишга, шунингдек, йўғон ичак стомасини бартараф этишга қулай шарт-шароитларни яратишга имкон берувчи ўсма ва ўсма

бўлмаган генезли чап томонлама ЎЙИТ да йўғон ичакни резекция қилишда колоколоанастомоз билан комбинациялашган стома кўйиш афзаллиги исботланган;

ўсма ва ўсма бўлмаган генезли чап томонлама ЎЙИТ да реконструктив-тикловчи босқичнинг вақти ва ҳажмини камайтиришга, жарроҳлик техникаси билан боғлиқ бўлган ташрихдан кейинги асоратлар ва ўлим частотасини минималлаштиришга имкон берувчи коло-колоанастомоз билан комбинацияланган стоманинг такомиллаштирилган усулидан фойдаланиш асосланган;

ташрихдан кейинги перитонит ривожланиши борасида хавфсиз бўлган йўғон ичакни қорин олд деворига тикиш орқали колостома ретракциясини олдини олиш усулини ишлаб чиқилган;

колостома кўйилган беморларда хирургик реабилитациянинг реконструктив-тикловчи босқичи маҳаллий оғриқсизлантириш орқали амалга оширилувчи кам инвазив колостомани бартараф қилиш усулини ишлаб чиқиш орқали такомиллаштирилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усуллари билан фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар ҳамда статистик таҳлил жамланмаларининг тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, шошилишчи хирургия шароитида ўсма ва ўсма бўлмаган табиатли ЎЙИТни хирургик даволаш натижаларини яхшилашга, шунингдек, ташрихдан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларини минималлаштиришга имкон берган коло-колоанастомоз билан комбинацияланган стомани шакллантириш усулини кенг қўллаш орқали хирургик тактикани ва колостомали беморларни хирургик реабилитациясини оптималлаштиришга муҳим ҳисса қўшганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, ишлаб чиқилган ва клиник амалиётга жорий этилган коло-колоанастомоз билан комбинацияланган стомани шакллантириш усули шошилишчи хирургия шароитида Гартман ташрихида солиштирилганда техник кўрсаткичлари ва ташрихдан кейинги натижаларига кўра тенглиги, аммо, режали хирургия шароитида реконструктив-тикловчи амалиёт босқичини амалга оширишда йўғон ичак стомасини экстраперитонеал бартараф этиш имконияти ҳисобига муҳим афзалликларга эга эканлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Коло-колоанастомоз билан комбинацияланган стомани шакллантириш усулини такомиллаштириш ҳамда хирургик реабилитацияни оптималлаштириш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

“Колостома кўйиш усули” такомиллаштирилган (ЎЗР ИМА IAP 06816-сон ихтиро учун патенти, 22.02.2022). Колостома кўйишнинг тавсия этилган

усули самаралироқ бўлиб, анастомознинг етарли даражада механик пишиқлигини ва физик герметиклигини таъминлаган.

Йўғон ичакнинг чап томонлама ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ўткир тутилишини хирургик даволаш натижаларини яхшилаш илмий тадқиқот натижалари асосида «Шошинч хирургияда йўғон ичак анастомозларини шакллантириш усули, колостома қўйиш усули ва реконструктив-тикловчи оператив амалиётини ўтказиш усули» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2023 йил 12 январдаги 08-00341-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар Таклиф этилган тавсиялар коло-колоанастомоз билан комбинацияланган Т-шаклидаги стомани шакллантириш орқали ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ЎЙИТ да хирургик тактикани оптималлаштиришга имкон берган;

олинган илмий натижалар соғлиқни сақлашнинг амалий фаолиятига, жумладан, Андижон давлат тиббиёт институти клиникасининг хирургия бўлимига ва Республика шошинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2023 йил 12 январдаги 08-00341-сон маълумотномаси). Йўғон ичакнинг ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ўткир тутилишида колоколоанастомоз билан комбинацияланган стома ҳосил қилиш усулини такомиллаштириш реконструктив-тикловчи ташрихларни ўтказиш вақтини 1-3 ойгача, специфик асоратларнинг частотасини 17,5% дан 2,6% гача, шунингдек ўлим кўрсаткичини 5,3% дан 2,6% гача камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 3 та ҳалқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 4 та мақола, жумладан, 2 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш** қисмида диссертациянинг долзарблиги асосланган, тадқиқотнинг мақсади, вазифалари шакллантирилган, натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти берилган, иш натижаларини синовдан ўтказиш ва нашр этиш, диссертация ҳажми ва тузилиши тўғрисида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг "**Ўткир йўғон ичак тутилишида ичак стомалари муаммосининг ҳозирги ҳолати**" деб номланган биринчи бобида этиопатогенетик жиҳатлар ва ўткир чап томонлама йўғон ичак тутилишининг таснифини тавсифловчи адабий шарҳ берилган, шунингдек,

турли хил вариантлар ва жарроҳлик аралашувларнинг самарадорлиги уларнинг кейинги ечимини талаб қиладиган долзарб масалаларни таҳлил қилиш билан келтирилган.

Диссертациянинг "**Клиник кузатувларнинг тавсифи ва тадқиқот усуллари**" деб номланган иккинчи бобида тадқиқотда ўрганилган йўналишларнинг тавсифини тақдим этилган. Иш 2010-2021 йилларда Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказининг Андижон филиалида кузатилган турли этиологияли ўткир чап томонлама йўғон ичак тутилиши бўлган 96 беморни даволаш натижаларига асосланган. Гуруҳларни шакллантириш истиқболли назорат остида тадқиқот ўтказиш талабларига мувофиқ амалга оширилган. Бунинг учун қабул пайтида беморларнинг бутун намунаси икки гуруҳга бўлинган – асосий ва назорат.

Назорат гуруҳини Гартман операцияси ва Гартман туридаги операция ўтказган 57 бемордан иборат, битта магистрал йўғон ичак стомасини ҳосил қилинган беморлар ташкил этади.

Асосий гуруҳ 39 бемордан иборат. Шулардан турли хил этиологияли чап томонлама ўткир йўғон ичак тутилиши билан (ўсма, сигмасимон ичакнинг буралиб қолиши) беморларнинг 35 нафариди “ёнбош-охир анастомоз билан Т шаклидаги стома” ва 4 нафар беморда “охир-ёнбош анастомоз билан Т шаклидаги стома” бажарилган (жадвал. 1).

1-жадвал

Беморларни жарроҳлик даволаш турига қараб тақсимланиши.

Операцияларнинг турлари	Беморларнинг таққослаш гуруҳлари			
	Назорат гуруҳи (n-57)		Асосий гуруҳ (n-39)	
	абс	%	абс	%
Гартман оперцияси	19	33,3	-	-
Гартман туридаги операция	38	66,7	-	-
Ёнбош-охир анастомоз билан Т шаклидаги стома	-	-	35	89,7
Охир-ёнбош- анастомоз билан Т шаклидаги стома	-	-	4	10,3
Жами беморлар	57	100,0	39	100,0

Ўз вақтида ташхис қўйиш ва жарроҳлик тактикасини аниқлашда муҳим рол ўткир йўғон ичак тутилишларида клиник кўринишларига тегишли бўлиб, уларнинг маълумотлари 2-жадвалда акс эттирилган.

Қуйидаги 2-жадвалдан кўриниб турибдики, таққослаш гуруҳида ва асосий гуруҳда оғриқ синдроми (100%) ва бошқа диспептик касалликлар корин дам бўлиши (мос равишда 91,2% ва 84,6%), кўнгил айниши ва қайт қилиш (мос равишда 93,3% ва 92,3%), шунингдек газ ва нажасни келмаслиги (94,7% ва 76,9%) беморларнинг иккала гуруҳида ҳам маълум бир доимийлик билан аниқланди.

Таққослаш гуруҳларида ЎЙИТ клиник кўриниши.

ЎЙИТ клиник кўриниши	Беморлар таққослаш гуруҳлари			
	Назорат гуруҳи (n-57)		Асосий гуруҳ (n-39)	
	абс	%	абс	%
Оғриқ синдроми	57	100,0	39	100,0
Қорин дам бўлиши	52	91,2	33	84,6
Кўнгил айниш, қайт қилиш	53	93,3	65	92,3
Ич ва ел келмаслиги	54	94,7	30	76,9
«Қийшиқ қорин» симптоми	10	17,5	22	56,4
Тўғри ичак ампуласини бш бўлиши	32	56,1	29	74,4
Жами	57	100,0	39	100,0

Объектив истикболли назорат остида тадқиқотни ўтказиш учун таққосланган гуруҳлар барча асосий кўрсаткичлар бўйича таққослашни ҳисобга олган ҳолда тақсимланди: ёши, жинси, ЎЙИТ сабаби ва касалликнинг оғирлиги ва қорин парда яллиғланиши белгилари мавжудлиги. Дори терапияси стратегияси тадқиқот гуруҳларида фарқ қилмади, барча беморлар стандартлаштирилган даволаш режимини олдилар.

Диссертациянинг “**Йўғон ичакнинг ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ўткир йўғон ичак тутилишларида хирургик тактика**” деб номланган учинчи бобида такомиллаштирилган техниканинг тавсифи тақдим этилган. Ўзбекистон республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг тасдиқланган протоколи бўйича ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ўткир йўғон ичак тутилиши (ЎЙИТ) ташхиси комплекс диагностика ёндашув асосида амалга оширилган.

Беморларимизнинг операциядан олдинги тайёргарлиги жарроҳлик бўлимига қабул қилинган пайтдан бошлаб диагностика чоралари билан параллел равишда бошланган ва амалга оширилган.

Тадбирлар гомеостазни тузатиш, ошқозонни декомпрессия қилиш учун назогастроудоденал зондни киритиш, спазмолитиклар ва аналгетиклар, кенг спектрли антибиотиклар буюриш, шунингдек кўрсатмаларга мувофиқ тозалаш клизмаларини ўтказиш билан бошланган.

Лаборатория маълумотлари натижалари, шунингдек анамнестик маълумотлар (юрак-қон томир касалликлари, қандли диабет, семириш ва бошқалар мавжудлиги) асосида биз тегишли мутахассисларни биргаликда терапевтик патологияни маслаҳат бериш ва тузатиш учун консултацияга асосланиб фаол иш олиб бордик.

Трансфузия ўтказилишида уларнинг терапияси детоксикацияга, сув-электролитлар мувозанатини тузатиш ва гемодинамикани барқарорлаштиришга қаратилган. Барча операциялар биз томонидан умумий эндотрахеал наркоз остида ўтказилган.

Тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ЎЙИТ билан касалланган беморларда жарроҳлик даволашни ретроспектив таҳлили ўтказилган. Маълумки, жарроҳлик тактикасини танлаш ва даволаш натижаларига ЎЙИТ сабаблари, шунингдек, хамроҳ терапевтик касаллигининг мавжудлиги, уларнинг табиати ва жиддийлиги муҳим таъсир кўрсатади. ЎЙИТ сабаблари ва хамроҳ терапевтик патологиянинг табиати 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвалдан кўришиб турибдики, таққослаш гуруҳида ЎЙИТ сабаблари ўсма (ректосигмоидал ўсмаси, Сигмасимон ичакнинг пастки ва юқори учдан бир қисми) ва ўсма бўлмаган касалликлар (Сигмасимон ичак буралиши), шунингдек (Сигмасимон ичак шикастланиши унинг бўшлиғи очилиши билан) бўлган. Хамроҳ патологиянинг табиати юрак-қон томир касалликлари, қандли диабет, семириш, нафас олиш ва сийдик ажратиш тизим касалликлари билан боғлиқ бўлган.

3-жадвалдан кўришиб турибдики.. таққослаш гуруҳида ЎЙИТ ректосигмоидал ўсмалар фониди эканлиги ташвишлантиради – 5та (8,8%), сигмасимон ичакнинг пастки учдан бир қисми – 9та (15,8%) ва юқори учдан бир қисми – 6та (10,5%), шунингдек сигмасимон ичак буралиши – 2та (3,5%), булар 22та (38,6%) асосан юрак-қон томир касалликлари билан бирга кечган (ЮИК, гипертоник касаллик, олдин ўтказилган инфаркт миокард, стенокардия) беморларни ташкил этган.

3-жадвал

ЎЙИТ сабаблари ва хамроҳ терапевтик патологиянинг табиати.

ЎЙИТ сабаблари	Назорат гуруҳида хамроҳ терапевтик патологиянинг табиати (n=57)				
	ЮҚТК	Қандли диабет	Семизлик	Нафас тизими	Сийдик ажратув тизими
Ўсма:					
-ректосигм. қисмда	5 (8,8)	3 (5,3)	-	2 (3,5)	-
-СИ пастки 3/1 қисмда	9 (15,8)	2 (3,5)	-	-	1 (1,8)
-СИ юқори 3/1 қисмида	6 (10,5)	-	2 (3,5)	1 (1,8)	-
Сигмасимон ичак буралиши	2 (3,5)	1 (1,7)	4 (7,0)	1 (1,8)	2 (3,5)
Сигмасимон ичак травмалари	-	-	1 (1,8)	-	-
Жами – абс/%:	22 (38,6)	6 (10,5)	7 (12,3)	4 (7,1)	3 (5,3)

Шу муҳимки ЎЙИТ учраши ректосигмоидал қисмда – 3 (5,3%) ва сигмасимон ичакнинг пастки учдан бир қисми 2 (3,5%), шунингдек

сигмасимон ичак буралишида 1 (1,7%) қандли диабет (асосан 2-тип) фонидан эканлиги, бу эса 6 (10,5%) беморни ташкил этган. Шунингдек керакки, сигмасимон ичакнинг пастки учдан бир қисмидаги ўсма 2 (3,5%), шунингдек сигмасимон ичак буралиши 4 (7,0%) ва сигмасимон ичак шикастланиши 1 (1,8%) семизлик фонидан кузатилган бу эса 7 (12,3%) беморни ташкил этган.

4-жадвалдан кўриниб турибдики, таққослаш гуруҳида ўсма ва ўсма бўлмаган генезисли ўйИТ ларида жарроҳлик аралашувлар дастлабки 6 соат ичида – 15 (26,3%) беморларда, 7-12 соат ичида – 8 (14,0%) ва 24-48 соатлик – 14 (24,6%) вақтда амалга оширилган.

Ретроспектив таҳлил шунини кўрсатдики, ўйИТ билан беморлардан дастлабки 12 соат ва 24-48 соат ичида операция қилинган беморлар хамроҳ патологияси йўқ ёки компенсацияланган босқичда бўлган ва асосан ёш ва етук ёшда бўлган.

48 соатдан ортиқ вақт ўтгандан сўнг операция қилинган ўсма генезисли ўйИТ бор беморлар - 20 (35,1%) диққатга сазовордир. Ушбу контингент асосан 60 ёшдан ошган, касалликнинг бошланишидан нисбатан кеч касалхонага ётқизилган, интоксикация ҳодисалари ва бир вақтнинг ўзида терапевтик патологиянинг оғир шакллари мавжуд бўлган шахслардан иборат бўлган. Ушбу беморларга тегишли мутахассисларнинг тавсияларини ҳисобга олган ҳолда даволаш терапияси ўтказилган.

4-жадвал

ўйИТ сабабига қараб таққослаш гуруҳида йўғон ичак стомасининг шакллантириш вақти.

ўйИТ сабаблари	Таққослаш гуруҳида йўғон ичак стомасининг шакллантириш вақти. (n-57)			
	6 соатгача	7-12 соат	24-48 соат	48 соатдан ортиқ
	абс (%)	абс (%)	абс (%)	абс (%)
ўсма:				
-ректосигм. қисм	4 (7,0)	3 (5,3)	4 (7,0)	2 (3,5)
-сигмасимон ичак пастки 3/1 қисми	2 (3,5)	1 (1,7)	6 (10,5)	13 (22,8)
- сигмасимон юқори пастки 3/1 қисми	1 (1,75)	-	4 (7,0)	5 (8,8)
долихосигмада сигмасимон ичак буралиши	7 (12,3)	4 (7,0)	-	-
Сигмасимон ичак шикастланишлари	1 (1,75)	-	-	-
Жами – абс/%:	15 (26,3)	8 (14,0)	14 (24,6)	20 (35,1)

Таққослаш гуруҳида ўсма ва ўсма бўлмаган генезисли ўйИТ сабабига қараб йўғон ичак стомаларини шакллантириш усули 5-жадвалда келтирилган

**Ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ЎЙИТ сабабига қараб йўғон ичак
стомаларини шакллантириш усули.**

ЎЙИТ сабаблари	Таққослаш гуруҳида йўғон ичак стомаларини шакллантириш усули. (n-57)			
	Гартман операцияси		Гартман турида операция	
	абс	%	абс	%
Ўсма:				
-ректосигм. қисм	13	22,8	-	-
-сигмасимон ичак пастки 3/1 қисми	2	3,5	20	35,1
-сигмасимон ичак юқори қисми 3/1 қисми	-	-	10	17,5
Долихосигмада сигмасимон ичак буралиб қолиши	4	7,0	7	12,3
Сигмасимон ичак шикастланишлари	-	-	1	1,8
Жами – абс/%:	19	33,3	38	66,7

5-жадвалдан кўриниб турибдики, таққослаш гуруҳидаги ЎЙИТ билан Гартман операцияси 19 (33,3%) беморларда амалга оширилган. Шу билан бирга, ўсма генезли ЎЙИТ сабаби 13 (22,8%) беморларда йўғон ичакнинг ректосигмоидал ўсмаси, 2 (3,5%) – сигмасимон ичакнинг пастки учдан бир қисмининг ўсмаси эди. 4 (7,0%) беморларда ўсма бўлмаган генезли ЎЙИТ сабаби долихосигмада сигмасимон ичак буралиши бўлган.

5-жадвалдан кўриниб турибдики, Гартман типидagi операция 38 (66,6%) беморларда амалга оширилган. Шу билан бирга, 20 (35,1%) та беморларда ўсма генезли ЎЙИТ сабаби сигмасимон ичакнинг пастки учдан бир қисми ва 10 (17,5%) та беморда сигмасимон ичакнинг юқори учдан бир қисми ўсмаси эди. Ўсма генезли бўлмаган ЎЙИТ сабаби 7 (12,3%) та беморларда сигмасимон ичак буралиб қолиши ва 1 (1,8%) та беморда сигмасимон ичак деворининг ёрилиши билан автохалокат орқали шикастланиш туфайли паретик ичак тутилиши ҳодисаси бўлган.

Ушбу тадқиқотни амалга ошириш ва ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ЎЙИТ ларида тажриба тўплаш жараёнида биз йўғон ичак стомасини қўллаш усулини такомиллаштирдик (2022 йил 22 февралда IAP №06816-сонли ихтироси учун патент олинган).

Ихтиро тиббиёт соҳасига, хусусан жарроҳликка тегишли бўлиб, ичак жарроҳлигида йўғон ичак анастомозининг чоклари етишмовчилигини олдини олиш, шунингдек, қорин пардадан ташқари кириш йўли билан реконструктив тиклаш операцияларини осонлаштириш учун ишлатилиши мумкин.

“Ёнбош-охир” принципида коло-колоанастомоз билан бирлаштирилган Т-симон стоманинг асл усулини ишлаб чиқиш. Тавсия этилган усулнинг вазифалари қуйидагилардан иборат: кам шикаст етказиш, ушбу усулни соддалаштиришни амалга ошириш қиммат ускуналарни ва жарроҳнинг юқори малакасини талаб қилмайди.

Усул қуйидагича амалга оширилади. Эндотрахеал наркоз остида, операция майдонини спирт ва йод эритмалари билан тозалангандан сўнг, ўртанги лапаротомия бажарилади ва қорин бўшлиғи аъзоларини кўздан кечириш амалга оширилади. Шундан сўнг, йўғон ичакнинг олиб ташланадиган қисми мобилизация қилинади. Кейинчалик, ичакнинг ўзгарган қисми резекция қилинади. Ичакнинг олиб келувчи қисми қориннинг чап ёнбош қисмидан алоҳида кесма орқали қорин олд деворига чиқарилади, периметри бўйлаб қорин парда алоҳида тугунли чоклар билан тикилади ва колостома ҳосил қилинади. Қорин олд деворининг четидан париетал қорин пардадан 4-5 см орқага чекиниб, олиб келувчи ичакнинг девори сероз-мушак қатламлари кўндаланг йўналишда шиллиқ қаватгача кесилади. Шундан сўнг, шиллиқ қават сероз-мушак қатламидан 0,5-1,0 см масофада ажратилиб, унинг бутунлиги сақланади. Кейинчалик анастомоз девори анастомозда тешик ҳосил қилмасдан ҳосил қилинади. Анастомоз деворларини шакллантиришда 4 та чок (ичак деворининг барча қатламлари орқали) қўлланилиши керак. Шундай қилиб, анастомоз тешигининг кейинчалик шакллантириш учун мўлжал қолдирилади. Ҳосил бўлган анастомоз қорин пардадан ташқарига чиқарилади, қорин парда анастомоз остида айлана шаклида тикилади. Шундай қилиб, ҳосил бўлган анастомоз қорин бўшлиғидан ташқарида жойлашади. Операция қорин бўшдиғини тозалаш ва дренажни анастомоз соҳасига қўйиш билан якунланади, бу эса қорин бўшлиғидан алоҳида тешик орқали чиқарилади. Яраининг қирралари колостомага қадар тикилади. Асептик боғлам қўйилади. Натижада, 1-расмда келтирилган “ёнбош-охир” тамойили бўйича коло-колоанастомоз билан бирлаштирилган Т-симон шаклидаги стома ҳосил бўлади.



1-расм. Ёнбош-охир принципида коло-колоанастомоз билан бирлаштирилган Т-симон шаклидаги стоманинг якуний кўриниши.

Бирламчи Т-симон шаклидаги анастомозни шакллантириш билан операцияни амалга оширишда муҳим жиҳатлардан бири бу колостома шаклида чиқарилган ичакга махсус ишлов бериш бўлиб, у беморларни касалхонадан чиқарилишидан икки кун олдин амалга оширилади. Операция хонасида ёки тоза боғлов хонасида колостома шаклида чиқарилган ичак кисмига дезинфекцияловчи эритма ишлов берилгандан сўнг, ортиқча ичак кесиб олинади ва коло-коло-анастомоз ичак шиллиқ кавати электрокоагулятор билан куйдирилади. Ушбу манипуляциядан сўнг беморлар ўзларини яхши хис қилади ва бунда махаллий оғриқсизлантириш қўлланилади.

Диссертациянинг **“Ўсма ва ўсма бўлмаган генезли йўғон ичак стомаларини бартараф қилишда жарроҳлик тактикаси”** деб номланган тўртинчи бобида жарроҳлик тактикаси тавсифланган. Колостома ҳосил қилингандан кейин амалга ошириладиган қайта тиклаш операцияларнинг кўплаб усуллари мавжуд. Аммо аксарият жарроҳлик аралашувлар анастомоз чокларининг етишмовчилик хавфини ўз ичига олади. Бу кўплаб омилларга боғлиқ: ичак етишмовчилиги, битишмалар жараёни ва бошқалар. Шунингдек, тўғри ичак чўлтоғини ажратиш ва тайёрлаш муаммоси мавжуд, бу кўп вақт талаб этади ва қон кетиши билан кечиши мумкин. Адабиётларни таҳлил қилишда биз қайта тиклаш операциялар қилишнинг ўхшаш усулини топмадик. Тавсия этилган усулнинг вазифаси йўғон ичак стомасини бартараф қилиш, чокларнинг етишмовчилигини олдини олиш ва анастомознинг ишончлилигини оширишдир.

10-15 кундан кейин қайта тиклаш операцияси амалга оширилади, бу куйидагилардан иборат: колостома майдонига ишлов берилади.

Кейинчалик, колостома қорин деворининг барча қатламлари билан ярим ойсимон усулда кесиб олинади. Сўнг, ичак қисми анастомозгача қийшиқ йўналишда резекция қилинади. Кейинчалик, ичак Матяшок-Пирогов усулида чоклар билан тикилади. Анастомоз ҳудудини санация қилиб ва қорин бўшлиғидан ташқари дренажлашдан сўнг, қорин девори қатлам-қатлам, маҳкам тикилган. Асептик боғлам қўйилади.

Ушбу усул чокларнинг етишмовчилик хавфини минималлаштиради, йўғон ичакда ишончли анастомоз ҳосил бўлишини таъминлайди, шунингдек қайта тиклаш операциясини осонлаштиради. Шу билан бирга, тўғри ичак чўлтоғини тайёрлашга ҳожат йўқ, унинг битишмалардан ажратиш ва ичак етишмовчилиги кузатилмайди. Йўғон ичак стомаларини бартараф қилиш бўйича қайта тиклаш операциялар натижаларини таҳлил қилиш қулайлиги учун биз беморларни таққосланган гуруҳларда жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилдик. Шу билан бирга, амалга оширилган қайта тиклаш жарроҳлик аралашувларнинг вақти, йўғон ичак стомаларини бартараф қилиш усуллари, ичаклараро анастомозларнинг шаклланиш табиати, шунингдек, ўзига хос ва ўзига хос бўлмаган асоратлар ва ўлимларнинг частотаси, табиати ҳисобга олинган.

Таққослаш гуруҳида Гартман операцияларидан кейин беморларни йўғон ичак стомаси билан биз 41 беморнинг тақдирини кузатишга муваффақ

бўлдик. Турли сабабларга кўра, таққослаш гуруҳида 16 беморда беморларнинг тақдирини кузатиш имконияти бўлмаган

Таққослаш гуруҳида беморларнинг такрорий жарроҳлик аралашувлар вақтига қараб тақсимланиши 6-жадвалда келтирилган.

6-жадвал

Беморларни Гартман операцияларидан кейин такрорий жарроҳлик аралашувлар вақтига қараб тақсимланиши.

Қайта тиклаш операциялар вақтлари	Беморлар гуруҳлари					
	Гартман операциясидан сўнг		Гартман туридаги операциядан сўнг		Жами (n=41)	
	абс	%	абс	%	абс	%
- 3-6 ой	3	7,3	5	12,2	8	19,5
- 7-12 ой	9	21,9	18	43,9	27	65,9
- 1 йилдан ортиқ	2	4,9	4	9,8	6	14,6
жами:	14	34,1	27	65,9	41	100,0

6-жадвалдан кўриниб турибдики, таққослаш гуруҳида йўғон ичак стомасини бартараф қилишга қаратилган такрорий жарроҳлик аралашувлар 8 (19,5%) беморларда 3-6 ой ичида амалга оширилган. 7-12 ой ичида - 27 (65,9%) беморларда ва бир йилдан ортиқ вақт ичида – 6 (14,6%) беморларда амалга оширилган.

Ретроспектив таҳлил шуни кўрсатдики, кўп ҳолларда ичакнинг табиий ўтишини эрта тиклашдан воз кечиш сабаби колостоматрофи асоратлари, қўшма касалликлар, қарилик ва вазн йўқотиш билан боғлиқ умумий заифлик эди. Бундан ташқари, ўсма генезда беморлар кимётерапия олишди ва касалликнинг қайталанишини (ўсма жараёни) истисно қилиш учун такрорий кузатув синовларидан ўтган. Сўров натижаларига кўра, беморларнинг аксарияти ўзларини атрофдаги одамлардан чеклаб қўйишган, доимий психо-эмоционал стрессда бўлишган ва кўпинча табиий ўтишни тиклашга қаратилган такрорий операцияни талаб қилишган.

Асосий гуруҳда табиий ўтишни тиклаш бўйича операция қилинган Т-симон шаклидаги стома ва коло-колоанастомоз ҳосил бўлгандан кейин йўғон ичак стомаси бўлган беморларнинг тақсимланиши 7-жадвалда келтирилган

7-жадвал

Т-симон шаклидаги стома ва коло-колоанастомоз ҳосил бўлгандан кейин табиий ўтишни тиклаш учун операция қилишда беморларнинг тақсимланиши.

Стомани бартараф этиш усули	Бирламчи операция табиати (n=34)					
	Т-симон анастомоз «ёнбош-охир»		Т-симон анастомоз «охир-ёнбош»		Жами	
	абс	%	абс	%	абс	%
- Стомани қорин пардадан ташқари бартараф этиш	30	88,2	4	11,8	34	100,0

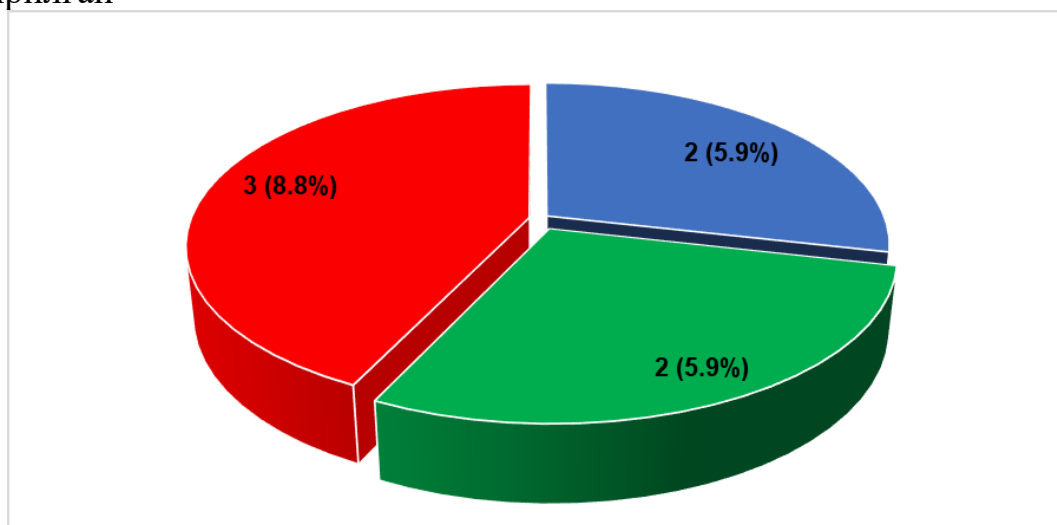
7-жадвалдан кўришиб турибдики, T-симон шаклидаги стома ва коло-колоанастомозли беморларнинг асосий гуруҳида "ёнбош-охир" тамойили бўйича - 30 (88,2) та ва "охир-ёнбош" тамойили бўйича - 4 (11,8) та беморларда, барча ҳолатларда йўғон ичакнинг табиий ўтишини тиклаш қорин бўшлиғидан ташқари усулда амалга оширилган (34 – 100%) беморлар.

T-симон шаклидаги стома ва коло-колоанастомоз қўйилган беморларда табиий ўтишни тиклашга қаратилган операция стома атрофидаги тери ва тери ости тўқимасини овал кесиш, қорин бўшлиғига кирмасдан стома бўйинини ажратиш бўлган. Шундан сўнг T-симон шаклидаги стома чўлтоғи олиб ташланган.

T-симон шаклидаги стома коло-колоанастомоз билан ҳосил қилиш хисобига у қорин парда ташқарисига чиқарилган ва шунга мос равишда фиксацияланган (3.2.2-бобга қаранг.), бу қорин бўшлиғига "ретракция"ни олдини олган. Шунинг учун қорин бўшлиғи инфекцияси ҳеч қандай ҳолатда кузатилмаган, бу еса операциядан кейинги перитонит ёки қорин бўшлиғи хўппози ривожланиши нуқтаи назаридан стома ёпишнинг бу усулини хавфсизлигини таъминлаган.

Қорин парда фақат яранинг чеккалари бўйлаб тикилган, чоклар етишмовчилиги кузатилса, ичак оқмасини ташқи томонга шакллантириш учун канал мавжуд бўлиши учун. Кейин колостома ярасининг яхлитлигини мушакларни қаватма қават тикиш ва қорин олд деворининг апоневрозини тикиш йўли билан тикланган. Тери ва тери ости тўқималарига вақтинчалик чоклар қўлланилган. Шунини таъкидлаш керакки, T-симон шаклидаги стомани бартараф қилиш қорин бўшлиғидан ташқари усулда амалга оширилган, бу жарроҳ учун техник жиҳатдан осонликча амалга оширилган ва беморлар томонидан енгил ўтказилган, шунингдек операциядан кейинги асоратлар ва ўлим хавфини сезиларли даражада камайтирган.

Асосий гуруҳда тиклаш операцияларидан кейин специфик ва носпецифик асоратлар ва ўлимларнинг частотаси, табиати 2-расмда келтирилган



2-расм. Асосий гуруҳда тиклаш операцияларидан кейин специфик ва носпецифик асоратлар ва ўлимларнинг частотаси.

2-расмдан кўриниб турибдики, асосий гуруҳда, тиклаш операцияларидан сўнг, 2 (5,9%) та беморда операция аралашуви билан боғлиқ специфик асоратлар пайдо бўлган.

Асосий гуруҳда яра асоратлари 2 (5,9%) та беморда аниқланади.

Операция билан боғлиқ бўлмаган умумий асоратлар 3 (8,8%) беморда ташхис қўйилган. Табиий ўтишни тиклашга қаратилган стомани бартираф қилишнинг қорин пардадан ташқари усули туфайли операциядан кейинги ўлимдан сақланиш мумкин бўлган.

Қайта тиклаш операциясидан сўнг беморлар реанимация бўлимига ўтказилган, у ерда комплекс терапия ўтказилган. У ерда беморлар суюқ овқатланишнинг биринчи қисмини (сув, терапевтик овқатланиш учун мувозанатли аралашмалар) олишган. Шу билан бирга, хамроҳ касалликларни даволаш ёки операциядан кейинги асоратларни даволашга қаратилган терапия ўтказилган. Сийдик катетери одатда операциядан кейинги куннинг охирида олиб ташланган. Беморларнинг фаоллашиши операциядан кейинги даврнинг биринчи кунда бошланган. 2-3 кун давомида беморлар мустақил равишда палата ва бўлим атрофида ҳаракат қилишни бошлашган.

Тромбоэмболик асоратларни олдини олиш бўйича терапия параллел равишда амалга оширилган, бу ўзгаларга хос бўлмаган профилактика чоратадбирлари билан бошланган (оёқ-қўлларни эластик бинтлар билан боғлаш), инъекция шаклида (клексан, фраксипарин) аста-секин таблетка шаклига ўтиш билан давом этган.

Иккинчи кундан бошлаб беморларга кунига 500 мл гача бўлган суюқ овқатланишни буюрилди, бу ҳар кун оширилиб борилган. Ичак ҳаракатининг тўлиқ тикланиши ва газларнинг чиқиши билан парҳез кенгайтирилган. Операциядан кейинги 1-кун учун кристаллоид инфузион терапия дастури 20-30 мл/кг инфузион терапия ҳажмида ўрнатилган. 2-кундан бошлаб истеъмол қилинган суюқликнинг умумий ҳажми худди шундай ҳисоблаб чиқилган, беморлар суюқлик ҳажмининг ярмини томир ичига юбориш орқали, қолган ярмини еса оғиз орқали олишган. 3 кундан бошлаб беморлар керакли миқдордаги суюқликни оғиз орқали тўлиқ қабул қилишган. Кўрсатмаларга кўра, электролитлар мувозанатини кристаллоидларнинг изотоник эритмалари билан қўшимча тузатиш амалга оширилган.

Шундай қилиб, ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ЎЙИТни операция йўли билан даволашда коло-колоанастомоз билан бирлаштирилган Т-симон шаклдаги стома шаклланиши билан ичакни резекция қилиш радикал бирламчи-тиклаш операция ҳисобланади, гарчи у колостома шаклланиши билан тугаса ҳам.

Қайта тиклаш операциялари билан ишлаш тажрибамиз шуни кўрсатдики, коло-колоанастомоз билан бирлаштирилган Т-симон шаклдаги стома ҳосил бўлгандан сўнг, уни эрта ва энг муҳими, қорин бўшлиғидан ташқари усулда бажариш мумкин, бу еса Гартман операцияларидан кейин уларга нисбатан сезиларли даражада кўпроқ хавфсизлик ва кам шикастланишни таъминлайди.

Шундай қилиб, коло-колоанастомоз билан бирлаштирилган Т-симон шаклидаги стома ҳосил бўлгандан сўнг, қайта тиклаш операциялари беморларнинг 76,5 % да 1-3 ой ичида ва 3-6 ой ичида-17,7% да, Гартман – операциясидан кейин қайта тиклаш операцияси 1-3 ой ичида умуман амалга оширилмаган. ва 3-6 ой ичида – 19,5% да беморла амалга оширилган.

Коло-колоанастомоз билан бирлаштирилган Т-симон шаклидаги стома ҳосил бўлгандан сўнг, қайта тиклаш операциялари 7-12 ой ичида беморларнинг атиги 5,8 % да, Гартман операциясидан кейин қайта тиклаш операциялари 7-12 ой ичида-65,9 % да ва бир йилдан ортиқ вақт ичида – беморларнинг 14,6 % да амалга оширилган.

Буларнинг барчаси ижтимоий ва меҳнат реабилитацияси муддатларининг сезиларли даражада қисқарганлигидан далолат беради. Шунини ҳам таъкидлаш керакки, техник жиҳатдан қайта тиклаш операциясининг босқичини ўтказиш операция қилувчи жарроҳ учун анча осон ва бемор томонидан енгил қабул қилинган. Бундан ташқари, Гартман типидagi операциядан кейин колостома қўйилган беморларда ичак узлуксизлигини тиклашни амалга ошириш, анастомозни шакллантириш ичакни дистал чўлтоғини топиш ва уни ажратишдаги, унинг калта чўлтоғи ва аксинча, узун чўлтоқда қарама-қарши анатомик минтақага ўтиш каби техник қийинчиликлар билан кечган, ҳамда ўлим хавфи юқори бўлган.

Бизнинг маълумотларимиз шуни кўрсатадики, коло-колоанастомоз билан бирлаштирилган Т-симон шаклидаги стоманинг шаклланиши қорин бўшлиғидан ташқари фойдаланиш туфайли Гартман операцияларига нисбатан бир қатор афзалликларга эга.

Юқоридагиларнинг тасдиғи эрта даврларда қайта тиклаш операцияларини амалга ошириш, шунингдек, ҳаёт учун хавфли асоратларни ва ўлимнинг сезиларли даражада паст частотасида папйдо бўлиши.

Шундай қилиб, таққослаш гуруҳидаги қайта тиклаш операцияси техникаси билан боғлиқ специфик асоратларнинг частотаси 9,7%, беморларни 2,4% да ўлимга олиб келди, асосий гуруҳда эса атиги 5,9% операция техникаси билан боғлиқ асорат кузатилган бўлса, аммо ўлим кўрсатқичисиз. Шу билан бирга, носпецифик асоратларнинг частотаси таққослаш гуруҳида 17,0% беморларда, беморларнинг 2,4 фоизда ўлим билан асосий гуруҳда эса 14,7%, аммо ўлим кўрсатқичисиз кузатилган.

Бизнинг тажрибамиз шуни кўрсатдики, ушбу техникани умумий жарроҳлик шифохоналарида қулай натижаларга эга бўлган ҳолда бажариш мумкин.

ХУЛОСА

1. Ишлаб чиқилган усул ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ЎЙИТ да коло-колоанастомоз билан Т-симон шаклидаги стома шакллантиришда шошилиш хирургия шароитида унинг бажарилиши содда, арзон, кам шикастлидир, ичакни декомпрессияси қисман стома орқали ва қисман табиий йўл билан бўшатишга эришилади.

2. Анастомоз зонасида йўғон ичакни қорин олд деворига тикиш билан колоколоанастомоз билан Т-симон шаклдаги стоманинг шаклланиши уни қорин бўшлиғига "ретракциясидан" ҳимоя қилади, бу эса операциядан кейинги перитонитга қарши ушбу усулни хавфсиз қилади. Қорин парда тўлиқ тикилмайди, фақат яранинг четлари бўйлаб тикилади, шунда Т-симон шаклидаги анастомоз чўлтоғи чоклари етишмай қолса, ичак оқмаси ташқи томонга шакллантириш учун канал бўлади.

3. Ўсма ва ўсма бўлмаган генезли ЎЙИТ да коло-колоанастомоз билан Т-симон шаклдаги стоманинг шакллантириш фақат ўсмани олиб ташлашнинг иложи бўлмаганда қарши кўрсатма ҳисобланади ва Гартман операциясига нисбатан операциядан кейинги асоратлар ва ўлим частотасида сезиларли фарқ йўқлиги уни реконструктив тиклаш операция босқичини амалга ошириш учун қулай шарт-шароитларни яратиш орқали устувор қилади.

4. Ўрганилаётган беморларда Коло-колоанастомоз билан Т-симон шаклдаги стомани шакллантириш усулидан фойдаланиш реконструктив тикланиш босқичини амалга оширишни сезиларли даражада осонлаштиради ва асоратлар частотасини минималлаштиради, энг муҳими, ҳаёт учун хавфли асоратлар ва ўлимнинг пайдо бўлишини истисно қилади (операциядан кейинги асоратлар), асосий гуруҳдаги қайта тиклаш операцияларида операция техникаси билан боғлиқ асорат, фақат 5,9% беморларда қайд этилган, аммо ўлим кўрсаткичисиз).

5. Асосий гуруҳдаги беморларда реконструктив тикланиш босқичи 1-3 ой ичида беморларнинг 76,5%да ва 3-6 ой ичида – 17,7 %да, 7-12 ой ичида – атиги 5,8 %да, таққослаш гуруҳидаги беморларда эса 1-3 ой ичида умуман амалга оширилмаган., 36 ой ичида – 19,5 %да, 7-12 ой ичида-5,8 %да, 1-3 ой ичида-19,5 %да, 7-12 ой ичида-65,9%да ва бир йилдан ортиқ вақт ичида-14,6%да амалга оширилган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
ПРИ АНДИЖАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ
ИНСТИТУТЕ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

МАМАДИЕВ АЗИЗБЕК МАРИБЖАНОВИЧ

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
И РЕАБИЛИТАЦИИ ОСТРОЙ ЛЕВОСТОРОННЕЙ
ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

14.00.27 - Хирургия

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

АНДИЖАН - 2023

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2017.3.PhD/Tib373.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.adti.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель: **Ходжиматов Гуломиддин Минходжиевич**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Гуламов Олимжон Мирзахидович**
доктор медицинских наук

Эгамов Юлдашали Сулейманович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Ташкентская медицинская академия**

Защита диссертации состоится «___» _____ 2023 г. в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте по присуждению ученых степеней (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижанский государственный медицинский институт).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за №___). Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2023 года.
(реестр протокола рассылки №_____ от _____ 2023 года).

М.М.Мадазимов

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, доцент

М.Ф.Нишанов

Ученый секретарь научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

Б.Р.Абдуллажанов

Председатель научного семинара
при научном совете по присуждению ученых степеней
доктор медицинских наук, доцент

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Современный этап развития медицинской науки характеризуется ростом целого ряда злокачественных и доброкачественных патологий толстой кишки (ТК), с ежегодной заболеваемостью около 2 миллионов случаев и частотой летальности в 25-30%¹. Лечение данной категории пациентов во многом определяется стадией заболевания, что подчеркивает важность комплексной диагностической и хирургической стратегии в предупреждении таких послеоперационных осложнений, как несостоятельность швов толстокишечного анастомоза (НШТА) (8-20%), вторичные гнойно-септические явления (3-25%) и перитонит (6-22%), характеризующиеся высоким уровнем (до 40%) послеоперационной летальности. Даже на фоне отмечающегося прогресса в изучении предикторов и прогнозировании послеоперационных исходов, частота НШТА остается высокой особенно в urgentной хирургии, и в зависимости от места анастомоза может быть следствием различных общих и местных предрасполагающих факторов. В данном направлении актуальными для практического здравоохранения являются оптимизация технических аспектов колоректальной хирургии и поиск путей повышения качества и продолжительности жизни больных после резекционных вмешательств на ТК.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями остаются изучение изменяемых и не модифицируемых факторных признаков, в том числе, потенциальных патогенетических механизмов, способствующих формированию НШТА и связанных с ним вторичных осложнений. Продолжаются исследования по математическому анализу и изучению генных мутаций, придающих эпителиальным клеткам толстой кишки пролиферативное преимущество и способствующих развитию злокачественного фенотипа, рассматривается вклад различных специфических молекулярных изменений в колоректальный канцерогенез, что будет способствовать выявлению генетических механизмов, связанных с биомаркерами стратификации риска, и стадированию патологии толстой кишки.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов лечения пациентов с патологией толстой кишки различного генеза за счет внедрения передовых технологий профилактики, консервативного и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг². Реализация данных задач, в том числе, путем совершенствования

¹ Rawla P, Sunkara T, Barsouk A. Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Prz Gastroenterol.* 2019;14(2):89-103. doi:10.5114/pg.2018.81072.

² Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов.

способа формирования комбинированной стомы с коло-колоанастомозом, а также оптимизацией хирургической реабилитации, является одним из актуальных направлений колопроктологии и медицины в целом, ввиду высокой клинической значимости этой патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года и «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлениям Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» за № ПП-5198 от 26 июля 2021 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Колоректальная хирургия со временем претерпела значительный прогресс с минимизацией частоты ранних послеоперационных осложнений и низкой госпитальной летальностью³. В условиях ургентной хирургии, при лечении больных с ОНТК стоит первоочередная задача - спасение жизни, а также решение вопроса о возможности радикального удаления ракового поражения сегмента толстой кишки⁴. Согласно данным литературы, несостоятельность первично сформированного анастомоза толстой кишки в условиях непроходимости колеблется в пределах 25,1-69,2%^{5,6}. Исходя из этого, у более 50% больных оперативные вмешательства завершаются формированием колостомы, чаще по Гартману. Некоторые авторы являются сторонниками трехэтапной операции по Цейдлеру-Шлофферу. Однако, несмотря на очевидные преимущества, операция типа Гартмана требует от хирурга высокой квалификации, а также требует выполнения восстановительного этапа операции, которые часто сопровождаются развитием жизнеугрожающих послеоперационных осложнений (до 25 - 60%) и высокой летальностью (до 5 - 9%)⁷.

³ Clifford R, Fowler H, Govindarajah N. Early anastomotic complications in colorectal surgery: a systematic review of techniques for endoscopic salvage. *Surg Endosc.* 2019; 33:1049-1065. doi.org/10.1007/s00464-019-06670-9

⁴ Мусаев Д.А. Радикальные одномоментные операции при кишечной непроходимости, обусловленной опухолью левой половины толстой кишки //Вестник Авиценны. – 2017. – Т. 19, № 3. – С. 399-406.

⁵ Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошилин В.С. Несостоятельность колоректального анастомоза: факторы риска, профилактика, диагностика, лечебная тактика //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 2. – С. 27-34.

⁶ Шелыгин Ю.А., Нагудов М.А., Пономаренко А.А. Мета-анализ методов лечения несостоятельности колоректального анастомоза //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – № 8-2. – С. 30-41.

⁷ Грошилин В.С., Черкасов М.Ф., Московченко А.Н., Дмитриев А.В. Анализ причин параколостомических осложнений и обоснование мер по их профилактике //Колопроктология. 2015. № S1 (51). С. 114a-114b.

По данным Запорожченко Б.С.⁸ с соавт. больных с острой непроходимостью толстой кишки госпитализируют как правило, в общехирургические стационары и от квалификации дежурной бригады зависит лечебная тактика. При этом, большинство хирургов отмечают наилучшие результаты при двухэтапных операциях. Первым этапом производят обструктивную резекцию толстой кишки с выведением одноствольной колостомы. Вторым этапом восстанавливают непрерывность толстой кишки. Стоманосительство сказывается негативно на поведении пациента, ухудшается качество его жизни в социальном и в трудовом плане. К тому же, нередко у стомированных пациентов по разным причинам, такой объем операции остается пожизненно⁹. В связи с этим, для восстановления полноценной жизни пациентов возникает настоятельная необходимость проведения реконструктивно-восстановительной операции. Проведение восстановительных операций после оперативных вмешательств типа Гартмана являются необходимым и в тоже время сложным в техническом исполнении. Однако, все восстановительные операции относятся к разряду сложных, что обусловлена целым рядом факторов: нет четкого интервала времени на ее выполнение после первой операции, вида оперативного доступа и способа формирования межкишечного анастомоза между резецированными участками¹⁰.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что исследователи при рассмотрении данной проблемы уделяют внимание лишь определенной части данной проблемы, что на наш взгляд является причиной относительно стабильно высоких показателей послеоперационных осложнений и летальности, а вопросы профилактики этого осложнения представляют собой огромную проблему, что требует дальнейших исследований. Не удовлетворенность результатами и решение намеченных широкого круга до конца нерешенных вопросов и явилось предметом настоящего исследования. В связи с этим, представленная тема диссертационной работы является актуальным и направлена на улучшение конечных результатов хирургического лечения больных при ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза.

Связь 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.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения левосторонней острой непроходимости толстого кишечника опухолевого и неопухолевого генеза путем совершенствования способа

⁸ Запорожченко Б.С., Шишлов В.И., Горбунов А.А. и др Реконструктивно-восстановительные операции у больных после обструктивной резекции толстой кишки //Клиническая хирургия. 2011. №7. с.19-21.

⁹ Лунтовский А.М., Спирев В.В. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана с использованием аппарата КА // Университетская медицина Урала. 2017. Т. 3. № 1 (18). С. 41–42.

¹⁰ Chema Strik, Martijn W.J., Stommel, Laura J. Schipper Risk. Factors for suture repeat abdominal surgery. Lungenbecks archivesof surgery. 2016. vol. 401. № 6. P. 829–837.

формирования комбинированной стомы с коло-колоанастомозом, а также оптимизацией хирургической реабилитации.

Задачи исследования:

изучить результаты хирургического лечения левосторонней острой непроходимости толстого кишечника опухолевого и неопухолевого генеза у больных группы сравнения;

усовершенствовать способ формирования комбинированной стомы с коло-колоанастомозом при левосторонней острой непроходимости толстого кишечника опухолевого и неопухолевого генеза;

изучить результаты и обосновать эффективность применения усовершенствованного способа формирования комбинированной стомы с коло-колоанастомозом;

оптимизация реконструктивно восстановительного этапа хирургической реабилитации колостомированных больных;

в сравнительном аспекте оценить результаты хирургической реабилитации после реконструктивно восстановительных оперативных вмешательств при левосторонней толстокишечной стоме в сравниваемых группах.

Объектом исследования явились 96 больные, которым за период с 2012 по 2021 гг. в Андижанском филиале РНЦЭМП были выполнены различные оперативные вмешательства на толстом кишечнике по поводу ОТНК опухолевого и неопухолевого генеза.

Предмет исследования составляет оценка эффективности усовершенствованного способа формирования комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом, а также оптимизированной тактики хирургической реабилитации.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследований.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

усовершенствован способ формирования комбинированной стомы с коло-колоанастомозом при острой непроходимости толстого кишечника опухолевого и неопухолевого генеза;

обоснована клиническая эффективность формирования комбинированной стомы с коло-колоанастомозом при острой непроходимости толстого кишечника;

уточнены и обоснованы сроки выполнения реконструктивно восстановительного этапа хирургической реабилитации в более ранние сроки;

разработан способ ликвидации левосторонней комбинированной колостомы, который выполняется внебрюшинным способом и обеспечивает значительно меньшую опасность, малотравматичность по сравнению реконструктивно восстановительных вмешательств после операции Гартмана.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

доказана возможность формирования комбинированной стомы с колоколоанастомозом при резекции толстой кишки по поводу левосторонней ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза, которая позволяет достигнуть достаточную декомпрессию кишечника в раннем послеоперационном периоде, а также создает благоприятные условия для ликвидации толстокишечной стомы;

обоснована применение усовершенствованного способа комбинированной стомы с колоколоанастомозом при левосторонней ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза позволяющий сократить сроки выполнения и объем реконструктивно восстановительного этапа, минимизировать частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов, связанных с техникой операции;

разработан способ профилактики ретракции колостомы путем подшивания ободочную кишку к передней брюшной стенке, что делает этот способ безопасным в отношении послеоперационного перитонита.

оптимизирован реконструктивно-восстановительный этап хирургической реабилитации колостомированных больных.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением методологических подходов. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные результаты исследования имеют свою теоретическую значимость и вносят существенный вклад в улучшении результатов хирургического лечения ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза в условиях ургентной хирургии, а также позволяют оптимизировать хирургическую тактику и хирургическую реабилитацию колостомированных больных путем широкого применения комбинированной Т-образной стомы с колоколоанастомозом, позволяющие минимизировать частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработанный и внедренный в клиническую практику способ формирования комбинированной Т-образной стомы с колоколоанастомозом по техническому исполнению и послеоперационным результатам равноценно по сравнению с операцией Гартмана в условиях ургентной хирургии, однако обладает существенными преимуществами при выполнении реконструктивно-восстановительного этапа в условиях плановой хирургии за счет ликвидации толстокишечной стомы внебрюшинным доступом.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по усовершенствованию способа формирования

комбинированной стомы с коло-колоанастомозом, а также оптимизацией хирургической реабилитации:

усовершенствован «Способ наложения колостомы» (Патент на изобретение АИС РУз, №IAP 06816 от 22.02.2022). Предложенный способ наложения колостомы более эффективен и обеспечивает достаточную механическую прочность и физическую герметичность анастомоза.

разработаны методические рекомендации «Метод формирования толстокишечных анастомозов, способ наложения колостомы и способ проведения реконструктивно-восстановительной операции в ургентной хирургии» (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №08-00341 от 12 января 2023 года). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать хирургическую тактику при ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза формированием комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом.

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделения хирургии Клиники Андижанского государственного медицинского института и Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №08-00341 от 12 января 2023 года). Усовершенствования способа формирования комбинированной стомы с коло-колоанастомозом при острой непроходимости толстого кишечника опухолевого и неопухолевого генеза позволило сократить сроки выполнения реконструктивно-восстановительных операций до 1-3 мес., частоту специфических осложнений с 17,5% до 2,6%, а также частоту летальности с 5,3% до 2,6%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 3 научно-практических конференциях, в том числе, на 2 международных и 1 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 4 журнальных статей, 2 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала работы составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации обоснована актуальность диссертационной работы, сформулированы цель, 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 кишечных стом при острой толстокишечной непроходимости**» приведен литературный обзор с описанием этиопатогенетических аспектов и классифицирования острого левостороннего толстокишечной непроходимости, также представлены различные варианты и эффективность хирургических вмешательств с анализом актуальных вопросов, требующих своего дальнейшего решения.

Во второй главе диссертации «**Характеристика клинического материала и методы исследований**» представлено описание изученных в исследовании направлений. В основу работы положены результаты лечения 96 больных с острой левосторонней толстокишечной непроходимостью различной этиологии, наблюдавшихся в 2012-2021 гг. в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Формирование групп осуществлялось согласно требованиям к проведению проспективного контролируемого исследования. Для этого вся выборка больных при поступлении распределялась на две группы – основную и контрольную.

Контрольную группу составили 57 больных, перенесших операции по типу Гартмана с формированием одноствольной толстокишечной стомы.

Основную группу составили 39 больных. Из них у 22 больных сделана оперативный метод «Т-образная стома с анастомозом «конец в бок»», и у 17 больных «Т-образная стома с анастомозом «конец в бок»» при левосторонней острой толстокишечной непроходимости различной этиологии (опухоль, заворот сигмовидной кишки). (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по виду оперативного лечения.

Характер операций	Сравниваемые группы больных			
	Группа сравнения (n-57)		Основная группа (n-39)	
	абс	%	абс	%
Операция Гартмана	19	33,3	-	-
Операция по типу Гартмана	38	66,7	-	-
Т-образная стома с анастомозом «конец в бок»	-	-	22	56,4
Т-образная стома с анастомозом «конец в бок»	-	-	17	43,6
Всего больных	57	100,0	39	100,0

Важная роль в плане своевременной диагностики и определении хирургической тактики принадлежит клиническим проявлениям ОНТК, данные которых отражены в таблице 2.

Как видно из нижеследующей таблицы 2, в группе сравнения и основной группе болевой синдром (100%) и другие диспепсические расстройства в

виде вздутия живота (91,2% и 84,6%, соответственно), тошноты и рвоты (93,3% и 92,3%, соответственно), а также задержки газов и стула (94,7% и 76,9%, соответственно), определялись с определенным постоянством в обеих группах больных.

Таблица 2

Клиническая картина ОНТК в сравниваемых группах.

Клиническая картина ОНТК	Сравниваемые группы больных			
	Группа сравнения (n-57)		Основная группа (n-39)	
	абс	%	абс	%
Болевой синдром	57	100,0	39	100,0
Вздутие живота	52	91,2	33	84,6
Тошнота, рвота	53	93,3	65	92,3
Задержка стула и газов	54	94,7	30	76,9
Симптом «косого живота»	10	17,5	22	56,4
Пустая ампула прямой кишки	32	56,1	29	74,4
Всего больных	57	100,0	39	100,0

Для проведения объективного проспективного контролируемого исследования сравниваемые группы были распределены с учетом сопоставимости по всем основным показателям: возраст, пол, причина ОНТК и тяжесть болезни, и наличие перитонита. Стратегия медикаментозной терапии не отличалась в группах исследования, все пациенты получали стандартизированную схему лечения.

В третьей главе диссертации «**Хирургическая тактика при острой непроходимости толстого кишечника опухолевого и неопухолевого генеза**» представлено описание усовершенствованной методики. Диагноз острой непроходимости толстой кишки (ОНТК) опухолевого и неопухолевого генеза устанавливался по данным комплексного подхода к диагностике, которая проводилась по утвержденному протоколу Министерства Здравоохранения РУз.

Предоперационная подготовка наших больных начиналась и проводилась параллельно с диагностическими мероприятиями с момента поступления в хирургическое отделение.

Мероприятия начинались с коррекции гомеостаза, введения назогастродуоденального зонда для декомпрессии желудка, назначения спазмолитиков и анальгетиков с антибиотиками широкого спектра действия, а также по показаниям, проведением очистительных клизм.

По мере получения результатов лабораторных данных, а также исходя из анамнестических данных (наличие сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ожирения и т.д.) нами активно велась работа по вызову соответствующих специалистов для консультации и коррекции сопутствующей терапевтической патологии. При проведении трансфузий их терапия была направлена на детоксикацию, коррекцию водно-

электролитного баланса и стабилизацию гемодинамики. Все операции нами проводились под эндотрахеальным наркозом.

В соответствии цели и задачам исследования нами проведен ретроспективный анализ хирургического лечения больных ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза. На выбор хирургической тактики и исходы лечения, как известно, оказывают важное влияние причины ОНТК, а также наличие сопутствующей терапевтической патологии, их характер и степень выраженности. Причины ОНТК и характер сопутствующей терапевтической патологии представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, в группе сравнения причинами ОНТК явились опухолевые (рак ректосигмоидального, нижней и верхней трети СК) и неопухолевые заболевания (ЗСК), а также травма СК с вскрытием его просвета. Характер сопутствующей патологии был обусловлен сердечно сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, ожирением, заболеваниями дыхательной и мочеполовой системы.

Как видно из таблицы 3, в группе сравнения настораживает факт ОНТК на фоне опухолей ректосигмоидального отдела – 5 (8,8%), нижней трети СК – 9 (15,8%) и верхней трети СК – 6 (10,5%), а также ЗСК – 2 (3,5%), которая в основном, сопровождалась сердечно сосудистыми заболеваниями (ИБС, гипертоническая болезнь, ранее перенесенный инфаркт, стенокардия), что составило 22 (38,6%) больных.

Немаловажным является встречаемость ОНТК опухолей ректосигмоидального отдела – 3 (5,3%) и нижней трети СК – 2 (3,5%), а также ЗСК – 1 (1,7%), которая сопровождалась на фоне сахарного диабета (в основном 2-го типа), что составило 6 (10,5%) больных. Следует отметить диагностирование ОНТК на фоне опухолей нижней трети СК – 2 (3,5%), а также ЗСК – 4 (7,0%) и травмы СК – 1 (1,8%), которая сопровождалась на фоне ожирения, что составило 7 (12,3%) больных.

Таблица 3

Причины ОНТК и характер сопутствующей терапевтической патологии.

Причины ОНТК	Характер сопутствующей патологии в группе сравнения (n-57)				
	ССЗ	Сахарный диабет	Ожирение	Дыхат. система	Мочепол система
Опухоль:					
-ректосигм. отдела	5 (8,8)	3 (5,3)	-	2 (3,5)	-
-нижней трети СК	9 (15,8)	2 (3,5)	-	-	1 (1,8)
-верхней трети СК	6 (10,5)	-	2 (3,5)	1 (1,8)	-
ЗСК	2 (3,5)	1 (1,7)	4 (7,0)	1 (1,8)	2 (3,5)
Травмы СК	-	-	1 (1,8)	-	-
Всего – абс/‰:	22 (38,6)	6 (10,5)	7 (12,3)	4 (7,1)	3 (5,3)

Причины ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза, а также сроки формирования толстокишечной стомы в группе сравнения представлено в таблице 4

Таблица 4

Сроки формирования толстокишечной стомы в зависимости от причины ОНТК в группе сравнения.

Причины ОНТК	Сроки формирования толстокишечной стомы в группе сравнения (n-57)			
	до 6 ч	7-12 ч	24-48 ч	Более 48 ч
	абс (%)	абс (%)	абс (%)	абс (%)
Опухоль:				
-ректосигм. отдела	4 (7,0)	3 (5,3)	4 (7,0)	2 (3,5)
-нижней трети СК	2 (3,5)	1 (1,7)	6 (10,5)	13 (22,8)
-верхней трети СК	1 (1,75)	-	4 (7,0)	5 (8,8)
ЗСК при долихосигме	7 (12,3)	4 (7,0)	-	-
Травмы СК	1 (1,75)	-	-	-
Всего – абс/‰:	15 (26,3)	8 (14,0)	14 (24,6)	20 (35,1)

Как видно из таблицы 4, в группе сравнения при ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза, оперативные вмешательства выполнены в первые 6 часов – у 15 (26,3%) больных, в сроки 7-12 часов – у 8 (14,0%) и в сроки 24-48 часов – у 14 (24,6%).

Ретроспективный анализ показал, что больные с ОНТК оперированные в первые 12 часов и 24-48 часов были, в основном, лица молодого и зрелого возраста, отсутствием сопутствующей патологии или же в компенсированной стадии. Заслуживают внимания больные с ОНТК опухолевого генеза - 20 (35,1%), оперированные в сроки более 48 часов. Этот контингент, в основном, составили лица старше 60 лет с относительно поздней госпитализацией от начала заболевания с явлениями интоксикации и с наличием тяжелых форм сопутствующей терапевтической патологии. Этим больным проводилась соответствующая коррегирующая терапия с учетом рекомендаций соответствующих специалистов.

Способ формирования толстокишечных стом в зависимости от причины ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза в группе сравнения представлено в таблице 5. При ОНТК в группе сравнения операция Гартмана выполнена у 19 (33,3%) больных. При этом причиной ОНТК опухолевого генеза у 13 (22,8%) больных явилась опухоль ректосигмоидального отдела толстой кишки, у 2 (3,5%) – опухоль нижней трети СК. Причиной ОНТК неопухолевого генеза у 4 (7,0%) больных явилось ЗСК при долихосигме. Операция по типу Гартмана выполнена у 38 (66,6%) больных. При этом, причиной ОНТК опухолевого генеза у 20 (35,1%) больных явилась опухоль нижней трети СК и у 10 (17,5%) – опухоль нижней трети СК. Причиной ОНТК неопухолевого генеза у 7 (12,3%) больных явилось ЗСК и у 1 (1,8%) явления паретической кишечной непроходимости вследствие авто-травмы с разрывом стенки СК.

Таблица 5

Способ формирования толстокишечных стом в зависимости от причины ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза.

Причины ОНТК	Способ формирования толстокишечной стомы в группе сравнения (n-57)			
	Операция Гартмана		По типу Гартмана	
	абс	%	абс	%
Опухоль:				
-ректосигм. отдела	13	22,8	-	-
-нижней трети СК	2	3,5	20	35,1
-верхней трети СК	-	-	10	17,5
ЗСК при долихосигме	4	7,0	7	12,3
Травмы СК	-	-	1	1,8
Всего – абс/‰:	19	33,3	38	66,7

В процессе выполнения данного исследования и накопления опыта при ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза нами усовершенствован способ наложения толстокишечной стомы (**получен патент на изобретение IAP 2020 0067 от 22.02.2022**).

Изобретение относится к области медицины, в частности к хирургии, и может быть использовано в хирургии кишечника для профилактики несостоятельности швов толстокишечного анастомоза, а также для облегчения проведения реконструктивно восстановительных операций внебрюшинным доступом.

Разработка оригинального способа комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом по принципу «в бок конец. Задачами предлагаемого способа являются малотравматичность, упрощение осуществления данного способа не требующей дорогой аппаратуры и высокой квалификации хирурга.

Способ осуществляют следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом, после обработки операционного поля растворами спирта и йода, проводится срединная лапаротомия и ревизия органов брюшной полости. После этого производится мобилизация подлежащего удалению участка толстой кишки. Далее производится резекция измененного участка кишечника. Приводящий отрезок кишки выводится через отдельный разрез в левой области на переднюю брюшную стенку, по периметру подшивается к брюшине отдельными узловыми швами и формируется одноствольная колостома. Отступя 4-5 см от края париетальной брюшины передней брюшной стенки, на боковой стенке приводящего отрезка кишки в поперечном направлении рассекаются серозно-мышечный слой до слизистой. После чего производится отсепаровка слизистой от серозно-мышечного слоя на расстоянии 0,5-1,0 см, сохраняя ее целостность. Далее формируется стенка анастомоза, без формирования отверстия в анастомозе. При формировании стенок анастомоза, необходимо наложить 4 сквозных шва (через все слои

стенки кишечника). Таким образом создаются ориентиры для последующего формирования отверстия анастомоза. Сформированный анастомоз выводится за пределы париетальной брюшины, которая циркулярно подшивается ниже анастомоза. Тем самым, сформированный анастомоз располагается внебрюшинно. Операция завершается санацией и подведением дренажа к области анастомоза, внебрюшинно, которая выводится через контрапертуру. Края раны ушиваются до колостомы. Накладывается асептическая повязка. В результате формируется комбинированная Т-образная стома с коло-колоанастомозом по принципу «бок в конец», что представлено на рисунке 1.

Одним из ключевых моментов при выполнении операции с формированием первичного Т-образного анастомоза является особая обработка выведенной в виде колостомы кишки, которая производится за два дня до выписки больных из стационара. В условиях операционной или чистой перевязочной после обработки участка кишки, выведенного в виде колостомы, дезинфицирующим раствором, производится отсечение избытка кишки и выжигание слизистой кишки коло-коло-анастомоза электрокоагулятором. Данная манипуляция хорошо переносится пациентами, используется местная анестезия.



Рис. 1 Окончательный вид комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом по принципу «в бок конец».

В четвертой главе диссертации **Хирургическая тактика при ликвидации толстокишечных стом опухолевого и неопухолевого генеза.**

Известно много способов РВО, проводимых после формирования колостом. Но большинство оперативных вмешательств сопряжены с риском возникновения несостоятельности швов анастомоза. Это обусловлено многими факторами: дефицит кишечника, спаечный процесс и т.д. Так же существует проблема выделения и подготовки культи прямой кишки, что

занимает много времени и чревато возникновением кровотечения. При анализе литературы, мы не нашли похожего метода проведения РВО.

Задачей предлагаемого способа является ликвидация толстокишечной стомы, профилактика несостоятельности швов и повышение надежности анастомоза. Спустя 10-15 дней проводится РВО, которая заключается в следующем: производится обработка области колостомы. В последующем производится иссечение колостомы со всеми слоями брюшной стенки полулунными разрезами. Далее производится резекция участка кишечника до анастомоза в косом направлении. Далее кишечник ушивается швами по Матяшуку -Пирогову. После санации и внебрюшинного дренирования области анастомоза через контрапертуру, брюшная стенка ушивается послойно, наглухо. Накладывается асептическая повязка.

Данный способ до минимума сводит риск несостоятельности швов, обеспечивает создание надежного анастомоза на толстой кишке, а также облегчает проведение РВО. При этом, нет необходимости в подготовке культи прямой кишки, ее выделения из спаек и не возникает дефицита кишечника. Для удобства анализа результатов восстановительных операций по ликвидации толстокишечных стом, мы провели анализ результатов хирургического лечения больных в сравниваемых группах. При этом учитывали сроки выполненных восстановительных оперативных вмешательств, способы ликвидации толстокишечных стом, характер формирования межкишечных анастомозов, а также частоту, характер специфических и неспецифических осложнений и летальности.

В группе сравнения больных с толстокишечной стомой после операций Гартмана нам удалось проследить судьбу у 41 больного. По разным причинам в группе сравнения у 16 больных проследить судьбу больных не удалось.

В группе сравнения распределение больных по срокам повторных оперативных вмешательств, представлено в таблице 6.

Таблица 6

Распределение больных по срокам повторных оперативных вмешательств после операций Гартмана.

Сроки РВО	Группы больных					
	После операции Гартмана		После операции по типу Гартмана		Всего (n-41)	
	абс	%	абс	%	абс	%
- 3-6 месяцев	3	7,3	5	12,2	8	19,5
- 7-12 месяцев	9	21,9	18	43,9	27	65,9
- более года	2	4,9	4	9,8	6	14,6
Всего:	14	34,1	27	65,9	41	100,0

Как видно из таблицы 6, в группе сравнения повторные оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию толстокишечной стомы выполнены у 8 (19,5%) больных. В сроки 7-12 месяцев - у 27 (65,9%) и в сроки более года – у 6 (14,6%) больных.

Ретроспективный анализ показал, что причиной воздержания от более ранних сроков восстановления естественного пассажа кишечника в большинстве случаев явилось наличие параколомических осложнений, сопутствующих заболеваний, пожилой возраст, общая слабость в связи с потерей веса. К тому же при опухолевом генезе больные получали химиотерапию и проходили повторные контрольные исследования для исключения рецидива болезни (опухолевого процесса).

Анкетированием установлено, что большинство больных ограничивают себя от окружающих людей, находятся в постоянном психоэмоциональном стрессе и зачастую требовали проведения повторной операции направленную на восстановления естественного пассажа, в более ранние сроки.

В основной группе распределение больных с толстокишечной стомой после формирования комбинированной Т-образной стомы и колоколоанастомозом при выполнении операции по восстановлению естественного пассажа, представлено в таблице 7

Таблица 7

Распределение больных после формирования комбинированной Т-образной стомы и колоколоанастомозом при выполнении операции по восстановлению естественного пассажа.

Способ ликвидации стомы	Характер первичной операции (n-34)					
	Т-образный «конец в бок»		Т-образный «бок в конец»		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
- внебрюшинный способ ликвидации стомы	19	55,9	15	44,1	34	100,0

Как видно из таблицы 7, в основной группе у больных с комбинированной Т-образной стомой и колоколоанастомозом по принципу «конец в бок» - 19 (55,9%) и «бок в конец» - 15 (44,1%) во всех случаях восстановление естественного пассажа толстого кишечника проводилась внебрюшинным способом – 34 (100%) больных.

У больных с комбинированной Т-образной стомой и колоколоанастомозом выполнение операции, направленной на восстановление естественного пассажа, заключалась в овальном иссечении кожи и подкожной клетчатки вокруг стомы, выделении шейки стомы, не входя в свободную брюшную полость. Затем культи комбинированной Т-образной стомы удалялась.

Линию танталовых скрепок погружали в просвет кишки отдельными узловыми швами. Благодаря тому, что при формировании комбинированной Т-образной стомы с колоколоанастомозом ее выводили забрюшинно и фиксировали соответствующим образом (см. главу §3.2.2.), что предотвращало "проваливание" в брюшную полость. Поэтому инфицирования брюшной полости не было ни в одном случае, что делает этот способ закрытия стомы безопасным в плане развития послеоперационного перитонита или внутрибрюшного абсцесса.

Брюшину сшивали лишь по краям раны, чтобы в случае несостоятельности швов имелся канал для формирования кишечного свища наружу. Затем восстанавливали целостность колостомической раны послойным ушиванием мышц и апоневроза передней брюшной стенки, предварительно дренированных резиновым выпускником. На кожу и подкожную клетчатку накладывали провизорные швы.

Важно отметить, что ликвидация комбинированной T-образной стомы осуществляется внебрюшинным способом, которая технически легко выполнима для хирурга и легче переносится больными, а также существенно уменьшает риск развития послеоперационных осложнений и летальности.

В основной группе частота, характер специфических и не специфических осложнений и летальности после восстановительных операций представлено в рисунке 2

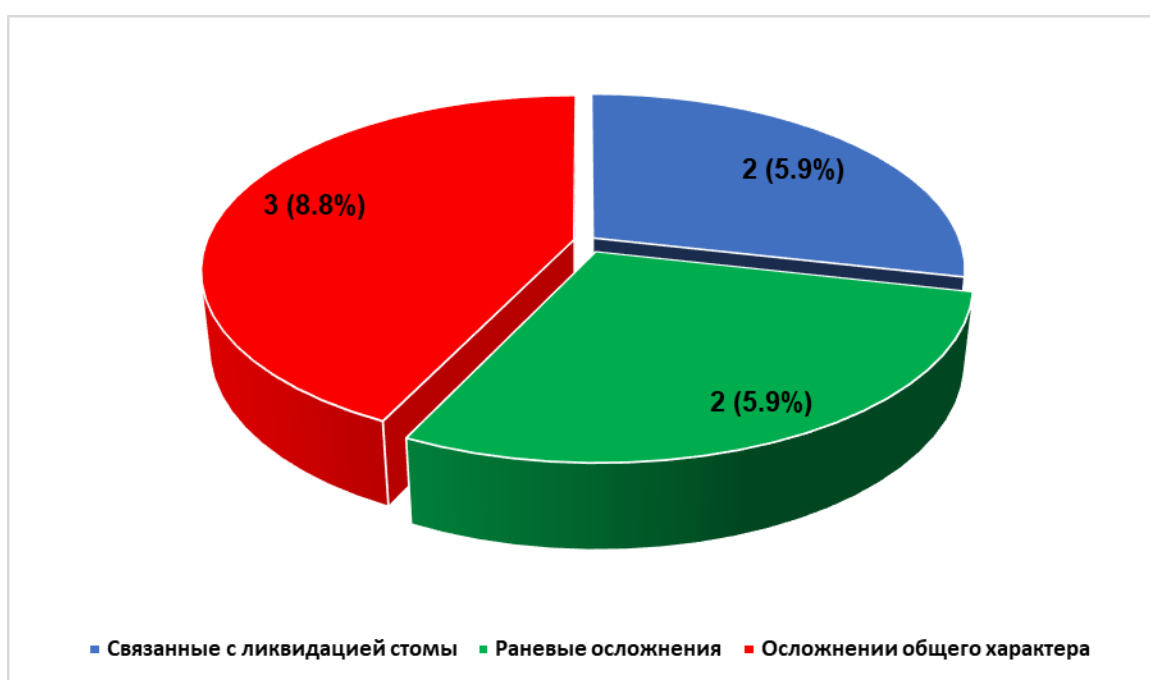


Рис.2 Частота специфических и неспецифических осложнений и летальности в основной группе после восстановительных операций.

Как видно из рис.2, в основной группе после восстановительных операций специфические осложнения, связанные с оперативным вмешательством, возникли у 2 (5,9%) больных.

Раневые осложнения в основной группе диагностированы у 2 (5,9%) больных.

Осложнения общего характера, не связанные с оперативным вмешательством, диагностированы у 3 (8,8%) больных. Благодаря внебрюшинному способу ликвидации стомы, направленному на восстановление естественного пассажа удалось избежать послеоперационной летальности.

После восстановительной операции пациентов переводили в отделение реанимации, где им проводилась комплексная терапия. Там же пациенты получали первую порцию жидкого питания *per os* (вода, сбалансированные смеси для лечебного питания). Одновременно, проводилась терапия, направленная на коррекцию сопутствующих заболеваний или лечение послеоперационных осложнений. Мочевой катетер обычно удалялся по истечению суток послеоперационного периода. Активация пациентов начиналась в течение первых суток послеоперационного периода. На 2-3 сутки пациенты самостоятельно перемещались по палате и отделению.

Параллельно проводилась терапия по профилактике тромбоэмболических осложнений, начатая с мероприятий неспецифической профилактики (бинтование нижних конечностей эластическими бинтами), продолжалась проведением специфических мероприятий в виде инъекций (клексан, фраксипарин) с постепенным переходом на таблетированную форму.

Со вторых суток пациенты назначали жидкое питание в объеме до 500 мл/сут, которое увеличивали с каждым днем. При полном восстановлении перистальтики кишечника и отхождения газов рацион питания расширялся.

Программа инфузионной терапии кристаллоидами на 1-е сутки после операции устанавливалась в объеме инфузионной терапии 20-30 мл/кг. Со 2-х суток общий объем потребляемой жидкости рассчитывался аналогично, при этом половину объема жидкости пациенты получали путем внутривенного введения, а другую половину принимали внутрь *per os*. С 3-х суток необходимый объем жидкости пациенты принимали полностью внутрь *per os*. По показаниям проводилась дополнительная коррекция электролитного баланса изотоническими растворами кристаллоидов.

Таким образом, резекция кишки с формированием комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом в хирургическом лечении ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза является радикальной, первично-восстановительной операцией, хотя и заканчивается формированием колостомы.

Как показал наш опыт работы РВО после формирования комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом возможно выполнить в значительно более ранние сроки, и самое главное, внебрюшинным способом, что обеспечивает значительно большую безопасность, малотравматичность операции, нежели после операций Гартмана.

Так, после формирования комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом РВО внебрюшинным способом произведена в сроки 1-3 месяцев у 76,5% больных и в сроки 3-6 месяцев – у 17,7%, тогда как после операции Гартмана – РВО в сроки 1-3 месяцев не выполнялось вообще и в сроки 3-6 месяцев – у 19,5%.

После формирования комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом РВО в сроки 7-12 месяцев выполнено лишь – у 5,8% больных, тогда как после операции Гартмана, РВО в сроки 7-12 месяцев выполнено – у 65,9% и в сроки более года – у 14,6% больных.

Все это свидетельствует о значительном укорочении сроков социальной и трудовой реабилитации. Также важно отметить, что технически проведение восстановительного этапа операции значительно проще для оперирующего хирурга и намного легче переносится пациентом.

К тому же, выполнение восстановления непрерывности кишечной трубки у колостомированных после операции типа Гартмана, сопровождается с большими техническими трудностями связанные с необходимостью поиска и выделения дистальной культи, сложностью формирования анастомоза при её короткой культе, и наоборот, перемещением в противоположную анатомическую область при длинной культе, а также высоким риском развития послеоперационных осложнений и летальности.

Наши данные свидетельствуют, что формирование комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом, ввиду внебрюшинного доступа обладает рядом преимуществ по сравнению с операциями Гартмана.

Подтверждением сказанному явились достоверная разница в выполнении восстановительных операций в более ранние сроки, а также в возникновении значительно меньшей частоте жизнеугрожающих осложнений и летальности.

Так, частота специфических осложнений, связанных с техникой восстановительной операции в группе сравнения возникли у 9,7% с летальным исходом у 2,4% больных, тогда как в основной группе – лишь у 5,9%, но без летальных исходов. Вместе с тем, частота неспецифических осложнений, в целом, в группе сравнения возникли у 17,0% с летальным исходом у 2,4% больных, тогда как в основной группе – у 14,7%, но без летальных исходов.

Наш опыт показал, что данную методику возможно выполнять в стационарах общехирургического профиля с благоприятными исходами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Разработанный способ формирования комбинированной стомы с колоколоанастомозом при ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза в условиях ургентной хирургии прост по своему исполнению, доступен, малотравматичен, достигается полное опорожнение содержимого частично через стому и частично естественным путем.

2. Формирование комбинированной стомы с колоколоанастомозом с подшиванием ободочной кишки в зоне анастомоза к передней брюшной стенке, предохраняет его от «провала» в брюшную полость, что делает этот способ безопасным в отношении послеоперационного перитонита. Брюшина сшивается не полностью, а лишь по краям раны, чтобы в случае несостоятельности швов культи Т-образного анастомоза имелся канал для формирования кишечного свища наружу.

3. Формирование комбинированной стомы с колоколоанастомозом при ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза противопоказано лишь при невозможности удаления опухоли, а отсутствие достоверной разницы в частоте послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с операцией Гартмана делает его приоритетным за счет создания заведомо благоприятных условий для выполнения реконструктивно восстановительного этапа внебрюшинным способом.

4. Применение способа формирования комбинированной стомы с колоколоанастомозом у исследуемых больных существенно облегчает выполнение реконструктивно восстановительного этапа и минимизирует частоту, и самое главное, исключает возникновение жизнеугрожающих осложнений и летальности (послеоперационные осложнения, связанные с техникой восстановительной операции в основной группе отмечены лишь у 5,9%, но без летальных исходов).

5. У больных основной группы реконструктивно восстановительный этап в сроки 1-3 месяцев выполнены у 76,5% больных и в сроки 3-6 месяцев – у 17,7%, в сроки 7-12 месяцев лишь – у 5,8%, а у больных в группе сравнения в сроки 1-3 месяцев не выполнялось вообще, в сроки 3-6 месяцев выполнены – у 19,5%, в сроки 7-12 месяцев – у 65,9% и в сроки более года – у 14,6%.

**THE SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12. 2019.Tib.95.01
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE
ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

MAMADIYEV AZIZBEK MARIBJANOVICH

**WAYS TO IMPROVE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT AND
REHABILITATION OF ACUTE LEFT-SIDED COLONIC OBSTRUCTION**

14.00.27 – Surgery

ABSTRACT OF PhD DISSERTATION ON MEDICAL SCIENCES

ANDIJAN – 2023

Subject of the doctoral dissertation (PhD) was registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the №B2017.3.PhD/Tib373.

The dissertation is carried out at the Andijan State Medical Institute.

Abstract of the dissertation is available in two languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council (www.adti.uz) and Informational and educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor:	Khojimatov Gulomiddin Minhodjiyevich doctor of medical sciences, professor
Official opponents:	Gulamov Olimjon Mirzahidovich doctor of medical sciences Egamov Yuldashali Suleimanovich doctor of medical sciences, professor
Leading organisation:	Tashkent Medical Academy

The dissertation will be defended on «___» _____ 2023 at ___ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan State Medical Institute (Registration number №___) (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2023.
(mailing report №___ of _____ 2023).

M.M. Madazimov
Chairman of the scientific council on award
of scientific degrees,
doctor of medical science, docent

M.F. Nishanov
Scientific secretary of the scientific council
on award of scientific degrees,
doctor of medical science, docent

B.R. Abdullajanov
Chairman of the scientific seminar at the scientific
council for the awarding of academic degrees,
doctor of medical sciences, docent

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the study is to improve the results of surgical treatment of left-sided acute obstruction of the large intestine of tumor and non-tumor origin by improving the method of forming a combined stoma with colo-colonostomy, as well as optimizing surgical rehabilitation.

The object of the study were 96 patients who for the period from 2012 to 2021. In the Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, various surgical interventions were performed on the large intestine for acute large bowel obstruction of tumor and non-tumor genesis.

The scientific novelty of the research is as follows:

the method of forming a combined stoma with a cololoanastomosis in case of acute obstruction of the large intestine of tumor and non-tumor genesis has been improved;

substantiated the clinical effectiveness of the formation of a combined stoma with colo-colonostomy in acute obstruction of the large intestine;

clarified and substantiated the terms for performing the reconstructive and restorative stage of surgical rehabilitation at an earlier date;

a method for the elimination of a left-sided combined colostomy has been developed, which is performed by an extraperitoneal method and provides significantly less danger, low trauma compared to reconstructive and restorative interventions after the Hartmann operation.

Implementation of the research results. According to the results of a scientific study on improving the method of forming a combined stoma with colo-colonostomy, as well as optimizing surgical rehabilitation:

the “Method of applying a colostomy” has been improved (Patent for the invention of the AIS RUz, No. IAP 06816 dated February 22, 2022). The proposed method of applying a colostomy is more efficient and provides sufficient mechanical strength and physical tightness of the anastomosis.

guidelines have been developed “The method of forming colonic anastomoses, the method of applying a colostomy and the method of conducting reconstructive and restorative surgery in urgent surgery” (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08-00341 dated January 13, 2023). The proposed recommendations made it possible to optimize the surgical tactics in case of ONTC of tumor and non-tumor origin by the formation of a combined T-shaped stoma with colo-colonastomosis.

the obtained scientific results are implemented in the practice of health care, in particular, in the departments of surgery of the Clinic of the Andijan State Medical Institute and the Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08-00341 dated January 13, 2023). Improvements in the method of forming a combined stoma with cololoanastomosis in acute obstruction of the large intestine of tumor and non-tumor genesis made it possible to reduce the time for performing reconstructive and restorative operations to 1-3 months, the frequency

of specific complications from 17.5% to 2.6%, as well as the frequency mortality from 5.3% to 2.6%.

The structure and scope of the thesis. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Мамадиев А.М., Ходжиматов Г.М., Махмудов У.М. Способ наложения колостомы // Патент на изобретение Агентства по интеллектуальной собственности при Министерстве Юстиции Республики Узбекистан №IAP06816 от 22.02.2022 года.

2. Мамадиев А.М., Ходжиматов Г.М., Носиров М.М. Эпидемиологические аспекты и современное состояние проблемы хирургического лечения при завороте сигмовидной кишки // Новый день в медицине. – Бухара 2022. №9(47) С.362-367. (14.00.00. №22)

3. Mamadiev A.M., Khodjimatomov G.M., Nosirov M.M. Combined T-Shaped stoma and colo-coloanastomosis in the surgical treatment of acute large bowel obstruction // J. Art of medicine. International Medical Scientific Journal. 2022. Volume-2. Issue-3. P.408-414. (14.00.00, №3)

4. Mamadiev A.M., Khodjimatomov G.M., Turgunov A.A. History of issue, epidemiological and surgical aspects of acute large bowel obstruction of tumoral genesis // International Journal of Current Science Research and Review. 2022. Volume-5. Issue-10. P.3878-3882. (Scientific Journal Impact Factor – 5.995)

5. Mamadiev A.M., Khodjimatomov G.M., Khakimov D.M., Surgical treatment of patients with acute sigmoid obstruction// World Bulletin of public health. 2022. Volume-9, April. P.79-83. (Scientific Journal Impact Factor – 5.93)

II бўлим (II часть; part II)

6. Мамадиев А.М., Ходжиматов Г.М. Метод формирования толстокишечных анастомозов, способ наложения колостомы и способ проведения реконструктивно-восстановительной операции в ургентной хирургии // Методические рекомендации. АГМИ. Ташкент, 2021. 26 стр.

7. Мамадиев А.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А. Наложение колостомы // Агентство по интеллектуальной собственности при министерстве юстиции Республики Узбекистан DGU 03719

8. Мамадиев А.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А. Ликвидация колостомы // Агентство по интеллектуальной собственности при министерстве юстиции Республики Узбекистан DGU 03718

9. Мамадиев А.М., Умматалиев Б.Т., Мирзабаев Г.Э., Бобаев У.Н., Эгамбердиев Б.А. Клинический опыт лечения больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки // Хирургия Узбекистана. №2 (94). 2022. Материалы международной конференции “Вахидовские чтения-2022”. С.77-78.

10. Мамадиев А.М., Умматалиев Б.Т., Мирзабаев Г.Э., Бобаев У.Н., Эгамбердиев Б.А., Касимов Н.А. Результаты хирургических операций при непроходимости сигмовидной кишки в эксперименте // Хирургия Узбекистана. №2 (94). 2022. Материалы международной конференции “Вахидовские чтения-2022”. С.78-79.

11. Mamadiyev A.M., Aliboev M.R. Comparative evaluation of surgical treatment of reconstructive operations for the elimination of colonic stomas in the compared groups // Materials of «Science and innovation in the education system international scientific-online conference» Rome. Italy. 12-13 october. P.123-124

12. Mamadiyev A.M., Aliboev M.R. The current state of the problem of reconstructive and restorative operations for colonic stoma // Materials of «Current approaches and new research in modern sciences international scientific-online conference» Wroclav. Poland. P.4-5.