

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

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ЭЛМУРАТОВ ИСКАНДАР УРАЗОВИЧ

**ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ ЖАРРОҲЛИГИДА
КЛИНИК-МОРФОЛОГИК ПАРАЛЛЕЛЛАР**

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)

Элмуратов Искандар Уразович

Ўткир битишмали ичак тутилиши жарроҳлигида клиник-
морфологик параллеллар..... 3

Элмуратов Искандар Уразович

Клинико-морфологические параллели в хирургии острой спаечной
кишечной непроходимости..... 21

Elmuratov Iskandar Urazovich

Clinical and morphological parallels in surgery for acute adhesive
intestinal obstruction..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 42

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

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ЭЛМУРАТОВ ИСКАНДАР УРАЗОВИЧ

**ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ ЖАРРОҲЛИГИДА
КЛИНИК-МОРФОЛОГИК ПАРАЛЛЕЛЛАР**

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 B2022.2.PhD/Tib2916 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида 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:

Хакимов Мурод Шавкатович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Акбаров Миршавкат Миралимович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Хакимов Дилшод Мамадалиевич
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Етакчи ташкилот:

Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази

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. Битишма хасталиги беморларнинг ҳаёт сифатига жиддий таъсир кўрсатувчи ва кўшимча молиявий харажатларга олиб келувчи, қорин бўшлиғи хирургиясининг мураккаб ва тўлиқ ҳал этилмаган муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Бугунги кунда ўткир битишмали ичак тутилишининг (ЎБИТ) частотаси ўсимта билан боғлиқ бўлмаган механик ичак тутилишининг 50% дан 93,3% гачасини ташкил қилади¹. Замонавий хирургия ва интенсив терапиядаги эришилган ютуқлар ҳолатида ЎБИТни даволаш натижаларини қониқарли деб бўлмайди. Маълумки, қорин бўшлиғи аъзоларининг барча ўткир хирургик касалликлари орасида ичак тутилиши 15% га етадиган юқори ўлим кўрсаткичи билан кечади. Ўлимнинг бундай юқори даражасининг ҳамда ташрихдан кейинги асоратлар (18,7-41,8%) кўплигининг асосий сабаблари – беморларнинг кеч мурожаат қилиши, шунингдек, кекса ва қари ёшдаги беморларнинг кўплиги ва ЎБИТни даволашнинг барча босқичларидаги диагностик ва тактик хатоларнинг катта фоизидир. Ҳозирда ЎБИТ да нафақат тактикага оид масалалар, балки ушбу патологияда ўтказиладиган хирургик аралашув турлари ҳам мунозарали бўлиб қолмоқдаки, бу ушбу йўналишдаги тадқиқотларнинг юқори долзарблигини кўрсатади.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда турли омилларга боғлиқ ҳолда битишма хосил бўлишининг патогенезини ўрганиш энг долзарб тадқиқотлар бўлиб қолмоқда, ўткир битишмали ичак тутилиши билан оғриган беморларда ичак ишемияси хавфини башорат қилиш учун прогностик шкалалар, шунингдек, ичак ўтказувчанлигининг бузилиши эпизодини консерватив тарзда ҳал қилишга мойил бўлган беморлар гуруҳларини аниқлашга имкон берадиган ва шу билан шошилишч аралашувлар улушини камайтирадиган балли-баҳолаш шкалалари ишлаб чиқилмоқда, ташрихдан кейинги битишмаларни олдини олиш учун жароҳатланган аъзо ва шикастланган тўқималарни тўлиқ изоляция қилиш учун биотиббий материаллардан жисмоний тўсиқлар сифатида фойдаланиш имкониятлари тадқиқ қилинмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий босқичида консерватив ва хирургик даволаш ҳамда профилактиканинг илғор технологияларини жорий этиш орқали ўткир битишмали ичак тутилиши билан оғриган 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 вазифалари киритилган². Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, хирургик даволаш усулини танлашга дифференциал

¹ Abhilash P., Jalpa K., Loveena S., Bhaskar K. Resolution of adhesive small bowel obstruction with a protocol based on Gastrografin administration // Journal of medicine and life, 2019. – № 1. – P. 10–14.

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

ёндашув орқали битишмали ичак тутилиши билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш ушбу патологиянинг юқори клиник аҳамияти сабаб шошилич хирургиянинг, 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. Битишма хасталиги қорин бўшлиғи хирургиясининг мураккаб ва тўлиқ ҳал этилмаган муаммоларидан бири бўлиб, кўплаб илмий форум ва конгрессларнинг мунозара мавзуси бўлиб қолмоқда. Қорин бўшлиғи аъзоларида бажариладиган ташрихлар сони ва ҳажмининг доимий ўсиши ушбу муаммонинг аҳамиятини муҳимлигидан дарак беради. Қайталаниш кўрсаткичи 80-90% га етади, ЎБИТ эса бошқа ичак тутилиши шакллари орасида биринчи ўринни эгаллайди³. Битишма хасталигининг олдини олиш ва даволаш, айниқса такрорий қайталаниш ҳолатларида, клиник амалиётда жуда қийин вазифа бўлиб, бу асосан касалликнинг оғирлиги ва уни олдини олиш учун ишончли усулларнинг йўқлиги билан боғлиқ⁴. Бундан ташқари қорин бўшлиғидаги битишмали жараённинг оғирлигини баҳолаш, шунингдек, хирургик аралашув ҳажмини танлаш ва қайталанишини олдини олиш воситаларини танлаш муҳокама мавзуси бўлиб қолмоқда.

Бугунги кунда ЎБИТни даволаш тактикаси ўзига хос саволлар туғдирмайди. Ичак тутилиши ва битишма хасталигининг классик кўриниши мавжудлиги консерватив давога кўрсатма бўлиб, агар хирургик аралашув талаб этилган ҳолда, ташрихдан олдинги интенсив тайёргарликнинг таркибий қисми ҳисобланади. Кўрилган чораларнинг 2-4 соат давомида самарасизлиги фаол тактикага кўрсатма ҳисобланади. Фақатгина якуний ташхис ҳақида шубҳа туғилса, кўшимча текшириш тадбирларини ўтказиш

³ Demessence R., Lyoubi Y., Feuerstoss F., Hamy A., Aubé C., Paisant A., Venara A. Surgical management of adhesive small bowel obstruction: Is it still mandatory to wait? An update // J Visc Surg., 2022. - № 7. – P. 1878.

⁴ Tabibian N., Swehli E., Boyd A., Umbreen A., Tabibian J.H. Abdominal adhesions: A practical review of an often overlooked entity // Annals of medicine and surgery, 2017. - № 3 – P. 9-13.

учун ушбу муддат узайтирилиши мумкин⁵. Хирургик аралашув ҳажмини танлаш масалалари мавжуд шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш стандартларида ва клиник тавсияномаларда тавсифланган.

Ичакда гангрена белгилари бўлмаса, чандиқларнинг кесиб ажратиш танлов усули ҳисобланади; гангренада ичакни резекция қилиш керак, ичаклараро анастомозни ёки превентив энтеростомани танлаш масаласи перитонитнинг хусусиятига ва тарқалишига боғлиқ. Ичакни декомпрессия қилиш учун назоэнтерал интубацияни ўтказиш мақсадга мувофиқ. Ичак деворларининг массив десерозирланишларида, битишмали ичак конгломератлари мавжуд бўлганда оператив аралашув ҳажмини танлаш масалалари, шунингдек, ичакни интубация қилиш зарурати ва уларнинг вариантлари мунозарали бўлиб қолмоқда. ЎБИТни даволашда ижобий клиник натижаларга эришишда битишмалар ривожланишини олдини олиш муҳимдир. Шу мақсадда турли хил усуллар таклиф қилинган. Ҳозирги кунда “тўсиқ” хусусиятларига эга бўлган янгидан янги воситалар фаол равишда ишлаб чиқилмоқда ва клиник хирургик амалиётга жорий этилмоқда⁶. Ушбу воситаларни қўллаш жароҳат юзаларини вақтинча ажратиши, уларнинг битишишини олдини олиши, шикастланган қорин пардани ҳимоя қатлами билан қоплаши туфайли патогенетик жиҳатдан асосланган ҳисобланади. Аммо ушбу воситаларни қўллаш уларнинг самарадорлигини морфологик асослашни талаб қилади.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, қорин бўшлиғи аъзоларидаги ташриҳлардан кейин битишмалар ривожланишининг юқори частотаси ушбу муаммонинг ҳақиқий ижтимоий-иқтисодий аҳамиятини акс эттиради. Юқорида таъкидланганларни ҳисобга олган ҳолда, битишма жараёни оғирлик даражасини баҳолаш тизимини ишлаб чиқиш ва уни морфологик жиҳатдан асослаш, тавсия этилган чора-тадбирларнинг гистологик асосланиши билан интраоператив профилактик чора-тадбирлар ўтказилишининг мақсадга мувофиқлигини аниқлаш истиқболли ҳисобланади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий ишлари режасига мувофиқ “Инсоннинг хирургик касалликларини ташхислаш ва даволашда янги технологияларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш” мавзусидаги илмий лойиҳа доирасида бажарилган (2018-2022 й.).

Тадқиқотнинг мақсади клиник вазиятнинг оғирлигини интраоператив баҳолашга боғлиқ ҳолда оператив даволаш усулини танлашга дифференциал ёндашув орқали ўткир битишмали ичак тутилиши билан оғриган беморларни хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

⁵ Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Пулатов Д.Т., Мансуров Т.Т. Результаты применения видеолапароскопии у больных с острой кишечной непроходимостью // Вестник экстренной медицины, 2022. - № 1. – С. 5-11.

⁶ Суковатых Б.С., Жуковский В.А., Лазаренко В.А., Блинков Ю.Ю., Липатов В.А. Мезогель в профилактике послеоперационного спайкообразования. Из-во «Эскулап», Санкт-Петербург, 2016. – 126 с.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ўткир битишмали ичак тутилишини даволашда анъанавий ёндашувнинг клиник самарадорлигини баҳолаш ва ташрихдан кейинги асоратларнинг энг кўп учрайдиган сабаблари ҳамда турларини аниқлаш;

қорин бўшлиғидаги битишма жараёнининг хусусиятини таҳлил қилиш асосида ўткир битишмали ичак тутилишининг оғирлик даражасини интраоперацион баҳолаш тизимини ишлаб чиқиш;

морфологик тадқиқотлар асосида турли хил хирургик аралашувларни бажариш ва ўткир битишмали ичак тутилишининг қайталанишини олдини олиш бўйича чораларни амалга оширишнинг мақсадга мувофиқлигини касалликнинг оғирлик даражасини интраоперацион баҳолашга боғлиқ ҳолда асослаш;

энтеро-энтероанастомозларнинг етишмовчилигини олдини олиш учун энтерал зондни такомиллаштириш;

касалликнинг оғирлик даражасини интраоперацион баҳолашга боғлиқ ҳолда, ўткир битишмали ичак тутилишида даволаш-профилактик чора-тадбирларнинг оптимал алгоритмининг таклиф қилиш ва ишлаб чиқилган даволаш ва профилактика чоралари мажмуасининг самарадорлигини қиёсий жиҳатдан аниқлаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2010 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда Тошкент тиббиёт академиясининг 2-клиникасининг шошилинич хирургия бўлимида ўткир битишмали ичак тутилиши туфайли стационар равишда даволанган 272 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети ўткир битишмали ичак тутилишини хирургик даволаш усуллари, шунингдек, ушбу касалликни даволашда такомиллаштирилган ёндашувларни қўллаган ҳолда касалликнинг қайталанишини олдини олиш чоралари самарадорлигини таҳлил қилишдан иборат.

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

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор битишмали ичак тутилишида қорин бўшлиғининг интраопреацион ҳолатига боғлиқ ҳолда касалликнинг оғирлик даражасини клиник баҳолаш тизими ишлаб чиқилган;

битишма жараёнининг оғирлик даражасини визуал ва морфологик баҳолашга қараб даволаш (битишмаларни кесиш, ичакни резекция қилиш, айланиб ўтувчи энтеро-энтероанастомозларни қўйиш) ҳамда битишма ҳосил бўлишини қайталанишини олдини олиш учун профилактик (интраопреацион равишда қорин бўшлиғига турли хил воситаларни киритиш) чора-тадбирлари асосланган;

бир вақтнинг ўзида ошқозон-ичак трактининг декомпрессиясини таъминлашга ҳамда энтеро-энтероанастомоз чоклари етишмовчилиги хавфини олдини олишга имкон берувчи энтерал зонд такомиллаштирилган;

Ўткир битишмали ичак тутилишида касалликнинг оғирлик даражасига, қорин бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнининг хусусияти ва тарқалишига боғлиқ ҳолда даволаш-профилактик чора-тадбирлар асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

Ўткир битишмали ичак тутилишида бажариладиган анъанавий хирургик аралашувларда ташрих вақтидаги ва ташрихдан кейинги асоратларни ривожланиш хавфи мавжуд эканлиги, бу эса ушбу тоифадаги беморларни даволашда мажмуавий ёндашувни такомиллаштиришни талаб қилиши исботланган;

хирургик аралашув ҳажмини танлаш ичак қовузлоқлари орасидаги ва қориннинг олд девори ўртасидаги адгезив жараённинг ифодаланганлик даражаси билан белгиланувчи қорин бўшлиғидаги битишмали жараённинг оғирлик даражасига боғлиқлиги аниқланган;

ичаклараро анастомоз соҳасини чегаралаш ва ушбу соҳани селектив декомпрессиясини амалга ошириш имконини берувчи оригинал энтерал зонд такомиллаштирилган;

Ўткир битишмали ичак тутилишининг оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда ўтказиладиган хирургик аралашувнинг мос ҳажмини ва ташрих вақтида амалга ошириладиган профилактик чора-тадбирлар хусусиятларини тўғри танлаш имконини берадиган даволаш-профилактик алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларида 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, битишма хасталигида коллагенез жараёнларининг кучайиши ва морфологик хусусиятларини аниқлаш орқали адгезив жараён ривожланишига оид ҳамда қорин бўшлиғидаги интраоперацион ҳолатга боғлиқ ҳолда касалликнинг оғирлик даражасини баҳолашнинг клиник тизимларига оид мавжуд тушунчаларни кенгайтиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, таклиф этилган даволаш-профилактик чора-тадбирлар мажмуи ўткир битишмали ичак тутилишини хирургик даволаш натижаларини яхшилашга, ташрихдан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичи частотасини сезиларли даражада камайтиришга, беморларни шифохонада бўлиш муддатларини қисқартиришга, ўткир битишмали ичак тутилишини оғирлик даражасини баҳолашнинг ишлаб чиқилган усули ҳамда хирургик тактикани танлаш алгоритми эса, хирургик тактикани танлаш жараёнини оптималлаштиришга, ташрихдан кейинги эрта ва кечки асоратлар частотасини камайтиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўткир битишмали ичак тутилиши билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган илмий тадқиқот натижалари асосида:

битишмали ичак тутилишини таснифлаш бўйича олинган илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган «Битишмали ичак тутилишини таснифлашга замонавий ёндашувлар» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 16 декабрдаги 08-40020-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар оптимал даволаш тактикасини танлаш хисобига ўткир битишмали ичак тутилишини даволаш натижаларини яхшилашга, шунингдек, ташрихдан кейинги асоратларни 20,3%дан 8,9%га, ўлим кўрсаткичини эса 6,1%дан 3,2%га камайтиришга имкон берган;

олинган илмий натижалар соғлиқни сақлашнинг амалий фаолиятига, жумладан, Тошкент вилояти Зангиота туман тиббиёт бирлашмаси ва Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказининг Сурхондарё филиалига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 16 декабрдаги 08-40020-сон маълумотномаси). Жорий этиш натижалари битишмали ичак тутилишида хирургик аралашувнинг адекват хажмини ҳамда қорин бўшлиғидаги патологик жараённинг оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда битишмалар ҳосил бўлишини интраоперацион самарали олдини олиш усулини танлашга, касалликнинг таснифини такомиллаштиришга ва даволаш тактикасини оптималлаштиришга имкон берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 4 та ҳалқаро ва 2 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, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, мақсад ва вазифалари, шунингдек тадқиқотнинг объект ва предмети шакллантирилган, тадқиқот ишининг республика фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, илмий янгиликлар ва тадқиқотнинг амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини жорий қилиш, чоп этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар берилган.

Диссертациянинг “**Битишма хасталигининг замонавий жиҳатлари**” деб номланган биринчи бобида ўткир битишмали ичак тутилишининг долзарб масалалари, ушбу патологияни даволашнинг замонавий ёндашувлари, касалликнинг олдини олиш усуллари ва воситаларига оид адабиётлар кўриб чиқилган. Ўткир битишмали ичак тутилиши муаммоларини ҳал қилишда такомиллаштирилган ёндашувларни янада ўрганишни ва ишлаб чиқишни талаб қиладиган мунозарали ва ҳал қилинмаган масалаларни кўрсатадиган замонавий маҳаллий ва хорижий адабиётларнинг танқидий таҳлили ўтказилган.

Диссертациянинг “**Клиник материалнинг умумий хусусиятлари ва тадқиқот усуллари**” деб номланган иккинчи бобида Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникасининг шошилинич жарроҳлик бўлимига ётқизилган ва турли хил жарроҳлик аралашувларни бошдан кечирган ўткир битишмали ичак тутилиши (ЎБИТ) кузатилган 272 беморларни 2010 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда даволаш натижалари батафсил ўрганилган. Барча беморлар икки гуруҳга бўлинган: назорат гуруҳи 2010 йилдан 2015 йилгача қабул қилинган 148 нафар беморлардан ва асосий гуруҳ 2016 йилдан 2021 йилгача жарроҳлик ёрдамига мурожаат қилган 124 нафар беморлардан иборат бўлган. Бундай бўлиниш даволаш чора-тадбирлари ишлаб чиқилиб, такомиллашиб бориши билан даволашга турли ёндашувлари билан боғлиқ. Назорат гуруҳида ЎБИТ ни даволашнинг стандарт тактикаси қўлланилган. Асосий гуруҳда жарроҳлик аралашуви ва битишмали обструкциянинг интраоператив олдини олиш ҳажми биз таклиф қилган алгоритмга мувофиқ амалга оширилган.

Амалга оширилган операцияларнинг характериға кўра, аппендектомиядан кейин ЎБИТ энг кенг тарқалган (76 (27,9%)). Шунинг таъкидлаш керакки, аппендектомия қилинган 79 бемордан 70 таси яллиғланиш жараёнининг оғирлиги ва перитонитнинг тарқалиши туфайли ўрта-ўрта лапаротомия билан операция қилинган (1-жадвал).

1-жадвал

Беморларни ўтказилган амалиёт туриға кўра тақсимланиши

Ўтказилган операциянинг табиати	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	сон	%	сон	%
Аппендектомия	43	29,1%	33	26,6%
Чуррани кесиш	33	22,3%	29	23,4%
Холецистэктомия	15	10,1%	17	13,7%
Кесилган-санчилган жароҳатлар	7	4,7%	6	4,8%
Акушерлик ва гинекологик операциялар	14	9,5%	12	9,7%
ОЯК бўйича операциялар	13	8,8%	12	9,7%
ЎИТ бўйича операциялар	6	4,1%	4	3,2%
ЎП бўйича операциялар	4	2,7%	2	1,6%
Эхинококкоз бўйича операциялар	3	2,0%	2	1,6%
Бир неча марта операция бўлганлар	10	6,8%	7	5,6%

17 беморда турли хил патологиялар бўйича икки ёки ундан ортик операциялар бўлган. Шунингдек керакки, операциядан кейинги чурра билан 43 бемор, УТК билан 5 бемор ва ўткир панкреатит билан оғриган 4 бемор анамнезда икки ёки ундан ортик жарроҳлик аралашувларга эга бўлганлиги сабабли, бир нечта операциялар билан клиник кузатувлар 69 (25,4%) бемор бўлган.

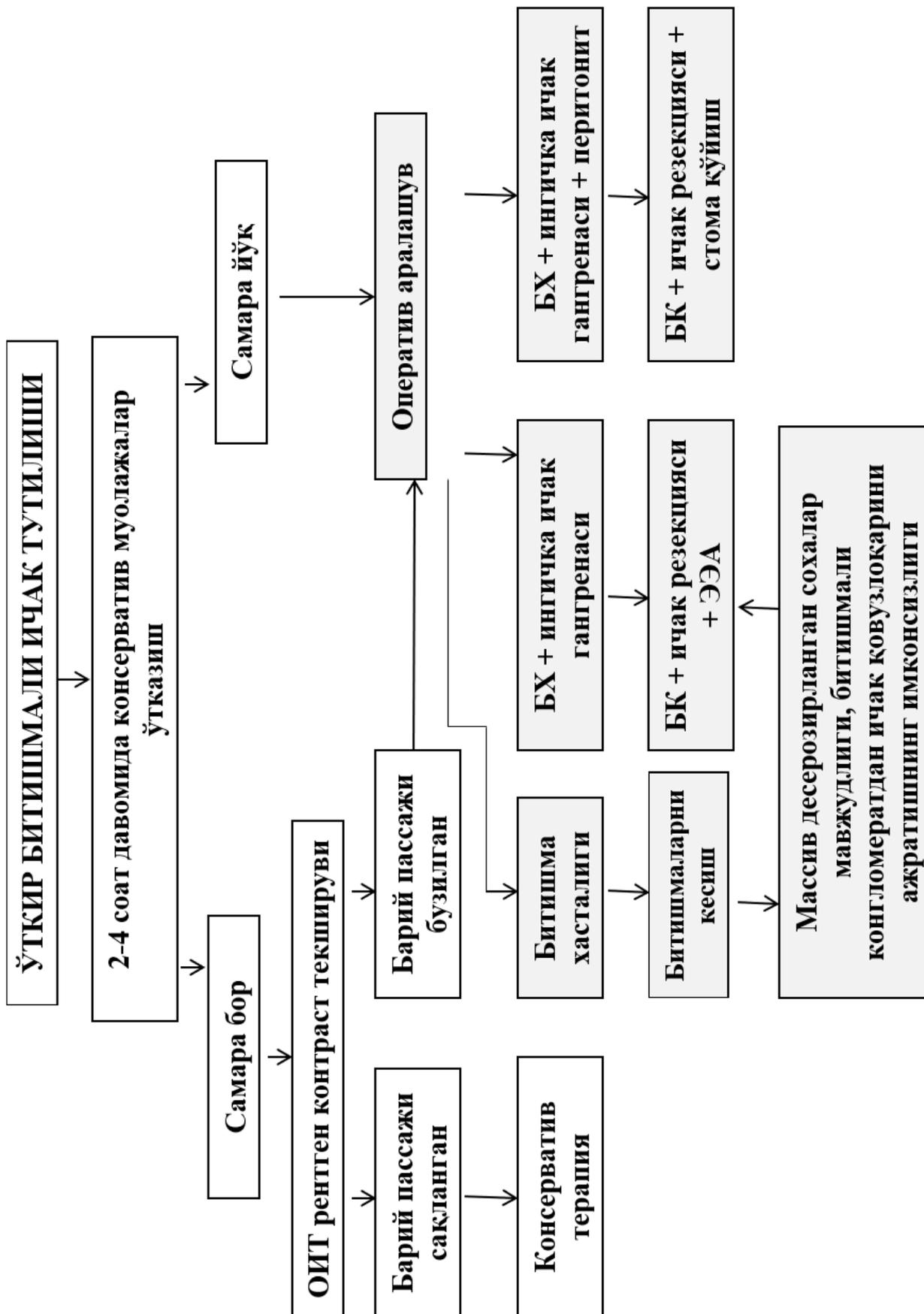
Беморларни текшириш усуллари умумий қон ва сийдик таҳлили шаклида лаборатория текширувларини ўтказиш, қон гуруҳи ва коагулограммани аниқлаш, шунингдек биокимёвий қон текширувлари каби умумий қабул қилинган усулларни ўз ичига олган. Инструментал тадқиқотлар ЭКГ, қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви, кўкрак ва қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси, компьютер томографияси, магнит-резонанс томография.

Диссертациянинг **“Ўткир битишмали ичак тутилишини анъанавий даволаш самарадорлигини клиник баҳолаш”** деб номланган учинчи бобида ушбу патологияни даволашда анъанавий ёндашувнинг клиник натижалари келтирилган. Жарроҳлик аралашуви ҳажми ичакнинг ҳолати (ҳаётийлиги), перитонитнинг мавжудлиги ва тарқалишига боғлиқ эди (1-расм).

131 (88,5%) ҳолатда лапаротомик кириш йўли билан чандиқларни ажралиб чиқилди; аппендектomiaдан сўнг келиб чиқилган ЎБИТ билан 2 (1,4%) ҳолатда Лапароскопик адезиолиз ўтказилди; ёпишқоқликни ажратиш билан 11 (7,4%) ҳолатда ингичка ичакни резекция қилиш (ичак гангрена туфайли 9 беморда, 1 да – кўп десерацияланган жойлар туфайли, 1 да – ингичка ичакнинг 3 та жойида луменни очиш шаклида зарарланиши туфайли) энтеро-энтероанастомоз билан; 4 (2,7%) ҳолларда, ичак гангрена ва йирингли перитонит борлиги туфайли, ингичка ичакнинг диссекцияси битишмалар, ичак резекцияси ва терминал илеостомия амалга оширилди.

Биз 3 йилгача интраоператив асоратларни, операциядан кейинги ўзига хос ва умумий асоратлар, тахмин узоқ муддатли натижалар табиатан назорат гуруҳида беморларнинг даволаш натижаларини таҳлили. Назорат гуруҳидаги БИТ ни жарроҳлик йўли билан даволашнинг клиник натижалари таҳлили шунинг кўрсатдики, умумий асоратлар сони 30 (20,3%) беморда кузатилган ва 9 (6,1%) беморда ўлим қайд этилган.

БИТ анъанавий комплекс жарроҳлик даволашнинг қониқарсиз натижалари сабабларини ўрганиш бир қатор камчилликлар аниқланди: 1. Қорин бушлиғи чандиқли жараёни оғирлигини баҳолаш учун мақбул тизим, амалий тасниф йўқлиги; 2. Қорин чандиқли жараёнинг оғирлигига қараб жарроҳлик аралашуви ҳажми учун аниқ кўрсатмалар мавжуд эмаслиги; 3. Қорин бўшлиғи чандиқ касаллик оғирлигига қараб битишмалар интраоператив дорилар билан олдини олиш усулларига эмпирик ёндашув; 4. битишмали жараёнинг оғирлигига қараб ЎБИТни даволашнинг мавжуд стандартларида жарроҳлик аралашуви алгаритими йўқлиги; 5. Энтеро-энтероанастомозлар етишмовчилигининг юқори частотаси.

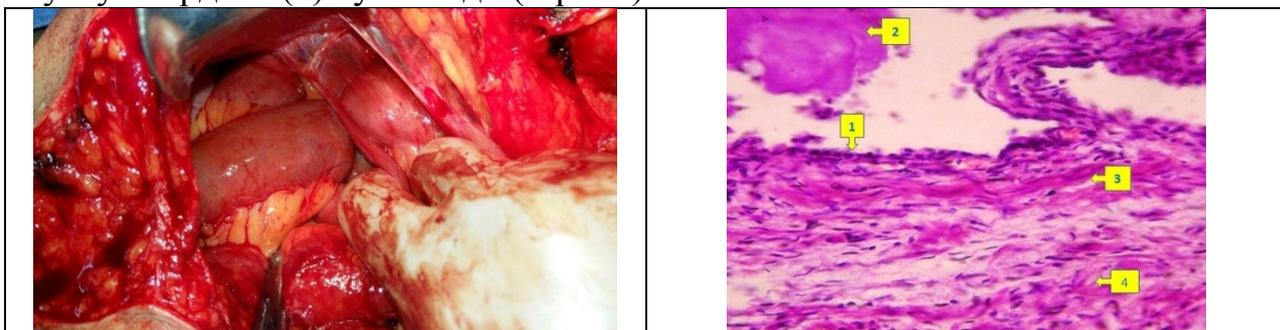


1-расм. Назорат гуруҳида терапевтик чора-тадбирлар алгоритми

Ҳозирги вақтда БИТ таснифлари кўп ҳолларда битишмалар морфологиясига, касалликнинг клиник кечишига ва чандиқларнинг тарқалишига асосланган. Шу билан бирга, қорин бўшлиғидаги ёпишқоқ жараённинг оғирлигини баҳолаш учун тасниф ёки сифатли тизим мавжуд эмас. Бу чандиқли жараённинг оғирлигини баҳолаш тизимининг йўқлиги, жарроҳлик аралашув ҳажми учун кўрсатмалар йўқлиги, чандиқларнинг интраоператив олдини олиш усулларида фойдаланишга эмпирик ёндошиш. Ушбу фикрларнинг барчаси бизнинг тадқиқотларимизда муҳим аҳамиятга эга эди ва янги тадқиқотлар ўтказишнинг мақсадга мувофиқлигини исботлади.

Диссертациянинг “Ўткир битишмали ичак тутилишини даволашда ёндашувларни такомиллаштириш” деб номланган тўртинчи бобида такомиллаштирилган ёндашувлар келтирилган.

Биз чандиқли касалликнинг оғирлигини баҳолаш тизимини ишлаб чиқдик ва унинг морфологик татқиқодлар ўтказдик. Чандиқли жараённинг оғирлигини баҳолаш учун ишлаб чиқилган тизимга кўра, 5 даражага ажратиб ўргандик. 1-даража. Битта висцеро-висцерал ёки висцеро-париетал ясси битишмалар, осонлик билан тўмтоқ тарзда ажратилди. Морфологик жиҳатдан паритал парда бир қаватли мезотелий (1) билан қопланган, юзасида фибрин массаси бор (2), шиш туфайли бириктирувчи тўқима пардаси (3) ва мускул пардаси (4) бўшади (2-расм).



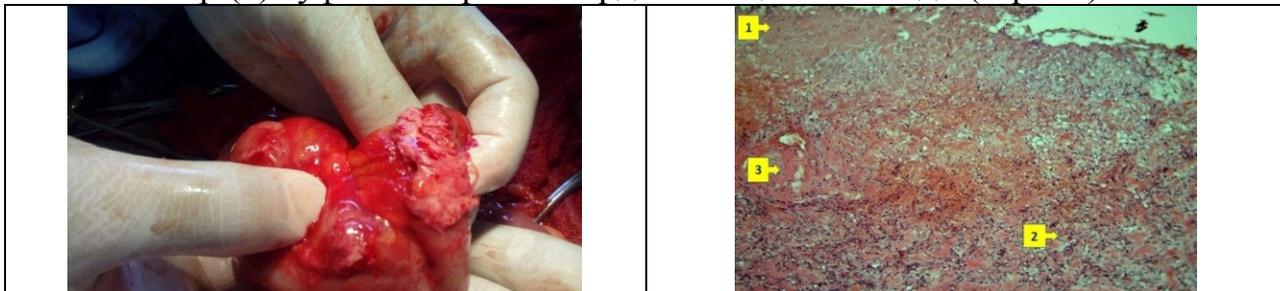
2- расм. Битишмали жараённинг 1 даража макро- ва микроскопик кўриниши.

2-даража. Висцеро-висцерал ва висцеро-париетал битишмалар, уларни ажратиш ўткир усулда бажарилиши керак, шу билан бирга ичак деворларининг яхлитлиги сақланиб қолади. Микроскопик, паритал қорин парда хосил қилинган, яра (1), яллиғланиш ҳолати (2) ва битишмалар (3) шакллантириш ўчоқлари бор (3-расм).



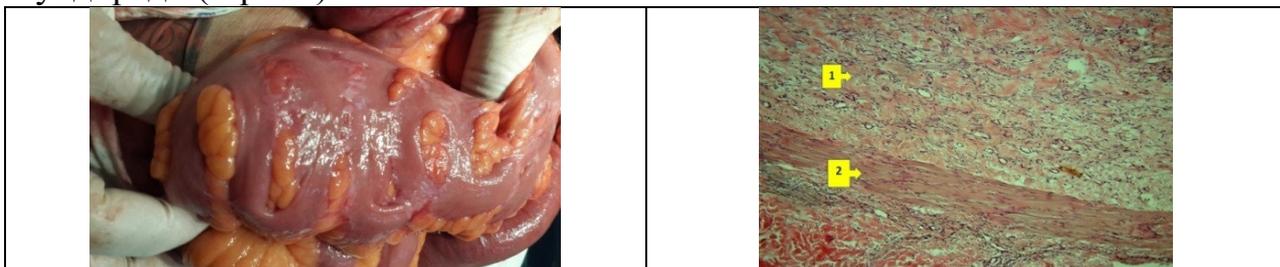
3-расм. Битишмали жараённинг 2 - даражада макро ва микроскопик кўриниши.

3-даража. Ичак деворларининг яхлитлигини сақлаб қолиш учун қорин девори деворларини рексизация қилишни талаб қиладиган виссеро-паритал битишмалар ёки ичак деворларининг десерозининг олиб келадиган виссеро-виссерал битишмалар. Гистологик жиҳатдан шиш, диффуз яллиғланиш инфилтрацияси (1), фибрин филаментларининг ҳосил бўлиши (2), толали битишмалар (3) туфайли паритал парда анча қалинлашади (4-расм).



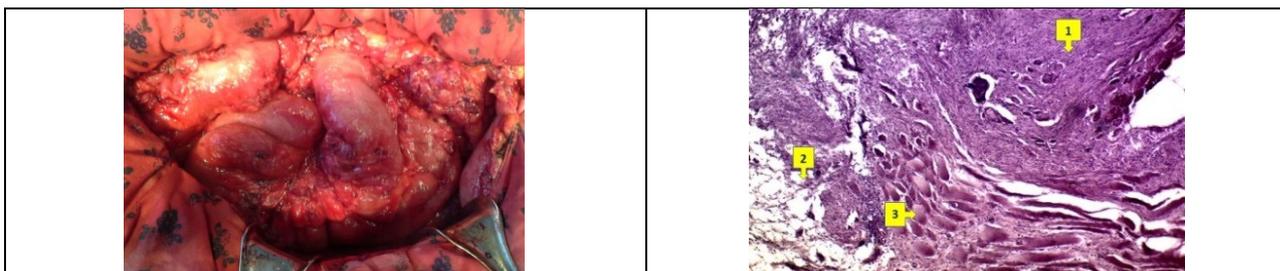
4-расм. Битишма жараёнининг 3-даражасининг макро-ва микроскопик кўриниши.

4-даража. Висцеро-висцерал ёки висцеро-париетал битишмалар ичакнинг тутқичлари орасидаги зич битишмалар булиб уларни ўткир йул билан ажратишга уринишлар ичак деворларининг яхлитлигини бузилишига олиб келади. Морфологик жиҳатдан грануляцион тўқима паритал парданинг бириктирувчи тўқима қатламларини (1) силлиқ мушак қаватига (2) етиб тўлдиради (5-расм).



5-расм. Битишма жараёнининг 4-даражаси макро ва микроскопик кўриниши.

5-даража. Қорин бўшлиғининг битишмали конгломерати, ичак ковузлоқларини ажратиш имкони йуқ. Микроскопик тўқима конгломератларда ичак деворларининг бузиб юборган элементлари (1), яллиғланган, деформацияланган ёғ тўқималарининг бўлаклари (2), қорин парда мушак тўқималари (3) ва паритал қорин парда тўқималарининг қайта тузилиши билан қалинлашган (6-расм).



6-расм. Битишма жараёнининг 5-даражаси макро ва микроскопик кўриниши.

Энтеро-энтероанастомозларнинг етишмовчилигини олдини олиш учун биз энтерал зондни (“Энтеро-энтероанастомознинг етишмовчилигини олдини олиш усули” ихтиро учун IAP06450 сонли патент) ишлаб чиқдик. Биз таклиф қилаётган зонд ташқи диаметри 8-9 мм бўлган стандарт энтрал зонднинг аналогидир. зонднинг узунлиги 3 метр. Зонд учидан 60-70 см масофада Блекмор зонди каби иккита балон (проксимал ва дистал балон) бор. Балонлар, Блекмор зондининг қизилўнгач балони сингари, узунлиги 5 см, аммо шиширилганда улар 8-10 см гача кенгаяди. Икки балон орасидаги масофа 50 см. Зонд иккита бир бири билан боғланмаган бўшлиққа эга. Биринчи (асосий) бушлиқ биринчи балондан олдин 40-50 см ва иккинчи балондан кейин 20-30 см тешиқларга эга (бу тешиқлар анастомоз зонасидан юқорида ва пастда ичакни декомпрессия қилади). Иккинчи (селектив) бушлиқ иккита балонлар ўртасида тешиқларга эга (бу тешиқлар анастомоз зонасида ичакни декомпрессия қилади). Ишлаб чиқилган зонд интерстициал бирикма соҳасида ёпиқ изоляция қилинган чекланган жой ҳосил қилади. Бу ичак чоклар зонасини танлаб декомпрессия қилиш, дренажлаш ва энтерал ювишга имкон беради. Бундан ташқари, қисман чоклар етишмовчилигининг ривожланиши билан ҳам, иккала томоннинг анастомоз зонасининг чекланиши ушбу ҳудудни ичак трактидан чигаралаб, чоклар етишмовчилик бўлган зонасининг даволашига ёрдам беради.

Ўтказилган тадқиқотлар асосида биз ЎБИТ учун жарроҳлик алгоритмини ишлаб чиқдик (7-расм). Битишмали жараёнининг 1 даражали оғирлигини даволашда чандиқларни адратиш бажариш тавсия етилади, интраоператив битишмаларни олдини олиш учун дари воситалардан фойдаланишга ҳожат йўқ. Агар қорин бўшлиғида чандиқли жараёнининг 2 даражали тарқалганлиги аниқоанганда, бундай ҳолларда биз чандиқларни ажратгандан кейин операция давомида гидрокортизондан фойдаланишни таклиф қиламиз, чунки енгил чандиқли жараён ривожланади, бу битишмали жараённинг 2 даражали кунишида унчалик фарқ қилмайди.

Битишмалар ажатилишда ва десеризацияланган жойларни тикишдан кейинги жараённинг 3 даражали оғирлиғида қорин бўшлиғига мезогелни интраоператив ишлатишни тавсия этамиз.

Битишмали жараёнининг 4 даражаси кўпроқ битишмалар ҳосил бўлиши билан характерланади. Битишмаларни ажратиш, ингичка ичак резекция, энтеро-энтероанастомосис ҳосил қилиш, назоентерал зонд ўрнатиш интраоператив мезогел қўллаш тавсия этамиз.

Битишмали жараённинг оғирлигининг 5 даражасида битишми жараённинг оғирлиги ва ингичка ичак тутқичлари битишмали конгломератдан ажратиш имкони йуклиги сабабли айланиб утувчи энтеро-энтероанастомозни қўллаш мақсадга мувофиқдир. Битишмали жараённинг оғирлигидан қатъи назар, ичак гангрена си мавжуд бўлганда ичак резекцияси ва анастомозлари қуйиш, ичак гангрена си фониде перитонит мавжуд бўлганда эса энтеростомаларини қўллаш тавсия етилади.

ЎЧИТ сабабли жарроҳлик аралашувларнинг қиёсий натижалари

АСОРАТЛАР ТАВСИФИ	Назорат гуруҳи	Тажриба гуруҳи	t
Жарроҳликдаги асоратлар			
Жарроҳликдаги ичак шикастланиши	3 (2,0±1,2%)	1 (0,8±0,8)	0,438
Жарроҳликдаги ўт пуфаги жароҳатлари	1 (0,7±0,7%)	0 (0%)	1,003
Жарроҳликдан кейинги ўзига хос асоратлар			
Яра серомаси	3 (2,0±1,2%)	2 (1,6±1,1%)	0,256
Жарроҳликдан кейин яранинг йиринглаши	2 (1,4±0,9%)	1 (0,8±0,8%)	0,438
Эвентерация	1 (0,7±0,7%)	0 (0%)	1,003
Ичак чокларининг етишмовчилиги	3 (2,0±1,2%)	1 (0,8±0,8%)	0,866
Энтеро-энтероанастомозлар чокларининг етишмовчилиги	2 (1,4±0,9%)	0 (0%)	1,424
Стома тушиши	2 (1,4±0,9%)	1 (0,8±0,8%)	0,438
Қорин бўшлиғига қон кетиши	1 (0,7±0,7%)	1 (0,8±0,8%)	0,125
Ўткир эрта чандикли ичак тутилиши (консерватив чоралар)	3 (2,0±1,2%)	1 (0,8±0,8%)	0,866
Ўткир эрта чандикли ичак тутилиши (қайта жарроҳлик)	2 (1,4±0,9%)	0 (0%)	1,424
Жарроҳликдан кейинги умумий асоратлар			
Ўпка ва бронхлар асоратлари	2 (1,4±0,9%)	1 (0,8±0,8%)	0,438
Ўткир миокард инфаркти	2 (1,4±0,9%)	1 (0,8±0,8%)	0,438
Кечки асоратлар (узқ муддатда)			
Кечки чандикли ичак тутилиши	2 (1,4±0,9%)	0 (0%)	1,424
Жарроҳликдан кейинги чурра	1 (0,7±0,7%)	1 (0,8±0,8%)	0,125
<i>Умумий асорат даражаси</i>	30 (20,3±3,3%)	11 (8,9±2,6%)	2,730
<i>Ўлим</i>	9 (6,1±2,0%)	4 (3,2±1,6%)	1,131

Клиник натижаларнинг қиёсий таҳлили асосий гуруҳда интраоперация асоратлари частотасининг 3,4 баравар камайишини кўрсатди (2,7 дан 1,3% дан 0,8 гача). 0,8%; $t=1,218$, операциядан кейинги ўзига хос асоратлар 12,8 дан 2,7% дан 5,6 гача, кечки асоратлари – 2,0 дан 1,2% гача камайиши, 0,8% гача камайиши, 0,8% ($t=0,866$) камайиши. Яқин ва узқ муддатли даврларда таққосланган гуруҳларда клиник натижаларни таҳлил қилганда операциядан кейинги асоратлар частотасининг 20,3% дан 3,3% гача (назорат гуруҳида) 8,9% гача (асосий гуруҳда) 2,6% гача ($t=2,730$) сезиларли даражада пасайишига эришдик. Операциядан кейинги ўлим 1,9 мартага – 6,1 тадан 2,0% гача 3,2 тадан 1,6% гача камайди, аммо сезиларли фарққа еришилмади ($t=1.131$) (2-жадвал). Шу билан бирга, операциядан кейинги асоратлар частотасининг сезиларли пасайиши ва мутлақ ўлим даражасининг пасайиши бизнинг таклиф қилинган ишланмаларимизнинг клиник самарадорлигини баҳолашга имкон беради.

Биз операциядан кейинги асоратлар ва ўлим частотасининг битишмали жараённинг оғирлигига боғлиқлигини статистик таҳлил қилдик. Назорат гуруҳида бўлгани каби, битишмали жараённинг оғирлиги ошиши билан

асосий гуруҳда асоратлар ва ўлим сони кўпайди. Демак, 1 даражали оғирликда операциядан кейинги асоратлар ва ўлим частотаси нолга тенг бўлса, 5 даражада бу кўрсаткичлар 100% ни ташкил етган.

Корреляцион таҳлил давомида қизиқарли статистик маълумотлар олинди. Spearman катор корреляция коэффициенти белгилашда, операциядан кейинги асоратларни индекси салбий ва паст тескари боғлиқлик кўрсатилган -0.546674, ташкил этди, лекин бу ўлим даражаси ижобий ва юқори тўғридан-тўғри корреляция учун мезон эди +0.997043, ташкил этди (3-жадвал).

3-жадвал.

Жарроҳликдан кейинги асоратлар ва чандиқ жараённинг оғирлигига қараб таққосланган гуруҳларда ўлим даражаси

Оғирлик	Беморлар сони		% асоратлар	% ўлим
I д.	Назорат гр	8	1 (12,5±11,7%)	0 (0%)
	Тажр гр.	6	0 (0%)	0 (0%)
	Стъудентнинг t-мезони		1,069	-
II д.	Назорат. гр.	91	12 (13,2±3,5%)	2 (2,2±1,5%)
	Тажр.гр.	69	4 (5,8±2,8%)	0 (0%)
	Стъудентнинг t-мезони		1,632	1,430
III д.	Назорат. гр.	39	13 (33,3±7,5%)	4 (10,3±4,9%)
	Тажр.гр.	41	5 (12,2±5,1%)	2 (4,9±3,4%)
	Стъудентнинг t-мезони		2,319	0,910
IV д.	Назорат. гр.	9	4 (44,4±16,6%)	2 (22,2±13,9%)
	Тажр.гр.	7	1 (14,3±13,2%)	1 (14,3±13,2%)
	Стъудентнинг t-мезони		1,423	0,414
V д.	Назорат. гр.	1	0 (0%)	1 (100%)
	Тажр.гр.	1	1 (100%)	1 (100%)
	Стъудентнинг t-мезони		-	-
Спирменнинг корреляция коэффициенти			-0,546674	0,997043

Шундай қилиб, биз таклиф қилган тактик ва техник яхшиланишлардан фойдаланган ҳолда БИТ билан касалланган беморларни комплекс даволашни қўллашнинг клиник натижалари уларни қўллашнинг ҳақиқийлигини кўрсатди. ЎБИТ комплекс даволаш натижасида биз операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтиришга эришдик, уларнинг оғирлиги камайди ва ўлимга олиб келадиган ҳолатлар сони камайди. Афсуски, эришилган ижобий натижаларга қарамай, клиник амалиётда бизнинг ишланмаларимиздан кенг фойдаланишни тавсия этиш учун асос бўлиб хизмат қилади, битишмали касалликни даволаш муаммоси ҳал қилинмайди.

ХУЛОСА

1. Ўткир чандикли ичак тутилишини анъанавий даволаш, асоратларнинг умумий даражаси 20,3%, жарроҳлик амалиётидан кейинги ўлим 6,1% ни ташкил этишини кўрсатди. Танқидий таҳлил, назорат гуруҳидаги қоникарсиз натижалар чандиқларнинг оғирлиги ва жарроҳлик аралашувини танлашда табақаланган ёндашувнинг йўқлигини кўрсатди, чандиқларнинг жарроҳлик аралашувида олдини олиш эмпирик ёндашув ва энтеро-энтероанастомозларнинг етишмовчилиги юқори бўлганлиги аниқланди.

2. Қорин бўшлиғидаги чандиқ жараёнининг оғирлигини баҳолаш учун биз таклиф қилган тизим фойдаланиш учун энг қулай ва амалий ҳисобланади, унга кўра касаллик жараёнининг бешта ажратилган оғирлик даражаси, уларнинг зўрайиши морфологик тадқиқотлар билан асосланади.

3. Ўтказилган морфологик тадқиқотлар қорин бўшлиғидаги жарроҳлик амалиётининг энгмақбулмикдорини (ичакни резекциялаб чандиқларни ажратишдан бошлаб, ичаклараро анастомозларни қўллашгача) ва чандиқланишни жарроҳлик билан олдини олишнинг энг самарали усулини (гидрокортизон ёки мезогел ёрдамида) аниқлашга имкон берди.

4. Мукаммаллаштирилган энтерал зонд энтеро-энтеро анастомозлар ва ичак чокларининг етишмовчилигини 3,4% дан 0,8% гача пасайтиради. Шу билан бирга, асосий клиник таъсирга ичакчидаги анастомоз ҳудудини чегаралаш, ушбу соҳадаги ичаклардаги босимни пасайтириш ва шу билан соғайиш жараёнини тезлаштириш орқали эришилади.

5. Ишлаб чиқилган даволаш ва касалликни олдини олиш алгоритми жарроҳлик аралашув ҳажмини ва касаллик жараёнининг оғирлигига қараб чандиқларни жарроҳлик амалиётисиз олдини олиш усулини танлашга табақали ёндошишга имкон беради ва жарроҳликдан кейинги асоратларни 20,3% дан 8,9% гача ва жарроҳликдан кейинги ўлим кўрсаткичини 6,1% дан 3,2%.гача камайтиришга имкон беради.

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

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ЭЛМУРАТОВ ИСКАНДАР УРАЗОВИЧ

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ХИРУРГИИ
ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ 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 №В2022.2.PhD/Tib2916.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

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:

Хакимов Мурод Шавкатович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Акбаров Миршавкат Миралимович
доктор медицинских наук, профессор

Хакимов Дилшод Мамадалиевич
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация:

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

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 по медицинским наукам (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. Спаечная болезнь остается одной из сложных и до конца не решенных проблем абдоминальной хирургии, серьезно влияющими на качество жизни пациентов и влекущими дополнительные финансовые затраты. На сегодняшний день частота острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) составляет от 50 до 93,3% всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза¹. При достижениях современной хирургии и интенсивной терапии результаты лечения ОСКН нельзя признать удовлетворительными. Как известно, среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, кишечная непроходимость сопровождается высокой летальностью, достигающей до 15%. Основными причинами столь высокой летальности, а также большого количества (18,7-41,8%) послеоперационных осложнений, являются поздняя обращаемость больных, преобладание лиц пожилого и старческого возраста и немалый процент диагностических и тактических ошибок на всех этапах лечения ОСКН. В настоящее время остаются дискуссионными вопросами не только тактика при ОСКН, но и виды хирургического вмешательства при данной патологии, свидетельствующий об высокой актуальности исследований в данном направлении.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями остаются изучение патогенеза спайкообразования в зависимости от различных факторов, разрабатывается шкалы прогнозирования риска ишемии кишечника у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимости, а также балльно-оценочные шкалы, позволяющие выделять группы больных, склонных к консервативному разрешению эпизода нарушения кишечного пассажа, и, тем самым, сокращающей долю неотложных вмешательств, исследуются возможности использования биомедицинских материалов в качестве физических барьеров для полной изоляции травмированного органа и поврежденной ткани для предотвращения послеоперационных спаек.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов лечения больных с спаечной кишечной непроходимости 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, улучшение результатов лечения больных с спаечной кишечной непроходимости путем дифференцированного подхода к выбору метода оперативного лечения является одним из актуальных

¹ Abhilash P., Jalpa K., Loveena S., Bhaskar K. Resolution of adhesive small bowel obstruction with a protocol based on Gastrografin administration // Journal of medicine and life, 2019. – № 1. – P. 10–14.

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

направлений экстренной хирургии 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. Спаечная болезнь остается одной из сложных, до конца не решенных проблем абдоминальной хирургии и является предметом дискуссий многих научных форумов и конгрессов. Постоянное увеличение числа и объема операций на органах брюшной полости способствует росту значимости данной проблемы. Частота рецидива достигает 80-90%, а ОСКН занимает первое место среди других форм непроходимости кишечника³. Профилактика и лечение спаечной болезни, особенно в случаях неоднократного рецидива, представляются в клинической практике также весьма сложной задачей, что связано в первую очередь с тяжестью самого заболевания и отсутствием надежных методов предупреждения рецидивов⁴. Кроме того, остается предметом дискуссии оценка тяжести спаечного процесса в брюшной полости, а также выбор объема хирургического вмешательства и средств профилактики повторного спайкообразования.

На сегодняшний день лечебная тактика при ОСКН особых вопросов не вызывает. Наличие классической картины кишечной непроходимости и спаечной болезни является показанием к консервативной терапии, который в случае необходимости хирургического вмешательства, является компонентом интенсивной предоперационной подготовки. Неэффективность проводимых мероприятий в течение 2-4 часов является показанием к активной тактике. Лишь в случаях сомнения в окончательном диагнозе, этот период может быть продлен с целью проведения дополнительных диагностических мероприятий⁵. Вопросы выбора объема хирургического

³ Demessence R., Lyoubi Y., Feuerstoss F., Hamy A., Aubé C., Paisant A., Venara A. Surgical management of adhesive small bowel obstruction: Is it still mandatory to wait? An update // J Visc Surg., 2022. - № 7. – P. 1878.

⁴ Tabibian N., Swehli E., Boyd A., Umbreen A., Tabibian J.H. Abdominal adhesions: A practical review of an often overlooked entity // Annals of medicine and surgery, 2017. - № 3 – P. 9-13.

⁵ Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Пулатов Д.Т., Мансуров Т.Т. Результаты применения видеолaparоскопии у больных с острой кишечной непроходимостью // Вестник экстренной медицины, 2022. - № 1. – С. 5-11.

вмешательства описаны в существующих стандартах оказания экстренной медицинской помощи и клинических рекомендациях. При отсутствии явлений гангрены кишечника методом выбора является рассечение спаек; при гангрене необходимо выполнять резекцию кишечника, вопрос выбора наложения межкишечного анастомоза или разгрузочной энтеростомы зависит от характера и распространенности перитонита. С целью декомпрессии кишечника целесообразно выполнение назоэнтеральной интубации. Дискуссионным остаются вопросы выбора объема оперативного вмешательства при наличии массивных десерозирований стенок кишечника, формирований спаечных кишечных конгломератов, а также вопросы необходимости интубации кишечника и их вариантов. Важное значение в достижении положительных клинических результатов в лечении ОСКН принадлежит профилактике спайкообразования. С этой целью предложены различные методы. В настоящее время активно разрабатываются и внедряются в клиническую практику хирургии все новые и новые средства, обладающие «барьерными» свойствами. Применение этих препаратов являются патогенетически обоснованными благодаря временному разобщению раневых поверхностей, препятствуют их сращению, покрывают поврежденную брюшину защитным слоем. Однако использование этих препаратов требуют морфологического обоснования их эффективности.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что высокая частота развития спаечного процесса после перенесенных операций на органах брюшной полости отражает реальную социально-экономическую значимость данной проблемы. В свете вышеизложенного представляется перспективным разработка системы оценки тяжести спаечного процесса и его морфологическое обоснование, определение целесообразности интраоперационного проведения профилактических мероприятий с гистологическим обоснованием предложенных мероприятий.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии плана научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии в рамках научного проекта «Разработка и внедрение новых технологий в диагностике и лечении хирургических заболеваний человека» (2018-2022 гг.).

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью путем дифференцированного подхода к выбору метода оперативного лечения в зависимости от интраоперационной оценки тяжести клинической ситуации.

Задачи исследования:

оценить клиническую эффективность традиционного подхода в лечении острой спаечной кишечной непроходимости и определить наиболее частые причины и виды послеоперационных осложнений;

разработать систему интраоперационной оценки тяжести острой спаечной кишечной непроходимости на основании анализа характера спаечного процесса в брюшной полости;

на основании морфологических исследований обосновать целесообразность выполнения различных хирургических вмешательств и профилактических мероприятий по предупреждению повторной острой спаечной кишечной непроходимости в зависимости от интраоперационной оценки тяжести заболевания;

усовершенствовать энтеральный зонд для профилактики несостоятельности энтеро-энтероанастомозов;

предложить оптимальный алгоритм лечебных и профилактических мероприятий при острой спаечной кишечной непроходимости в зависимости от интраоперационной оценки тяжести заболевания и в сравнительном аспекте определить эффективность разработанного комплекса лечебных и профилактических мероприятий.

Объектом исследования явились 272 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, находившиеся на стационарном лечении во II-ой клинике Ташкентской медицинской академии в отделении экстренной хирургии в период с 2010 по 2021 годы.

Предмет исследования составляет анализ эффективности хирургических способов лечения острой спаечной кишечной непроходимости, а также профилактических мер рецидива заболевания с использованием усовершенствованных подходов в лечении данной патологии.

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

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые разработана клиническая система оценки тяжести заболевания в зависимости от интраоперационной картины брюшной полости при спаечной непроходимости;

обоснованы лечебные (рассечение спаек, резекция кишечника, наложение обходных энтеро-энтероанастомозов) и профилактические (интраоперационное введение различных препаратов в брюшную полость) мероприятия по предупреждению повторного спайкообразования в зависимости от визуальной и морфологической оценки степени выраженности спаечного процесса;

усовершенствован энтеральный зонд, позволяющий проводить одномоментно декомпрессию желудочно-кишечного тракта и предупреждать риск несостоятельности энтеро-энтероанастомоза;

разработан алгоритм лечебно-профилактических мероприятий при острой спаечной кишечной непроходимости в зависимости от тяжести

заболевания, характера и распространенности воспалительного процесса в брюшной полости.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

доказано, что традиционные хирургические вмешательства при ОСКН сопряжены с риском развития интра- и послеоперационных осложнений, что обуславливает необходимость усовершенствования комплексного подхода к ведению этой категории больных;

определено, что выбор объема хирургического вмешательства зависит от тяжести спаечного процесса в брюшной полости, что обусловлен степенью выраженности адгезивного процесса между петлями кишечника и передней брюшной стенкой;

усовершенствован оригинальный энтеральный зонд, который позволяет ограничить зону межкишечного анастомоза и селективно выполнять декомпрессию данного участка;

разработан лечебно-профилактический алгоритм, который в зависимости от тяжести острой спаечной кишечной непроходимости позволяет адекватно выбрать объем хирургического вмешательства и характер интраоперационных профилактических мероприятий.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования обоснована данными объективных клинических, биохимических, инструментальных, морфологических методов исследования. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные результаты исследований имеют свою теоретическую значимость, вносят существенный вклад в расширение существующих представлений о принципах развития адгезивного процесса путем выявления морфологических особенностей и усиления процессов коллагенеза, а также клинических систем оценки тяжести заболевания в зависимости от интраоперационной картины брюшной полости при спаечной непроходимости.

Практическая значимость исследования состоит в том, что рекомендованный комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволил улучшить результаты хирургического лечения ОСКН, значительно снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, а разработанные новые методики оценки тяжести ОСКН и алгоритм хирургической тактики позволили оптимизировать процесс выбора тактики хирургического лечения, снизить частоту ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов хирургического лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью:

разработаны методические рекомендации «Современные подходы к классификации спаечной кишечной непроходимости» (заключение Министерства здравоохранения №08-40020 от 16 декабря 2022 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить результаты лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью за счет выбора оптимальной лечебной тактики, а также снизить частоту послеоперационных осложнений с 20,3% до 8,9%, а летальности с 6,1% до 3,2%;

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность Медицинского объединения Зангиатинского района Ташкентской области и Сурхандарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (заключение Министерства здравоохранения №08-40020 от 16 декабря 2022 года). Результаты внедрения позволили выбрать адекватный объем хирургического вмешательства и эффективный способ интраоперационной профилактики образования спаек в зависимости от тяжести патологического процесса в брюшной полости, усовершенствовать классификацию заболевания и оптимизировать лечебную тактику при спаечной кишечной непроходимости.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в том числе, на 4 международных и 2 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 4 журнальные статьи, 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, пяти глав, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объем работы составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

В первой главе диссертации «Современные аспекты спаечной болезни» приведен обзор литературы, посвященный актуальным вопросам острой спаечной кишечной непроходимости, современным подходам к выбору метода лечения данной патологии, способам и средствам профилактики спаечной болезни. Проведен критический анализ современной отечественной и зарубежной литературы с указанием дискуссионных и нерешенных вопросов, требующих дальнейшего изучения и разработки усовершенствованных подходов к решению проблем острой спаечной кишечной непроходимости.

Во второй главе «Общая характеристика клинического материала и методы исследований» детально изучены результаты обследования 272 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН), которые находились на стационарном лечении и были подвергнуты различным хирургическим вмешательствам в отделение экстренной хирургии 2 – клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2010 по 2021 годы. Все больные были разделены на две группы: контрольная – 148 пациентов, поступивших в период с 2010 по 2015 годы и основная – 124 больных, обратившихся за хирургической помощью в 2016-2021 годы. Подобное деление связано с различными подходами к лечению по мере отработки и совершенствования лечебных мероприятий. В контрольной группе использована стандартная тактика лечения ОСКН. В основной группе объем хирургического вмешательства и интраоперационная профилактика спаечной непроходимости осуществлялось по предложенному нами алгоритму.

По характеру перенесенных операций наиболее чаще (76 (27,9%) наблюдений) ОСКН развивалась после аппендэктомии. Следует отметить, что 29 из 76 пациентов, перенесших аппендэктомию, были оперированы срединным лапаротомным доступом из-за выраженности воспалительного процесса и распространенности перитонита (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных по характеру перенесенных операций

Характер перенесенной операции	Контрольная группа		Основная группа	
	Кол-во	В %	Кол-во	В %
Аппендэктомия	43	29,1%	33	26,6%
Грыжесечения	33	22,3%	29	23,4%
Холецистэктомия	15	10,1%	17	13,7%
Колото-резанные ранения	7	4,7%	6	4,8%
Гинекологические операции	14	9,5%	12	9,7%
Операции по поводу ЯБ	13	8,8%	12	9,7%
Операции по поводу ОКН	6	4,1%	4	3,2%
Операции по поводу ОП	4	2,7%	2	1,6%
Операции по поводу эхинококкоза	3	2,0%	2	1,6%
Оперированные несколько раз	10	6,8%	7	5,6%

17 пациентов в анамнезе перенесли две и более операций по поводу различных патологий. Необходимо отметить, учитывая тот факт, что 43 больных с послеоперационными грыжами, 5 пациентов с ОКН и 4 больных с острым панкреатитом в анамнезе перенесли две и более хирургических вмешательств, клинических наблюдений с множеством перенесенных операций составило 69 (25,4%) пациентов.

Методы исследования больных включали в себя общепринятые методы, как проведение лабораторных исследований в виде общего анализа крови и мочи, определение группы крови и коагулограммы, а также биохимические исследования крови. Инструментальные исследования включали в себя ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, обзорную

рентгенографию грудной и брюшной полостей, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию.

В третьей главе «Клиническая оценка эффективности традиционного лечения острой спаечной кишечной непроходимости» приведены клинические результаты традиционного подхода к лечению данной патологии. Объем хирургического вмешательства зависел от состояния кишечника, наличия и распространенности перитонита (рис. 1).

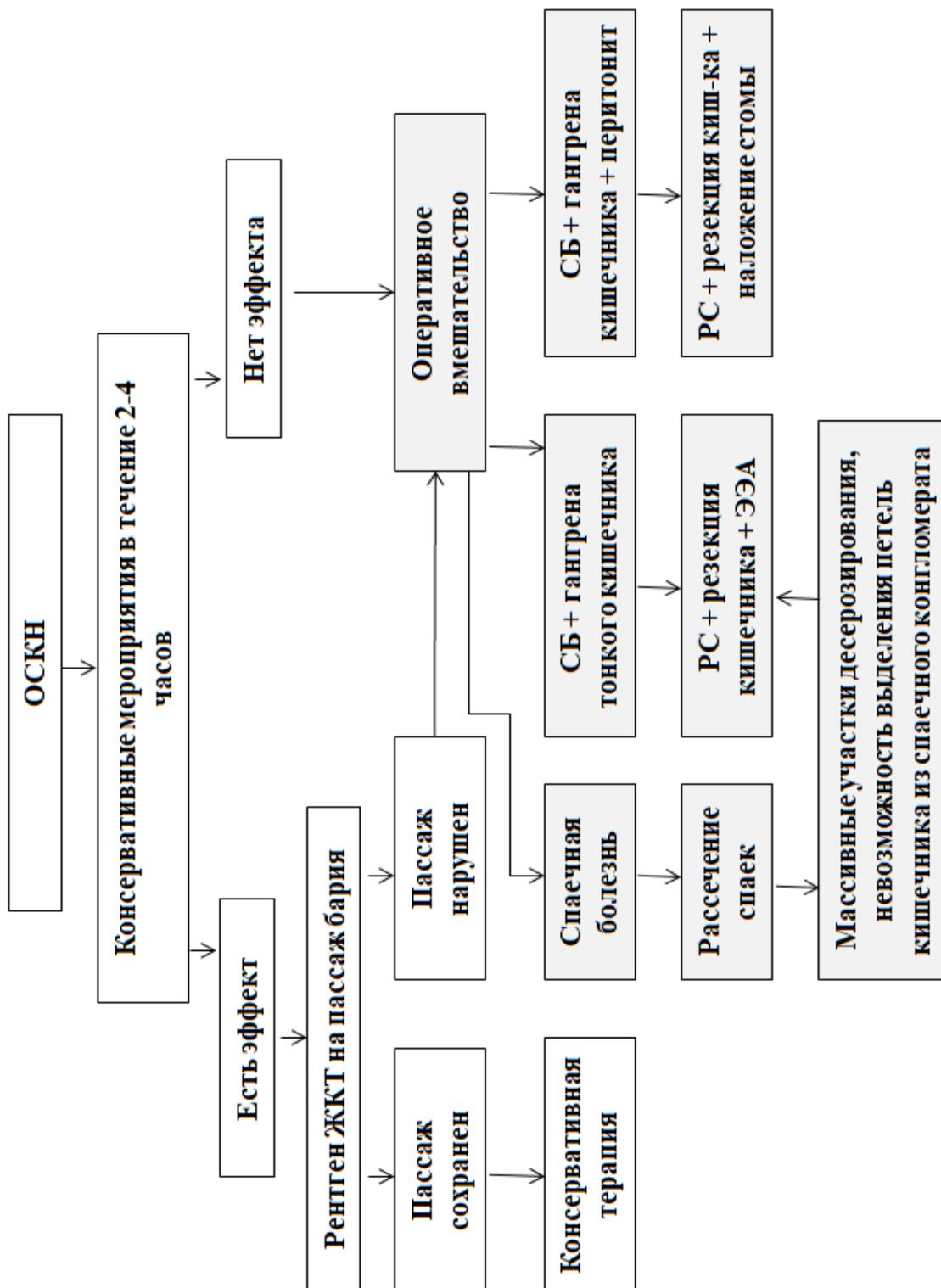


Рис. 1. Алгоритм лечебных мероприятий в контрольной группе

В 131 (88,5%) наблюдениях произведено рассечение спаек лапаротомным доступом; в 2 (1,4%) случаях с ОСКН развившейся после аппендэктомии произведен лапароскопический адгезиолизис; в 11 (7,4%) наблюдениях с рассечением спаек произведена резекция тонкого кишечника (у 9 больных из-за гангрены кишечника, у 1 – из-за множества десерозированных участков, у 1 – из-за повреждения тонкого кишечника в виде вскрытия просвета в 3 участках) с наложением энтеро-энтероанастомоза; в 4 (2,7%) случаях из-за гангрены кишечника и наличия гнойного перитонита выполнено рассечение спаек, резекция кишечника и наложена концевая илеостома.

Нами проведен анализ результатов лечения пациентов контрольной группы по характеру интраоперационных осложнений, послеоперационных специфических и общих осложнений, оценены отдаленные результаты в сроки до 3-х лет. Анализ клинических результатов хирургического лечения ОСКН в контрольной группе показал, что количество общих осложнений наблюдалось у 30 (20,3%) больных, а летальность отмечено у 9 (6,1%) пациентов.

Изучение причин неудовлетворительных результатов традиционного комплексного хирургического лечения ОСКН позволил выявить ряд причин:

1. Отсутствует практичная классификация, оптимальная система оценки тяжести спаечной болезни брюшной полости; 2. Отсутствуют конкретные показания к объему оперативного вмешательства в зависимости от тяжести спаечной болезни брюшной полости; 3. Эмпирический подход к методам интраоперационной медикаментозной профилактики спайкообразования в зависимости от тяжести спаечной болезни брюшной полости; 4. Отсутствие в существующих стандартах лечения ОСКН хирургических мероприятий в зависимости от выраженности спаечного процесса; 5. Высокая частота несостоятельности энтеро-энтероанастомозов.

Существующие на сегодняшний день классификации ОСКН в большинстве случаев основаны на морфологии спаек, клиническом течении заболевания, распространенности спаек. Однако классификации или качественной системы оценки тяжести спаечного процесса в брюшной полости нет. Именно отсутствие системы оценки тяжести спаечного процесса обуславливает и отсутствие показания к объему хирургического вмешательства, способам применения методов интраоперационной профилактики спайкообразования. Все эти моменты явились ключевым в наших исследованиях и обосновали целесообразность проведения новых исследований.

В четвертой главе “Совершенствование подходов в лечении острой спаечной кишечной непроходимости” приведены усовершенствованные нами подходы.

Нами разработана системы оценки тяжести спаечной болезни и проведена ее морфологическая оценка. Согласно разработанной системе оценки тяжести спаечного процесса выделяют 5 степеней тяжести.

1 степень. Единичные висцеро-висцеральные или висцеро-париетальные плоскостные спайки, легко рассекаемые тупым путем. Морфологически париетальная брюшина покрыта однослойным мезотелием (1), на поверхности масса фибрина (2), соединительнотканная оболочка (3) и мышечная оболочка (4) разрыхлена за счет отека (рис. 2.).

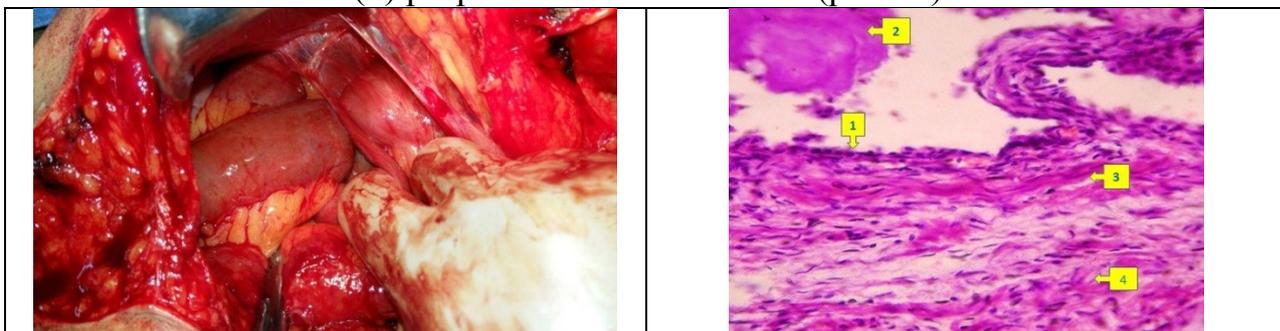


Рис. 2. Макро- и микроскопическая картина при I тяжести спаечного процесса.

2 степень. Висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные спайки рассечение которых требуется выполнять острым путем, при этом целостность стенок кишечника сохраняется. Микроскопически париетальная брюшина разрушена, имеется очаги изъязвления (1), воспалительного налета (2) и формирования спаек (3) (рис. 3.).



Рис. 3. Макро- и микроскопическая картина при II тяжести спаечного процесса.

3 степень. Висцеро-париетальные спайки рассечение которых требует иссечения стенок брюшной стенки с целью сохранения целостности стенок кишечника или висцеро-висцеральные спайки рассечение которых способствует единичным участкам десерозирования стенок кишечника. Гистологически париетальная брюшина значительно утолщена за счет отека, диффузной воспалительной инфильтрации (1), формирования фибриновых нитей (2), фиброзных спаек (3) (рис. 4.).

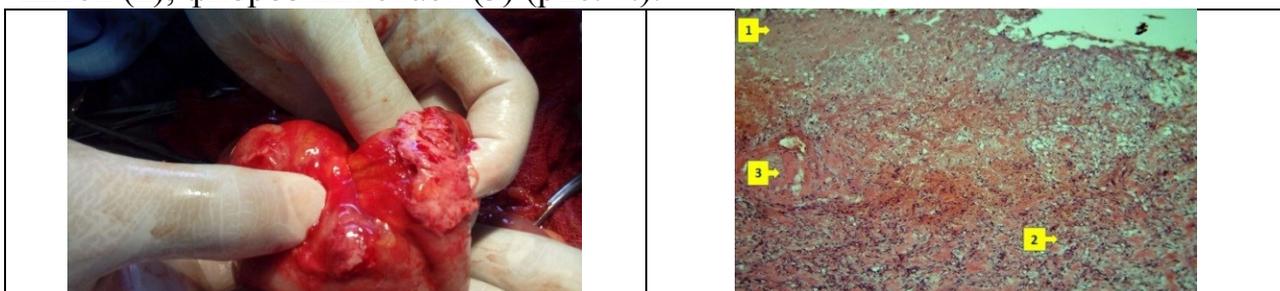


Рис.4. Макро- и микроскопическая картина при III тяжести спаечного процесса.

4 степень. Висцеро-висцеральные или висцеро-париетальные спайки с интимными сращениями между петлями кишечника попытки рассечение которых острым путем приводят к выраженным нарушениям целостности стенок кишечника. Морфологически грануляционная ткань заполнила соединительнотканые прослойки (1) париетальной брюшины доходя до гладкомышечного слоя (2) (рис. 5.).

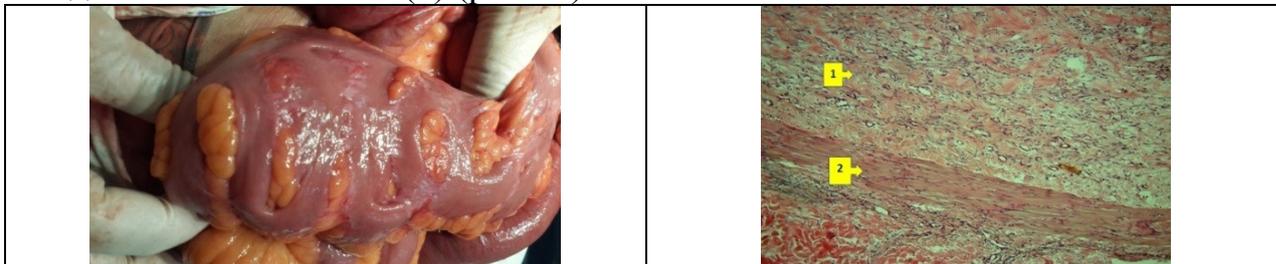


Рис. 5. Макро- и микроскопическая картина при IV тяжести спаечного процесса.

5 степень. Спаечный конгломерат брюшной полости, выделение петель кишечника не представляется возможным. Микроскопически в тканевых конгломератах имеются фрагменты разрушенных элементов стенок кишечника (1), фрагменты воспаленной, деформированной жировой ткани (2), мышечной ткани брюшины (3) и утолщенной с тканевыми перестройками париетальной брюшины (рис. 6.).



Рис. 6. Макро- и микроскопическая картина при V тяжести спаечного процесса.

Для профилактики несостоятельности энтеро-энтероанастомозов нами разработан энтеральный зонд (Патент на изобретение IAP 06450 «Способ профилактики несостоятельности энтеро-энтероанастомоза»). Предлагаемый нами зонд, это аналог стандартного энтерального зонда с наружным диаметром 8-9 мм. Длина зонда 3 метра с оливой на конце и второй оливой как у стандартного зонда. На расстоянии от конца зонда на 60-70 см имеется два баллона (проксимальный и дистальный баллоны) как у зонда Блекмора. Баллоны, как пищеводный баллон зонда Блекмора, в длину 5 см, но при надувании расширяются до 8-10 см. Расстояние между двумя баллонами 50 см. Зонд имеет два просвета, только они не сообщаются. Первый (основной) просвет имеет отверстия до первого баллона на протяжении 40-50 см и после второго баллона на протяжении 20-30 см (эти отверстия осуществляют декомпрессию кишечника выше и ниже зона анастомоза). Вторым (селективный) просвет имеет отверстия между двумя баллонами (эти отверстия осуществляют декомпрессию кишечника в зоне анастомоза). Разработанный зонд создает в зоне межкишечного соустья замкнутое

изолированное ограниченное пространство. Это позволяет осуществить селективную декомпрессию, дренирование и энтеральный лаваж зоны кишечных швов. Кроме того, даже при развитии частичной несостоятельности швов, ограничение зоны анастомоза с двух сторон, предупреждает изолировать данный участок от кишечного содержимого и способствует заживлению зоны несостоятельности.

На основании проведенных исследований нами разработан лечебный алгоритм при ОСКН (рис. 7). При диагностике I степени тяжести спаечного процесса рекомендуется выполнять рассечение спаек, интраоперационно нет необходимости использовать средства для профилактики спайкообразования.

Если при вскрытии брюшной полости отмечается II степень тяжести процесса спайкообразования, в таких случаях мы предлагаем после рассечения спаек, интраоперационно использовать гидрокортизон, так как при этом развивается легкий спаечный процесс, который особо не отличается от I степени тяжести спаечного процесса. При III степени тяжести процесса после рассечения спаек и ушивания десерозированных участков, мы рекомендуем интраоперационно вводить в брюшную полость мезогель.

IV степень спаечного процесса характеризуется образованием более грубых спаек. В этом случае мы проводим рассечение спаек с резекцией тонкого кишечника, накладываем энтеро-энтероанастомоз с установкой усовершенствованного нами назоэнтерального зонда и обработкой мезогелем.

При V степени тяжести спаечного процесса, из-за выраженности спаечного процесса и образования большого спаечного конгломерата ввиду невозможности выделения петель тонкого кишечника из спаечного конгломерата, целесообразно наложение обходного энтероэнтероанастомоза.

Независимо от степени тяжести спаечного процесса при наличии гангрены кишечника выполняется резекция с наложением межкишечных анастомозов, а при наличии перитонита на фоне гангрены кишечника, рекомендуется наложение разгрузочных энтеростом.

В пятой главе «Оценка эффективности усовершенствованного подхода к лечению острой спаечной кишечной непроходимости» приведены сравнительные клинические результаты лечения больных основной и контрольной групп. Согласно предложенному нами алгоритму в основной группе, все больные были подвергнуты оперативному лечению. 105 (84,7%) пациентам выполнено рассечение спаек, 3 (2,4%) – лапароскопический адгезиолизис, 12 (9,7%) – рассечение спаек, резекция тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок» (у 7 пациентов из-за тяжести спаечного процесса и у 5 – из-за гангрены тонкого кишечника), 3 (2,4%) – рассечение спаек, резекция тонкого кишечника с наложением энтеростомы (из-за гангрены тонкого кишечника и гнойного перитонита) и в 1 (0,8%) случае из-за выраженного спаечного конгломерата в брюшной полости наложен еюнотрансверзоанастомоз.

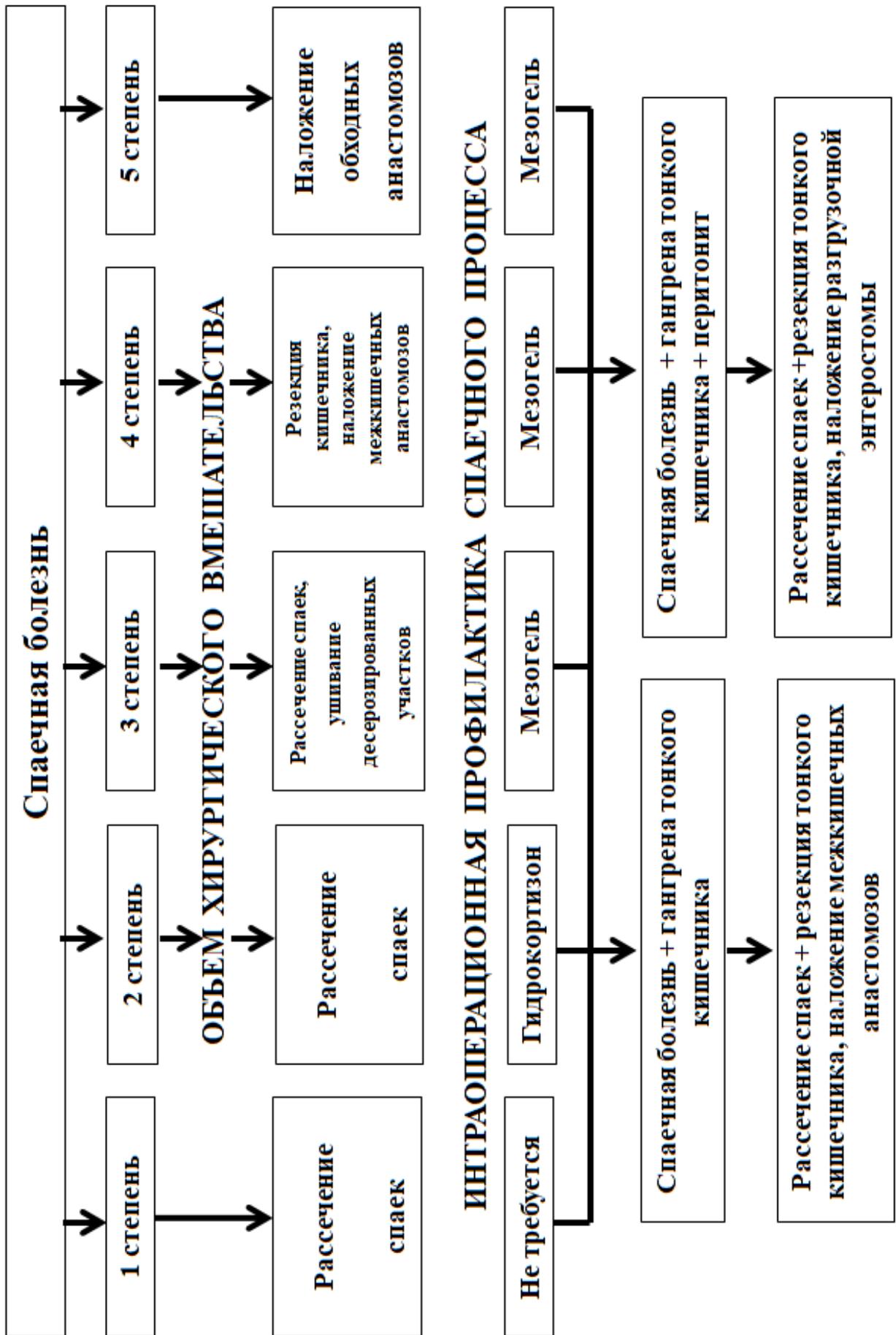


Рис. 7. Алгоритм лечебных мероприятий в основной группе.

Во всех случаях (12 больных) при резекции тонкого кишечника и наложения энтеро-энтероанастомоза и десерозировании стенок кишечника (22 пациента) использован разработанный нами энтеральный зонд.

Проведенный сравнительный анализ клинических результатов показал снижение частоты интраоперационных осложнений в основной группе в 3,4 раза (с $2,7 \pm 1,3\%$ до $0,8 \pm 0,8\%$; $t=1,218$), послеоперационных специфических осложнений с $12,8 \pm 2,7\%$ до $5,6 \pm 2,1\%$ ($t=2,089$), послеоперационных общих осложнений – с $2,7 \pm 1,3\%$ до $1,6 \pm 1,1\%$ ($t=0,623$) и поздних осложнений – с $2,0 \pm 1,2\%$ до $0,8 \pm 0,8\%$ ($t=0,866$) (табл. 2).

Таблица 2.

Сравнительные результаты хирургических вмешательств при ОСКН

Характер осложнений	Контрольная группа	Основная группа	t
Интраоперационные осложнения			
Интраоперационное повреждение кишечника	3 ($2,0 \pm 1,2\%$)	1 ($0,8 \pm 0,8$)	0,438
Интраоперационное повреждение желчного пузыря	1 ($0,7 \pm 0,7\%$)	0 (0%)	1,003
Послеоперационные специфические осложнения			
Серома раны	3 ($2,0 \pm 1,2\%$)	2 ($1,6 \pm 1,1\%$)	0,256
Нагноение послеоперационной раны	2 ($1,4 \pm 0,9\%$)	1 ($0,8 \pm 0,8\%$)	0,438
Эвентерация	1 ($0,7 \pm 0,7\%$)	0 (0%)	1,003
Несостоятельность швов кишечника (десерозированных участков)	3 ($2,0 \pm 1,2\%$)	1 ($0,8 \pm 0,8\%$)	0,866
Несостоятельность швов энтеро-энтероанастомозов	2 ($1,4 \pm 0,9\%$)	0 (0%)	1,424
Выпадение стомы	2 ($1,4 \pm 0,9\%$)	1 ($0,8 \pm 0,8\%$)	0,438
Кровотечения в брюшную полость	1 ($0,7 \pm 0,7\%$)	1 ($0,8 \pm 0,8\%$)	0,125
Острая ранняя спаечная кишечная непроходимость (консервативные мероприятия)	3 ($2,0 \pm 1,2\%$)	1 ($0,8 \pm 0,8\%$)	0,866
Острая ранняя спаечная кишечная непроходимость (повторная операция)	2 ($1,4 \pm 0,9\%$)	0 (0%)	1,424
Послеоперационные общие осложнения			
Бронхолегочные осложнения	2 ($1,4 \pm 0,9\%$)	1 ($0,8 \pm 0,8\%$)	0,438
Острый инфаркт миокарда	2 ($1,4 \pm 0,9\%$)	1 ($0,8 \pm 0,8\%$)	0,438
Поздние осложнения (в отдаленном периоде)			
Поздняя спаечная кишечная непроходимость	2 ($1,4 \pm 0,9\%$)	0 (0%)	1,424
Послеоперационная грыжа	1 ($0,7 \pm 0,7\%$)	1 ($0,8 \pm 0,8\%$)	0,125
<i>Общая частота осложнений</i>	30 ($20,3 \pm 3,3\%$)	11 ($8,9 \pm 2,6\%$)	2,730
<i>Летальность</i>	9 ($6,1 \pm 2,0\%$)	4 ($3,2 \pm 1,6\%$)	1,131

При анализе клинических результатов в сравниваемых группах в ближайшем и отдаленном периодах, мы получили достоверно значимое снижение частоты послеоперационных осложнений с $20,3\pm 3,3\%$ (в контрольной группе) до $8,9\pm 2,6\%$ (в основной группе) ($t=2,730$). Послеоперационная летальность снизилась в 1,9 раз – с $6,1\pm 2,0\%$ до $3,2\pm 1,6\%$, однако достоверного отличия не достигнуто ($t=1,131$) (табл. 2).

На наш взгляд, отсутствие статистически значимого отличия по показателю летальности связано с недостаточным количеством клинических наблюдений, что способствует высокому показателю среднего отклонения. Однако, достоверное снижение частоты послеоперационных осложнений и уменьшение абсолютного показателя летальности, позволяет судить о клинической эффективности предложенных нами разработок.

Нами проведен статистический анализ зависимости частоты послеоперационных осложнений и летальности от тяжести спаечного процесса. Как и в контрольной группе, в основной группе с увеличением тяжести спаечного процесса возрастало количество осложнений и летальности. Так, если при I степени тяжести частота послеоперационных осложнений и летальности была нулевая, то при V степени эти показатели составили 100%. Получены интересные статистические данные при проведении корреляционного анализа. При определении коэффициента ранговой корреляции Спирмена показатель послеоперационных осложнений был отрицательным и составил $-0,546674$, что свидетельствовал о низкой обратной корреляционной связи, однако данный показатель летальности был положительным и составил $+0,997043$, что явилось критерием высокой прямой корреляционной связи (табл. 3).

Таблица 3.

Показатель частоты послеоперационных осложнений и летальности в сравниваемых группах в зависимости от тяжести спаечного процесса

Тяжесть	Кол-во больных		% осложнений	% летальности
I ст.	Контр. гр.	8	1 ($12,5\pm 11,7\%$)	0 (0%)
	Основ.гр.	6	0 (0%)	0 (0%)
	t-критерий Стьюдента		1,069	-
II ст.	Контр. гр.	91	12 ($13,2\pm 3,5\%$)	2 ($2,2\pm 1,5\%$)
	Основ.гр.	69	4 ($5,8\pm 2,8\%$)	0 (0%)
	t-критерий Стьюдента		1,632	1,430
III ст.	Контр. гр.	39	13 ($33,3\pm 7,5\%$)	4 ($10,3\pm 4,9\%$)
	Основ.гр.	41	5 ($12,2\pm 5,1\%$)	2 ($4,9\pm 3,4\%$)
	t-критерий Стьюдента		2,319	0,910
IV ст.	Контр. гр.	9	4 ($44,4\pm 16,6\%$)	2 ($22,2\pm 13,9\%$)
	Основ.гр.	7	1 ($14,3\pm 13,2\%$)	1 ($14,3\pm 13,2\%$)
	t-критерий Стьюдента		1,423	0,414
V ст.	Контр. гр.	1	0 (0%)	1 (100%)
	Основ.гр.	1	1 (100%)	1 (100%)
	t-критерий Стьюдента		-	-
Коэффициент корреляции Спирмена			$-0,546674$	$0,997043$

Таким образом, клинические результаты использования разработанного комплексного лечения больных с ОСКН с применением, предложенным нами тактических и технических усовершенствований, показал вполне обоснованность их применения. В результате комплексного лечения ОСКН мы добились снижения частоты послеоперационных осложнений, снизилась их тяжесть, уменьшилось количество летальных случаев. К сожалению, несмотря на достигнутые положительные результаты, что дает основания для рекомендации широкого использования наших разработок в клинической практике, проблема лечения спаечной болезни далеко от своего разрешения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Традиционное лечение острой спаечной кишечной непроходимости показало, что общая частота осложнений составила 20,3%, а послеоперационная летальность – 6,1%. Проведенный критический анализ выявил, что неудовлетворительные результаты в контрольной группе были обусловлены отсутствием дифференцированного подхода к оценке тяжести спаечного процесса и выбору объема хирургического вмешательства, эмпирическим подходом к методам интраоперационной профилактики спайкообразования и высокой частотой несостоятельности энтеро-энтероанастомозов.

2. Для оценки тяжести спаечного процесса в брюшной полости наиболее удобной в использовании и практичной в применении является предложенная нами система, согласно которой выделяют пять степеней тяжести патологического процесса, градация которого обоснована морфологическими исследованиями.

3. Проведенные морфологические исследования позволяют определить наиболее оптимальный объем хирургического вмешательства (начиная от рассечения спаек с резекцией кишечника до наложения межкишечных анастомозов) и более эффективный способ интраоперационной профилактики спайкообразования (использование гидрокортизона или мезогеля) в зависимости от тяжести патологического процесса в брюшной полости.

4. Усовершенствованный энтеральный зонд позволяет снизить частоту несостоятельности энтеро-энтероанастомозов и швов кишечника с 3,4% до 0,8%. При этом основной клинический эффект достигается за счет ограничения зоны межкишечного анастомоза, снижения внутрикишечного давления в этой области и, тем самым, ускорения процессов репарации.

5. Разработанный лечебно-профилактический алгоритм позволяет дифференцированно подходить к выбору объема хирургического вмешательства и способа интраоперационной профилактики спайкообразования в зависимости от тяжести патологического процесса и способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений с 20,3% до 8,9% и послеоперационной летальности – с 6,1% до 3,2%.

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

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

ELMURATOV ISKANDAR URAZOVICH

**CLINICAL AND MORPHOLOGICAL PARALLELS IN SURGERY FOR
ACUTE ADHESIVE INTESTINAL 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 №B2022.2.PhD/Tib2916.

The dissertation is carried out at the Tashkent Medical Academy.

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:	Khakimov Murod Shavkatovich doctor of medical sciences, professor
Official opponents:	Akbarov Mirshavkat Miralimovich doctor of medical sciences, professor Khakimov Dilshod Mamadalievich doctor of medical sciences, docent
Leading organisation:	Republican research centre of emergency medicine

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 patients with acute adhesive intestinal obstruction through a differentiated approach to the choice of the method of surgical treatment, depending on the intraoperative assessment of the severity of the clinical situation.

The object of the study were 272 patients with acute adhesive intestinal obstruction, who were hospitalized at the II clinic of the Tashkent Medical Academy in the department of emergency surgery in the period from 2010 to 2021.

The scientific novelty of the research is as follows:

developed a clinical system for assessing the severity of the disease, depending on the intraoperative picture of the abdominal cavity with adhesive obstruction;

therapeutic and prophylactic (intraoperative administration of various drugs into the abdominal cavity) measures to prevent re-adhesion formation, depending on the visual and morphological assessment of the severity of the adhesive process, are proposed;

the enteral probe has been improved, allowing for simultaneous decompression of the gastrointestinal tract and preventing the risk of entero-enteroanastomosis failure;

an algorithm for therapeutic and preventive measures for acute adhesive intestinal obstruction has been developed, depending on the severity of the disease, the nature and prevalence of the inflammatory process in the abdominal cavity.

Implementation of the research results. According to the results of a scientific study to improve the results of surgical treatment of patients with acute adhesive intestinal obstruction:

methodological recommendations "Modern approaches to the classification of adhesive intestinal obstruction" were developed (conclusion of the Ministry of Health No. 08-40020 dated December 16, 2022). The proposed recommendations made it possible to improve the results of treatment of patients with acute adhesive intestinal obstruction due to the choice of optimal treatment tactics, as well as to reduce the incidence of postoperative complications from 20.3% to 8.9%, and mortality from 6.1% to 3.2%;

the obtained scientific results are implemented in the practice of the Medical Association of the Zangiota district of the Tashkent region and the Surkhandarya branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (conclusion of the Ministry of Health No. 08-40020 dated December 16, 2022). The results of the implementation made it possible to choose an adequate volume of surgical intervention and an effective method of intraoperative prevention of the formation of adhesions, depending on the severity of the pathological process in the abdominal cavity, improve the classification of the disease and optimize treatment tactics for adhesive intestinal obstruction.

The structure and scope of the thesis. The dissertation consists of an introduction, five 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. Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Баймаков С.Р., Ашуров Ш.Э., Асраров А.А., Элмуратов И.У., Юнусов С.М. Острая обтурационная кишечная непроходимость, вызванная фитобезоарами // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент. 2017. №1. С. 16-19. (14.00.00. №8)

2. Хакимов М.Ш., Цай В.Э., Элмуратов И.У. Современные проблемы лечения острой спаечной кишечной непроходимости // Вестник Ташкентской медицинской академии. – Ташкент 2022. №1. С. 48-51. (14.00.00. №13)

3. Khakimov M.Sh., Karimov M.R., Elmuratov I.U., Tsay V.E., Kamalova S.Ya. Acute adhesive small bowel obstruction: new approaches to treatment // American Journal of Medicine and Medical Sciences. 2022. 12(2). P. 205-210. (14.00.00, №2)

4. Karimov Sh.I., Khakimov M. Sh., Tsay V.E., Elmuratov I.U. New sights on the assessment of adhesive disease severity // Central Asian Journal of Medicine. 2022. Volume-2. P.52-60.

II бўлим (II часть; part II)

5. Хакимов М.Ш., Элмуратов И.У. Современные подходы к классификации спаечной кишечной непроходимости // Методические рекомендации. Ташкент. 2022. 30 стр.

6. Nakimov M.Sh., Elmuratov I.U. New views on issues of enteral decompression in the treatment of acute intestinal obstruction // Chin J Ind Hyg Occup Dis. 2021. 13. P. 911-916.

7. Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Элмуратов И.У. Новые подходы в выборе лечебной тактики при острой спаечной кишечной непроходимости // Вестник экстренной медицины. 2022. Том 15, №3-4. Материалы XVII Республиканской научно-практической конференции: Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи «Инновации в экстренной медицине». г. Наманган, 14 октября 2022 г. С.178.

8. Хакимов М.Ш., Асатуллаев Ж.Р., Элмуратов И.У., Жуманазаров А.У., Матризаев Т.Ж., Каримов Р.А., Муродов А.М. Роль лапароскопии в выборе лечебной тактики при острой хирургической патологии органов брюшной полости // Материалы Международной конференции «Инновационное развитие науки и образования – 2022». г. Павлодар, Казахстан, С.15-16.

9. Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Элмуратов И.У. Выбор хирургической тактики при острой спаечной кишечной непроходимости // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2022. №1. Материалы XIV-го Съезда хирургов. С.579.

10. Hakimov M.Sh., Asatullaev J.R., Elmuratov I.U., Karimov R.A., Murodov A.M., Xudoyberdiev S.S. Intraoperative assessment of the severity of adhesions in the abdominal cavity // European journal of science archives conferences series. Aachen, Germany, October, 2022. P.16-18.

11. Hakimov M.Sh., Elmuratov I.U. New views on the classification of acute adhesive intestinal obstruction // Materials of the International Virtual Conference on Language and Literature Proceeding. Indonesia, August, 2022. P.16-17.

12. Hakimov M.Sh., Berkinov U.B., Elmuratov I.U., Xayitov A.A. Laparoscopic adhesiolysis in surgery for acute adhesive intestinal obstruction // Materials of "International conference on medical education, health sciences and patient care". New Delhi, India, august-september-october, 2022. P.69-70.