

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

---

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**КОДИРОВ ХУШНУДБЕК МАМАТКАРИМ ЎҒЛИ**

**ИЛЕОСТОМАЛАРДА ЖАРРОХЛИК РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИ  
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Андижон – 2025**

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

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

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

<b>Кодиров Хушнудбек Маматкарим ўғли</b> Илеостомаларда жаррохлик реабилитациясини оптималлаштириш.....	3
<b>Кодиров Хушнудбек Маматкарим угли</b> Оптимизация хирургической реабилитации при илеостомах.....	29
<b>Kodirov Khushnudbek Mamatkarim ugli</b> Optimization of surgical rehabilitation for ileostomies.....	53
<b>Эълон қилинган ишлар рўйхати</b> Список опубликованных работ List of published works.....	56

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

---

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**КОДИРОВ ХУШНУДБЕК МАМАТКАРИМ ЎҒЛИ**

**ИЛЕОСТОМАЛАРДА ЖАРРОХЛИК РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИ  
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Андижон – 2025**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2024.2.PhD/Tib4694 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида ([www.adti.uz](http://www.adti.uz)) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Ботиров Акрам Кодиралиевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:**

**Гуламов Олимжон Мирзахитович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Эгамов Юлдашали Сулаймонович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:**

**Доғистон давлат тиббиёт университети**

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю. Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: [info@adti.uz](mailto:info@adti.uz), Андижон давлат тиббиёт институти).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_\_ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Диссертация автореферати 2025 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.

(2025 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_-рақамли реестр баённомаси).

**М.М. Мадазимов**

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

**М.Ф. Нишанов**

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

**Б.Р. Абдуллажанов**

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

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

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, сўнгги ўн йилликларда бутун дунёда шошилиш жарроҳлик аралашувлари сонининг ошиши тенденцияси кузатилмоқда, шунингдек, уларнинг яқинда илеостома шаклланиши ҳам мавжуд. Бунда ичак стомаси билан оғриган беморларнинг сони 100 минг кишига 100-150 нафарни, яъни бутун инсониятнинг 0,05-0,1% ни ташкил этади ва уларнинг ярмидан кўпини меҳнатга лояқатлидир. Фақат Россияда стомали беморлар сони 120 мингга этмоқда. Илеостома шаклланишининг сабабларидан бири сифатида, чамбарсимон ичак ёмон ўсмаси 43-76% ни, яхши сифатли ўсмалар эса 12-27% ни ташкил этади. Механик этиологияли ўткир ичак тутилиши (ЎИТ), жумладан, ўткир битишмали ингичка ичак тутилиши, ёт жисмлар билан перфорация, аппендицитнинг асоратлари, жароҳатлар ва бошқалар 6-18% ни ташкил этади, шунингдек, ноаниқ этиологияли колит ва Крон касаллиги 10%<sup>2,3</sup> ни ташкил қилади. Шунингдек, илеостома қўйиш жараёни асоратларнинг ривожланиши ва меҳнатга лаёқатни йўқотиш хавфини ўз ичига олади, бу эса ҳаёт сифати ва ижтимоий мослашишни пасайтиради.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда илеостомали беморларни хирургик даволашда ичак резекцияси ҳажми ва чегараларини аниқлаш, ичак моторикасини тиклашда функционал аъзо сақловчи ташрих усулларини ишлаб чиқиш, лапароскопик, робот-ассистентлашган ва гибрид ташрих усулларини амалиётга жорий қилиш бўйича амалга оширилаётган тадқиқотлар долзарб бўлиб қолмоқда, илеостомияларни бартараф этиш ва реконструктив-тикловчи ташрихларни ўтказиш усулларини такомиллаштириш, ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) протоколларини жорий қилиш бўйича тадқиқотлар давом эттирилмоқда, шунингдек, мавжуд мета-таҳлиллар асосида турли усулларда шакллантирилган йўғон ичак анастомозларини хавфсизлигини аниқлаш учун кўп марказли тадқиқотлар ўтказилмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари ташхислаш ва хирургик даволашнинг замонавий тамойиллари ва усулларини жорий этиш илеостомали беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган<sup>1</sup>. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, жарроҳлик реабилитациясини оптималлаштириш орқали илеостомали беморларни даволаш натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий-ижтимоий аҳамияти туфайли хирургик колопроктологиянинг, ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

---

<sup>1</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60 сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон «Хирургия хизматини трансморфация қилиш, худудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида» ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарорлари, ҳамда 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.** ЖССТ таъкидлашича, бутун дунёда ичак касалликларининг ўсишига боғлиқ равишда ичак стомаси билан оғриганлар сони ортиб бормоқда. Ичак стомаси шаклланишининг сабаблари йўғок ичак ўсмаси – 74,7%, жароҳатлар – 11,7%, яхши сифатли ичак ўсмалар асоратлари – 6,5% ва ичак яллиғланиш касалликлари билан боғлиқ муаммолар – 7,1%. Бундан ташқари, РҚО ўтказиш жараёни ички ичак анастомозларининг етарли эмаслиги (20-30%) билан боғлиқ ва ўлим ҳолатлари (6-35%) билан боғлиқ бўлиб, бу кўрсаткичлар пасайиш тенденциясига эга эмас.

Ичак жарроҳлиги билан шуғулланувчи мутахассисларга маълумки, стомали беморлар кўпинча стомали асоратлардан азоб чекадилар, ногирон бўлишади, атрофдагилардан ўзларини изоляция қилишади, ижтимоий мақоми пасаяди ва нерв-психологик стресс ҳолатида бўлишади. Ушбу ҳолат беморларни илеостомани тезда олиб ташлаш ва операциянинг тикловчи босқичини ўтказиш бўйича қатъий талабларни мажбур қилади. Бироқ, тикловчи босқични ўтказиш анъанавий равишда энг мураккаб ҳисобланади ва кўпинча ҳаётга таҳдид солувчи асоратлар ва ўлим хавфини ўз ичига олади.

Ҳозирги вақтда ичак анастомозларини шакллантиришнинг янги усуллари ишлаб чиқиш ва жорий этиш давом этмоқда. Бироқ, ҳали ҳам тадқиқотчилар маълум бир усул ва тикиш техникасининг афзалликлари бўйича бир фикрга келишмаган. Бунда операциядан кейинги асоратлар даражаси юқори бўлиб қолмоқда. Ҳали ҳам илеостомаларни шакллантиришда асоратларни камайтиришга қаратилган тадқиқотлар давом этмоқда, шунингдек, оптимал даволаш ва диагностик дастурини танлаш, шунингдек, тикловчи операцияни ўтказиш муддатлари ва усуллари танлаш масалалари ҳали ҳам муҳокама қилинмоқда. Юқорида келтирилган барча омиллар ушбу тадқиқотни ўтказиш учун сабаб бўлди.

**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** жарроҳлик реабилитациясини оптималлаштириш орқали илеостома шаклланиши билан боғлиқ шошиличч ичак касалликларини хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

илеостомалар бўйича жарроҳлик даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш, шунингдек, операциядан кейинги асоратлар ва ўлимнинг частотаси, характери ва сабабларини аниқлаш;

илеостомаларни олиб ташлашда "чўктирилувчи инвагинацион" илео-колоанастомознинг модификацияланган усулини ишлаб чиқиш ва жорий этиш, унинг афзалликларини асослаш;

илеостома шаклланиши билан боғлиқ шошиличч ичак касалликларида даволаш алгоритминини такомиллаштириш орқали жарроҳлик тактикаси оптималлаштириш;

оптималлаштирилган жарроҳлик тактикаси бўйича операциядан кейинги реабилитация натижаларини анъанавий даволаш усуллари билан солиштириш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2016-2022 йилларда Андижон давлат тиббиёт институти Клиникасининг 3-жарроҳлик бўлимида шошиличч ичак касалликлари сабабли илеостомалар шакллантирилган реконструктив-тикловчи ташрих ўтказиш учун стационар равишда даволанган 115 нафар беморлар олинган.

**Тадқиқот предмети** илеостомаларда жарроҳлик реабилитациясини оптималлаштириш натижалари 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:

илеостомияларда хирургик реабилитация бўйича тадбирларни ишлаб чиқиш билан бирга операциядан кейинги асоратлар ва ўлимга олиб келган морфофункционал сабаблари аниқланган;

илеостомияларни бартараф этишда ичакларнинг бир хил тўқималарини улаш ва тикиш чизиқларига тушадиган юкломани камайтиришни таъминлайдиган, шу орқали чоклар етишмовчилиги ҳолатлари частотасини камайтирадиган «чўктирилувчи инвагинацион» илео-колоанастомознинг модификация қилинган усули ишлаб чиқилган;

чора-тадбирлар мажмуаси таркибида хирургик тактикани оптималлаштирилишига имкон берган даволаш тартиби патоморфологик ўзгаришларни инобатга олган ҳолда такомиллаштирилган;

илеостомия шаклланиши билан кечадиган шошиличч жарроҳлигида ичак касалликларини жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш билан жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашга олиб келиши асосланган.

### **Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:**

илеостома шаклланиши билан боғлиқ шошилиш ичак касалликларида “чўктирилувчи инвагинацион” илео-колоанастомознинг модификацияланган усулининг клиник самарадорлиги исботланган;

илеостома шаклланиши билан боғлиқ шошилиш ичак касалликларида таклиф этилган такомиллаштирилган даволаш алгоритми диагностик дастур, муддатлар ва илео-колоанастомозларни шакллантириш усулларини оптималлаштиришга имкон бериши асосланган;

илеостома шаклланиши билан боғлиқ шошилиш ичак касалликларида оптималлаштирилган тактика операциядан кейинги реабилитация натижаларини сезиларли даражада яхшилашга имкон бериши аниқланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларидан 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, илеостомали беморларда ичаклараро узлуксизликни тиклаш усулларига боғлиқ ҳолда асоратлар ривожланиши хавфининг клиник ва тактик-техник жиҳатлари ҳамда оператив аралашувларнинг тактик-техник жиҳатлари, ташрихгача тайёргарлик, шунингдек ташрихдан кейинги даврни олиб бориш борасидаги мавжуд билимларни кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар асосида илеостомали беморларда ҳаёт учун хавfli бўлган анастомоз чоклари етишмовчилигини олдини олиш учун «чўктирилувчи» инвагинацион илео-колоанастомоз усули такомиллаштирилганлиги, икки босқичли даволаш-ташхисот тартиботи ишлаб чиқилганлиги, операцияларнинг тактик-техник жиҳатлари ҳамда хирургик тактика оптималлаштирилганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Илеостомали беморларни даволаш натижаларини яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

биринчи илмий янгилик: илеостомияларда хирургик реабилитация бўйича тадбирларни ишлаб чиқиш билан бирга операциядан кейинги асоратлар ва ўлимга олиб келган морфофункционал сабаблари аниқланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 мартда б1-26/у-сон билан тасдиқланган “Илеостомаларда жарроҳлик реабилитациясини оптималлаштириш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф РШТЁИМ Наманган филиалининг 2024 йил 20 апрелдаги 136/3-сон ва РШТЁИМ Фарғона филиалининг 2024 йил 7 июлдаги 79-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни

сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 15 февралдаги 12/10-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: илеостомали беморларда ичаклараро узлуксизликни тиклаш усуллариининг қўлланилиши жарроҳликдан кейинги асоратлар ривожланиш хавфини камайтириш ва реабилитация даврини қисқартириш имконини берган. Бу эса беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш, ижтимоий фаолликка эрта қайтишини таъминлаш ҳамда уларнинг умумий саломатлик кўрсаткичларини оширишга хизмат қилади. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: илеостомали беморларда ичаклараро узлуксизликни тиклаш усулларига боғлиқ ҳолда асоратлар ривожланиши хавфининг клиник ва тактик-техник жиҳатларини инобатга олган ҳолда такомиллаштирилган жарроҳлик тактикасини амалиётга жорий этиш натижасида шифохонада қолиш муддати анъанавий даволанган беморларга нисбатан (ўртача 12,4 кун), такомиллаштирилган усул билан даволанган беморларда қарийиб 50%га, яъни ўртача 5,6 кунни ташкил қилган. Натижада, 1 нафар бемор учун шифохонада қолиш тўлови ўртача 400 минг сўмга камайган, даволаниш даврининг қисқариши ҳисобига дори-дармон харажатлари хўжалик ҳисобидан 580 мингга иқтисод қилинган. Хулоса: такомиллаштирилган жарроҳлик тактикасини амалиётга жорий этиш орқали 1 нафар бемор учун ўртача 980 минг сўмни, умумий ҳисобда ушбу усул билан даволанган тадқиқот кўламидаги 179 нафар бемор учун тахминий 175420000 сўмни иқтисод қилиш имконияти яратилган.

иккинчи илмий янгилик: илеостомияларни бартараф этишда ичакларнинг бир хил тўқималарини улаш ва тикиш чизиқларига тушадиган юкломани камайтиришни таъминлайдиган, шу орқали чоклар етишмовчилиги ҳолатлари частотасини камайтирадиган «чўктирилувчи инвагинацион» илео-колоанастомознинг модификация қилинган усули ишлаб чиқилганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 мартда б1-26/у-сон билан тасдиқланган “Илеостомаларда жарроҳлик реабилитациясини оптималлаштириш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф РШТЁИМ Наманган филиалининг 2024 йил 20 апрелдаги 136/3-сон ва РШТЁИМ Фарғона филиалининг 2024 йил 7 июлдаги 79-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 15 февралдаги 12/10-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ишлаб чиқилган ва амалиётга жорий этилган «чўктирилувчи» инвагинацион илеоколоанастомоз қўйиш усули жарроҳликдан кейинги асоратлар ривожланишини олдини олиши натижада беморларнинг тикланиш муддатини қисқартириш, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ва уларнинг ижтимоий фаолликка эртароқ қайтишига шарт-шароит яратади. Шунингдек, бу технологик янгилик миллий клиник амалиётга жорий этилиши орқали аҳоли саломатлигини мустаҳкамлашга имкон яратади. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: тадқиқот доирасида

такомиллаштирилган «чўктирилувчи» инвагинацион илеоколоанастомоз кўйиш усулини қўллаш натижасида шифохонада қолиш муддати анъанавий усулда ўртача 12,4 кундан 6,1 кунгача қисқартирилган. Бир кунлик ётоқ-ўрин прејскурант бўйича 270 минг сўмни ташкил этгани ҳисобга олинса, бир нафар бемор учун ётоқ-ўрин харажатлари 3348000 сўмдан 1647000 сўмгача камайди, яъни ўртача 1701000 сўм иқтисод қилинган. Умумий дори-дармон харажатларидаги тежам бир нафар бемор учун 220500 сўмни ташкил этган. Тадқиқот кўламидаги 16 нафар бемор таҳлилига кўра анъанавий усулда анастомоз чоклари етишмовчилиги асорати туфайли қайта жарроҳлик ўтказиш эҳтимоли ўртача 8% ни ташкил қилган бўлса, такомиллаштирилган усул қўлланилган гуруҳда бу кўрсаткич 1,2% гача камайган. Шу орқали тахминан битта қайта жарроҳлик операциясининг олди олинган ва бунда ўртача 3500000 сўм миқдоридаги қўшимча иқтисодий самара таъминланган. Хулоса: бир нафар бемор учун умумий иқтисодий самара (ётоқ-ўрин харажатлари, дори-дармон харажатлари ва қайта жарроҳлик эҳтиёжининг камайиши ҳисобидан) ўртача 2140250 сўмни ташкил этган. Умумий ҳисобда эса 16 нафар беморда такомиллаштирилган усул қўлланилиши натижасида жами 34244000 сўм иқтисодий самара таъминланган.

учинчи илмий янгилик: чора-тадбирлар мажмуаси таркибида хирургик тактикани оптималлаштирилишига имкон берган даволаш тартиби патоморфологик ўзгаришларни инобатга олган ҳолда такомиллаштирилганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 мартда б1-26/у-сон билан тасдиқланган “Илеостомаларда жарроҳлик реабилитациясини оптималлаштириш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф РШТЁИМ Наманган филиалининг 2024 йил 20 апрелдаги 136/3-сон ва РШТЁИМ Фарғона филиалининг 2024 йил 7 июлдаги 79-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 15 февралдаги 12/10-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ишлаб чиқилган даволаш-ташхисот тартиботининг амалиётга жорий этилиши қабул вақтиданок беморлар ҳолатини баҳолаш орқали зарурат бўйича операция қўлланилиши таъминланган, бу эса беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланиши, уларнинг эрта функционал реабилитациясига, кундалик турмушдаги мустақиллик даражаси ва ижтимоий интеграция кўрсаткичларини яхшиланишига олиб келган. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: ишлаб чиқилган ташхисот ва даволаш тартиботининг амалиётга жорий этилиши натижасида шифохонада ётоқда қолиш муддати ўртача 12,4 кундан 6,1 кунгача қисқарди. Прејскурант бўйича бир кунлик ётоқ-ўрин харажати 270 минг сўмни ташкил қилгани ҳолда, бир нафар бемор учун ётоқ-ўрин харажатлари ўртача 1701000 сўмга камайди. Бундан ташқари, ташхисдан кейинги асоратларни олдини олиш ҳамда қайта жарроҳлик эҳтиёжининг камайиши ҳисобига дори воситалари ва тиббий материаллар сарфида ҳам қўшимча тежам таъминланди. Хулоса. Бир бемор учун 1 кунлик

ўртача харажат 439250 сўми ташкил этди. Шу тариқа, умумий ҳисобда бир нафар бемор учун алгоритм қўлланилиши натижасида 2140250 сўм миқдорида иқтисодий самара таъминланди.

тўртинчи илмий янгилик: илеостомия шаклланиши билан кечадиган шошилиш жарроҳлигида ичак касалликларини жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш билан жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашга олиб келиши асосланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 мартда б1-26/у-сон билан тасдиқланган “Илеостомаларда жарроҳлик реабилитациясини оптималлаштириш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф РШТЁИМ Наманган филиалининг 2024 йил 20 апрелдаги 136/3-сон ва РШТЁИМ Фарғона филиалининг 2024 йил 7 июлдаги 79-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 15 февралдаги 12/10-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: оператив аралашувларнинг тактик-техник жиҳатларига, ташрихгача тайёргарлик ҳамда ташрихдан кейинги даврни олиб боришга киритилган ўзгартишлар туфайли қайта жарроҳлик эҳтиёжининг камайиши ва жарроҳликдан кейинги асоратларнинг олди олинишига эришилган. Бу эса беморларни соғлом ҳаёт тарзига ва меҳнат фаоллигига эртароқ қайтиш имконини яратади, уларнинг руҳий-эмоционал ҳолати ва умумий ижтимоий мослашувини яхшилаш имконини беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: тадқиқот доирасида оператив аралашувларнинг тактик-техник жиҳатларига, ташхисгача тайёргарлик ҳамда ташхисдан кейинги даврни олиб боришга киритилган ўзгаришлар натижасида жарроҳлик аралашуви давомийлиги қисқартирилиши, операцион материаллардан самарали фойдаланиш, қон қуйиш эҳтиёжининг камайиши ва периперацион реанимацияга бўлган эҳтиёжнинг пасайишига эришилган. Операция учун материаллар ва сарф-харажатларнинг тежалиши - ҳар бир бемор учун ўртача 350000 сўми ташкил қилган, ётоқ-ўрин харажатларида тежам - операциядан кейинги реабилитация муддати қисқариши натижасида бир бемор учун 1 701000 сўм иқтисод қилинган. Дори воситалари ва периперацион реанимация материалларида тежам - бир бемор учун ўртача 500000 сўми ташкил этган. Хулоса. Умумий ҳисобда бир нафар бемор учун тўғридан-тўғри иқтисодий самара  $350000 + 1701000 + 500000 = 2551000$  сўм бўлса, 179 нафар бемор учун умумий иқтисодий самара  $2551000 \times 179 = 456629000$  сўм, қайта жарроҳликдан тежалган 35000000 сўми, умумий самарадорлик 491629000 сўми ташкил қилган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та ҳалқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий

натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 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** диссертация ишининг долзарблиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари ҳамда олинган натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти келтирилган, тадқиқот натижаларининг апробацияси ва эълон қилинганлиги, диссертациянинг ҳажми ва тузилиши ҳақида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг **«Илеостомалар бўйича тикловчи ва сфинктер сақловчи усуллар муаммоси (адабиётлар шарҳи)»** деб номланган биринчи бобида адабиётлар шарҳи тақдим этилган бўлиб, унда таснифи, шунингдек, илеостомаларни бартараф этишда инвагинацион анастомозларнинг ўрни ва ҳолати, ингичка ва йўғон ичак анастомозлари муаммоси ва ичак жарроҳлигида сфинктер сақловчи усуллар ривожланиши кўриб чиқилади. Ушбу соҳада жарроҳларнинг илмий тадқиқотлари, одатда, маълум бир нозологик касаллик шакли (диффуз полипоз, ноаниқ ярали колит, Крон касаллиги ва бошқалар) билан оғриган беморларни даволашга бағишланганлиги таъкидланган. Илеостомани бажариш учун кўплаб кўрсатмалар, ва шу билан бирга, илеостомани бартараф этишга қаратилган, катта ҳажмдаги қайта тикловчи операцияларни мавжуд бўлса-да, мавжуд усуллардан ҳеч бири жарроҳларга тўлиқ қониқарли эмас, бу эса шошилинич ичак касалликларидан сўнг илеостомага эга беморлар учун айниқса долзарбдир. Ичак жарроҳлигида катта ютуқларга қарамай, даволаш ва диагностика алгоритмларини ишлаб чиқиш ва янги ичак анастомозлари шакллантириш усулларини такомиллаштириш, бир вақтнинг ўзида илеоцекал бириктирувчи аппаратини моделлаштириш, яқуний ҳал этишга етарли даражада эмаслиги, янада оптимал усулларни излашни талаб қилади.

Диссертациянинг **«Клиник тавсиф ва тадқиқот усуллари»** деб номланган иккинчи бобида беморларнинг клиник тавсифи ва қўлланилган тадқиқот усуллари баён қилинган. Тадқиқот объекти сифатида АДТИ клиникасида шошилинич ичак касалликлари бўлган 115 нафар бемор келтирилади, уларда жарроҳлик аралашувлари илеостома шаклланиши билан юнланган.

Тадқиқот тўрт босқичга бўлинган:

-Биринчи босқич – 2016-2019 йиллар давомида илеостома шаклланиши билан шошилинич ичак касалликларида операциядан кейинги асоратлар ва ўлимнинг частотаси, характери ва сабабларини ўрганиш ва таҳлил қилиш (таққослаш гуруҳи).

-Иккинчи босқич–олинган натижалар асосида таққослаш гуруҳида "чўктирилувчи" инвагинацион илео-колоанастомозни ишлаб чиқиш ва жорий

этиш, унинг афзалликларини асослаш ва илеостомага эга беморларда такомиллаштирилган даволаш - диагностик алгоритмни ишлаб чиқиш.

-Учинчи босқич – 2020-2022 йиллар давомида оптималлаштирилган тактикани қўллаш (асосий гуруҳ).

-Тўртинчи босқич – натижаларни таққослаш.

Тадқиқот мақсади ва вазифаларига мувофиқ шартли равишда қуйидаги гуруҳлар ажратилган:

-Таққослаш гуруҳи - 2016-2019 йиллар, 73 (63,5%) бемор, анъанавий даволаш усулларига амал қилган;

-Асосий гуруҳ - 2020-2022 йиллар, 42 (36,5%) бемор, оптималлаштирилган жарроҳлик тактикаларига амал қилган.

115 бемордан эркаклар 83 (72,2%) ни, аёллар 32 (27,8%) ни ташкил этди. Ўрганилган беморларнинг энг катта қисмини ўрта ёшдаги беморлар ташкил этди - 57 (49,6%) ва қари - 45 (39,1%), ёшлар еса - 13 (11,3%) бўлиб, бу касалликнинг умумий сонига нисбатан деярли 1/6 қисмини ташкил этди.

Шошилинч ичак касалликлари, якуний бир стволли илеостома шаклланишига сабаб асосан механик характердаги ОИТ бўлган, ва- 84 (73,0%) ни ташкил этди. Ретроспектив ва проспектив таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, механик этиологияли ЎИТ нинг юқори частотаси асосан аввал олинган операциялар (ўткир аппендицит, ўткир холесистит, шу жумладан, аёлларда бир неча маротаба кесар кесиш) сабабли битишма касаллиги билан боғлиқ эди.

Шошилинч ичак касалликлари, якуний бир стволли илеостома шаклланишига сабаб бўлган, Крон касаллиги - 6 (5,2%), йўғон ичак хавfli ўсмаси - 13 (11,3%) ни ташкил этди. Яхши сифатли ичак усмалари (аппендикуляр инфилтрат асоратлари) - 5 (4,3%) ҳолатда ва ичак жароҳати (тиғли жароҳати ва йўл-транспорт ҳодисалари) - 7 (6,1%).

Умуман олганда, 1,5-3 ой ичида 25 (21,7%) беморда илеостоманинг бартараф этилиши ва тикловчи босқич амалга оширилган, 3-6 ой ичида 1/3 беморда - 41 (35,7%), 7-12 ой ичида - 34 (29,6%) ва бир йилдан кўпроқ муддат ичида - 15 (13,0%) беморда амалга оширилган.

Кейинги таҳлил шуни кўрсатдики, илеостома шаклланишининг сабаби шошилинч ҳолатлар бўлган беморларда ичак трактининг узлуксизлигини тиклаш учун кўрсатмаларни янада кенгайтириш мақсадга мувофиқдир. Ушбу ҳолатлар бизнинг ишимизнинг кейинги бобларида муҳокама қилинди.

Умумий сони шошилинч касалликлар билан боғлиқ бўлган беморларда якуний бир стволли илеостома шаклланиши билан боғлиқ эрта стомали асоратлар, яллиғланиш ва инфилтрат 11 (9,6%) ҳолатда, перистомал дерматит – 11 (9,6%), гипергрануляция – 15 (13,0%) ҳолатда аниқланган. Терида пайдо бўлган асоратлар беморлар учун маълум қийинчиликлар туғдирган ва хавотирга сабаб бўлган. Реконструктив-қайта тикловчи операция (РҚО) ўтказиш учун келганимизда беморларимизда стомага оид бошқа асоратлар кузатилмаган.

Кейинги стомали асоратлар, масалан, Ичак стомасининг ретраксияси 2 (1,7%) ҳолатда, эвагинация – 6 (5,2%) ва чандикли-атрофик ўзгаришлар 4 (3,5%) ҳолатда аниқланган.

Шуни таъкидлаш керакки, жарроҳлик тактикаси ва тадқиқот объекти бўлган беморларда жарроҳлик реабилитациясига кўшимча терапевтик ва биргаликда жарроҳлик патологиялари муайян таъсир кўрсатган.

Юрак-қон томир тизимида кўшимча терапевтик патология 17 (14,8%) ҳолатда, нафас олиш тизимида – 7 (6,1%), гепатобилияр, шу жумладан, қандли диабет (асосан 2-тури) – 9 (7,8%), сийдик-ажратиш тизимида – 5 (4,3%), семизлик – 13 (11,3%) ва анемия 12 (10,4%) ҳолатда аниқланган. Ўт-тош касаллиги 3 (2,6%) ҳолатда, вентрал чурра – 5 (4,3%), тухумдон кистаси – 6 (5,2%) ва бачадон миомаси – 3 (2,6%) ҳолатда аниқланган.

Белгиланган вазифаларни ҳал этиш учун клиник-лаборатор, инструментал ва статистик тадқиқот усуллари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган сўров усуллариға мувофиқ амалға оширилган.

Диссертациянинг учинчи бобида **"Таққослаш гуруҳида жарроҳлик тактикаси"** мавзуси кўриб чиқилган. Таққослаш гуруҳида ўнг томонли гемиколектомияни ўтказиш муддатларини белгилагандан сўнг ва тегишли олдиндан операцион тайёргарликни ўтказгандан сўнг, илеотрансверзоанастомозни шакллантириш усулини танлашға ўтамиз. Ушбу контингент беморларининг жарроҳлик даволаниш натижаларига таъсир кўрсатадиган муҳим рол, ичак анастомозини шакллантириш усулини танлашдир. Таққослаш гуруҳида биз барча "классик" анастомозлаш усуллари, шунингдек, такомиллаштирилган инвагинацион илеотрансверзоанастомоз усулини қўлладик ва шу орқали, бу 13 (17,8%) беморда амалға оширилди.

Таққослаш гуруҳида энг кўп тарқалган ингичка-йўғон ичак анастомозлари "ёнма-ён" принципи бўйича 34 (46,6%) ҳолатда, "охири-ён" принципи бўйича эса 26 (35,6%) ҳолатда шаклланган. Такомиллаштирилган "инвагинацион" ИТА усули 13 (17,8%) беморда қўлланилди (1-жадв.).

#### 1-жадвал

##### Ичак анастомозларини шакллантириш усули бўйича тақсимооти

Илеостомаларни бартараф қилиш орқали ичак анастомозларини шакллантириш:	Назорат гуруҳи (n=73)	
	абс	%
- «ёнбош-ёнбош»	34	46,6
- «охирига-ёнбош»	26	35,6
-инвагинацион «охирига-ёнбош»	13	17,8
-«чўктирилувчи» инваг. «охирига-ёнбош»	-	-
Умумий:	73	100

Таққослаш гуруҳида юқорида айтиб ўтилган шароитда, илеостомани бартараф этгандан сўнг тикловчи босқич амалға оширилган. Ретроспектив таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, операциянинг тикловчи босқичига хос асоратлар 15 (20,1%) ҳолатда аниқланган. Уларнинг ичида

илеотрансверзоанастомозларнинг чоклар етишмовчилиги 6 (8,2%) ҳолатда аниқланган. Барча беморларга реллапаротомия, қорин бўшлиғини санация қилиш ва ингичка ичакни қайта олиб чиқиш - реилеостомия амалга оширилган. 1 (1,4%) ҳолатда кечки диагностика, қари ёш ва қўшимча патология (ЮИК) туфайли, барча интенсив тадбирлар давомида полиорган етишмовчилиги натижасида ўлим ҳолати юз берди (2-жадв.).

## 2-жадвал

### Операциядан кейинги тикловчи босқичдаги асоратлар характери ва частотаси ҳамда таққослаш гуруҳидаги натижалар

Мураккаблик тури	Сони		Даволаш натижалари	
	абс	%	тузалган	леталлик
Қайта тиклаш босқичи учун характерли				
АЕ+ перитонит	6	8.2	5	1(1,4%)
АЙ+ ичак оқмаси	4	5.5	2	2(2,7%)
Эвентрация	2	2.7	2	-
О/к ЎИТ	3	4.1	3	-
<b>Жами:</b>	<b>15</b>	<b>20.1</b>	<b>12</b>	<b>3(4,1%)</b>
Яралинг асоратлари				
Йиринглаш	3	4.1	3	-
Инфилтрация	1	1.4	1	-
Лигатур оқма	2	2.7	2	-
<b>Жами:</b>	<b>7</b>	<b>9.6</b>	<b>7</b>	<b>-</b>
Умумий характерга эга, барча операциялар давомида кузатилади				
УАТЭ	1	1.4	-	1(1,4%)
Гипертензив хуруж	2	2.7	2	-
Бронхопулмонал	2	2.7	2	-
<b>Жами:</b>	<b>5</b>	<b>6.8</b>	<b>4</b>	<b>1(1,4%)</b>

4 (5,5%) ҳолатда илеотрансверзоанастомознинг чоклар етишмовчилиги аниқланган ва жараён фаол дренаж орқали чекланган. 2 (2,7%) ҳолатда 10-12 кун ичида ажралма сезиларли даражада камайди ва 1,5-2 ой ичида беморларда оқмани олиб ташлаш амалга оширилиб, беморлар соғайишди. Бироқ, 2 (2,7%) ҳолатда дренаж орқали чиқарилаётган моддалар вақт-вақти билан камайиб ва кўпайиб турди. Назорат тадқиқотлар жараёни чекланган характерга эга эди. Беморлар учун вақт-вақти билан куруқ овқат истеъмол қилишга рухсат берилди, бу эса вақт-вақти билан плазма ва албуминлар билан биргаликда амалга оширилди. Шунга қарамай, 32 ва 42-кунларда ҳолат кескин ёмонлашди. Реанимация бўлимига ўтказиш ва интенсив терапия ўтказиш муваффақиятсиз бўлди. Ушбу даврда беморлар сезиларли даражада озишди. Бизнинг фикримизча, ўлим тананинг тотал қувватсизлиги натижасида юзага келган.

2 (2,7%) ҳолатда операциядан кейинги давр эвентрация билан асоратланган ва 3 (4,1%) ҳолатда операциядан кейинги ўткир битишмали ичак тутилиши кузатилган. Барча ҳолатларда ушбу асоратлар вақтида аниқланган.

Барча беморларга релапаротомия, битишмаларни бартараф этиш ва корин деворини қайта тиклаш амалга оширилди. Барча беморлар соғайишди.

Таққослаш гуруҳида жароҳат асоратлари 7 (9,6%) ҳолатда аниқланган. Улардан йирингли жароҳат – 3 (4,1%) ҳолатда, инфилтрат – 1 (1,4%) ва лигатурали оқмаси – 2 (2,7%) ҳолатда кузатилган. Барча беморларга мураккаб жароҳатлар билан боғлиқ умумий тадбирлар амалга оширилди – санация, антибиотик терапияси, лигатураларни олиб ташлаш. Барча беморларда жароҳатнинг иккинламчи тузалиши кузатилди.

Умумий характердаги асоратлар, барча операцияларда кузатилган, 5 (6,8%) ҳолатда аниқланган. Гипертоник криз 2 (2,7%) беморда ва бронхопулмонар асоратлар комплекс консерватив терапия билан терапевтлар билан биргаликда муваффақиятли ҳал этилди. Беморлар нисбатан қониқарли ҳолатда шифохонадан чиқарилди. Бироқ, 1 (1,4%) ҳолатда операциядан кейинги даврнинг 7-кунида, яхши ўтиши давомида, тўсатдан ўлим ҳолати юзага келди, ўрганишда ўпкада тромбоемболияга дуч келинди. Касаллик тарихининг ретроспектив таҳлили шуни кўрсатдики, ушбу асоратнинг олдини олиш бўйича тадбирлар етарли даражада амалга оширилмаган.

Шундай қилиб, иш жараёнида, амалий тажриба ва таълимий таҳлил натижалари орқали солиштириш гуруҳида қуйидагилар аниқланди, анъанавий ёндошувларда илеостома билан оғриган беморларни хирургик реабилитациясида муайян камчиликлар, етишмовчиликлар ва ўтказиб юборишлар мавжуд. Хусусан:

1) Операциядан олдин тайёргарликда биринчи касалликнинг хусусиятлари, илеостомани шакллантиришга сабаб бўлгани, етарлича ҳисобга олинмади. Масалан, ЎИТ (Ўткир ичак тутилиши) бўлганида, ичакнинг деворларининг йўқолиши сабаб бўлган, лекин перфорация ва перитонитсиз (инвагинация, кўзғатиш) 22 (30,1%) беморлар 7-12 ой давомида стомали бўлиб қолдилар, 3 (4,1%) беморларда эса бир йилдан кўп вақт давомида. Чунки ингичка ичак стомаси бўлган беморларда ичак ажралмаси тезда терини матерация қилиб, яра муаммоларини келтириб чиқаради. Ёмон сифатли ўсма касалликларда эса, аксинча, 2 (2,8%) ҳолларда биринчи йилда РҚТО амалга оширилди. Бундай беморларга бир йил давомида тегишли даволашни ўтказиш керак, ва фақат биопсиядан кейин бир йилдан сўнг РҚТО амалга оширилиши керак, бу эса пухта рецидивини минималлаштиради.

2) Солиштириш гуруҳида алгоритмнинг йўқлиги операция усулини интуитив равишда танлашга сабаб бўлди, фақат хирургнинг амалий тажрибаси ва беморнинг умумий ҳолатини баҳолашга таянилди, бу ерда биринчи касалликнинг хусусиятлари, операциядан кейинги даврнинг кечиши (релапаротомиялар, стома муаммолари) етарлича ҳисобга олинмади.

3) РҚТО амалга оширилишида анъанавий усуллар билан бирга инвагинацион усуллар ҳам қўлланилди. Бу ерда, ичакни тения бўйича очишни самарали ва ишончли деб ҳисоблаш хато бўлди, ва инвагинацион анастомозни шакллантиришда бир хил тўқималарни бирлаштириш принципи бузилди. Шунингдек, 2 ҳолда, инвагинациянинг 3 см дан ортиқлиги обтурацион ичак

тутилишига олиб келди, бу ерда реилеостомия амалга оширилди. Шу боис, асосий гуруҳда операция методикасини амалга оширганда, бу ҳолатлар ҳисобга олинди.

Натижада, стомани бартараф этиш ва тикловчи босқични амалга оширишда 15 (20,1%) ҳолларда махсус (бундай турдаги операциялар учун хос) муаммолар ривожланиши аниқланди, летал натижа 3 (4,1%) ҳолларда бўлди. Яра муаммолари 6 (8,2%) ҳолларда ва умумий характердаги муаммолар – 5 (6,8%) ҳолларда, летал натижа 1 (1,4%) ҳолларда аниқланди.

Бу ҳолатлар илеотрансверзоанастомозни шакллантиришнинг самарали усулини ишлаб чиқишга, шунингдек, хирургик тактика оптималлаштиришини ва хирургик реабилитация натижаларини яхшилашга ёрдам берувчи такомиллаштирилган даволаш алгоритмни ишлаб чиқишга сабаб бўлди.

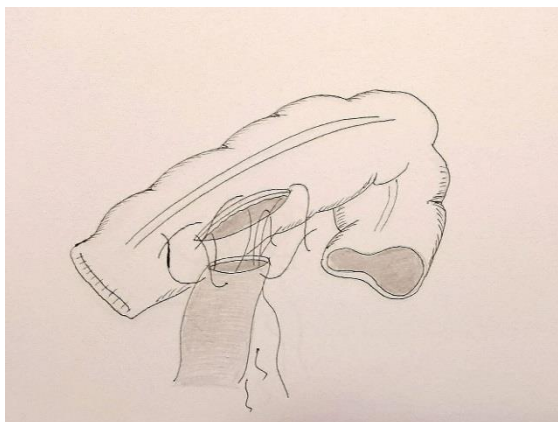
**Диссертациянинг тўртинчи бобида "Асосий гуруҳда жарроҳлик тактикаси"** тақдим этилган. Сўнги 2 йил давомида ушбу контингентда такомиллаштирилган "чўктирилувчи" инвагинацион илеотрансверзоанастомоз усули қўлланилган (**патент № IAP 7787 23.01.2024**).

**Усул қуйидагича амалга оширилади.** Усул шундан иборатки, унинг култидан йўғон ичакнинг кесма жойида 3-4 см узокликда, узунлик бўйича 3,0 см бўлган кесма очилади. Бошқа томондан, ингичка ичакнинг тутқичи 3,0 см давомида ажратилади ва кесилган қисмга "охири-ён" принципига кўра олиб борилади. Ичак қирраларини мослаштиргандан сўнг, ички тугунли шиллик-шилликости-мускул тикувлари №3-4 викрил билан айлана бўйлаб қўйилади, сероз қаватларини ушлаб олмайди, бу кейинчалик бактерияларнинг лигатурадан ташқарига киришини олдини олади, яъни "фитил" эффеқтининг пайдо бўлишини олдини олади. Шунингдек, бир хил қатламларнинг ичак деворларининг бир-бирига тегиши принципи амалга оширилади, бу эса илеотрансверзоанастомозни шакллантиришда содир бўлади.

Сўнгра, сероз-мускул шилликости тикувларнинг иккинчи қатори айлана бўйлаб қўйилади, лекин шиллик қаватини ушлаб олмайди. Ингичка ичакнинг дистал учи йўғон ичакнинг чиқарувчи бўлагидан узокда жойлашиши ва кимёвий моддалар қайтишининг олдини олиш учун, 1,5-2,0 см масофада анастомознинг юқори даражасидан чамбар ичакнинг култига 2-3 та тикув билан ингичка ичакнинг олиб борувчи қисми тикилади (1-расм).

Фарқли хусусият шундаки, биринчи тикувлар қаторини шакллантиргандан сўнг, бир хил тўқималар ўртасида "фитил" эффеқтининг олдини олиш учун, йўналтирилган бармоқ кучи ёрдамида ингичка ичак йўғон ичакнинг ичига 2,5 см давомида киритилади, устидан тугунли сероз-мускул қўшимча тикувлар қўйилади. Ушбу манипуляция биринчи ва иккинчи тикувлар қатори ўртасидаги алоқани ажратишга эришади. Бунда, аборал қирраларидан 2,5 см масофада тикувлар қўйилади, орал қирраларидан еса 1,5 см масофада. Ушбу манипуляция натижасида ингичка ичак йўғон ичакка 45 даража бурчак остида "манжет-валик" услубида инвагинацияланади, яъни аборал йўналишда, бу эса ички ажралмани қайтишини олдини олади ва илеит ривожланишининг олдини олиш чораси ҳисобланади. Ингичка ичакнинг

дистал учи йўғон ичакнинг чиқарувчи бўлагидан узоқда жойлашиши ва кимёвий моддалар қайтишининг олдини олиш учун, 1,5-2,0 см масофада анастомознинг юқори даражасидан чамбар ичакнинг култига 2-3 та тикув билан ингичка ичакнинг олиб борувчи қисми тикилади.



**1-расм.** "Чўктирилувчи" сероз-мускул шиллиқости тикувларнинг кўриниши

Таклиф этилган "чўктирилувчи" инвагинацион ИТА усули техник жиҳатдан қийинчилик туғдирмайди. Инвагинацион анастомозлардан фарқли ўлароқ, бу усулда ичак деворларининг бир хил тўқималари бир-бирига уланган ҳолда, "манжет-валик" шакллантирилади ва бир хил тўқималарнинг бирлашиши принципи сақланади, викрил №3-4 дан фойдаланилиб, атравматик игна ёрдамида (биринчи қатор шиллиқ-шиллиқости-мускул тикувлари ва иккинчи қатор сероз-мускул-шиллиқости тикувлари қўйилади).

Ингичка ичакнинг дистал учи йўғон ичакнинг чиқарувчи бўлагидан узоқда жойлашиши ва кимёвий моддалар қайтишининг олдини олиш учун, 1,5-2,0 см масофада анастомознинг юқори даражасидан чамбар ичакнинг култига 2-3 та тикув билан ингичка ичакнинг олиб борувчи қисми тикилади.

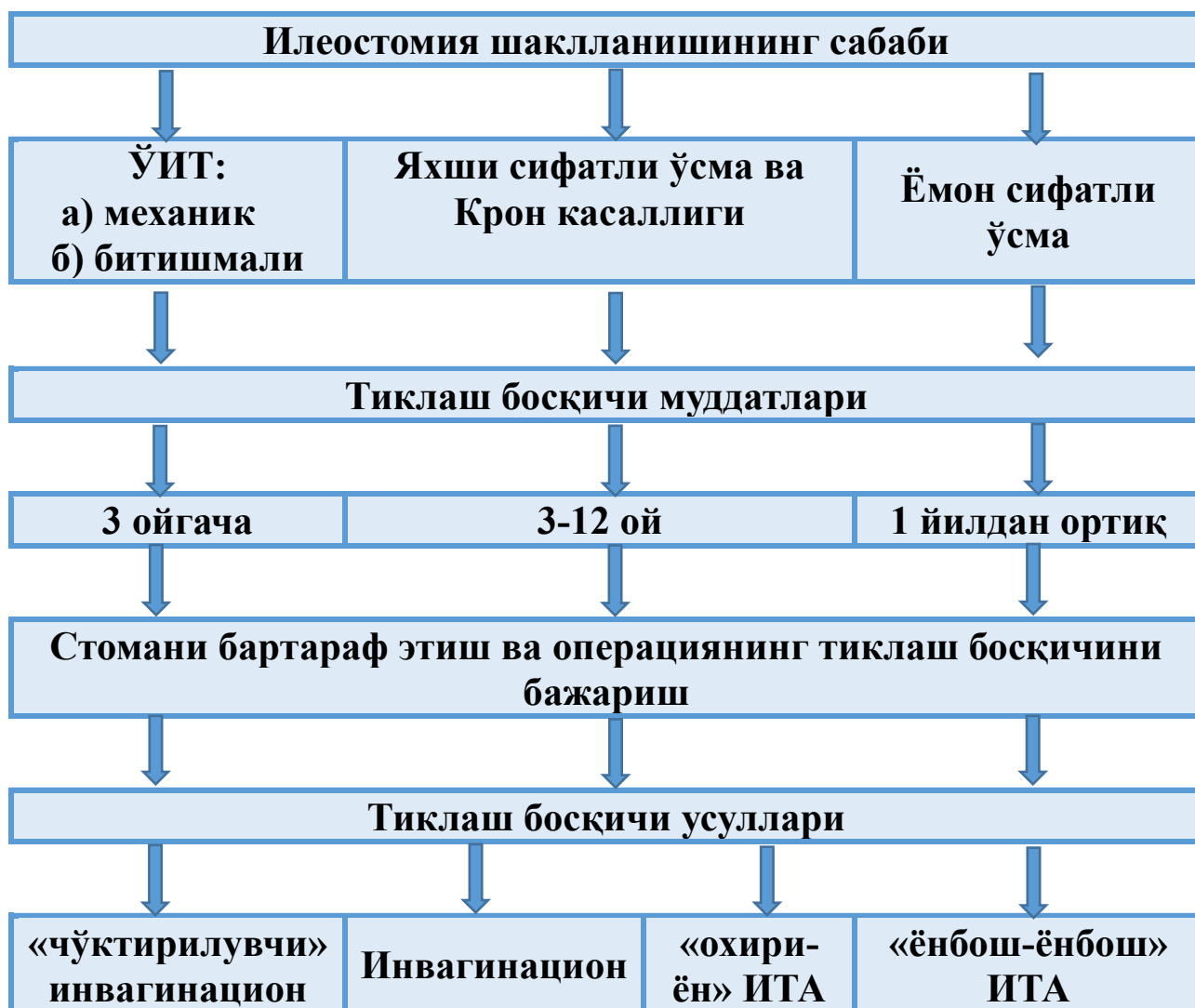
Таклиф этилган "чўктирилувчи" инвагинацион илеотрансверзоанастомоз усули, бирлашадиган ичак қисмларини манжет-валик (инвагинат) шаклида мослаштиришга имкон беради, ичакларнинг тегишли юзаларини бирлашишини оширади, "фитил" эффектини ва кимёвий моддалар қайтишини олдини олади, бу эса, умуман олганда, анастомознинг мустаҳкамлигини таъминлайди.

Ушбу контингент билан амалий тажриба тўплангани сари, биз такомиллаштирилган даволаш-диагностик алгоритмни таклиф этдик, бу эса жарроҳлик тактикаларини оптималлаштиришга ёрдам берди.

**Илеостомаларда такомиллаштирилган даволаш алгоритми (DGUN №29994 27.11.2023 й.) (2-расм).** Операция аралашувлари очик усулда, умумий қабул қилинган методика бўйича амалга оширилди. Барча ҳолатларда операция қорин бўшлиғини ва кичик тос бўшлиғини "оқим" тизими услубида дренажлаш билан яқунланди.

Илеостома шакллангандан кейин эрта операциядан кейинги давр хаетга хавф солувчи муаммолар (давомли перитонит, очик механик ичак тутилиши, ички қон кетиши, ятрогеник зарарланишлар ва ҳ.к.) ривожланиши билан

муаммоланиши мумкин, бу эса фавқулодда релапаротомия ўтказиш учун кўрсатма бўлади.



**2-расм. Илеостомаларда такомиллаштирилган даволаш алгоритми**

Агар ҳаётга хавф солувчи муаммолар бўлмаса, илеостома шаклланиши сабабига қараб, стомани бартараф этиш ва операциянинг тикловчи босқичини амалга ошириш учун муддатларни режалаштириш ва операциядан олдин тайёргарлик ўтказилади.

Агар қўшма терапевтик ва биргаликдаги хирургик патология аниқланса, сабабга қараб, стомани бартараф этиш ва операциянинг тикловчи босқичини амалга ошириш учун муддатларни режалаштириш ва операциядан олдин тайёргарлик ўтказилади.

Агар ёмон сифатли ўсма бўйича ўнг томон гемиколэктомиядан кейин илеостома шаклланса, касалликнинг рецидив эҳтимоли мавжуд, бу эса онкологдан химиотерапевтик даволаш курси олиш учун мажбурий маслаҳатлашувни талаб қилади. Колостома билан оғриган беморлардан фарқли равишда, илеостомада, Ингичка ичак ажралмасининг хусусиятлари туфайли, кўпинча операциядан кейинги яра ва илеостома атрофидаги терида

йиринглаш ва инфилтратлар шаклида терини муаммолари ривожланади, шунингдек, перистомал дерматит, гиперкератоз ва терининг алергик яллиғланиш ўзгаришлари ҳам кузатилиши мумкин. Агар терини муаммолари аниқланса, тикловчи босқичдан тўхташ керак, бу эса консерватив усулда этиопатогенетик даволашни ўтказиш учун кўрсатма бўлади, шунингдек, механик, физик ва кимёвий таъсир усуллари ҳам қўллаш (керак бўлса, йирингли хирургия бўлими ёки дерматовенеролог билан ҳамкорликда).

Агар яра муаммолари бўлмаса ёки тегишли даволашдан сўнг, стомани бартараф этиш ва операциянинг тикловчи босқичини амалга ошириш учун муддатларни режалаштириш масаласи ҳал қилинади. Муаммоларнинг хусусияти, даражаси, муддатлари ва сабабларига қараб, стомал муаммоларини бартараф этиш учун кўрсатмалар белгиланади ёки уларни бартараф этиш билан бир вақтда операциянинг тикловчи босқичини ўтказиш масаласи ҳал қилинади (кейинчалик ҳолатларнинг тўлиқ тавсифи берилса бўлади). Олинган маълумотларга ва тегишли даволаш терапиясини (агар мавжуд бўлса) ўтказишга таянилган ҳолда, концевой бир тўп илеостомия шаклланиши сабаблари хирургик реабилитация муддатларини оптималлаштиришда асосий аҳамиятга эга бўлди.

Механик этиологияли ўткир ичак тутилиши (ЎИТ) ҳолатларида (чурра қисилиши, тугун ҳосил бўлиши, инвагинация) ва битишма касаллик, шунингдек, травмалар (йтхдан келиб чиққан), жароҳатлар (асосан ўткир тиғли жисм жароҳати) ва яхши сифатли ўсмалар (асосан аппендикуляр инфилтрат асоратлари) билан боғлиқ ҳолда, тегишли олдиндан операцион тайёргарликдан сўнг, қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнларининг энг кам ифодаланиши сабабли, илеостомани бартараф этиш ва операциянинг тикловчи босқичини ўтказиш учун энг эрта муддатлар - 3 ойгача этиб белгиланган.

Ўртача даражадаги битишма касаллик (олдин қорин бўшлиғида ўтказилган операциялар натижасида ўртача битишмалар ва яллиғланиш жараёнлари ривожланган) ва яхши сифатли ўсмалар (асосан аппендикуляр инфилтрат асоратлари) мавжуд бўлган ҳолларда, чандикли-атрофик жараёнлар ва атрофдаги тузилмалар (сийдик йўли, сийдик пуфаги, бачадон) деформацияси бўлган ҳолларда, Крон касаллиги ҳолатида, илеостомага эга беморларнинг жарроҳлик реабилитацияси ва операциянинг тикловчи босқичини ўтказиш учун оптимал муддатлар илеостомани тиклаш ва операциянинг тикловчи босқичини ўтказиш учун оптимал муддатлар – 3 ойдан 12 ойгача.

Ёмон сифатли ўсмалар (асосан йўғон ичакнинг ўнг қисми саратони) ва оғир даражадаги битишма касаллик (олдин бир неча маротаба ўтказилган операциялар натижасида катта текис битишмалар ва яллиғланиш жараёнлари мавжуд бўлган) ҳолларда, илеостомага эга беморларнинг жарроҳлик реабилитацияси ва операциянинг тикловчи босқичини ўтказиш учун оптимал муддатлар - бир йилдан кўпроқ.

Олдиндан ўтказилган операцион тайёргарлик дастури операциядан кейинги асоратлар пайдо бўлиш хавфини камайтиришга имкон берди, бу эса

операциядан кейинги даврнинг ижобий ўтишига ёрдам берди. Операциядан кейинги асоратларни олдини олиш, илеостомани бартараф этиш ва тикловчи босқични ўтказиш вақтида амалга оширилиши керак бўлган тадбирлардан иборат эди. Операциядан кейинги даврда, умумий қабул қилинган тадбирларга қўшимча равишда, эрта фаолликни таъминлашга катта аҳамият берилди. Иккинчи кунда ичакни стимуляция қилиш учун биринчи сеанс белгиланди, кейинчалик эса энтерал овқатланишга ўтилди. Тромбоемболик асоратларни олдини олишда эса, ноанъанавий ва анъанавий тадбирлар муҳим аҳамиятга эга эди. Барча кўрсатилган тадбирлар фақат умумий схемани ифодалайди, бу ҳар бир беморни даволашда индивидуал даволашни талаб қилади.

Асосий гуруҳдаги 42 бемордан эркаклар 30 (71,4%) ни, аёллар 12 (28,6%) ни ташкил этди. Энг кўп қисмини катта ёшдаги беморлар - 20 (49,6%), қари ёшдаги беморлар - 18 (42,9%) ва ёшлар беморлар - 4 (9,5%) ташкил этди.

Асосий гуруҳда, яқуний бир стволли илеостома шаклланишига олиб келган операция сабабларининг кўпчилиги механик табиатли бўлган ЎИТ - 30 (71,4%) ни ташкил этди. Проспектив таҳлил шуни кўрсатдики, механик табиатли ЎИТ нинг юқори частотаси асосан олдин олинган операциялар (ўткир аппендицит, ўткир холесистит, шу жумладан, аёлларда бир неча маротаба кесар кесиш) сабабли битишма касаллиги билан боғлиқ эди.

Шошинч ичак касалликлари, яқуний бир стволли илеостома шаклланишига олиб келган, Крон касаллиги - 2 (4,8%), кўндаланг чамбар ичакнинг ёмон сифатли ўсмаси - 5 (11,9%) ни ташкил этди. Яхши сифатли ичак ўсмалари (аппендикуляр инфилтрат асоратлари) - 2 (4,8%) ҳолатда ва ичак жароҳати (пичоқ жароҳати ва йтх) - 3 (7,1%) ҳолатда аниқланган.

1,5-3 ой ичида илеостомани бартараф этиш ва тикловчи босқични ўтказиш 16 (38,1%) беморда, 3-6 ой ичида - 15 (35,7%), 7-12 ой ичида - 6 (14,3%) ва бир йилдан кўпроқ муддат ичида - 5 (11,9%) беморда амалга оширилган. Асосий гуруҳда илеостома шаклланган 30 беморда, ЎИТ уларнинг сабабларидан бири чурра қисилиши (7), тугун ҳосил бўлиши (4) ва инвагинация (2) сабабли бўлган 13 (31,0%) бемор келган, бундай ҳолатда илеостомани бартараф этиш ва тикловчи босқични ўтказиш учун оптимал вақт 3 ойгача ичида амалга оширилган. 13 (31,0%) бемор, уларнинг сабабларидан бири чурра қисилиши (5), тугун ҳосил бўлиши (3) ва битишмали ичак тутилиши (5) 3-6 ой ичида ташрих бўлган, 4 (9,5%) бемор, уларнинг сабабларидан бири битишма касаллик 7-12 ой ичида реконструктив ташрих бўлган.

Шундай қилиб, ингичка ичак тутилиш ҳолатида, йўғон ичак касалликларидан фарқли ўлароқ, биз 13 (31,0%) ҳолатда тикловчи босқични 1,5-3 ой ичида, 13 (31,0%) ҳолатда 3-6 ой ичида ва фақат 4 (9,5%) ҳолатда, ҳолат битишма касаллик бўлганида 7-12 ой ичида амалга оширдик. Крон касаллиги сабаб бўлган илеостома ҳолатида (2 бемор), РҚО, таққослаш гуруҳидан фарқли ўлароқ, фақат 7-12 ой ўтгач амалга оширилди, бу эса яллиғланиш жараёнлари билан боғлиқ эди.

Ёмон сиафтли ўсма (рак) ҳолатида, илеостомани бартараф этиш ва тикловчи босқични ўтказиш (5 бемор) таққослаш гуруҳидан фарқли ўларок, барча 5 (11,9%) ҳолатда фақат бир йилдан сўнг амалга оширилди, чунки барча беморлар кимётерапия курсларини олишди ва касалликнинг қайтишини назорат қилиш тадбирларини ўтказдилар. Баъзи жарроҳлар тикловчи босқични янада эрта муддатларда ўтказишни тавсия қилсаларда, биз аввало қайталаниш мавжуд эмаслигига ишонч ҳосил қилишга ҳаракат қилдик, бу эса қайта операцияга дучор бўлишни олдини олиш учун ахамиятлидир. Яхши сифатли ўсма ҳолатида, тикловчи босқични ўтказиш учун оптимал муддат 3-6 ой ичида 2 (4,7%) ҳолатида ҳисобланган. Ичак жароҳати ва яралар ҳолатида илеостомани бартараф этиш ва тикловчи босқични ўтказиш учун барча 3 (7,1%) ҳолатда оптимал муддатлар 1,5-3 ой бўлган.

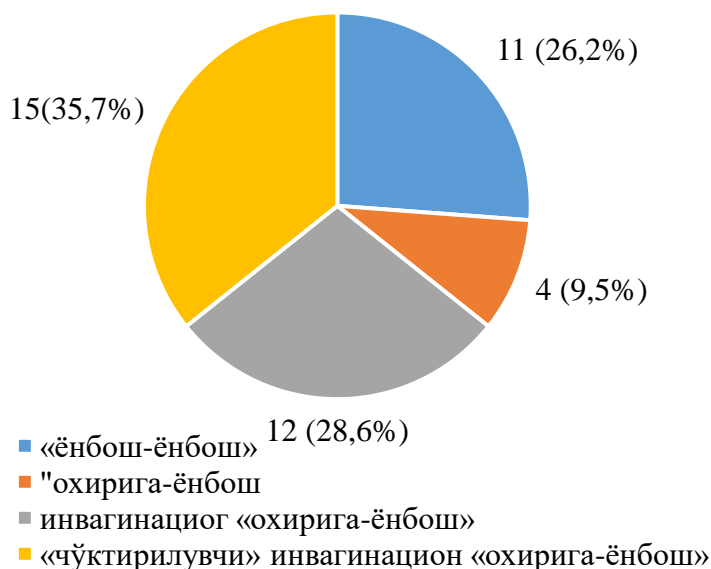
Асосий гуруҳда, шошилинич касалликлар билан боғлиқ бўлган беморларда якуний бир стволли илеостома шаклланиши билан боғлиқ эрта стомали асоратлар, йиринглаш ва инфилтрат 3 (7,1%) ҳолатда, перистомал дерматит – 4 (9,5%), гипергрануляция – 5 (11,9%) ҳолатда аниқланган. Илеостомани бартараф этиш ва реконструктив-қайта тикловчи жарроҳлик аралашуви учун келиш вақтида бошқа стомали ва парастомали асоратлар кузатилмаган. Барча беморлар мунтазам, ўз-ўзидан, имкон қадар камроқ вақтда ичак ҳаракатлари учун мўлжалланган диетага амал қилишди. Кечки стомали асоратлар фақат 2 (4,6%) ҳолатда аниқланган: эвагинация – 1 (2,3%) ва чакдиқли атрофик ўзгаришлар – 1 (2,3%).

Тадқиқот объекти бўлган беморларда кўшимча терапевтик патология 24 (57,1%) ҳолатда аниқланган. Хамроҳ жарроҳлик патологияси 7 (16,7%) беморда аниқланган. Ушбу ҳолда, симултан операцияларни амалга ошириш босқичлари ҳажми ва кетма-кетлиги, биргаликда касалликнинг аниқ турига боғлиқ эди. Шунга қарамай, симултан жарроҳлик аралашувлари фақат қорин оқ чизигида ва тугунли чурра ҳолатларида, шунингдек, тухумдон киста аниқланганда амалга оширилди. Кўшимча кириш ва операция ҳажмини кенгайтириш зарур бўлганда, бу жароҳатни оширадиган бўлса, биз режалаштирилган қайта операцияни тавсия қилдик.

Асосий гуруҳда илеотрансверзоанастомозлар анъанавий усуллар билан "ёнбош-ёнбош" принципага кўра фақат 11 (26,2%) ҳолатда ва "охири-ён" принципага кўра 4 (9,5%) ҳолатда амалга оширилди (3-расм). 2006 йилдан бери биз такомиллаштирилган "инвагинацион" илеотрансверзоанастомоз усулини қўллаяпмиз. Ушбу методика бўйича 12 (28,6%) бемор операция қилинган. Шунингдек, сўнгги 2 йил ичида 15 (35,7%) беморда такомиллаштирилган "чўктирилувчи" инвагинацион илеотрансверзоанастомоз усули қўлланилди. Биз асосий гуруҳда жарроҳлик реабилитациясига тузатишлар киритдик, бу эса жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришга имкон берди.

Шундай қилиб, биз илеотрансверзоанастомозларни шакллантириш учун анъанавий усулларга қўйиладиган кўрсатмаларни сезиларли даражада қисқарттирдик. Бунда, биз такомиллаштирилган "чўктирилувчи" инвагинацион

илеотрансверзоанастомоз усулидан фойдаланишни бошладик. Юқорида айтиб ўтилган шароитларда, илеостомани бартараф этгандан сўнг операциянинг тикловчи босқичи амалга оширилди.



### 3-расм. Ичак анастомозларини шакллантириш усули бўйича тақсимот

Операциянинг тикловчи босқичига хос асоратлар 3 (7,2%) ҳолатда аниқланган. Улардан илеотрансверзоанастомозларнинг чоклар етишмовчилиги 1 (2,4%) ҳолатда аниқланган. Беморнинг релапаротомия, қорин бўшлиғини санация қилиш ва ингичка ичакни қайта олиб чиқиш - реилеостомия амалга оширилган. Бемор нисбатан қониқарли ҳолатда шифохонадан чиқарилган. Кейинчалик реконструктив-қайта тикловчи операцияни ўтказиш тавсия этилган. 2 (4,8%) ҳолатда илеотрансверзоанастомознинг чоклар етишмовчилиги аниқланган ва жараён фаол дренаж орқали чекланган. 1 (2,4%) ҳолатда 10-12 кун ичида ажралма сезиларли даражада камайди ва 1,5-2 ой ичида беморда оқмани олиб ташлаш амалга оширилиб, бемор соғайган. 1 (2,4%) ҳолатда дренаж орқали чиқарилаётган моддалар вақт-вақти билан камайиб ва кўпайиб турди. Назорат тадқиқотлар жараёни чекланган характерга эга эди.

Беморлар учун вақт-вақти билан қуруқ овқат истеъмол қилишга рухсат берилди, бу эса вақт-вақти билан плазма ва албуминлар билан биргаликда амалга оширилди. Шунга қарамай, 38-кунда ҳолат кескин ёмонлашди. Реанимация бўлимига ўтказиш ва интенсив терапия ўтказиш муваффақиятсиз бўлди. Ўлим ҳолати юз берди. Ушбу ҳолат оқмани узок муддат назорат қилиш хавфи ҳақида хулоса чиқаришга сабаб бўлди. Бизнинг фикримизча, жараён чекланган характерга эга бўлсада, ҳар куни ичакдан чиқарилаётган моддалар кўп бўлиши, декомпенсацияланган алмашиниш бузилишларига олиб келиши мумкин, бу эса беморнинг ҳаётига таҳдид солиши мумкин.

Асосий гуруҳда жароҳат асоратлари 3 (7,2%) ҳолатда аниқланган. Улардан жароҳат инфилтрати 2 (4,8%) ҳолатда, лигатурали оқмаси эса 1 (2,4%) ҳолатда аниқланган. Барча беморларга мураккаб жароҳатлар билан

боғлиқ умумий тадбирлар амалга оширилди санация, антибиотик терапияси, лигатураларни олиб ташлаш (3-жадв.).

**3-жадвал**

**Операциянинг тикловчи босқичидаги асоратлар характери ва частотаси ҳамда асосий гуруҳдаги натижалар**

Асоратлар тури	Миқдори		Даволаш натижаси	
	абс	%	соғайган	Вафот этган
Қайта тиклаш босқичини ўзига хос хусусияти				
АЕ+ перитонит	1	2,4	1	-
АЙ+ ичак оқмаси	2	4,8	1	1 (2,4%)
Эвентрация	-	-	-	-
О/к ЎИТ	-	-	-	-
<b>Жами:</b>	<b>3</b>	<b>7,2</b>	<b>2</b>	<b>1 (2,4%)</b>
Яралинг асоратлари				
Йиринглаш	-	-	-	-
Инфилтрация	2	4,8	2	-
Лигатур оқма	1	2,4	1	-
<b>Жами:</b>	<b>3</b>	<b>7,2</b>	<b>3</b>	<b>-</b>
Умумий характерга эга, барча операциялар давомида кузатилади				
УАТЭ	-	-	-	-
Гипертензив хуруж	-	-	-	-
Бронхопулмонал	2	4,8	2	-
<b>Жами:</b>	<b>2</b>	<b>4,8</b>	<b>2</b>	<b>-</b>

Барча беморларда жароҳатнинг иккинчи даражада тузилиши кузатилди. Умумий характердаги асоратлар, барча операцияларда кузатилган, 2 (4,8%) ҳолатда аниқланган, бу эса бронхопулмонар асоратлар (хроник бронхитнинг кучайиши (2,4%) ва ўнг пастки ўпка пневмонияси (2,4%) кўринишида намоён бўлган). Комплекс консерватив терапиядан сўнг, терапевтлар билан биргаликда беморлар нисбатан қониқарли ҳолатда шифохонадан чиқарилган.

Натижада, ушбу турдаги операциялар учун хос асоратлар 3 (7,2%) беморда аниқланган бўлиб, ўлим ҳолати 1 (2,4%) ҳолатда, жароҳат асоратлари 3 (7,2%) беморда ва умумий характердаги асоратлар 2 (4,8%) ҳолатда аниқланган.

**Диссертациянинг бешинчи бобида "Тадқиқот натижаларини таққослаш" тақдим этилган.** Ичак стомаларини баргараф этиш учун тикловчи операциялар юқори даражада тикувларнинг чоклар этишмовчилиги хавфини келтириб чиқаради. Чоклар этишмовчилигининг

оқибатлари перитонит, сепсис, такрорий операциялар, стомалар қайтариш ва кўп ҳолларда ўлимдир. Шунинг учун ичак анастомозини хавфсиз техник шакллантириш тамойилларига риоя қилиш муҳим вазифалардан биридир. Техник жиҳатдан тўғри бажарилган анастомоз қуйидаги талабларга жавоб бериши керак: у етарли бўлиши, қон кетмаслиги ва стриктура ҳосил қилиб торайишига олиб келмаслиги керак.

Ўрганилган гуруҳлар бўйича ўтказилган таққослаш таҳлили, эркаклар ўртасида касалланиш частотаси асосий гуруҳ билан таққослаш гуруҳида 1,8 баробар ( $p < 0,05$ ) камроқ бўлганлигини кўрсатди. Шунингдек, асосий гуруҳдаги аёл беморларни таққослашда, таққослаш гуруҳидаги ёшлар бўйича мутлақ рақамларда 1,7 баробар ( $p < 0,05$ ) камроқ кузатилган. Ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, ҳар иккала гуруҳда ичакнинг шошилинич касалликларига олиб келадиган сабабларидан бири ўткир ичак тутилиши эди.

Уч ой ва ундан кўпроқ вақт давомида таққослаш гуруҳида стомани сақлаш ва тикловчи операцияларни ўтказиш муддати, асосий гуруҳдаги беморларга қараганда 1,8 баробар юқори ва ишончли бўлган, ( $p < 0,05$ ). Уч ой давомида эса таққослаш гуруҳидаги стомани сақлаш кўрсаткичлари асосий гуруҳга нисбатан 1,7 баробар камроқ бўлган ( $p < 0,05$ ).

Ҳозирги вақтда илеостомани олиб ташлаш ва тикланиш босқичини амалга ошириш жуда муҳим муаммо ҳисобланади, чунки у кўпинча илеостомани шакллантиришдан кўра қийинроқ бўлади ва бир қатор асоратларнинг ривожланиши билан боғлиқ. Сўнгги йилларда стома қарам бўлиш муддатини қисқартиришга бўлган тенденция кузатилмоқда. Шунингдек, 1 ва ундан ортиқ ой давомида оператив даволашни амалга ошириш бўйича тавсиялар мавжуд.

Ўтказилган таққослаш таҳлили биринчи 3 ой давомида стома қарам бўлиш муддати гуруҳларининг статистик таҳлилда 3,1 марта юқори эканлигини кўрсатди ( $p < 0,001$ ). 6 ойгача даврда, асосий гуруҳга нисбатан, илеостомани шакллантириш сабаблари 1,7 марта ( $p < 0,05$ ) паст бўлгани кузатилди. 3-6 ой муддатида стома қарам бўлиш муддати бўйича статистик фарқ мавжуд эмас эди. 7-12 ой муддатида стома қарам бўлиш муддати статистик жиҳатдан асосий гуруҳга нисбатан 2,7 марта ( $p < 0,01$ ) юқори бўлди. 12 ойгача стома қарам бўлиш эга бўлган беморлар асосий гуруҳда 4,7 марта ( $p < 0,001$ ) кам бўлди. Асосий гуруҳда стома қарам бўлиш муддати 1 йилдан кўпроқ бўлган беморлар сони камайди ( $p < 0,05$ ). Эътибор берилиши керакки, ёмон сифатли ўсмалар билан боғлиқ ҳолатларда 3-6 ой даврда стома қарам бўлиш эга бўлган беморлардан бирида (1,4%) ва 7-12 ой даврда икки беморда (2,7%) илеостомани олиб ташлаш операцияси амалга оширилди, бу эса касалликнинг қайта ривожланиш хавфини туғдиради.

Кейинги таҳлиллар шундан иборатки, агар илеостомани шакллантириш сабаблари ўсмасиз ҳолатлар бўлса, ичак тракти узвийлигини тиклаш учун эрта муддатларни кенгайтириш мақсадга мувофиқ. Илеостомадан кейин эрта асоратлар ҳар икки гуруҳда рўй берди, аммо абсолют жиҳатдан асосий

гуруҳда асоратлар статистик жиҳатдан 2 марта ( $p < 0,01$ ) камроқ бўлди. Илеостомадан кейин кеч асоратлар асосий гуруҳда статистик жиҳатдан 5 марта ( $p < 0,001$ ) камроқ бўлди. Операциядан кейин беморнинг бошланғич ҳолати, ёши ва ҳамроҳ касалликларни ҳисобга олиш керак. Агар ҳамроҳ терапевтик ва комбинацияланган хирургик патология аниқланса, илеостомани олиб ташлаш ва операциянинг тикланиш босқичини амалга ошириш муддатлари режалаштирилади.

Асосий гуруҳда касалликнинг коморбидлиги хусусияти ва фаолияти бўйича статистик жиҳатдан фарқ камроқ ( $p < 0,05$ ) бўлди, бу эса олинган натижаларнинг солиштириш ва объективлигини кўрсатади. Традицион ичаклараро анастомозлари «ёнбош-ёнбош» принципи бўйича 3 марта ( $p < 0,001$ ) камроқ амалга оширилган, «охирига-ёнбош» принципи бўйича эса фақат асосий гуруҳда ( $p < 0,001$ ) амалга оширилган. Шу билан бирга, «чўктирилувчи» инвагинацион анастомоз «охирига-ёнбош» принципи бўйича фақат асосий гуруҳда 15 (13,0%) беморда амалга оширилди.

Терминал илеостома кўйиш операцияси оғир категориядаги беморларда, перитонит тарқалишининг турли даражаларида бажарилади, чунки ичакнинг инфльтрацияланган деворини чоклар билан боғлаш юқори даражада хавф туғдириши мумкин. Илеостома, шошилиш ичак тутилиши ва перитонитда операцияни тугатиш варианты сифатида, аввало, патологиянинг ичакнинг дистал бўлақларида жойлашганида қўлланилади (4-жадв.).

#### 4-жадвал

#### Таққослаш гуруҳларида ичак анастомозларини шакллантириш усули бўйича тақсимоти

Ичаклараро анастомозларни бартараф қилиш усуллари:	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ		Умумий (n=115)	
	абс	%	абс	%	абс	%
«ёнбош-ёнбош»	34	29,6	11	9,6	45	39,1
t:	-	-	↘↓↓↓↓↓ 3,1%	↘↓↓↓↓↓ 3,1%	-	-
«охирига-ёнбош»	26	22,6	4	3,5	30	26,1
t:	-	-	↘↓↓↓↓↓ 6,5%	↘↓↓↓↓↓ 6,5%	-	-
инвагинацион «охирига-ёнбош»	13	11,3	12	10,4	25	21,7
t:	-	-	↘↓ 1,1%	↘↓ 1,1%	-	-
«чўктирилувчи» инваг. «охирига-ёнбош»	-	-	15	13,0	15	13,0
Умумий :	73	63,0	42	37,0	115	100

Эслатма: ↘ - бошқа гуруҳ билан нисбати, ↓ - камайиш, ↓↓↓↓\*\*\* -  $p < 0,001$

Ўтказилган таққослаш таҳлили илеостомали беморларда тикланиш операцияларининг яқин натижаларини кўрсатди, у ерда тикланиш босқичига хос асоратлар таққослаш гуруҳида 20,5% ни, асосий гуруҳда эса 7,1% ни ташкил этди – бу 2,9 марта камайишни (13,4% га,  $p < 0,01$ ) кўрсатади. Таққослаш гуруҳида леталлик 4,1% ни, асосий гуруҳда эса 2,4% ни ташкил этди – бу 1,7 марта камайишни (1,7% га,  $p < 0,05$ ) кўрсатади.

Йирингли-септик (операция жараёнидаги яра) асоратлар тикланиш операцияларидан кейин таққослаш гуруҳида 8,2% ни, асосий гуруҳда эса 7,1% ни ташкил этди – бу 1,1 марта камайишни кўрсатади. Умумий характердаги асоратлар таққослаш гуруҳида 35,6% ни, летал ҳолатда 5,5% ни, асосий гуруҳда эса умумий асоратлар 19,0% ни ташкил этди – бу 1,9 марта камайишни кўрсатади. Соғайиш эса леталликсиз 16,7% ни ташкил этди, ( $p < 0,05$ ).

## ХУЛОСА

1. Таққослаш гуруҳида, стомани олиб ташлагандан сўнг ва тиклаш босқичини ўтказгандан сўнг, маълум (ушбу турдаги операциялар учун хос) асоратларнинг ривожланиши 20,5% ни ташкил этди, ўлим билан натижа 4,1% ҳолатларда, жароҳат асоратлари 8,2% ва умумий характердаги асоратлар 6,8% ни, ўлим билан натижа 1,4% ҳолатларда кузатилди.

2. Модификацияланган усул, боғланадиган ичак бўлақларини манжет-валикни шакллантириш орқали мослаштириш имконини беради, бу эса клапан функциясини бажаради. Бир хил тўқималарни боғлаш принципи сақланиб қолади, ичак деворларининг тегишли майдони ошади, "фитил эффекти" ва химуснинг қайтишини олдини олади, бу эса анастомознинг мустаҳкамлигини таъминлайди (IAP 7787, 23.01.24).

3. Такомиллаштирилган даволаш алгоритми илеостомани олиб ташлаш ва операциянинг тиклаш босқичини ўтказиш муддатларига ўзгартиришлар киритишга имкон берди: механик табиатдаги ўткир ичак тутилиши, енгил даражадаги битишма касаллик, шунингдек, жароҳатлар ва енгил турдаги травмалар бўйича эрта муддатлар – 3 ойгача; ўрта даражадаги битишма касаллик ва яхши сифатли ўсмаларда, шунингдек ва Крон касаллигида - 3 ойдан 12 ойгача; ёмон сифатли ўсмаларда ва оғир даражадаги битишма касаллик – бир йилдан ортиқ (DGU №29994, 27.11.23). Шуни таъкидлаш жоизки, таклиф этилган даволаш алгоритмига биз фақат ичакнинг деструкцияси (некрози) ҳолатларида, унинг очилган ва тарқалган йирингли перитонитнинг йўқлигида амал қилдик.

4. Жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш асосий гуруҳда операцион аралашув билан боғлиқ асоратлар частотасини 20,5% дан 7,2% гача (13,3% га камайиш) пасайтиришга имкон берди, жароҳат асоратлари 8,2% дан 7,2% гача камайган, умумий характердаги асоратлар 6,8% ўлим эса

1,4% фоиз бўлган, асосий гуруҳда умумий характердаги асоратлар - 4,8% гача пасайтирилди ( $p < 0,05$ ), ўлим ҳолатлари йўқ.

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

---

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**КОДИРОВ ХУШНУДБЕК МАМАТКАРИМОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ  
ИЛЕОСТОМАХ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Андижан – 2025**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № B2024.2.PhD/Tib4686.**

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](http://www.adti.uz)) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

<b>Научный руководитель:</b>	<b>Ботиров Акрам Кодиралиевич</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Гуламов Олимжон Мирзахитович</b> доктор медицинских наук <b>Эгамов Юлдашали Сулаймонович</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущая организация:</b>	<b>Дагестанский государственный медицинский университет</b>

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 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](mailto: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 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 года.  
(реестр протокола рассылки № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2025 года).

**М.М. Мадазимов**

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

**М.Ф. Нишанов**

Ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Б.Р. Абдуллажанов**

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

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

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным ВОЗ и по данным мета-анализов последних десятилетий во всем мире наблюдается тенденция к увеличению количества urgentных оперативных вмешательств, и в том числе их завершение формированием илеостом. При этом, число больных с кишечной стомой составляет 100-150 на 100 тысяч человек или же 0,05-0,1% всего населения планеты, где более половина из них являются трудоспособными. Только в России численность стомированных достигает 120 тысяч. Среди причин формирования илеостомы удельный вес рака ободочной кишки составляет 43-76%, доброкачественные опухоли – 12-27%. Острая кишечная непроходимость (ОКН) механической этиологии, в т.ч. острая спаечная тонкокишечная непроходимость, перфорация инородным телом, осложнения аппендицита, травмы и ранения и др. составляют - 6-18% и неспецифический язвенный колит, болезнь Крона - 10%. Наряду с этим, наложение илеостомы таит опасность развития осложнений и стойкой утраты трудоспособности, что снижает качество жизни и социальную адаптацию. Выполнение реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств (РВО), также, нередко омрачается высокой частотой послеоперационных осложнений и смертностью. При этом, недостаточность анастомозов является причиной послеоперационного перитонита почти в 30% с развитием летальных случаев в 6-35% и не имеет тенденции к снижению.

В мировой практике в настоящее время актуальными остаются исследования, направленные на определение объема и границ резекции кишечника при хирургическом лечении илеостомированных больных, разработку функционально органосохраняющих методов вмешательства для восстановления кишечной моторики, а также внедрение в практику лапароскопических, робот-ассистированных и гибридных методов оперативного вмешательства, продолжаются исследования, направленные на совершенствование способов устранения илеостом и выполнения реконструктивно-восстановительных операций, а также по внедрению протоколов ERAS, наряду с этим, на основе существующих метаанализов проводятся многоцентровые исследования, направленные на оценку безопасности различных методов формирования анастомозов.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов лечения илеостомированных больных 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 услуг<sup>1</sup>. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения илеостомированных

---

<sup>1</sup>Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов

больных путем оптимизации тактико-технических аспектов хирургического лечения является одним из актуальных направлений хирургической колопроктологии и медицины в целом, что обусловлено высокой медицинской и социальной значимостью этой патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике» за №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

**Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** ВОЗ отмечает, что во всем мире в связи с продолжающимся ростом заболеваний кишечника увеличивается контингент с кишечной стомой<sup>2</sup>. Причины формирования кишечной стомы представлены раком толстой кишки – 74,7%, травмой – 11,7%, осложнениями доброкачественной опухоли кишечника – 6,5% и воспалительными заболеваниями – 7,1%<sup>3</sup>. При данных состояниях в 50-70% возникает необходимость в проведении экстренной операции, а возникающие при этом осложнения становятся причиной высокой летальности<sup>4</sup>. В свою очередь, выполнение РВО связано высокой частотой (20-30%) развития несостоятельности межкишечного соустья и летальных исходов (6-35%), без отчетливой тенденции к снижению<sup>5</sup>.

Специалистам занимающихся хирургией кишечника известно, что стомированные пациенты часто страдают стомальными осложнениями, являются инвалидами, самоизолируются от окружающих людей, понижается социальный статус и находятся в состоянии нервно-психологического стресса. Данное обстоятельство вынуждает больных к настойчивому требованию скорейшего устранения илеостомы и проведения восстановительного этапа

---

<sup>2</sup> Федоров Е.В., Савушкин А.В., Хачатурова Э.А. и др. Форум анестезиологов и реаниматологов России (ФАРР-2019)– М., 2019. – 318 с.

<sup>3</sup> Хан С. и др. Ректальная аденокарцинома после непроницаемого ануса: редкий отчет о случае //Европейский журнал медицинских отчетов о случаях заболевания. – 2020. – Т. 4, № 8. – С. 252-254.

<sup>4</sup> Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В. Классификация хирургических осложнений //Хирургия. –2018. –№ 9. –С. 61-65.

<sup>5</sup> Грошили В.С., Мартынов Д.В., Набока Ю.Л. и др. Коррекция дисбиотических нарушений при диверсионном проктите: возможности внутриспросветной санации и профилактика осложнений после восстановительных операций //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 6. – С. 36-48.

операции. Однако, выполнение восстановительного этапа традиционно считаются наиболее сложным и нередко таит опасность развития жизнеугрожающих осложнений и летальности<sup>6;7</sup>. В настоящее время продолжается разработка и внедрение новых способов формирования кишечных анастомозов. Однако до сих пор исследователи не пришли к единому мнению о преимуществе определенного способа, а также техники шва. При этом частота послеоперационных осложнений остается высокой.

До сих пор продолжают исследования, направленные на снижение осложнений при формировании илеостом, а вопросы выбора оптимальной лечебной и диагностической программы, а также выбора сроков и методов проведения восстановительной операции сохраняются дискуссионными. Всё вышеизложенное явилось поводом для проведения настоящего исследования.

**Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института.

**Целью исследования** явилось улучшение результатов хирургического лечения при urgentных заболеваниях кишечника с формированием илеостомы, путем оптимизации хирургической реабилитации.

**Задачи исследования:**

провести ретроспективный анализ результатов хирургического лечения при илеостомах, а также установить частоту, характер и причины послеоперационных осложнений и летальности;

разработать и внедрить модифицированный способ “погружного инвагинационного” илео-колоанастомоза при ликвидации илеостом и обосновать его преимущества;

оптимизировать хирургическую тактику путем усовершенствования лечебного алгоритма при urgentных заболеваниях кишечника с формированием илеостомы;

провести сравнительную оценку результатов хирургической реабилитации при оптимизированной хирургической тактике по сравнению с традиционными подходами к лечению.

**Объектом исследования** явились 115 больных с илеостомами по поводу urgentных заболеваний кишечника, которым за период с 2016 по 2022 годы в 3 хирургическом отделении клиники Андижанского государственного медицинского института проведена хирургическая реабилитация.

**Предмет исследования** составляет оценка эффективности хирургической реабилитации при илеостомах, путем оптимизации хирургической тактики.

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования и решения

---

<sup>6</sup> Горбунова А.С., Кузьмичев Д.В., Мамедли З.З. и др. Хирургические аспекты формирования кишечных стом в онкологии. Обзор литературы //Газовая хирургия и онкология. -2023;13(2):54-9.

<sup>7</sup> Giuliani G., Formisano G., Milone M. Robotic preliminary experience, colorectal //Dis. 2020.

поставленных задач использовались общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследования.

**Научная новизна исследований** заключается в следующем:

выявлены морфофункциональные причины послеоперационных осложнений и летальности при илеостомиях наряду с разработкой мероприятий по хирургической реабилитации;

разработан модифицированный способ «погружного инвагинационного» илео-колоанастомоза при ликвидации илеостом, обеспечивающий соединение однородных тканей кишок и уменьшение нагрузки на линии швов, которые способствуют уменьшению частоты несостоятельности швов;

усовершенствован лечебный алгоритм с учётом патоморфологических изменений, который в комплексе мероприятий позволил оптимизировать хирургическую тактику;

установлено, что при urgentных заболеваниях кишечника с формированием илеостомы, оптимизация хирургической тактики позволяют улучшить результаты хирургического лечения.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

доказана клиническая эффективность модифицированного способа «погружного инвагинационного» илео-колоанастомоза при urgentных заболеваниях кишечника с формированием илеостомы;

обосновано, что при urgentных заболеваниях кишечника с формированием илеостомы, предложенный усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм позволяет оптимизировать диагностическую программу, сроки и способы формирования илео-колоанастомозов;

доказано, что при urgentных заболеваниях кишечника с формированием илеостомы, оптимизированная тактика позволяет существенно улучшить результаты хирургической реабилитации.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением методологических подходов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные выводы и представленные рекомендации имеют теоретическое значение и вносят существенный вклад в расширение существующих знаний о клинических и тактико-технических аспектах риска развития осложнений при восстановлении кишечной непрерывности при лечении илеостомированных больных, а также в области тактико-технических аспектов оперативных вмешательств, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на основании полученных результатов был усовершенствован метод «погружного» инвагинационного илеоколоанастомоза для профилактики жизнеугрожающих осложнений как несостоятельность швов анастомоза при

лечении илеостомированных больных, разработан двухэтапный лечебно-диагностический алгоритм, а также оптимизированы тактико-технические аспекты операций и хирургическая тактика.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению результатов лечения илеостомированных больных:

разработан модифицированный способ «погружного» илеоколоанастомоза при ликвидации илеостом (Патент на изобретение АИС РУз - IAP 7787 от 23.01.24 г);

разработан и внедрен усовершенствованный лечебный алгоритм при ликвидации илеостом (DGU №29994 от 27.11.23г);

разработана методическая рекомендация «Оптимизация хирургической реабилитации при urgentных заболеваниях кишечника с формированием илеостомы» (заклучения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №12/10 от 15.02.2025 года), которые позволили оптимизировать хирургическую тактику и тем самым уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности при восстановительных операциях по поводу илеостом.

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения в г. Андижане (заклучения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №12/10 от 15.02.2025 года). Оптимизация хирургической тактики позволило в основной группе снизить частоту жизнеугрожающих осложнений на 13,4% (в 2,9 раза), осложнения общего характера на 16,6% (в 1,9 раза) и летальных исходов на 1,7% (в 1,7 раза) ( $p < 0,05$ ).

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

**Опубликованность результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, 3 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** обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе «**Становление и современное состояние проблемы восстановительных и сфинктеросохраняющих методик при илеостомах (обзор литературы)**» рассмотрены история развития, классификация, а также становление и место инвагинационных анастомозов при устранении илеостом, и состояние проблемы тонкотолстокишечных анастомозов и становление сфинктеросохраняющих методик в хирургии кишечника. Отмечено, что научные исследования хирургов в этой области посвящены, как правило, лечению больных с определенной нозологической формой болезни (диффузный полипоз толстой кишки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.). Несмотря на достаточно широкий круг показаний к выполнению илеостомии и, соответственно, наличия большого арсенала восстановительных операций, направленных на ликвидацию илеостомы, ни один из известных способов полностью не удовлетворяет хирургов, что особенно актуально у больных с илеостомой после urgentных заболеваний кишечника. Несмотря на огромный прогресс в хирургии кишечника, разработка и усовершенствование лечебно-диагностических алгоритмов и новых способов формирования межкишечных соустьев, одновременно моделирующих илеоцекальный замыкательный аппарат, далека от своего окончательного разрешения, что требует дальнейшего поиска более оптимальных способов.

Во второй главе диссертации «**Клиническая характеристика и методы исследования**» предметом настоящего исследования явились 115 больных с urgentными заболеваниями кишечника, где оперативные вмешательства завершились формированием илеостомы в Клинике АндГосМИ. Исследование было разделено на четыре этапа:

-первый этап – исследование и анализ частоты, характера и причины послеоперационных осложнений и летальности результатов хирургического лечения при urgentных заболеваниях кишечника с формированием илеостомы с 2016 по 2019 годы (группа сравнения).

-второй этап - на основании полученных результатов в группе сравнения разработаны и внедрены модифицированный способ “погружного” инвагинационного илео-колоанастомоза при устранении илеостом и обоснованы его преимущества, а также усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм у больных с илеостомами.

-третий этап – оптимизированная тактика применена с 2020 по 2022 годы (основная группа).

-четвертый этап - проведена сравнительная оценка результатов.

Согласно цели и задачам исследования условно выделена:

- группа сравнения - с 2016 по 2019 гг., включающий 73 (63,5%) больных, где придерживались традиционных подходов к лечению;

- основная группа - с 2020 по 2022 гг., включающий 42 (36,5%) больных, где придерживались оптимизированной хирургической тактики.

Из 115 больных, мужчины составили 83 (72,2%), а женщины 32 (27,8%). Наибольшую часть исследуемых составили больные зрелого возраста - 57 (49,6%) и пожилого - 45 (39,1%), в молодом возрасте - 13 (11,3, которые

составили почти 1/6 часть по отношению к общему числу больных данной патологией.

Ургентные заболевания кишечника, явившиеся причиной оперативных вмешательств с формированием концевой одноствольной илеостомы в основном, явились ОКН механического характера - 84 (73,0%).

Ретроспективный и проспективный анализ показал, что высокая частота ОКН механической природы было обусловлено в основном, спаечной болезнью, вызванной ранее перенесенными операциями (острый аппендицит, острый холецистит, в т.ч. неоднократное кесарево сечение у женщин).

Ургентные заболевания кишечника, явившиеся причиной оперативных вмешательств с формированием концевой одноствольной илеостомы явилась болезнь Крона – в 6 (5,2%), злокачественные опухоли толстой ободочной кишки – в 13 (11,3%). Доброкачественные опухоли ободочной кишки (осложнения аппендикулярного инфильтрата) - в 5 (4,3%) случаев и травма кишечника с нарушением ее целостности (ножевое ранение и дорожно-транспортные происшествия) – в 7 (6,1%).

В целом, в сроки 1,5-3 месяца устранение илеостомы с выполнением восстановительного этапа выполнено у 25 (21,7%) больных, в сроки 3-6 месяцев, у 1/3 больных - у 41 (35,7%), в сроки 7-12 месяцев – у 34 (29,6%) и в сроки более года - у 15 (13,0%).

Дальнейший анализ показал, что у больных где причиной формирования илеостомы являются ургентные состояния неопухолевого генеза целесообразно расширить показания к более ранним срокам восстановления непрерывности кишечной трубки.

Из общего числа больных с ургентными заболеваниями сопровождающиеся формированием концевой одноствольной илеостомы, ранние стомальные осложнения, нагноение и инфильтрат установлено в 11 (9,6%) случаев, перистомальный дерматит – в 11 (9,6%), гипергрануляция раны – в 15 (13,0%).

Высокая частота раневых осложнений было связано особенностями ферментативного состава тонкого кишечника, что вызывало определенные трудности и являлось причиной беспокойства больных. У данного контингента проводилась соответствующая терапия. Также следует отметить, что к моменту поступления для выполнения реконструктивно-восстановительной операции (РВО) у наших больных осложнения стомы в виде кровотечения, некроза, эвентрации, пролапс и абсцессы не наблюдались.

Необходимо отметить, что определение хирургической тактики и хирургическую реабилитацию исследуемых, определенное влияние оказывали сопутствующая терапевтическая и сочетанная хирургическая патологии. Сопутствующая терапевтическая патология со стороны сердечно-сосудистой системы установлено в 17 (14,8%) случаев, дыхательной системы – в 7 (6,1%), гепатобилиарной, в т.ч. сахарный диабет (преимущественно 2-го типа) – в 9 (7,8%), мочеполовой – в 5 (4,3%), ожирение – в 13 (11,3%) и анемии в 12 (10,4%) случаев. Желчнокаменная болезнь установлена в 3 (2,6%) случаев,

вентральные грыжи – в 5 (4,3%), киста яичников – 6 (5,2%) и миома матки – в 3 (2,6%) случаев.

Для решения поставленных задач проводились клинико-лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной МЗ Республики Узбекистан.

В третьей главе диссертации **«Хирургическая тактика в группе сравнения»**. В группе сравнения, после определения сроков выполнения правосторонней гемиколэктомии и проведения соответствующей предоперационной подготовки мы определялись с выбором способа илеотрансверзоанастомоза. Немаловажную роль сказывающихся на исходах хирургического лечения данного контингента больных имеет выбор способа формирования межкишечного анастомоза. В группе сравнения нами применялись все «классические» способы анастомозирования, а также усовершенствованный способ инвагинационного илеотрансверзоанастомоза (патент ПВ РУз №03238. 2006г), который выполнен у 13 (17,8%) больных.

**Таблица 1**

**Распределение по способу формирования межкишечных анастомозов**

Устранение илеостомы с формированием межкишечных анастомозов:	Группа сравнения (n=73)	
	абс	%
- «бок в бок»	34	46,6
- «конец в бок»	26	35,6
-инвагинационный «конец в бок»	13	17,8
-«погружной» инваг. «конец в бок»	-	-
Всего:	73	100

В группе сравнения с наибольшей частотой тонкотолстокишечные межкишечные анастомозы сформированы по принципу «бок в бок» - в 34 (46,6%) случаев, а также по принципу «конец в бок» - в 26 (35,6%). Усовершенствованный способ «инвагинационного» ИТА применен у 13 (17,8%) больных.

В группе сравнения при вышеуказанных обстоятельствах, после устранения илеостомы выполнен восстановительный этап операции. Ретроспективный анализ показал, что осложнения, характерные для восстановительного этапа операции установлено в 15 (20,1%) случаев. Из них несостоятельность швов илеотрансверзоанастомозов установлена в 6 (8,2%) случаев. У всех больных выполнена релапаротомия, санация брюшной полости с повторным выведением петли подвздошной кишки – реилеостомия.

В 1 (1,4%) случае в связи с запоздалой диагностикой, на фоне пожилого возраста и наличия сопутствующей патологии (ИБС), несмотря на весь комплекс интенсивных мероприятий наступил летальный исход в результате полиорганной недостаточности.

Таблица 2

**Характер и частота послеоперационных осложнений  
восстановительного этапа и исходы в группе сравнения**

Вид осложнения	Количество		Исходы лечения	
	абс	%	выздоровление	летальность
<b>Характерные для восстановительного этапа</b>				
НА + перитонит	6	8,2	5	1(1,4%)
НА + кишечный свищ	4	5,5	2	2(2,7%)
Эвентрация	2	2,7	2	-
П/о ОКН	3	4,1	3	-
<b>Всего:</b>	<b>15</b>	<b>20,1</b>	<b>12</b>	<b>3(4,1%)</b>
<b>Раневые осложнения</b>				
Нагноение	3	4,1	3	-
Инфильтрат	1	1,4	1	-
Лигатурный свищ	2	2,7	2	-
<b>Всего:</b>	<b>7</b>	<b>9,6</b>	<b>7</b>	<b>-</b>
<b>Общего характера, наблюдающиеся при всех операциях</b>				
ТЭЛА	1	1,4	-	1(1,4%)
Гипертонический	2	2,7	2	-
Бронхо-легочные	2	2,7	2	-
<b>Всего:</b>	<b>5</b>	<b>6,8</b>	<b>4</b>	<b>1(1,4%)</b>

В 4 (5,5%) случаев установлена несостоятельность швов илеотрансверзоанастомоза с ограничением процесса за счет активного оттока по дренажу. В (2,7%) случаев содержимое в течение 10-12 дней существенно уменьшилось и через 1,5-2 месяца больным произведено иссечение свища с выздоровлением больных. Однако, в 2 (2,7%) случаев выделение по дренажу периодически то уменьшались, то увеличивались. На контрольных исследованиях процесс носил ограниченный характер. Больным периодически разрешалось прием бесшлаковой пищи, которая совмещалась периодическим вливанием плазмы и альбуминов. Тем не менее на 32 и 42 сутки состояние резко ухудшилось. Перевод в реанимационное отделение и проведение комплекса интенсивной терапии оказалось безуспешным. За этот период больные значительно похудели. На наш взгляд, летальность наступила от истощения организма.

В 2 (2,7%) случаев послеоперационный период осложнился эвентрацией и в 3 (4,1%) – послеоперационной острой спаечной кишечной непроходимостью. Во всех случаях данные осложнения диагностированы своевременно. Все проведена релапаротомия, устранение непроходимости и повторное ушивание передней брюшной стенки. У всех больных наступило выздоровление.

Раневые осложнений в группе сравнения диагностированы в 7 (9,6%) случаев. Из них нагноение раны – в 3 (4,1%) случаев, инфильтрат - - в 1 (1,4%) и лигатурный свищ – в 2 (2,7%) случаев. Всем больным проводился комплекс

общепринятых мероприятий, принятых по ведению осложненных ран – санация, антибиотикотерапия, удаление лигатур. У всех больных отмечено заживление раны вторичным натяжением.

Осложнения общего характера, наблюдающиеся при всех операциях установлено в 5 (6,8%) случаев. Гипертонический криз у 2 (2,7%) больных и бронхолегочные осложнения после комплексной консервативной терапии совместно с терапевтами увенчались успехом. Больные выписаны из стационара в относительно удовлетворительном состоянии. Однако в 1 (1,4%) случаев на 7 сутки послеоперационного периода на фоне благополучного течения, внезапно возникла смерть, где при вскрытии установлено тромбоэмболия легочной артерии. Ретроспективный анализ по истории болезни показал, что мероприятия по профилактике данного осложнения велись не на должном уровне.

Таким образом, в процессе работы, по мере накопления практического опыта и научного анализа результатов в группе сравнения, выявили определенные недочеты, недостатки и упущения, при традиционных подходах к хирургической реабилитации больных с илеостомой при urgentных заболеваниях кишечника. В частности,

1) При предоперационной подготовке должном образом не учитывались характер первичного заболевания, послужившей причиной формирования илеостомии. Так при ОКН, когда причиной явилось деструкция стенок кишечника, но без перфорации и перитонита (инвагинация, ущемление) 22 (30,1%) больных являлись необоснованно длительное время стоманосителями в течение 7-12 месяцев, а в 3 (4,1%) – более года (так как при тонкокишечной стоме содержимое кишечника быстрее приводит к мацерации кожи и развитию раневых осложнений). При злокачественных заболеваниях, наоборот, в 2 (2,8%) случаев выполнено РВО в течение первого года. Такой контингент больных необходимо в течение года проводить соответствующее лечение, и лишь через год после биопсии проводить РВО, что сводит к минимуму рецидив опухоли.

2) В группе сравнения отсутствие алгоритма являлось причиной интуитивного выбора способа операции, опираясь лишь на практический опыт хирурга и оценки общего состояния больного, где должном образом не учитывалось характер первичного заболевания, течение послеоперационного периода (наличие релапаротомий, осложнений стомы).

3) При выполнении РВО наряду с традиционными методами, применялись инвагинационные способы. При этом, ошибочно считали эффективным и надежным проведение вскрытия кишечника по тении, а при формировании инвагинационного анастомоза, нарушался принцип соединения одноименных тканей. К тому же в 2 случаях, наличие инвагината более 3 см привело к обтурационной кишечной непроходимости, где выполнено реилеостомия. В связи с этим, данную методику операции выполняя в основной группе, учитывали данные обстоятельства.

В результате, после устранения стомы и выполнения восстановительного этапа в 15 (20,1%) случаев установлено развитие специфических (характерных для данного вида операций) осложнений, с летальным исходом в 3 (4,1%) случаев. Раневые осложнения установлены в 7 (9,6%) случаев и осложнения общего характера – в 5 (6,8%) случаев с летальным исходом в 1 (1,4%) случае.

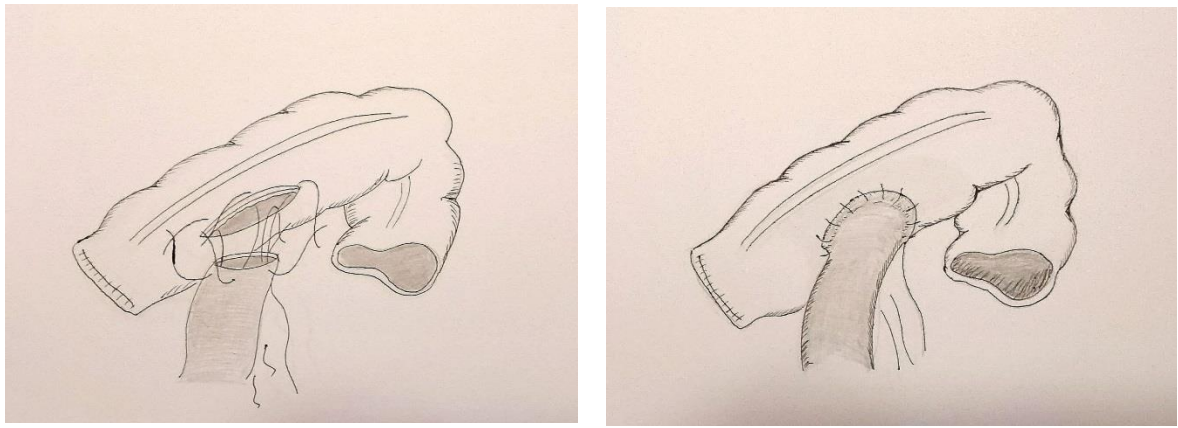
Данные обстоятельство явились поводом для разработки более эффективного способа формирования илеотрансверзоанастомоза, а также разработки и внедрения, усовершенствованного лечебно алгоритма, способствующие оптимизации хирургической тактики и улучшающими исходы хирургической реабилитации.

В четвертой главе представлена **«Хирургическая тактика в основной группе»**. В последние 2 года у данного контингента применен модифицированный способ «погружного» инвагинационного илеотрансверзоанастомоза (Патент на изобретение ПВ РУз - IAP 7787 от 23.01.2024 г). Предложенным способом оперировано 13 (17,8%) больных.

**Способ осуществляют следующим образом:** способ заключается в том, что отступя 3-4 см от ее культи поперечно ободочной кишки вскрываем его просвет в продольном направлении, протяженностью 3,0 см в промежутке между тенями. Брыжеечный край подвздошной кишки отсепаровывается от брыжейки на протяжении 3,0 см и подводится к вскрытому участку поперечно-ободочной кишки по принципу «конец в бок».

После адаптирования краев кишок, циркулярно накладываются внутриузловые слизисто-подслизисто-мышечные швы викрилом №3-4, без захвата серозных оболочек, что в последующем предохраняет проникновение бактерий наружу по лигатуре, т.е. предупреждается возникновение «фитильного» эффекта. Наряду с этим достигается принцип соединения одноименных слоев соприкасаемых стенок кишок формируемого илеотрансверзоанастомоза. Затем, циркулярно накладывается второй ряд серозно-мышечно-подслизистых швов, но без захвата слизистой оболочки. Чтобы дистальный конец подвздошной кишки расположился в сторону отводящей петли ободочной кишки и дополнительно создавалось условие для предотвращения обратного заброса химуса, отступя 1,5-2,0 см от края и выше уровня сформированного анастомоза к культе ободочной кишки 2-3мя швами подшивается приводящее колено подвздошной кишки (рис.1.).

Отличительным признаком является то, что после формирования первого ряда швов, где соприкасаются одноименные ткани и предупреждается «фитильный» эффект, при помощи направленного пальцевого усилия подвздошная кишка вводится в просвет ободочной кишки на протяжении 2,5 см, поверх которого накладываются узловые серозно-мышечно-подслизистые швы. Данной манипуляцией достигается разъединение сообщения между первым и вторым рядом швов. При этом, со стороны аборального края ободочной кишки швы накладываются отступя 2,5см, а со стороны орального – 1,5 см.



**Рис. 1.** Вид после «погружных» серозно- мышечно- подслизистых швов

Этой манипуляцией подвздошная кишка инвагинируется в ободочную по типу «манжеты-валика» под углом 45 градусов, т.е. в аборальном направлении, что предохраняет от регургитации содержимого в обратном направлении и является мерой профилактики развития илеита. Чтобы дистальный конец подвздошной кишки расположился в сторону отводящей петли ободочной кишки и дополнительно создавалось условие для предотвращения обратного заброса химуса, отступя 1,5-2,0 см от края и выше уровня сформированного анастомоза к культе ободочной кишки 2-3мя швами подшивается приводящее колено подвздошной кишки

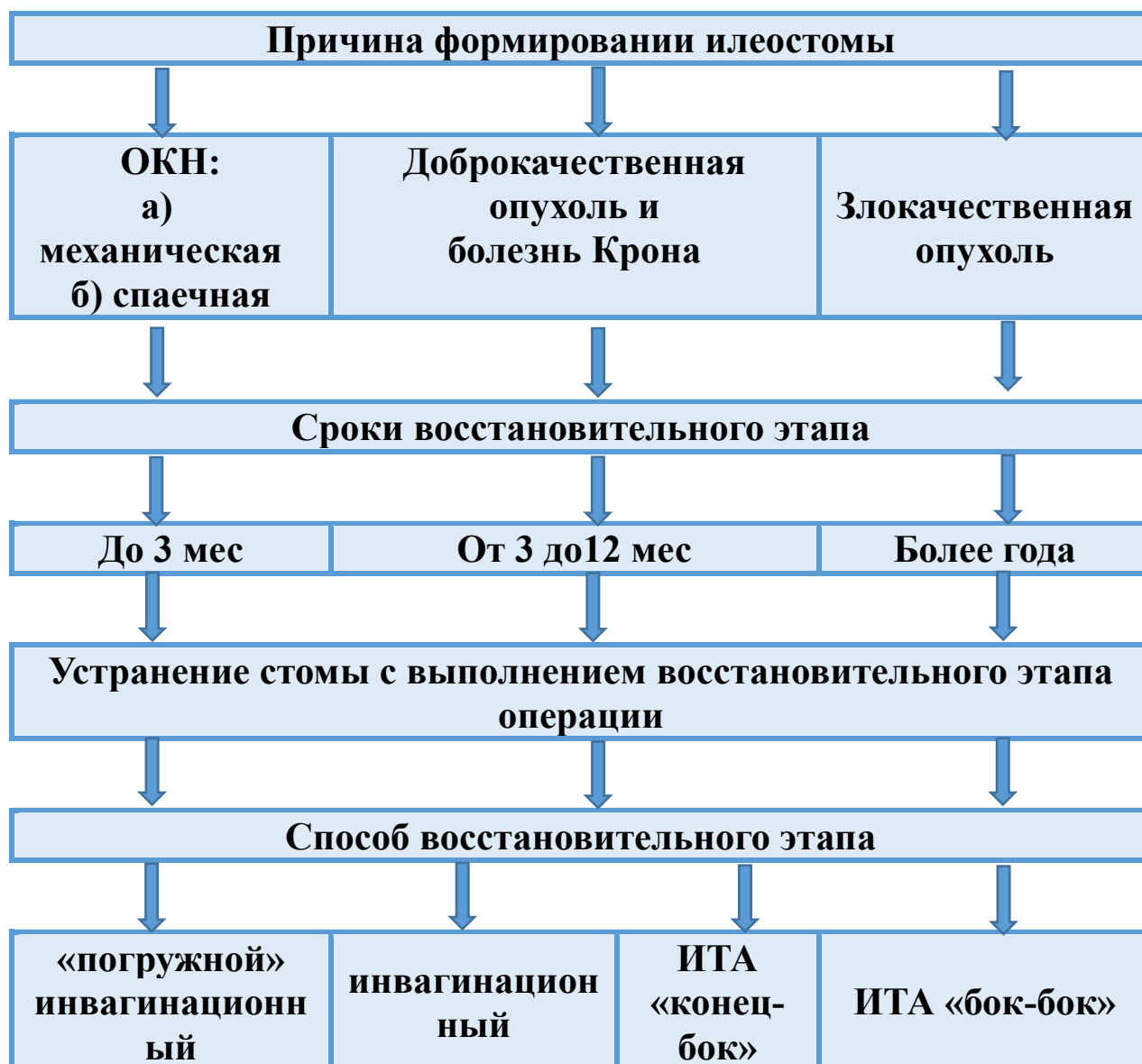
Предложенный способ «погружного инвагинационного ИТА не вызывает технических сложностей. В отличие от инвагинационных анастомозов, где соединяются не одноименные ткани стенок кишок, при данном способе наряду с созданием «манжеты-валика» по типу инвагината, сохраняется принцип соединения одноименных тканей кишок используя викрил №3-4 на атравматической игле. Чтобы дистальный конец подвздошной кишки расположился в сторону отводящей петли ободочной кишки и дополнительно создавалось условие для предотвращения обратного заброса химуса, отступя 1,5-2,0 см от края и выше уровня сформированного анастомоза к культе ободочной кишки 2-3мя швами подшивается приводящее колено подвздошной кишки.

Предложенный способ «погружного инвагинационного илеотрансверзоанастомоза, позволяет адаптировать соединяемые отрезки кишок с формированием манжеты-валика (инвагината), увеличивается площадь соприкосновения кишок, предотвращается «фитильный эффект» и регургитация химуса, которые в целом, обеспечивают прочность анастомоза.

По мере накопления практического опыта с данным контингентом, нами предложен усовершенствованный лечебно -диагностический алгоритм, что способствовало оптимизации хирургической тактики.

**Усовершенствованный лечебный алгоритм при илеостоме (DGU №29994 от 27.11. 2023 г).** (рис.2). Оперативные вмешательства проводились открытым доступом, по общепринятой методике. Во всех случаях оперативное

вмешательство завершалось дренированием брюшной полости и области малого таза по типу «проточной» системы».



**Рис. 2. Усовершенствованный лечебный алгоритм (DGU №29994 от 27.11. 2023 г).**

После формирования илеостомы ранний послеоперационный период может осложниться развитием жизнеугрожающих осложнений (продолжающийся перитонит, острая механическая кишечная непроходимость, внутрибрюшное кровотечение, ятрогенные повреждения и т.д.), что является показанием к проведению релапаротомии в экстренном порядке. При отсутствии жизнеугрожающих осложнений, в зависимости от причины формирования илеостомы, проводится планирование сроков и предоперационная подготовка по устранению илеостомы и выполнению восстановительного этапа операции.

При диагностировании сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии, в зависимости от причины, проводится

планирование сроков и предоперационная подготовка по устранению илеостомы и выполнению восстановительного этапа операции.

При формировании илеостомы после правосторонней гемиколэктомии по поводу злокачественной опухоли, возможен рецидив заболевания, что требует обязательной консультации и получения курсов химиотерапевтического лечения у онколога. В отличие от больных с колостомой, при илеостоме, в связи с особенностями содержимого тонкого кишечника, часто развиваются кожные осложнения в виде нагноения и инфильтратов послеоперационной раны и илеостомы, а также перистомальный дерматит, гиперкератоз и аллергические воспалительные изменения со стороны кожи. При диагностировании кожных осложнений следует воздержаться от восстановительного этапа, что является показанием к проведению этиопатогенетического лечения консервативным путем, применяя также механические, физические и химические методы воздействия (по показаниям, совместно с хирургами гнойного отделения или же дерматовенерологом). При отсутствии раневых осложнений или же после получения соответствующего лечения, решается вопрос планирования сроков и предоперационная подготовка по устранению илеостомы и выполнению восстановительного этапа операции. В зависимости от характера, степени выраженности, а также сроков и причины, ставятся показания к устранению возникших стомальных осложнений или же их устранение с одновременным выполнением восстановительного этапа оперативного вмешательства (потом можно дать подробное описание случаев).

Опираясь на полученные данные и проведения соответствующей корректирующей терапии (при наличии таковых) ведущее значение имели в оптимизации сроков хирургической реабилитации имела причина формирования концевой одноствольной илеостомы.

Так **при ОКН механической природы** (узлообразование, ущемление грыжи, инвагинация), **при спаечной болезни легкой степени** (ранее перенесенные операции на органах брюшной полости) а также **при травмах** (преимущественно автоаварии) с вскрытием кишечника, **при ранениях** (преимущественно ножевое ранение) после соответствующей предоперационной подготовки, в связи с наименьшей выраженностью воспалительных явлений в брюшной полости, ставились показания к наиболее ранним срокам устранения илеостомы и выполнения восстановительного этапа оперативного вмешательства – **до 3 месяцев.**

**При спаечной болезни средней степени** (ранее перенесенные операции на органах брюшной полости с развитием умеренных спаечных сращений с явлениями воспаления) и **доброкачественных опухолях** (преимущественно осложнения аппендикулярного инфильтрата) с признаками рубцово-спаечного процесса и деформацией окружающих структур (мочеточника, мочевого пузыря, матки и при **болезни Крона** оптимальным сроком в хирургической реабилитации больных илеостомой и выполнения

восстановительного этапа оперативного вмешательства являются – **от 3 до 12 месяцев.**

**При злокачественных опухолях** (преимущественно рак правой половины толстой ободочной кишки) несмотря на соответствующую терапию, часто рецидив опухоли возникает в сроки до 1 года, а также **при спаечной болезни тяжелой степени** (ранее неоднократно проведенные оперативные вмешательства, где установлено наличие массивных плоскостных сращений и воспалительных явлений) - оптимальным сроком в хирургической реабилитации больных илеостомой и выполнения восстановительного этапа оперативного вмешательства являются - **сроки более года** (после гистологического исследования биоптата краев кишечника на наличие атипичных клеток).

Следует отметить, что предложенного лечебного алгоритма мы придерживались лишь в случаях деструкции (некроза) кишечника, без его вскрытия и отсутствия разлитого гнойного перитонита. В таких клинических ситуациях придерживались установленных, общепринятых положений. В заключении следует отметить, что указанные мероприятия характеризуют лишь общую тенденцию, которая, однако, подлежит индивидуальному подходу при лечении каждого больного.

Программа предоперационной подготовки позволяло уменьшить риск возникновения послеоперационных осложнений, что способствовало благоприятному течению послеоперационного периода. Профилактика послеоперационных осложнений, состояло из мероприятий, проводимых в дооперационном периоде, вовремя и после устранения илеостомы с выполнением восстановительного этапа. В послеоперационном периоде, наряду с общеизвестными мероприятиями, важное значение придавали ранней активации. Начиная с вторых суток назначается первый сеанс стимуляции кишечника, в последующем переходили к энтеральному питанию. Для профилактики тромбоэмболических осложнений важное место занимали неспецифические и специфические мероприятия. Все указанные мероприятия, характеризуют лишь общую схему, которая подлежит индивидуальной коррекции и при лечении каждого больного.

Из 42 больных основной группы, мужчины составили 30 (71,4%), а женщины 12 (28,6%). Наибольшую часть составили больные зрелого возраста - 20 (49,6%), т.е. лица, вовлеченные в активную жизнедеятельность и пожилого возраста 18 (42,9%), что имеет важное медицинское и социальное значение. Заслуживает внимание тот факт, что urgentные заболевания кишечника диагностированы и в молодом возрасте, что составило 4 (9,5%), т.е. контингент который является будущим нашего общества.

В основной группе, из 42 (36,5%) больных urgentные заболевания кишечника, явившиеся причиной оперативных вмешательств с формированием концевой одноствольной илеостомы в основном, явились ОКН механического характера - 30 (71,4%). Проспективный анализ показал, что высокая частота ОКН механической природы было обусловлено в

основном, спаечной болезнью, вызванной ранее перенесенными операциями (острый аппендицит, острый холецистит, в т.ч. неоднократное кесарево сечение у женщин).

Ургентные заболевания кишечника, явившиеся причиной оперативных вмешательств с формированием концевой одноствольной илеостомы явилась болезнь Крона – в 2 (4,8%), злокачественные опухоли толстой ободочной кишки – в 5 (11,9%). Доброкачественные заболевания ободочной кишки (осложнения аппендикулярного инфильтрата) – в 2 (4,8%) случаев и травма кишечника с нарушением ее целостности (ножевое ранение и авто травма) – в 3 (7,1%).

В основной группе при илеостоме выполненной по поводу ОКН (30 больных) для устранения илеостомы и выполнения восстановительного этапа операции в сроки до 3 месяцев поступили 13 (31,0%) больных, где причиной формирования илеостомы явились ущемлённые грыжи (7), узлообразование (4) и инвагинация (2), в сроки 3-6 месяцев - 13 (31,0%), где причиной формирования илеостомы явились ущемлённые грыжи (5), узлообразование (3) и спаечная непроходимость (5) и в сроки 7-12 месяцев – 4 (9,5%) больных, где причиной формирования илеостомы явилось спаечная болезнь.

Таким образом, при тонкокишечной непроходимости, в отличие от заболеваний толстой ободочной кишки нами в 13 (31,0%) случаев и при болезни Крона (2 больных) сокращены сроки выполнения восстановительного этапа от 3 до 12 месяцев.

При злокачественной опухоли (рак) для устранения илеостомы и выполнения восстановительного этапа операции (5 больных) в отличие от группы сравнения во всех 5 (11,9%) случаев выполнены лишь спустя год, т.к. все пациенты получали курсы химиотерапии и проводили контрольные исследования на предмет рецидива болезни. Хотя отдельные хирурги рекомендуют выполнение восстановительного этапа и в более ранние сроки, мотивируя свое решение возможности выполнения повторной резекции, мы старались прежде всего убедиться в отсутствие рецидива, что не подвергать повторному оперативному вмешательству.

При доброкачественной опухоли (2 больных) считали оптимальным, сроки выполнения восстановительного этапа в 2 (4,7%) случаев в сроки 3-6 месяцев. При травме и ранениях кишечника (3 больных) для устранения илеостомы и выполнения восстановительного этапа операции во всех 3 (7,1%) случаев оптимальными явились сроки до 3 месяцев.

В основной группе из общего числа больных с ургентными заболеваниями сопровождающиеся формированием концевой одноствольной илеостомы, ранние стомальные осложнения, нагноение и инфильтрат установлено в 3 (7,1%) случаев, перистомальный дерматит – в 4 (9,5%), гипергрануляция кожи – в 5 (11,9%). Другие стомальные и парастомальные осложнения к моменту поступления для устранения илеостомы и выполнения реконструктивно-восстановительного оперативного вмешательства не наблюдалось.

Все больные соблюдали диету, которая была направлена на выработку регулярного, самопроизвольного, по возможности менее частого стула. Поздние стомальные осложнения диагностированы лишь в 2 (4,6%) случаев: эвагинация – в 1 (2,3%) и рубцово-атрофические изменения в 1 (2,3%).

У исследуемых больных сопутствующая терапевтическая патология диагностирована в 24 (57,1%) случаев. Сочетанная хирургическая патология диагностирована у 7 (16,7%) больных. При этом, объём и очерёдность выполнения этапов симультанной операции зависели от конкретного вида сочетанного заболевания. Способы формирования ИТА после у больных с илеостомой в основной группе представлено на рис. 3.



**Рис. 3.** Распределение по способу формирования межкишечных анастомозов

Как видно из рис. 3., в основной группе больных илеотрансверзоанастомозы выполнены традиционными способами по принципу «бок в бок» лишь в 11 (26,2%) случаев и «конец в бок» - в 4 (9,5%). Следует отметить, что с 2006 года мы при формировании всех видов межкишечных соустьев и в т.ч. илеотрансверзоанастомозов применяем усовершенствованный способ «инвагинационного» илеотрансверзоанастомоза по принципу «конец в бок» (патент ПВ РУз №03238). По данной методике оперировано 12 (28,6%) больных. Наряду с этим в последние 2 года у данного контингента применен модифицированный способ «погружного» инвагинационного илеотрансверзоанастомоза (Патент на изобретение ПВ РУз - IAP 7787 от 23.01.2024 г). Предложенным способом оперировано 15 (35,7%) больных. В процессе работы, по мере накопления практического опыта и научного анализа результатов, мы внесли коррективы в хирургическую реабилитацию в основной группе, что позволило оптимизировать хирургическую тактику.

Следует отметить, что в основной группе мы существенно сократили показания к традиционным методам формирования илеотрансверзоанастомозов. При этом, по мере накопления опыта работы мы

стали использовать модифицированный способ погружного «инвагинационного» илеотрансверзоанастомоза по принципу «конец в бок (патент ПВ РУз №03238). При вышеуказанных обстоятельствах, после устранения илеостомы выполнен восстановительный этап операции.

**Таблица 4**

**Характер и частота послеоперационных осложнений  
восстановительного этапа и исходы в основной группе**

Вид осложнения	Количество		Исходы лечения	
	абс	%	выздоровление	летальность
<b>Характерные для восстановительного этапа</b>				
НА + перитонит	1	2,4	1	-
НА + кишечный свищ	2	4,8	1	1 (2,4%)
Эвентрация	-	-	-	-
П/о ОКН	-	-	-	-
<b>Всего:</b>	<b>3</b>	<b>7,2</b>	<b>2</b>	<b>1 (2,4%)</b>
<b>Раневые осложнения</b>				
Нагноение	-	-	-	-
Инфильтрат	2	4,8	2	-
Лигатурный свищ	1	2,4	1	-
<b>Всего:</b>	<b>3</b>	<b>7,2</b>	<b>3</b>	<b>-</b>
<b>Общего характера, наблюдающиеся при всех операциях</b>				
ТЭЛА	-	-	-	-
Гипертонический криз	-	-	-	-
Бронхо-легочные	2	4,8	2	-
<b>Всего:</b>	<b>2</b>	<b>4,8</b>	<b>2</b>	<b>-</b>

Осложнения, характерные для восстановительного этапа операции установлено в 3 (7,2%) случаев. Из них несостоятельность швов илеотрансверзоанастомозов установлена в 1 (2,4%) случаев. У больного выполнена релапаротомия, санация брюшной полости с повторным выведением петли подвздошной кишки – реилеостомия. Больной выписан в относительно удовлетворительном состоянии. Рекомендовано в последующем выполнение реконструктивно восстановительной операции. В 2 (4,8%) случаев установлена несостоятельность швов илеотрансверзоанастомоза с ограничением процесса за счет активного оттока по дренажу. В 1 (2,4%) случае содержимое в течение 10-12 дней существенно уменьшилось и через 1,5-2 месяца больным произведено иссечение свища с выздоровлением больного. В 1 (2,4%) случае выделение по дренажу периодически то уменьшались, то увеличивались. На контрольных исследованиях процесс носил ограниченный характер.

Больным периодически разрешалось прием бесшлаковой пищи, которая совмещалась периодическим вливанием плазмы и альбуминов. Тем не менее на 38 сутки состояние резко ухудшилось. Перевод в реанимационное отделение и проведение комплекса интенсивной терапии оказалось безуспешным. Наступил летальный исход. Данный случай явился поводом для заключения о опасности длительного наблюдения за свищем. Нами решено, что, хотя процесс имеет ограниченный характер, тем не менее ежесуточное обильное выделение внутрикишечного содержимого может привести к декомпенсированным обменным нарушениям, которые могут оказаться несовместимыми с жизнью больного.

Раневые осложнения в основной группе диагностированы в 3 (7,2%) случаев. При этом инфильтрат раны диагностирован в 2 (4,8%) случаев и лигатурный свищ – в 1 (2,4%) случае. Всем больным проводился комплекс общепринятых мероприятий, принятых по ведению осложненных ран – санация, антибиотикотерапия, удаление лигатур. У всех больных отмечено заживление раны вторичным натяжением.

Осложнения общего характера, наблюдающиеся при всех операциях установлено в 2 (4,8%) случаев, которые проявились бронхолегочными осложнениями в виде обострения хронического бронхита (2,4%) и правосторонней нижнедолевой пневмонии (2,4%). После комплексной консервативной терапии совместно с терапевтами больные выписаны из стационара в относительно удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в процессе работы, в основной группе, придерживаясь предложенного алгоритма мы в определенной степени систематизировали подходы к хирургической реабилитации больных с тонкокишечной стомой, что позволило оптимизировать сроки выполнения РВО. Так при ОКН с отсутствием перфорации и перитонита (инвагинация, ущемление) сроки сокращались, а при раковом поражении – сроки составляли не менее 1 года. Однако, указанные мероприятия характеризуют общую схему, которая подлежит индивидуальному подходу при лечении каждого больного. Также, в основной группе применен погружной способ, где соблюдены принцип соединения одноименных тканей, а при использовании инвагинационных способов, инвагинат не превышал более 2,5 см и вскрытие кишечника для формирования анастомоза проводилось между тенциями, так как, не тении, а подслизистый слой является цементирующей основой прочности анастомоза.

В процессе работы, применение модифицированного способа «погружного» инвагинационного анастомозов, а также усовершенствованного лечебного алгоритма, позволило оптимизировать хирургическую реабилитацию больных с концевой одноствольной илеостомой. В результате, частота специфических (характерных для данного вида операций) осложнений диагностировано лишь у 3 (7,2%) больных, с летальным исходом в 1 (2,4%) случае, раневые осложнения - у 3 (7,2%) больных и осложнения общего характера – у 2 (4,8%).

**В пятой главе диссертационной работы дана «Сравнительная оценка результатов исследования». Восстановительные операции по закрытию кишечных стом, сопряжена с высоким риском возникновения**

несостоятельности швов меж кишечных соустьев. Последствиями несостоятельности являются перитонит, сепсис, повторные операции, создание стом и часто, - смерть. Поэтому соблюдение принципов безопасного технического формирования меж кишечного соустья является одной из важнейших задач. Технически правильно выполненный анастомоз должен: быть состоятельным; не кровить; не вызывать стриктуры просвета.

Проведенный сравнительный анализ в исследуемых группах показал статистически достоверную частоту заболеваемости мужчин по отношению основной группы с сравнительной группой наблюдалось 1,8 раза ( $p < 0,05$ ) реже в показателях. Также при сравнении больных женщин по возрастам основной группы с группой сравнения в абсолютных цифрах наблюдалось в 1,7 раза ( $p < 0,05$ ). Из исследований был получен такой результат, что одной из причин, приводящих к неотложным заболеваниям кишечника в обеих группах, была острая кишечная непроходимость.

Через три месяца и выше в группе сравнения продолжительность стомоносительства и выполнение реконструктивных оперативных вмешательств было 1,8 раза достоверно выше, чем у пациентов основной группы ( $p < 0,05$ ). А до трех месяцев в группе сравнения показатели стомоносительства были 1,7 раза меньше чем основной группы ( $p < 0,05$ ).

В настоящее время устранение илеостомы и выполнение восстановительного этапа является чрезвычайно важной проблемой, так как оно в большинстве случаев сложнее формирования илеостомы и сопровождается развитием ряда осложнений. В последние годы отмечается тенденция к уменьшению времени стомоносительства. Так, существуют рекомендации по выполнению оперативного лечения от 1 и более месяцев.

Проведенный сравнительный анализ стомоносительства в течение первых 3-х месяцев показало статистически 3,1 раза достоверное высокое время стомоносительства в группе сравнения по отношению к основной ( $p < 0,001$ ). Сроком до 6 месяцев в группе сравнения, в отличие от основной группы, причины формирования илеостомы были в 1,7 раза ( $p < 0,05$ ) ниже у больных в абсолютных цифрах имеющих стомоносительство. В сроки 3-6 месяцев длительность стомоносительства процентным отношением статистически разницы не было достоверным. В сроки 7-12 месяцев длительность стомоносительства в группе сравнения статистически достоверно превышало по сравнению с основной группой - в 2,7 раза ( $p < 0,01$ ) в процентном отношении. Имеющие носительство стомы сроком до 12 месяцев в основной группе были 4,7 раза ( $p < 0,001$ ) меньше в абсолютных цифрах.

В основной группе длительность стомоносительства сроком более года сократилось ( $p < 0,05$ ). Важно отметить, что в группе сравнения при злокачественных опухолях при сроках стомоносительства 3-6 месяцев – у одного (1,4%) больного и в сроки 7-12 месяцев – в двух (2,7%) больных выполнено оперативное вмешательство по устранению илеостомы, что таит опасность рецидива болезни и выполнения необоснованной операции.

Дальнейший анализ показал, что у больных, где причиной формирования илеостомы являются urgentные состояния неопухолевого генеза целесообразно расширить показания к более ранним срокам восстановления непрерывности кишечной трубки. После илеостомии ранние осложнения возникли в обеих группах, но абсолютная частота была достоверно более чем в 2 раза ( $p<0,01$ ) ниже в основной группе, чем контрольной. После илеостомии установлено, что частота поздних осложнений в основной группе достоверно ниже более чем в 5 раза ( $p<0,001$ ) по отношению к группе сравнения.

При диагностировании сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии, в зависимости от причины, проводится планирование сроков и предоперационная подготовка по устранению илеостомы и выполнению восстановительного этапа операции.

**Таблица 5**

**Распределение по способу формирования межкишечных анастомозов в сравниваемых группах**

Способы формирования межкишечных анастомозов:	Группа сравнения		Группа основной		Всего (n=115)	
	абс	%	абс	%	абс	%
«бок в бок»	34	29,6	11	9,6	45	39,1
t-:	-	-	↘↓↓↓↓ 3,1%	↘↓↓↓↓ 3,1%	-	-
«конец в бок»	26	22,6	4	3,5	30	26,1
t-:	-	-	↘↓↓↓↓ 6,5%	↘↓↓↓↓ 6,5%	-	-
инвагинацион. «конец в бок»	13	11,3	12	10,4	25	21,7
t-:	-	-	↘↓ 1,1%	↘↓ 1,1%	-	-
«погружной» инваг. «конец в бок»	-	-	15	13,0	15	13,0
Всего:	73	63,0	42	37,0	115	100

**Примечание:** ↘ - соотношение с другой группой, ↓ - уменьшение, ↓↓↓↓\*\*\* -  $p<0,001$

В основной группе характер и частота коморбидности заболевания по отношению к группе сравнения статистически достоверной разницы было меньше ( $p<0,05$ ) и отражался сопоставимость и объективность полученных результатов исследования. Традиционные межкишечные анастомозы по принципу «бок в бок» накладывались 3 раза реже ( $p<0,001$ ), а по принципу «конец в бок» - лишь в основной группе ( $p<0,001$ ). При этом, «погружной» инвагинационный анастомоз по принципу «конец в бок» накладывался лишь в основной группе - 15 (13,0%) больных. Операция наложения концевой илеостомы выполняется у тяжёлой категории больных с различной степенью распространённости перитонита, когда накладывание швов на инфильтрированную стенку кишечника представляет реальную угрозу с высокой частотой. Илеостомия как вариант завершения операции при острой кишечной непроходимости и перитоните, в первую очередь, применяется при

локализации патологии в дистальных отделах тонкой кишки. Проведенный сравнительный анализ ближайших результатов восстановительных операций у исследуемых больных с илеостомой показал, что осложнения, характерные для восстановительного этапа в группе сравнения составили 20,5%, тогда как в основной 7,1% – снижение в 2,9 раза – на 13,4% ( $p<0,01$ ), а частота летальности в группе сравнения составило 4,1%, тогда как в основной – 2,4% - снизилась в 1,7 раза – на 1,7% ( $p<0,05$ ). Гнойно-септические (со стороны операционной раны) осложнения после выполнения восстановительных операций в группе сравнения составили 8,2%, тогда как в основной 7,1% – снижение в 1,1 раза. Осложнения общего характера в группе сравнения составило 35,6%, с летальным исходом в 5,5% случаев, тогда как в основной – 19,0% - снизилась в 1,9 раза. Выздоровели 16,7%, без летальных исходов ( $p<0,05$ ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В группе сравнения, после устранения стомы и выполнения восстановительного этапа в развитие специфических (характерных для данного вида операций) осложнений установлено в 20,5, с летальным исходом в 4,1% случаев, раневые осложнения – в 8,2% и осложнения общего характера в 6,8%, с летальным исходом в 1,4% случаев.

2. Модифицированный способ, позволяет адаптировать соединяемые отрезки кишок с формированием манжеты-валика, которая выполняет клапанную функцию, сохраняется принцип соединения одноименных тканей, увеличивается площадь соприкосновения стенок кишок, предотвращается «фитильный эффект» и регургитация химуса, что обеспечивают прочность анастомоза (IAP 7787 от 23.01.24г).

3. Усовершенствованный лечебный алгоритм позволил внести коррективы в сроки устранения илеостомы и выполнения восстановительного этапа операции: при ОКН механической природы, спаечной болезни легкой степени, а также травмах и ранениях, обоснованы показания к ранним срокам – до 3 месяцев; спаечной болезни средней степени и доброкачественных опухолях с рубцово-спаечным процессом и болезни Крона – от 3 до 12 месяцев; злокачественных опухолях и спаечной болезни тяжелой степени - более года (DГУ №29994 от 27.11.23г). Следует отметить, что предложенного лечебного алгоритма мы придерживались лишь в случаях деструкции (некроза) кишечника, без его вскрытия и отсутствии разлитого гнойного перитонита.

4. Оптимизация хирургической тактики позволило в основной группе снизить частоту осложнений, связанных с оперативным вмешательством с 20,5 до 7,2% (уменьшение на 13,3%), раневых осложнений с 8,2 до 7,2% и осложнений общего характера с 6,8% и летальных исходов - 1,4%, в основной группе - до 4,8% ( $p<0,05$ ), без летальных исходов.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01  
AT THE ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE  
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

---

**ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE**

**KODIROV KHUSHNUDBEK MAMATKARIM UGLI**

**OPTIMIZATION OF SURGICAL REHABILITATION FOR  
ILEOSTOMIES**

**14.00.27 – Surgery**

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

**Andijan–2025**

**The theme of the dissertation of the doctor of philosophy degree (PhD) is registered in the Supreme attestation commission at the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan for B2024.2.PhD/Tib4694.**

The dissertation is carried out at the Andijan state medical institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council ([www.adti.uz](http://www.adti.uz)) and on the Information and Educational Portal «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

<b>Scientific supervisor:</b>	<b>Botirov Akram Kodiralievich</b> doctor of medical sciences, professor
<b>Official opponents:</b>	<b>Gulamov Olimjon Mirzaxitovich</b> doctor of medical sciences <b>Egamov Yuldashali Sulaymonovich</b> doctor of medical sciences, professor
<b>Leading organisation:</b>	<b>Dagestan State Medical University</b>

The dissertation will be defended on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 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](mailto: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 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025.  
(mailing report №\_\_\_ of \_\_\_\_\_ 2025).

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

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

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

## **INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)**

**The aim of the study** is to improve the outcomes of surgical treatment for urgent intestinal diseases involving the formation of an ileostomy through the optimization of surgical rehabilitation.

**The object of the study** consisted of 115 patients with ileostomies due to urgent intestinal diseases who underwent surgical rehabilitation in the 3rd surgical department of the Andijan State Medical Institute from 2016 to 2022.

### **Scientific novelty of the study:**

morphofunctional causes of postoperative complications and mortality in ileostomies were identified along with the development of measures for surgical rehabilitation;

a modified method of "immersion intussusception" ileo-colonic anastomosis was developed for the elimination of ileostomies, ensuring the connection of homogeneous intestinal tissues and reducing the load on the suture lines, which helps to reduce the frequency of suture failure;

a treatment algorithm was improved taking into account pathomorphological changes, which in a set of measures made it possible to optimize surgical tactics;

it was established that in urgent intestinal diseases with the formation of an ileostomy, optimization of surgical tactics can improve the results of surgical treatment.

### **Implementation of the study results.** Based on the scientific research results:

a modified method of "submersible" ileo-colonic anastomosis for the elimination of ileostomy was developed (Patent for invention AIS RU - IAP 7787 dated 23.01.24);

an improved treatment algorithm for the elimination of ileostomy was developed and implemented (DGU No. 29994 dated 27.11.23);

a methodological recommendation was developed "Optimization of surgical rehabilitation for urgent bowel diseases with the formation of an ileostomy" (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 12/10 dated 15.02.2025), which made it possible to optimize surgical tactics and thereby reduce the incidence of postoperative complications and mortality in reconstructive surgeries for ileostomy. The obtained scientific results have been implemented in practical healthcare activities in Andijan (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 12/10 dated 15.02.2025). Optimization of surgical tactics made it possible to reduce the incidence of life-threatening complications in the main group by 13.4% (2.9 times), general complications by 16.6% (1.9 times) and deaths by 1.7% (1.7 times) ( $p < 0.05$ ).

**Structure and volume of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusion, findings, practical recommendations and a list of references. The volume of text material of the work is 120 pages.

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

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Абдуллажонов Б.Р., Ботиров Ж.А., Мамаджанов К.Х., Кодиров Х.М., Отакузиев А.З., Ботиров А.К. Способ погружного инвагинационного илеотрансверзоанастомоза // Патент на изобретение Центра по интеллектуальной собственности при Министерстве Юстиции Республики Узбекистан. №IAP 7787 от 23 января 2024 года.

2. Ботиров А.К., Кодиров Х.М., Бозоров Н.Э., Ботиров Ж.А. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при илеостоме // Ж. «Медицина и спорт». 2024, №3; С. 37-41. (14.00.00, №23).

3. Кодиров Х.М., Ботиров А.К., Отакузиев.А.З., Усмонов У.Д., Ботиров Ж.А., Исмоилов Б.А. Становление и место инвагинационных анастомозов при устранение илеостом (обзор литературы) //Ж. «Журнал современной медицины»; №3 (6); 2024; С.582-593. (14.00.00, Ўзбекистон Республикаси ОАКнинг 7 июндаги №355/6 сонли қарори билан тиббиёт фанлари буйича диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этишга миллий наشرлар руйхатига киритилган).

4. Ботиров А.К., Кодиров Х.М., Бозоров Н.Э., Ботиров Ж.А. Оптимизация хирургической тактики при концевой илеостоме // Ж. «Медицина и спорт». 2024, №4; С. 47-50. (14.00.00, №23).

5. Botirov A.K., Kodirov Kh.M., Otakuziev A.Z., Bozorov N.E., Botirov J.A., Ismoilov B.A. Current state of the problem in recovery operations for Ileostomy // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(5): P.1373-1378 DOI: 10.5923/j.ajmms.20241405.49 (14.00.00, №2).

6. Botirov A.K., Kodirov Kh.M., Otakuziev A.Z., Bozorov N.E., Botirov J.A. Ileostomy: a brief history of development, unsolved problems and surgical rehabilitation // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(6): P.1537-1542 DOI: 10.5923/j.ajmms.20241406.14 (14.00.00, №2).

**II бўлим (II часть; II part)**

7. Кодиров Х.М., Ботиров А.К. Оптимизация хирургической реабилитации при илеостомах // Методические рекомендации. Андижан, 2024. Стр.21.

8. Ботиров А.К., Кодиров Х.М. Оптимизация хирургической реабилитации при илеостомах // Центр по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин. 27.11.2023 г., № DGU 29994.

9. Ботиров А.К., Кодиров Х.М., Бозоров Н.Э., Ботиров Ж.А., Зияев Ш.А. Оптимизация хирургической тактики при концевой илеостоме // Сборник

материалов Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы общей хирургии и хирургических болезней. Термез-2024. С.192-193.

10. Кодиров Х.М., Ботиров А.К., Расулов М.Т. Особенности хирургической тактики при илеостомах // Материалы международной научно-практической конференции посвященная 70 летию Андижанского государственного медицинского института «Использование высокоинновационных технологий в профилактической медицине». Андижан-2025. С. 598-600.

11. Кодиров Х.М., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Бозоров Н.Э., Ботиров Ж.А. Алгоритм действий при илеостомах по поводу ургентных заболеваний кишечника // Материалы международной научно-практической онлайн конференции «Педагогика и психология в современном мире: теоретические и практические исследования». Россия 2023. С.315-316.

12. Botirov A.K., Kodirov Kh.M., Otakuziev A.Z., Bozorov N.E., Botirov Zh.A., Ismoilov B.A. Modified method of "immersion" invagination ileotransverse anastomosis // International scientific-practical conference on "Modern education: problems and solutions" 2024. -volume 3 №8. -P.137-141. Germany.19.11.2024.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

**Босмахона лицензияси:**



**9338**

Бичими: 84x60 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. «Times New Roman» гарнитураси.  
Рақамли босма усулда босилди.  
Шартли босма табоғи: 4. Адади 100 дона. Буюртма № 28/25.

Гувоҳнома № 851684.  
«Тирографф» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.  
Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.