

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ДУРДИЕВ ХАМДАМ БАЗАРБАЕВИЧ

**КОЛОСТАЗНИ ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШНИНГ ТАКТИК ВА
ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Дурдиев Хамдам Базарбаевич

Колостазни жаррохлик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини
такомиллаштириш..... 3

Дурдиев Хамдам Базарбаевич

Совершенствование тактико-технических аспектов хирургического
лечения колостазов..... 25

Durdiev Khamdam Bazarbaevich

Improving the tactical and technical aspects of surgical treatment of
colostasis..... 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 47

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ДУРДИЕВ ХАМДАМ БАЗАРБАЕВИЧ

**КОЛОСТАЗНИ ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШНИНГ ТАКТИК ВА
ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2024.2.PhD/Tib4686 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) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Эгамов Юлдашали Сулаймонович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Нуритдинов Арифжон Талибович тиббиёт фанлари доктори Оразалиев Гафур Базарбаевич тиббиёт фанлари доктори
Етакчи ташкилот:	Самарқанд 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, 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. Колостаз (КС) ёки сурункали қабзият (СК) – даволаш қийин бўлган ва ҳаёт сифатига сезиларли даражада таъсир кўрсатадиган гетероген патология ҳисобланади. Дунё бўйича ҳар йили 2,5 миллион киши шу шикоят билан шифокорга мурожаат қилади, янада кўпроқ одамлар эса бу муаммони мустақил равишда сурги дорилар қабул қилиш орқали ҳал этишга уринадилар. Шу билан бирга, сурункали колостазнинг тарқалиш даражаси 30–40% атрофида ўзгариб туради. Ҳар йили инсонлар сурги дорилар харид қилиш учун 400 миллион доллар сарфлайди.¹ Сурункали қабзиятдан индустриал ривожланган давлатларда меҳнатга лаёқатли катта ёшли аҳолининг тахминан 37–48% азият чекади, 60 ёшдан катта беморлар орасида эса бу кўрсаткич 60% гача етади. Бу эса муаммонинг нафақат муҳим тиббий-ижтимоий, балки геронтологик аҳамиятга ҳам эга эканлигидан далолат беради. Сурункали колостаз билан касалланган беморларда даволаш тактикаси учун мақбул усулни танлаш масаласи ҳанузгача мунозарали бўлиб қолмоқда. Сурункали колостаз жарроҳлиги бир асрдан зиёд тарихга эга бўлишига қарамасдан, ҳозиргача даволаш тактикаси бўйича мунозаралар давом этмоқда. Хирургик даволаш натижалари қониқарсиз функционал натижаларнинг юқори учраш частотаси (20–45%) ҳамда ичаклараро анастомозлар етишмовчилиги (10–25%) сабабли мураккаблашади. Ана шундай ҳолатлар 40–50% ҳолатларда ташрихдан кейинги перитонитга, 50–70% ҳолатларда эса ўлимга сабаб бўлади. Шу муносабат билан сурункали колостазларнинг турли шаклларини хирургик даволашда тактик-техник ёндашувларни оптималлаштириш долзарб вазифа ҳисобланади.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда сурункали колостазни хирургик даволашда ичак резекцияси ҳажми ва чегараларини аниқлаш, ичак моторикасини тиклашда функционал аъзо сақловчи ташрих усуллари ишлаб чиқиш, лапароскопик, робот-ассистентлашган ва гибрид ташрих усуллари амалиётга жорий қилиш бўйича амалга оширилаётган тадқиқотлар долзарб бўлиб қолмоқда, анастомоз чоклари етишмовчилигини олдини олиш ҳамда септик асоратларни бартараф этиш учун антибиотикопрофилактика усуллари такомиллаштириш, ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) протоколларининг 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 усуллари жорий этиш орқали йўғон ичакнинг турли патологияларини даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб

¹ Лечение, причины и симптомы запора // <https://proctolog.ua/poleznoe/statyi/lechenie-i-dagnostika-zaporov>. - 2024.

чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган². Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, хирургик даволашнинг тактик-техник жиҳатларини оптималлаштириш орқали сурункали колостазларнинг турли шакллари даволаш натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий-ижтимоий аҳамияти туфайли хирургик колопроктологиянинг, ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон «Хирургия хизматини трансморфация қилиш, ҳудудларда 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 меърий-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. Колостаз (КС) ёки сурункали қабзият (СҚ) – гетероген патология бўлиб, умумий ва меъда-ичак белгилари мажмуасини ўз ичига олади [Нечай И.А., 2023³]. Колостазнинг кўплаб этиологик омиллари борлиги, одатда, оптимал даволаш тактикаси танлашни қийинлаштиради. Шу билан бирга, беморлар тегишли таъсирга эришмасдан ва мутахассисларда зарур текширувлар ўтказмасдан, мустақил даволашга уришади, натижада ишлатилган ёндашувлар етарли даражада самарали бўлмайди [Ачкасов С.И., 2018⁴]. Кўпчилик дори воситалари нисбатан заиф таъсир кўрсатади, бу эса қабул қилинган дозаларнинг асоссиз ошишига олиб келади ва шу билан бирга, жиддий мўлжаллар яратишга сабаб бўлади [Парфенов А.И., 2016⁵]. Ҳозирги вақтда терапевтик усуллар кенг қўлланилади, аммо адабиёт маълумотлари бу патологияни жарроҳлик даволаш усуллари фаол ишлаб чиқишни кўрсатмоқда. Шу билан бирга,

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

³ Нечай И.А. Лечение хронического толстокишечного стаза (запора) <https://koloproktolog.ru/stati-ozabolevaniyakh/khronicheskij-tolstokishechnyj-staz-zapor>. -2023.

⁴ Ачкасов С.И., Алешин Д.В. Осталось ли место хирургии в лечении медленнотранзитных запоров //Колопроктология. –2018. –Т.2, № 64. –С. 7-13.

⁵ Парфенов А.И., Индейкина Л.Х., Беляева А.А., Павлов М.В. и др. Хронический запор. Методические рекомендации //М. -2016. - 50 с.

колостаз (КС) ёки сурункали қабзият (СК) билан оғриган беморлар гастроэнтеролог-хирурглар томонидан алоҳида диққат билан ўрганилмоқда [Лазебник Л.Б., 2020⁶; Mearin F., 2016⁷].

Ҳолатни қийинлаштираётган жиҳат шундаки, КС ни хирургик даволашнинг қаноатлантирмайдиган натижаларининг фоизи 13-30% оралиғида ўзгаради [Сакулин К.А., 2021⁸]. Сегментар резекциялар (СР) ўтказилган беморларининг 21-40% да қабзиятнинг қайталаниши кузатилган [Tsimogiannis K.E., 2019]. Йўғон ичакнинг СР сидан кейин 8-20% ҳолатларда узоқ муддатли диарея ривожланиши, колэктомиядан кейин илео-ректоанастомоз шакллантирилганда эса бу кўрсаткич 25% га етиши, беморнинг ҳаёт фаолиятига салбий таъсир кўрсатади [Хатьков И.Е., 2020⁹].

Шунингдек, мавжуд адабиётни таҳлил қилиш шундан далолат берадики, ҳозирги вақтга қадар даволаш-диагностик алгоритмини танлаш, операция ҳажмини индивидуаллаштиришга асосланган ёндашувни асослаш бўйича жонли муҳокамалар давом этмоқда, амалиётга тайёргарлик ва операциядан кейинги бошқариш, шунингдек, йўғон ичакнинг резекцияси ҳажмини ва ичаклар ўртасидаги анастомозни шакллантириш усуллари танлаш бўйича аниқ тавсиялар йўқ. Ушбу масалаларни тадқиқ қилиш зарур, чунки улар ушбу патология бўйича даволаш натижаларини янада яхшилашга кўмаклашиши мумкин. Ушбу ҳолатлар тадқиқот ўтказишга туртки берди.

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 хирургик даволашнинг тактик-техник жиҳатларини оптималлаштириш орқали сурункали колостазларнинг турли шакллари даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

сурункали колостазларнинг консерватив ва хирургик даволаш натижаларини касалликнинг босқичи ва оғирлигидан келиб чиқиб ретроспектив таҳлил қилиш, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолати жиҳатлари ва сабабларини аниқлаш;

«чўктирилувчи» усулидаги инвагинацион коло-колоанастомозни такомиллаштириш ва унинг конструктив хусусиятлари ва афзалликларини сурункали колостазларни хирургик даволашда баҳолаш;

жарроҳлик тактикасига киритиш учун икки босқичли даволаш-ташхисот алгоритмини ишлаб чиқиш, жумладан, ичаклараро анастомозни

⁶ Лазебник Л.Б., Туркина С.В., Голованова Е.В. и др. Запоры у взрослых //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2020. –Т. 3, № 175. –С. 10-33.

⁷ Mearin F., Ciriza C., Minguez M. Et al. Clinical practice guideline: irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult //Rev Esp Enferm Dig. - 2016. - V. 108. - P.32-63.

⁸ Сакулин К.А., Карпухин О.Ю. Лечебно-диагностический алгоритм при резистентных формах колоректального запора у взрослых //Вестник современной клинической медицины. –2021. –Т. 14, № 3. –С. 38-43.

⁹ Хатьков И.Е., Кузьмина Т.Н., и др. Синдром резецированного кишечника - термин, определяющий стратегию терапии нутриционной недостаточности //Доктор. Ру. – 2020. – Т. 19, № 7. – С. 59-67.

шакллантириш усуллари ва муддатлари, шунингдек, операцияга тайёргарлик ва операциядан кейинги бошқарув учун махсус чора-тадбирларни белгилаш;

сурункали колостазларнинг хирургик даволашда оптималлаштирилган жарроҳлик тактикаси ва анъанавий ёндашувларнинг натижаларини қиёсий баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида АДТИ Клиникасининг колопроктология бўлими ҳамда Қорақалпоғистон Республикаси Эллиқалъа туман тиббиёт бирлашмасида сурункали қабзият (колостаз) туфайли стационар равишда даволанган 396 нафар беморлар олинган.

Тадқиқот предмети сурункали колостазларни тактик-техник ёндашувларни оптималлаштиришга, йўғон ичак резекцияси ҳажми ва ичаклараро анастомоз шакллантириш усуллари танлашга асосланган хирургик даволашнинг 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:

сурункали колостазларда ичаклараро узлуксизликни тиклаш усулларига боғлиқ ҳолда асоратлар ривожланиши хавфининг клиник ва тактик-техник жиҳатлари аниқланган;

сурункали колостазларда ҳаёт учун хавфли бўлган анастомоз чоклари етишмовчилигини олдини олиш учун «чўктирилувчи» инвагинацион колоколоанастомоз усули такомиллаштирилган;

сурункали колостазларда инвагинацион ва «чўктирилувчи» инвагинацион анастомозлардан фойдаланиш билан бирга хирургик тактикани оптималлаштириш билан даволаш-ташхисот тартиботи такомиллаштирилган;

оператив аралашувларнинг тактик-техник жиҳатларига, ташрихгача тайёргарлик ҳамда ташрихдан кейинги даврни олиб боришга киритилган ўзгартишлар сурункали колостазларни хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имкон бериши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

сурункали колостазларни хирургик даволаш самарадорлигини ошириш имконини берувчи «чўктирилувчи» инвагинацион колоколоанастомоз усулининг клиник самарадорлиги асосланган;

такомиллаштирилган даволаш-ташхисот тартиботи ташхислаш дастурини, колоколоанастомозларни шакллантириш муддати ва усуллари оптималлаштириш имконини бериши аниқланган;

оператив аралашувларни амалга оширишда диагностика, операциягача тайёргарлик ва операциядан кейинги даврни олиб бориш борасида фаол тактикага риоя қилиш, муддатлар ва бажариш усуллари танлашда эса индивидуал ёндашувга амал қилиш мақсадга мувофиқ экани асосланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усуллари

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, сурункали колостазларда ичаклараро узлуксизликни тиклаш усуллариغا 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 сурункали колостазларда ҳаёт учун хавfli бўлган анастомоз чоклари етишмовчилигини олдини олиш учун «чўктирилувчи» инвагинацион колоколоанастомоз усули такомиллаштирилганлиги, икки босқичли даволаш-ташхисот тартиботи ишлаб чиқилганлиги, операцияларнинг тактик-техник жиҳатлари ҳамда хирургик тактика оптималлаштирилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Сурункали колостазларнинг турли шакллари даволаш натижаларини яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

биринчи илмий янгилик: сурункали колостазларда ичаклараро узлуксизликни тиклаш усуллариغا боғлиқ ҳолда асоратлар ривожланиши хавфининг клиник ва тактик-техник жиҳатлари аниқланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 27 августда бi-56/и-сон билан тасдиқланган “Колостазни жарроҳлик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 20 ноябрдаги 01/658-сон ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 8 ноябрдаги 111-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 10 декабрдаги 10/04-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: сурункали колостазларда ичаклараро узлуксизликни тиклаш усуллариининг қўлланилиши жарроҳликдан кейинги асоратлар ривожланиш хавфини камайитириш 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: сурункали колостазларда ичаклараро узлуксизликни тиклаш усуллариға 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: сурункали колостазларда ҳаёт учун хавфли бўлган анастомоз чоклари етишмовчилигини олдини олиш учун «чўктирилувчи» инвагинацион колоколоанастомоз қўйишнинг такомиллаштирилган усули Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 27 августда 61-56/у-сон билан тасдиқланган “Колостазни жарроҳлик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 20 ноябрдаги 01/658-сон ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 8 ноябрдаги 111-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 10 декабрдаги 10/04-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ишлаб чиқилган ва амалиётга жорий этилган «чўктирилувчи» инвагинацион колоколоанастомоз 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 колоколоанастомоз қўйиш усулини қўллаш натижасида шифохонада қолиш муддати анъанавий усулда ўртача 12,4 кундан 6,1 кунгача қисқартирилган. Бир кунлик ётоқ-ўрин преysкуронт 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. Бошқача айтганда, 16 нафар бемор учун анъанавий усулда тахминан 1-2 нафар беморда қайта жарроҳлик талаб қилиниши мумкин бўлса, такомиллаштирилган усул қўлланилиши натижасида ушбу эҳтиёж йўқолган. 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: сурункали колостазларда инвагинацион ва «чўктирилувчи» инвагинацион анастомозлардан фойдаланиш билан бирга хирургик тактикани оптималлаштириш билан даволаш-ташхисот такомиллаштирилган тартиботи Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 27 августда бi-56/и-сон билан тасдиқланган “Колостазни жарроҳлик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 20 ноябрдаги 01/658-сон ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 8 ноябрдаги 111-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 10 декабрдаги 10/04-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ишлаб чиқилган икки босқичли даволаш-ташхисот алгоритмининг амалиётга жорий этилиши қабул вақтиданданоқ 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 икки босқичли ташхисот ва даволаш алгоритмининг амалиётга жорий этилиши натижасида шифохонада ётоқда қолиш муддати ўртача 12,4 кундан 6,1 кунгача қисқарди. Прейскурант 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, бу бир бемор учун ўртача 439250 сўмни ташкил этди. Шу тариқа, умумий ҳисобда бир нафар бемор учун алгоритм қўлланилиши натижасида 2140250 сўм миқдорида иқтисодий самара таъминланди. Умумий ҳисобда 179 нафар беморда алгоритмни қўллаш натижасида жами 383109750 сўм иқтисодий самара таъминланди. Ушбу натижалар алгоритмнинг тиббий хизмат харажатларини оптималлаштириш ва соғлиқни сақлаш тизими ресурсларидан самарали фойдаланиш имконини бериши билан бир қаторда, унинг амалиётга кенг татбиқ этилиши юқори иқтисодий самарадорликка эга эканини кўрсатади.

тўртинчи илмий янгилик: оператив аралашувларнинг тактик-техник жиҳатларига, ташрихгача тайёргарлик ҳамда ташрихдан кейинги даврни олиб

боришга киритилган ўзгартишлар сурункали колостазларни хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имкон бериши исботланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 27 августда 61-56/у-сон билан тасдиқланган “Колостазни жарроҳлик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 20 ноябрдаги 01/658-сон ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 8 ноябрдаги 111-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 10 декабрдаги 10/04-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 олинishiга 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 сўмни 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 сўмни ташкил этган. Қайта жарроҳлик эҳтиёжининг камайиши натижасида қўшимча тежам тадқиқот доирасида 179 бемордан тахминан 10 та қайта жарроҳликнинг олди олинган, бу эса 35000000 сўм иқтисодий самарадорликни таъмаинлаўи исботланган. 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 сўмни, умумий самарадорлик 491629000 сўмни 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 6 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 122 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 **«Сурункали колостазларни хирургик даволаш муаммосининг эпидемиологияси ва ҳозирги ҳолати»** деб номланган биринчи бобида адабиётлар шарҳи тақдим этилган бўлиб, унда сурункали колостазларнинг эпидемиологияси, этиопатогенези, классификацияси ва диагностикаси, шунингдек, сурункали колостазларнинг консерватив ва хирургик даволашга доир замонавий қарашлар кўриб чиқилган. адабиётлар таҳлили натижасида ҳал этилмаган вазифалар ва уларни ечиш йўллари аниқланган.

Диссертациянинг **«Клиник тавсиф ва тадқиқот усуллари»** деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг асосий йўналишлари бўйича маълумотлар келтирилган. Тадқиқотнинг асосини сурункали қабзият (колостаз)дан азият чекувчи АДТИ клиникасининг колопроктология бўлими ҳамда Қорақалпоғистон Республикаси Эллиққалъа тумани тиббиёт бирлашмасида стационар равишда даволанган 396 нафар бемор ташкил этди.

Қабул қилинган беморлар танланмаси шартли равишда икки гуруҳга бўлинди:

Тадқиқотни ташкил этиш белгиланган мақсадга мувофиқ қуйидагича амалга оширилди: биринчи (ретроспектив) босқичда 2015 йилдан 2018 йилгача бўлган даврда сурункали колостаз (СК) билан касалланган ва “анъанавий” жарроҳлик даволаш ёндашувлари қўлланилган 172 (43,4%) нафар бемор натижалари таҳлил қилинди (солиштирув гуруҳи). Ушбу кузатув босқичи натижалари СК билан касалланган беморларда жарроҳлик даволаш натижаларини ўрганиш учун асос бўлиб хизмат қилди (жумладан, операциядан кейинги асоратларнинг хусусияти ва тез-тезлиги, йирингли-септик асоратлар, умумий хусусиятга эга бўлган асоратлар – юрак-қон томир тизими, нафас олиш аъзолари ва ҳ.к. томонидан – ҳамда ўлим ҳолатлари).

Иккинчи босқичда 2019 йилдан 2023 йилгача 224 нафар (56,6%) бемор (асосий гуруҳ)да хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берувчи «чўктирилувчи» инвагинацион колоколоанастомознинг модификация қилинган усули ва такомиллаштирилган даволаш-ташхисот алгоритминини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш амалга оширилди.

Ёш гуруҳлар бўйича таҳлилда беморларнинг катта қисми ёш (165 нафар – 41,7%) ва ўрта ёшдаги (131 нафар – 33,1%) тоифаларга мансуб экани аниқланди. Қари ёшдаги беморлар сони 77 нафарни (19,4%), қарилик ёшидагилар – 23 нафарни (5,8%) ташкил этди. 90 ёшдан юқори бўлган кексалар (узоқ умр кўрувчилар) ушбу тадқиқотда кузатилмади. Бундай «ёшга оид» хусусиятлар, айниқса, кексалар орасида сурункали колостаз билан касалланган беморларда жарроҳлик даволаш мураккаблигини янада оширади, меҳнатга яроқли ёшдаги беморларда эса ногиронлик ва ижтимоий фаолликнинг пасайишига олиб келади.

Жинсга боғлиқ ҳолда касалланиш частотаси таҳлили шуни кўрсатдики, сурункали колостаз билан аёллар эркакларга нисбатан анча кўпроқ жабр чеккан – 74,5% аёллар ва 25,5% эркаклар (таққослаш нисбати тахминан 4:1).

Касаллик давомийлиги бўйича таҳлилга кўра, 183 нафар (46,2%) беморда касаллик муддати 1 йилгача, 113 нафарда (28,5%) – 1 йилдан 5 йилгача бўлган. Асосий қисми – 714 нафар бемор (61,9%) – ана шундай муддат оралиғида бўлган. 6 йилдан 10 йилгача давом этган ҳолатлар 62 нафарни (15,7%) ташкил этган. Энг ташвишли ҳолатлар шундан иборатки, 38 нафар (9,6%) бемор 10 йил ва ундан ортиқ муддат давомида сурункали колостаздан азият чеккан.

Ҳамроҳ терапевтик касалликлар орасида етакчи ўринни юрак-қон томир тизими хасталиклари эгаллади – 112 нафар (28,3%) беморда. Жумладан, юрак ишемик касаллиги (ЮИК) 34 нафарда (8,6%), гипертония касаллиги 52 нафарда (13,1%), стенокардия ва атеросклероз эса 26 нафарда (6,6%) аниқланган.

Компенсация даражасига кўра сурункали колостаз (СК) формалари таҳлил қилинганда, 83 нафар (21,0%) беморда дефекация ритмининг секинлашуви билан кечувчи, сийдик келиши 3 кунгача кечикадиган, қорин оғриғи кам ҳолларда кузатиладиган компенсацияланган форма аниқланган.

59 нафар (14,9%) беморда эса дефекация 3–7 кунга кечикиши, қорин оғриғи ва баъзи бир ичакдан ташқари белгилар билан намоён бўлган субкомпенсацияланган форма кузатилган.

Энг кўп қайд этилган ҳолат – 254 нафар (64,1%) беморда декомпенсацияланган форма бўлиб, у сийдик келишининг 7 кундан ортиқча кечикиши, кучли қорин оғриғи, кўплаб ичакдан ташқари намоён бўлишлар, автоинтоксикация ва узоқ муддатли меҳнатга лаёқатсизлик билан характерланади.

Сурункали колостаз (СК)да 83 нафар (21,0%) бемор консерватив даволашга, 313 нафар (79,0%) эса жарроҳлик даволашга муҳтож деб топилган. Улар орасида транзитор шакл 59 нафарда (14,9%), аралаш шакл эса 254 нафарда (64,1%) кузатилган.

Шуни алоҳида таъкидлаш жоизки, сурункали колостазнинг жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган ҳолатлари фақат қайта-қайта ўтказилган мураккаб консерватив даволаш самарасиз бўлган, шу билан бирга, йирик ичакда унинг узайиши каби иккиламчи ўзгаришлар клиник ва инструментал усуллар билан тасдиқланган беморларда учраган.

Жарроҳлик даволашга муҳтож сурункали колостаз шакллари орасида энг кўп долихосигма – 143 нафар (36,1%) беморда аниқланган. Бошқа шакллардан мегаколон 60 нафарда (15,2%), чап томонли долихоколон 79 нафарда (19,9%), ўнг томонли долихоколон 31 нафарда (7,8%) кузатилган, нормал ўлчамдаги йўғон ичак билан кечадиган сурункали колостаз эса 83 нафар (21,0%) беморда қайд этилган.

Диссертациянинг «**Колостазларнинг клиник кечиши хусусиятлари**» деб номланган учинчи бобида анъанавий ёндашувларда бажарилган операцияларнинг хусусияти таҳлил қилинган, жарроҳлик тактикасининг камчиликлари аниқланган, шунингдек, «чўктирилувчи» инвагинацион коло-колоанастомознинг модификация қилинган усули ва такомиллаштирилган даволаш-ташхисот алгоритми тақдим этилган.

Солиштирув гуруҳига кирган 172 нафар беморда анъанавий ёндашувлар асосида даволаш ўтказилганда, 38 нафарда (22,1%) консерватив даволаш, 134 нафарда (77,9%) эса жарроҳлик аралашувлари амалга оширилган. Консерватив даволаш, асосан, ёш беморларга, касалликнинг қисқа давомийлиги, ҳамроҳ патологиялар мавжудлиги ва компенсирланган форма кузатилган ҳолатларда қўлланилган.

Солиштирув гуруҳидаги (172 нафар) сурункали колостаз (СК) билан жарроҳлик даволашга муҳтож бўлган 134 нафар беморда анъанавий ёндашувларга асосланиб, асосий эътибор радикал ва катта ҳажмли жарроҳлик аралашувларига қаратилган. Жумладан, тотал колэктомия 19 нафарга (14,1%), субтотал колэктомия 30 нафарга (22,4%) қўлланилган. Энг кўп учраган операция тури – сигмасимон ичакни резекция қилиш бўлиб, у 48 нафар (35,8%) беморда бажарилган. Бошқа турдаги операциялардан чап томонлама гемиколэктомия 24 нафарга (17,9%), ўнг томонлама гемиколэктомия эса 13 нафарга (9,7%) қўлланилган (1-жадвал).

1-жадвал

Таққослаш гуруҳида амалга оширилган жарроҳлик операцияларининг хусусияти

Операция хусусияти	Жами (n=134)	
	абс	%
Колонэктомия	19	14,1
Субтотал колонэктомия	30	22,4
Сигмасимон ичак резекцияси	48	35,8
Чап томонлама гемиколонэктомия	24	17,9
Ўнг томонлама гемиколонэктомия	13	9,7
Жами:	134	100

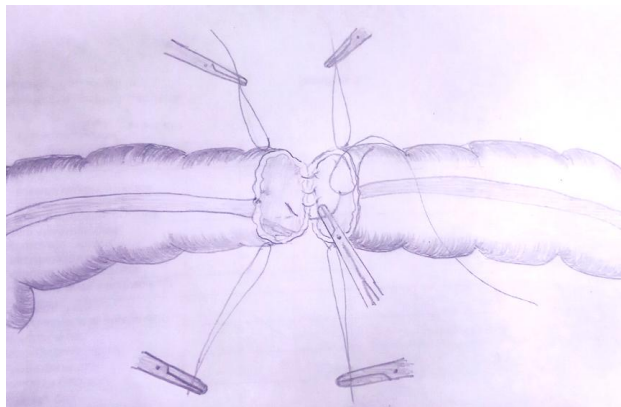
Ретроспектив баҳолаш нуқтаи назаридан солиштирув гуруҳида сурункали колостаз билан касалланган беморларга нисбатан анъанавий жарроҳлик ёндашувларига амал қилинган ҳолда, асосий эътибор радикал операцияларга қаратилган. Жумладан, тотал колэктомия (14,1%) ва субтотал

колэктомия (22,4%) ҳолатлари жами 49 нафарни (36,6%) ташкил этган. Таҳлил натижаларига кўра, бундай аралашувлар кўп ҳолларда юқори асоратлар даражаси билан кечган. Ушбу ҳолатлар асосий гуруҳ беморларида жарроҳлик тактикасини қайта кўриб чиқиш заруратини келтириб чиқарди.

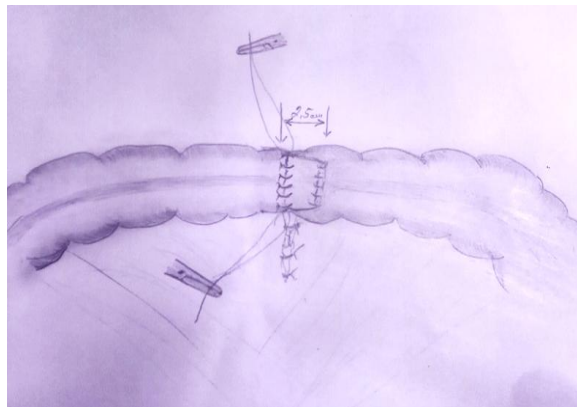
Биз томонимиздан “охири охирига” «чўктирилувчи» инвагинацион колоколоанастомознинг модификация қилинган усули ишлаб чиқилган ва 16 нафар беморда қўлланилган (Ихтиро учун патент №IAP 7807).

Ушбу усул қуйидагича амалга оширилади: эндотрахеал наркоз остида, операция майдони спирт ва йод эритмалари билан ишлов берилгандан сўнг, ўрта чизик бўйлаб лапаротомия қилинади ва қорин бўшлиғи органлари ревизияси ўтказилади. Ичак бўшлиғи очилишидан олдин, иш майдони гигроскопик материал билан эҳтиёткорлик билан чекланади. Кейин, ўзгарган йўғон ичак қисми резекция учун мобилизация қилинади ва олиб ташланади. Шундан сўнг, йўғон ичакнинг олиб келувчи ва олиб кетувчи учлари бири-бирига қийос қилинади ва икки учда ҳам фиксацияловчи «тутгич» чоклар қўйилади. Ичаклар атрофига сероз-мушак-қатлам ва шиллиқ ости қатламни қамраб олувчи №3 ёки №4 атравматик игна ёрдамида тугунли чоклар қўйилади. Бу йўл билан ичак деворининг номдош қатламларини бирлаштириш таъминланади ва чок орқали ривожланиши мумкин бўлган “фитиль эффекти” олди олинади.

Сўнг, ичак атрофига шиллиқ қаватни қўшиб олмаган ҳолда иккинчи қатор сероз-мушак-шиллик ости чоклари (сиртки қават чоклари) қўйилади (1- ва 2-расмлар).



1-расм. Биринчи қатор сероз-мушак-шиллик ости тугунли чокларни қўйиш



2-расм. “Охири охирига” тамойили асосида «чўктирилувчи» инвагинацион колоколоанастомозни шакллантириш билан иккинчи қатор чокларни қўйиш

Ушбу усулнинг афзаллиги ва асосий фарқли жиҳати – ичак деворининг номдош (анатомик бир хил) қатламларини ўзаро бирлаштиришдан иборат бўлиб, бу йўғон ичакнинг кесилган учларини Баугин клапани типига инвагинация билан мослаштириш имконини беради. Бу эса ичаклар бўшлиғидаги босим ўзгариши пайтида биринчи қатор чоклар чизигига тушадиган юкломани сезиларли даражада камайтиради. Шунингдек, номдош тўқималарни бирлаштириш принципага риоя қилиниши анастомознинг бирламчи битишига ёрдам беради, бу эса анастомознинг механик ва биологик мустаҳкамлигини оширади ҳамда “фитиль эффекти” – яъни ички

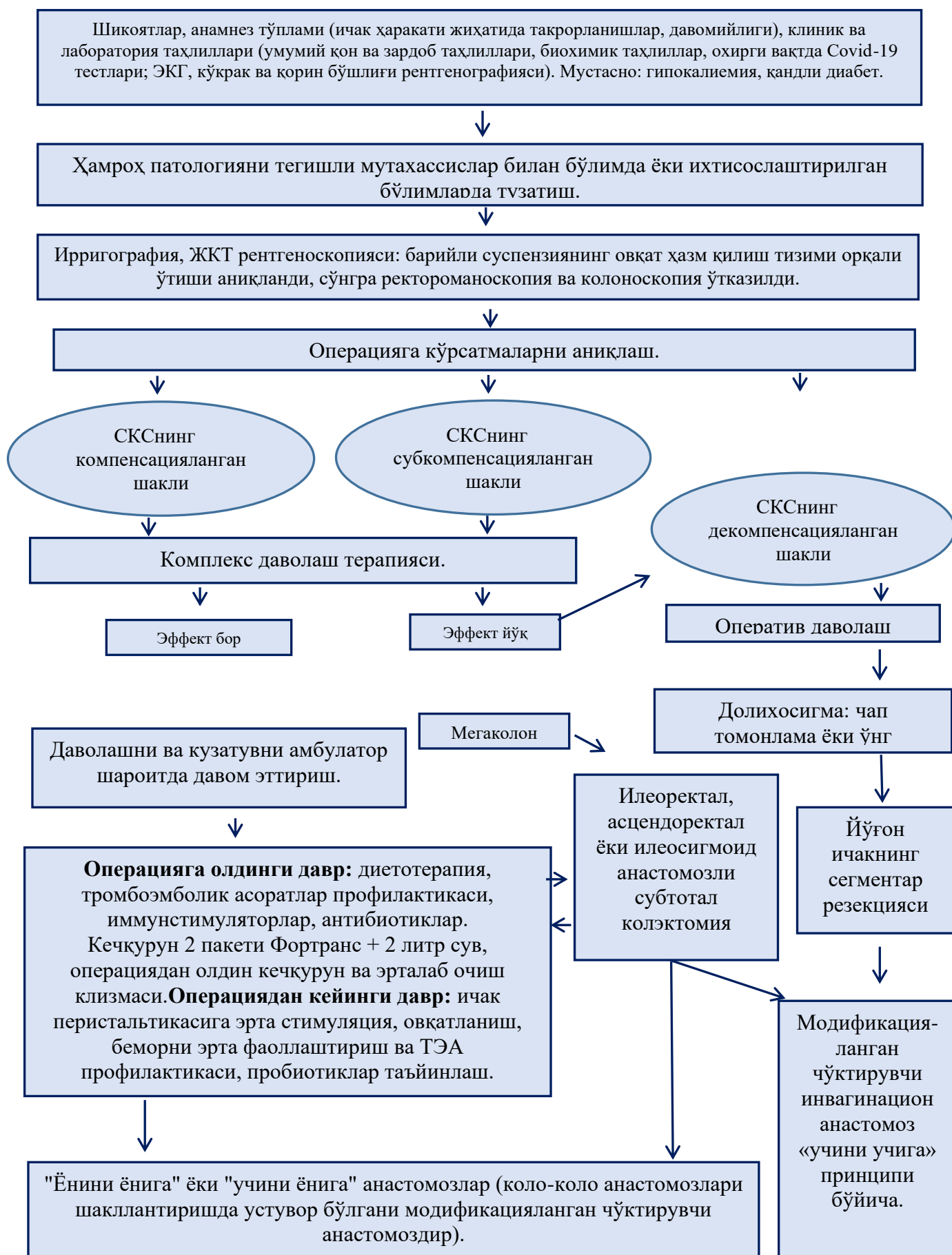
қатламдаги бактерияларнинг ташқарига чиқишини олдини олади. Операция санация, дренаж ўрнатиш ва қорин бўшлиғини тугунли чоклар билан тикаш орқали яқунланади. Модификация қилинган ушбу усул ичакнинг бирлаштирилаётган бўлимларидаги номдош тўқималарни оптимал пластик бирлаштириш тамойилларини яратади. Бу эса анастомознинг битиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади, колоколоанастомоз чокларининг етишмовчилиги хавфини минимал даражага туширади ва йўғон ичакда ишончли анастомоз яратилишини таъминлайди. Шунингдек, Баугин клапанига ўхшаш “янги” сунъий клапан шаклланади, анастомознинг герметиклиги ва механик мустаҳкамлиги ошади, анастомозитлар, анастомоз стенозлари ва қорин бўшлиғидаги йирингли асоратлар частотаси камаяди.

Илмий-тадқиқот ишлари жараёнида биз сурункали колостаз билан касалланган беморларни текшириш ва даволаш жараёнига ўзгартишлар киритдик ҳамда шу орқали даволаш-ташхисот алгоритмини такомиллаштирдик (3-расм). Ушбу алгоритм диссертациянинг учинчи бобида батафсил баён этилган.

Сурункали колостазда биз барча “классик” анастомозлаш усулларини қўллаганмиз. 2019 йилдан бошлаб йўғон ичак участкасини резекция қилгандан сўнг колоколоанастомозларни шакллантиришда устувор усул сифатида томонимиздан ишлаб чиқилган “охири охирига” тамойили асосидаги модификация қилинган «чўктирилувчи» инвагинацион анастомоз қўлланила бошланди. Илеоколоанастомозларни шакллантиришда эса одатдаги анъанавий усуллар – «ёнини-ёнга» ёки «охирини ёнга» тамойиллари асосидаги анастомозлар қўлланилди. Барча жарроҳлик аралашувлари очик усулда, умумқабул қилинган методика асосида бажарилди. Барча ҳолларда операция қорин бўшлиғи ва кичик чанок соҳасини “оқимли” дренаж тизими асосида дренажлаш билан яқунланди.

Бизнинг тажрибамиз шуни кўрсатдики, сурункали колостазни жарроҳлик йўли билан даволашда афзал кўриладиган усул – бу субтотал колэктомия ёки аниқ зарарланган соҳани аниқлаш шарти билан сегментар резекция ҳисобланади. Йўғон ичак участкасини резекция қилгандан сўнг колоколоанастомозларни шакллантиришда устувор усул сифатида томонимиздан ишлаб чиқилган «охири охирига» принципи асосидаги модификация қилинган «чўктирилувчи» инвагинацион анастомоз қўлланилди. Бу жараёнда муваффақиятли натижаларни таъминлаш учун қуйидаги омиллар ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлди: адекват қон таъминотини сақлаб қолиш, ичак учларини тортилмасдан бирлаштириш, анастомознинг етарлича кенглиги ва шовларнинг герметиклиги. Илеоколоанастомозларни шакллантиришда эса анъанавий – «ёнини-ёнга» ёки «охирини ёнга» усуллардан фойдаланилди.

Шу тариқа, сурункали колостаз билан касалланган беморларда такомиллаштирилган даволаш-ташхисот алгоритмига амал қилиш ва «охири охирига» тамойили асосидаги модификация қилинган «чўктирилувчи» инвагинацион колоколоанастомоз усулини кенг қўллаш орқали жарроҳлик тактикаси оптималлаштирилди.



3-расм. Сурункали колостазда такомиллаштирилган даволаш-ташхисот алгоритми.

Диссертациянинг тўртинчи бобида «**Колостазларни хирургик даволаш натижалари**» келтирилган. Колостаз ташхиси қўйилган ва жарроҳлик аралашуви тавсия этилган беморларга қуйидаги операциялар ўтказилган: колонэктомия, субтотал колонэктомия, сигмасимон ичак резекцияси ва гемиколонэктомия. Улардан 179 нафари асосий гуруҳга, 134 нафари эса таққослаш гуруҳига тўғри келади. Шундан келиб чиқадики, таққослаш гуруҳида колонэктомия 19 та (14,1%) ҳолатда амалга оширилган бўлса, асосий гуруҳда бор-йўғи 5 та (2,8%) ҳолатда бажарилган. Таққослаш гуруҳида субтотал колонэктомия 30 та (22,4%) ҳолатда бажарилган бўлса, асосий гуруҳда 29 та (16,2%) ҳолатда амалга оширилган. Шу билан бирга, сегментар резекциялар таққослаш гуруҳида жами 85 та (63,4%) ҳолатда бажарилган (улардан сигмасимон ичак резекцияси – 48 та (35,8%), чап томонлама гемиколонэктомия – 24 та (17,9%) ва ўнг томонлама гемиколонэктомия – 13 та (9,7%)) бўлса, асосий гуруҳда ушбу кўрсаткич 145 та (81,0%) ни ташкил қилган (сигмасимон ичак резекцияси – 90 та (50,5%), чап томонлама гемиколонэктомия – 39 та (21,8%) ва ўнг томонлама гемиколонэктомия – 16 та (8,9%)) (2-жадвал).

2-жадвал

Таққослаш гуруҳларда амалга оширилган хирургик операциялар хусусиятлари

Операция хусусияти	Қиёсий		Асосий	
	абс	%	абс	%
Колонэктомия	19	14,1	5	2,8
Субтотал колонэктомия	30	22,4	29	16,2
Сигмасимон ичак резекцияси	48	35,8	90	50,5
Чап томонлама гемиколонэктомия	24	17,9	39	21,8
Ўнг томонлама гемиколонэктомия	13	9,7	16	8,9
Жами:	134	100	179	100

Яқин давр клиник натижаларини баҳолаш. Колостаз (КС) билан оғриган беморларда юзага келган асоратлар икки гуруҳда (таққослаш ва асосий) қуйидагича таснифланди: йўғон ичакда амалга оширилган операция билан боғлиқ асоратлар (махаллий); операциядан кейинги (жароҳат билан боғлиқ) асоратлар; ҳамроҳ касалликлар билан боғлиқ, яъни тананинг бошқа аъзолари ва тизимларида юзага келиши мумкин бўлган асоратлар (умумий).

Таққослаш гуруҳида операция билан боғлиқ асоратлар 34 нафар (25,3%) беморда кузатилган. 3 нафар (2,2%) беморда жароҳат шовларининг етишмовчилиги натижасида перитонит ривожланган ва барча ҳолларда қайта лапаротомия амалга оширилган. 4 нафар (3,0%) беморда шов етишмовчилиги калли фистуланинг шаклланишига олиб келган, бу ҳам барча ҳолларда қайта лапаротомияни талаб этган. 4 нафар беморда операциядан сўнг анастомоз торайиши кузатилган. 18 нафар беморда давом этаётган қабзият қайд этилган, 5 нафар (3,7%) беморда диарея кузатилган.

Асосий гуруҳда операция билан боғлиқ асоратлар 29 нафар (16,2%) беморда кузатилган. Улардан 1 нафарда (0,6%) шов етишмовчилиги перитонит ривожланишига олиб келган ва барча ҳолларда қайта лапаротомия амалга оширилган. 1 нафарда (0,5%) шов етишмовчилиги калли фистула билан кечган. 3 нафарда (1,7%) операциядан кейин анастомоз торайиши қайд этилган. 17 нафар (9,5%) беморда давом этаётган қабзият кузатилган бўлиб, бу кўрсаткич таққослаш гуруҳига нисбатан анча паст. 7 нафар (3,3%) беморда диарея кузатилган. Солиштирма таҳлил натижасида асосий гуруҳда операция билан боғлиқ операциядан кейинги асоратлар нисбатан 9,1% га камайгани аниқланган. Ичакда ўтказилган операцияларга оид асоратлар асосий гуруҳда таққослаш гуруҳига нисбатан ишончли даражада камайган ($p < 0,25$) (3-жадвал).

3-жадвал

Таққослаш гуруҳларда операциядан кейинги асоратларнинг хусусияти

Асорат хусусияти	Қиёсий (n=134)		Асосий (n=179)	
	абс	%	абс	%
Ичак операцияларига хос бўлган асоратлар				
Чоклар етишмовчилиги перитонит билан	3	2,2	1	0,6
Чоклар етишмовчилиги фекал оқма билан	4	3,0	1	0,6
Операциядан кейинги анастомозит	4	3,0	3	1,7
Давом этувчи қабзият	18	13,4	21	11,7
Диарея	5	3,7	3	1,7
Жами:	34	25,4	29	16,2
t-	—		*	
Жароҳат томонидан асоратлар				
Йиринглашиш	7	5,2	4	2,2
Инфилтрат	12	9,0	11	6,1
Лигатура оқмаси	6	4,5	2	1,1
Жами:	25	18,7	17	9,5
t-	—		**	
Умумий характердаги асоратлар				
Ўпка артериялари тромбоэмболияси	4 (2)	3	2 (1)	1,1
Пневмониялар	11	8,2	6	3,4
Гипертоник криз	5	3,7	5	2,8
Бошқалар	6	4,5	2	1,1
Жами:	26	19,4	15	8,4
t-	—		***	

Изоҳ: () ичида ўлим ҳолати қайд этилган беморлар сони.

← *** - $p < 0,05$ – тўғридан-тўғри олдинги устунга нисбатан,

← ** - $p < 0,15$ – тўғридан-тўғри олдинги устунга нисбатан,

← * - $p < 0,25$ – тўғридан-тўғри олдинги устунга нисбатан.

Таққослаш гуруҳида йирингли-септик асоратлар (жарохат томонидан кузатиладиган асоратлар) 25 нафар (18,6%) беморда аниқланган. Улардан 7 нафарда (5,2%) яраинг йиринглаши, 12 нафарда (8,9%) яра инфилтрати ва 6 нафарда (4,5%) лигатура фистулеси кузатилган. Асосий гуруҳда йирингли-септик асоратлар 17 нафар (9,5%) беморда қайд этилган. Улардан 4 нафарда (2,2%) яраинг йиринглаши, 11 нафарда (6,2%) яра инфилтрати ва 2 нафарда (1,1%) лигатура фистулеси кузатилган. Солиштирма таҳлил шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда йирингли-септик асоратлар сони таққослаш гуруҳига нисбатан 9,1% га камайган (18,6% дан 9,5% гача). Яра томонидан кузатиладиган асоратлар асосий гуруҳда ишончли даражада камайган ($p < 0,15$).

Таққослаш гуруҳида 26 нафар (19,4%) беморда умумий характердаги операциядан кейинги асоратлар ва улар билан боғлиқ ўлим ҳолатлари кузатилган. Хусусан, ўпка артерияси тромбоэмболияси (ЎАТЭ) 4 нафарда (3,0%) аниқланган бўлиб, улардан 2 нафарда (1,5%) ўлим ҳолати қайд этилган. Операциядан кейин пневмония 11 нафарда (8,2%), гипертония кризи 5 нафарда (3,7%) ва бошқа асоратлар 6 нафарда (4,5%) беморда аниқланган.

Асосий гуруҳда умумий характердаги операциядан кейинги асоратлар 15 нафар (8,4%) беморда кузатилган. ЎАТЭ 2 нафарда (1,1%) аниқланган бўлиб, шундан 1 нафарда (0,6%) летал ҳолат қайд этилган. Операциядан кейин пневмония 6 нафарда (3,4%), гипертония кризи 5 нафарда (2,8%) ва бошқа асоратлар 2 нафарда (1,1%) беморда кузатилган.

Солиштирма таҳлилга кўра, асосий гуруҳда умумий асоратлар сони таққослаш гуруҳига нисбатан 11,0% га камайган (19,4% дан 8,4% гача). Умумий характердаги асоратлар асосий гуруҳда ишончли даражада камайган ($p < 0,05$).

Узоқ муддатли натижаларни баҳолаш. Узоқ муддатли натижаларни баҳолашда дефекация частотаси, ахлатнинг хусусияти, ушбу кўрсаткичлар динамикаси, шунингдек, қўшимча дори-дармон билан даволаш зарурияти каби маълумотлар таҳлили асос қилиб олинди. Бундан ташқари, операциядан кейинги узоқ муддатли даврда юзага келадиган асоратлар тўғрисида маълумот олиш ҳам мақсад қилиб қўйилган.

Натижалар колостаз аломатлари, ичак диспепсияси белгилари, консерватив даволашга бўлган эҳтиёж ва унинг давомийлиги ҳамда ўтказилган операция турига қараб – яхши, қониқарли ёки қониқарсиз деб баҳоланди. Узоқ муддатли натижалар биз томонимиздан операциядан кейин 1 ойдан бошлаб, 6 ва 12 ой, 3 йил ва ундан ортиқ муддат давомида ўрганилди.

Хроник колостазни (КС) жарроҳлик йўли билан даволашнинг узоқ муддатли натижаларини кузатиш имкони таққослаш гуруҳида 132 бемордан 119 нафарида (90,1%) ва асосий гуруҳда 178 бемордан 168 нафарида (94,4%) операциядан кейин 1 ойдан 3 йил ва ундан кейинги муддатгача амалга оширилди.

Таққослаш гуруҳида биринчи ойларда беморларда ҳожат чиқиш кундалик равишда – кунига 1 марта кузатилган. Аммо операциядан сўнг 3 ой

ўтиши билан дефекация сони камайиб, 2–3 кунда 1 мартага ва ҳатто ундан кам ҳолатларгача тушган.

Кейинги даврда, яъни 6 ойга келиб, барча беморларда дефекация частотаси ҳафтасига 1–2 марта ёки ундан ҳам кам бўлиб қолган ва бу ҳолат бутун кузатув даври давомида сақланган. Муддат узайиши билан (3 йил ва ундан кўпроқ) ахлатнинг шаклланган кўринишда бўлиши қайд этилган беморлар сони орта бошлаган, бироқ бу кўрсаткич асосий гуруҳга нисбатан паст бўлган.

Таққослаш гуруҳида операциядан кейинги илк ойларда беморларнинг 2/3 қисмида шаклланган ахлат, 1/3 қисмида эса қаттиқ ахлат кузатилган. Уч йил ўтиши билан ҳолат аксинча бўлиб, 63,0% (119 нафардан 75 нафар) беморда шаклланган ахлат, 26,9% (119 нафардан 32 нафар) беморда қаттиқ ахлат сақланиб қолган. Шунингдек, 10,1% (12 нафар) беморда ҳожатни енгиллаштириш учун ёғли шамчалар ёки микроклизмалардан фойдаланиш зарур бўлган (4-жадвал).

4-жадвал

Узоқ муддатли натижалар хусусиятлари

Якуний натижа	Қиёсий		Асосий	
	абс	%	абс	%
Яхши	75	63,0	138	82,1
	–		←↑ 2%	
Қоникарли	32	26,9	23	13,7
	–		←↓ 1,4%	
Ёмон	12	10,1	7	4,2
	–		←↓ 1,3%	
Жами:	119	100	168	100

Изоҳ: ← - энг олдинги устунга нисбатан, ↑ - каттайиш, ↓ - кичрайиш. ←↑ * - $p < 0,05$, ←↓ * - $p > 0,05$.

Асосий гуруҳда операциядан кейинги дастлабки ойларда барча беморларда шаклланган (оформленный) ахлат кузатилган. Уч йил ўтиши билан 168 нафар бемордан 138 нафарида (82,2%) шаклланган ахлат сақланиб қолган, 23 нафарда (13,6%) эса ахлат қаттиқ бўлган. Ҳожатни енгиллаштириш учун ёғли шамчалар ёки микроклизмалардан фойдаланиш зарурияти 7 нафар (4,2%) беморда кузатилган.

Яхши натижалар асосий гуруҳда 138 нафар (82,2%) беморда қайд этилган. Таққослаш гуруҳида эса яхши натижалар фақат 75 нафар (63,0%) беморда аниқланган. Демак, асосий гуруҳда яхши натижаларнинг мутлақ кўрсаткичлари таққослаш гуруҳига нисбатан деярли 2 баробар юқори бўлган ва фоиз кўрсаткичлари ҳам анча яхшиланган.

Қоникарли натижалар – яъни дефекация частотаси 1–2 кунда бир марта бўлиши (қаттиқ ахлат) – асосий гуруҳда 32 нафар (26,9%) ва таққослаш гуруҳида 62 нафар (52,1%) беморда кузатилган.

Дефекация сонининг 4–5 кунда 1 мартага ёки ундан ҳам камайиши ва консерватив даволаш самарасизлиги эса қониқарсиз натижа сифатида баҳоланган.

Асосий гуруҳда қайд этилган қониқарли натижалар таққослаш гуруҳига нисбатан деярли 1,5 баробар кам бўлиб, фоиз кўрсаткичлари ҳам пасайган.

Қониқарсиз натижалар асосий гуруҳда 7 нафар (168 нафардан 4,2%) беморда, таққослаш гуруҳида эса 12 нафар (132 нафардан 10,1%) беморда қайд этилган. Таққослаш гуруҳи беморларининг барчаси доимий равишда консерватив даволашни давом эттирган. Уларнинг айримларига ич юритувчи дори воситалари, прокинетиклар ва ҳатто клизмалардан фойдаланишга тўғри келган. Асосий гуруҳда қайд этилган қониқарсиз натижалар таққослаш гуруҳига нисбатан 1,3 баробар кам бўлган. Барча кўрсаткичлар ишончли даражада фарқ қилган ($p < 0,05$).

Асосий гуруҳ беморларида амалга оширилган жарроҳлик даволаши орқали, ҳатто бир неча йиллар ўтгач ҳам, етарли даражада қониқарли натижаларга эришиш мумкин бўлган. Операциядан кейинги дастлабки ойларда 8 нафар (168 нафардан 4,7%) беморда парҳезга риоя қилиш, нормокинетиклар, ферментлар ва пребиотиклар қабул қилишга эҳтиёж сақланган. Кейинчалик беморларнинг аксарияти дори воситаларини қабул қилишни тўхтатган.

Эътиборга лойиқ жиҳат – ич юритувчи дори воситаларини қўллаш ҳолатларининг 34,4% га камайиши (38,6% дан 4,2% гача). Таққослаш гуруҳида эса 121 нафар (96,6%) беморда парҳез, нормокинетиклар, ферментлар ва пребиотикларни қабул қилиш талаб қилинган.

Хроник колостазни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини таққослаш таҳлили асосий гуруҳда яхши натижалар сонини 19,2% га оширишга (63,0% дан 82,2% гача; $p < 0,05$), қониқарли натижаларни 13,3% га камайитиришга (26,9% дан 13,6% гача; $p < 0,05$) ва қониқарсиз натижаларни 5,9% га қисқартиришга (10,1% дан 4,2% гача; $p < 0,05$) эришиш имконини берди ҳамда тадқиқот мақсадларига эришилди.

Операциядан кейинги узок муддатлардаги дефекация частотаси каби кўрсаткичларга асосланиб айтиш мумкинки, энг яхши натижалар асосий гуруҳ беморларида оптималлаштирилган жарроҳлик тактикаси туфайли қайд этилган.

Шу тарзда, олиб борилган илмий-амалий тадқиқот натижасида колостазда жарроҳлик тактикасига оид алгоритм қўлланган ҳолда модификацияланган усул ва техник ёндашувларнинг ўрни ҳамда аҳамияти аниқлаб берилди. Бу усул юқори клиник самарадорликка эга эканлиги билан ажралиб туради.

Сурункали колостазларда оптималлаштирилган жарроҳлик тактикаси қўлланилиши натижасида операция билан боғлиқ операциядан кейинги асоратлар частотаси 25,3% дан 16,2% гача, йирингли-септик асоратлар 18,6% дан 9,5% гача, умумий характердаги асоратлар эса 19,4% дан 8,4% гача камайди. Шу билан бирга, узок муддатли яхши натижалар кўрсаткичи 63,0% дан 82,2% гача яхшиланди ($p < 0,05$).

Асосий гуруҳда яхши натижалар таққослаш гуруҳига нисбатан деярли 2 баробар юқори бўлган. Қониқарли натижалар эса таққослаш гуруҳига нисбатан тахминан 1,5 баробар кам қайд этилган ва фоиз кўрсаткичлари ҳам шунга мос равишда паст бўлган. Қониқарсиз натижалар ҳам 1,3 баробаргача камайган. Барча кўрсаткичлар ишончли даражада фарқ қилган ($p < 0,05$).

ХУЛОСА

1. Сурункали колостазда даволаш натижаларини таҳлил қилиш орқали операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларининг тузилиши, частотаси ва сабабларини аниқлаш имкони бўлди. Таққослаш гуруҳида операция билан боғлиқ операциядан кейинги асоратлар 25,3% ҳолатда ($p < 0,25$), йирингли-септик асоратлар 18,6% ҳолатда ($p < 0,15$) ва умумий характердаги асоратлар 19,4% ҳолатда ($p < 0,05$) қайд этилди. Шунингдек, касаллик шакли ва турини аниқлашга имкон берадиган мезонлар аниқлаштирилди.

2. Сурункали КСда «чўктирувчи» инвагинацион колоколоанастомознинг модификацияланган усули, йўғон ичак деворларининг бир хил тўқималарини улаш ва чоклар чизигидаги юкни камайтириш орқали, етарли физик ва биологик мустаҳкамликни таъминлайди ва «фитиль» таъсирининг ривожланишини олдини олади.

3. Таклиф этилган такомиллаштирилган икки босқичли даво-ташхис тартиботи жарроҳлик тактикасини тузатиш имконини бериб, тўлиқ ва субтотал колонэктомия каби радикал резекцияларга кўрсатмаларни сезиларли даражада чеклашга хизмат қилди (36,5% дан 19% гача – 17,5% га камайган). Шунингдек, сегментар резекциялар ва оралик ичак анастомозларини шакллантиришга кўрсатмаларни кенгайтириш имконини яратди. Бунда модификацияланган колоколоанастомоз усули афзал ҳисобланади.

4. Таққослаш гуруҳида йўл қўйилган камчиликларни ҳисобга олган ҳолда, шунингдек, сурункали колостазда модификацияланган «чўктирилувчи» инвагинацион колоколоанастомоз усули ва такомиллаштирилган икки босқичли даво-ташхис тартиботига амал қилиш орқали жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш мумкин бўлди.

5. Сурункали колостазда жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтириш имконини берди. Жумладан, операция билан боғлиқ асоратлар 16,2% гача, йирингли-септик асоратлар 9,5% гача, умумий характердаги асоратлар эса 8,4% гача камайди. Шу билан бирга, узоқ муддатли яхши натижалар 63,0% дан 82,2% гача ошди ($p < 0,05$).

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

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ДУРДИЕВ ХАМДАМ БАЗАРБАЕВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОСТАЗОВ**

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) и Информационно-образовательном портале «Ziynet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель:	Эгамов Юлдашали Сулаймонович доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Нуритдинов Арифжон Талибович доктор медицинских наук Оразалиев Гафур Базарбаевич доктор медицинских наук
Ведущая организация:	Самаркандский государственный медицинский университет

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, 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. Колостаз (КС) или хронический запор (ХЗ) - гетерогенная патология, которая трудно поддается лечению и значительно влияет на качество жизни. В мире, 2,5 миллиона человек ежегодно обращаются к врачу с этой жалобой, и еще большее количество пытается справиться с этой проблемой самостоятельно, принимая слабительные. При этом, распространенность хронического КС варьирует в пределах 30-40%. Ежегодно человечество тратит 400 миллионов долларов на покупку слабительных¹⁰. Хроническим запором страдают около 37-48% взрослого трудоспособного населения индустриально развитых стран мира, а заболеваемость среди больных старше 60 лет доходит до 60%, что свидетельствует не только о важной медико-социальной, но и геронтологической значимости проблемы. Вопрос о выборе рационального метода лечебной тактики у больных с хроническим колостазом до настоящего времени остается дискуссионным. Несмотря на более чем вековую историю хирургии хронического КС, до сих пор продолжаются дискуссии в отношении определения тактики лечения. Результаты хирургического лечения омрачаются в связи высокой частотой неудовлетворительных функциональных результатов, которые достигают 20-45%, а также несостоятельность межкишечных анастомозов - 10-25%, которые до 40-50% случаев являются причиной послеоперационного перитонита и в 50-70% - смерти. В связи с этим оптимизация тактико-технических подходов к хирургическому лечению различных форм хронических колостазов представляется актуальной задачей.

В мировой практике в настоящее время актуальными остаются исследования, направленные на определение объема и границ резекции кишечника при хирургическом лечении хронического колостаза, 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 методов антибиотикопрофилактики с целью предотвращения несостоятельности швов и устранения септических осложнений, а также по внедрению протоколов ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), наряду с этим, на основе существующих метаанализов проводятся многоцентровые исследования, направленные на оценку безопасности различных методов формирования толстокишечных анастомозов.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов лечения пациентов с патологией толстой кишки различного генеза за счет внедрения передовых технологий профилактики, консервативного и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества

¹⁰ Лечение, причины и симптомы запора // <https://proctolog.ua/poleznoe/statyi/lechenie-i-dagnostika-zaporov>. - 2018.

оказания населению квалифицированных медицинских услуг¹¹. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения различных форм хронических колостазов 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. Колостаз (КС) или хронический запор (ХЗ) - гетерогенная патология, которая объединяет комплекс общих и желудочно-кишечных признаков [Нечай И.А., 2023¹²]. Наличие множества этиологических факторов колостазов, часто затрудняет выбор оптимальной тактики. При этом, пациенты увлекаются самолечением без достижения должного эффекта и без надлежащего обследования у специалистов, соответственно, используемые подходы к лечению недостаточно эффективны [Ачкасов С.И., 2018¹³]. Большинство медикаментозных средств, оказывают относительно слабый эффект, что приводит к необоснованному увеличению принимаемых доз, а также вызывают привыкание [Парфенов А.И., 2016¹⁴]. К настоящему времени, повсеместно терапевтические методы занимают ведущее значение, однако данные литературы свидетельствуют о активной разработке методик хирургического лечения данной патологии. В связи с этим, больные колостазом (КС) или ХЗ являются предметом пристального внимания гастроэнтерологов-хирургов [Лазебник Л.Б., 2020¹⁵; Mearin F., 2016¹⁶].

¹¹Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов

¹² Нечай И.А. Лечение хронического толстокишечного стаза (запора) <https://koloproktolog.ru/stati-ozabolevaniyakh/khronicheskij-tolstokishechnyj-staz-zapor.-2023>.

¹³ Ачкасов С.И., Алешин Д.В. Осталось ли место хирургии в лечении медленнотранзитных запоров //Колопроктология. –2018. –Т.2, № 64. –С. 7-13.

¹⁴ Парфенов А.И., Индейкина Л.Х., Беляева А.А., Павлов М.В. и др. Хронический запор. Методические рекомендации //М. -2016. - 50 с.

¹⁵ Лазебник Л.Б., Туркина С.В., Голованова Е.В. и др. Запоры у взрослых //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2020. –Т. 3, № 175. –С. 10-33.

¹⁶ Mearin F., Ciriza C., Minguez M. Et al. Clinical practice guideline: irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult //Rev Esp Enferm Dig. - 2016. - V. 108. - P.32-63.

Положение омрачается тем, что частота неудовлетворительных результатов хирургического лечения КС варьирует в пределах 13-30% [Сакулин К.А., 2021¹⁷]. После выполнения сегментарных резекций (СР) у 21-40% больных отмечают рецидив запоров [Tsimogiannis К.Е., 2019]. После СР ободочной кишки отмечается развитие стойкой диареи в 8-20% случаев, а после колэктомии с формированием илео-ректоанастомоза - до 25%, что оказывает негативное влияние на жизнедеятельность пациента [Хатьков И.Е., 2020¹⁸].

Таким образом, проведенный анализ доступной литературы свидетельствует о том, что до настоящего времени ведутся оживленные дискуссии по поводу выбора лечебно-диагностического алгоритма, обосновывающего индивидуализированный подход к выбору объема операции, нет конкретных рекомендаций и лечебно-диагностического алгоритма в плане предоперационной подготовки, послеоперационного ведения больных, а также по выбору объема резекции толстого кишечника и способа формирования межкишечного соустья в зависимости от стадии и тяжести заболевания. Все эти вопросы настоятельно требуют проведения исследований, которые будут способствовать дальнейшему улучшению результатов лечения при данной патологии, что и явилось предметом 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 Андиганского государственного медицинского института.

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения различных форм хронических колостазов путем оптимизации тактико-технических аспектов хирургического лечения.

Задачи исследования:

провести ретроспективный анализ результатов консервативного и хирургического лечения хронических колостазов в зависимости от стадии и тяжести болезни, установить частоту, характер и причины послеоперационных осложнений и летальности.

разработать и внедрить усовершенствованный способ «погружного» инвагинационного коло-колоанастомоза, а также оценить его конструктивные особенности и преимущества при хирургическом лечении хронических колостазов;

разработать двухэтапный лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий внести коррективы, в тактико-технические аспекты, включая сроки и способы формирования межкишечного соустья, а также специфические мероприятия при предоперационной подготовке и послеоперационном ведении;

провести сравнительный анализ результатов лечения хронических

¹⁷ Сакулин К.А., Карпукhin О.Ю. Лечебно-диагностический алгоритм при резистентных формах кологенного запора у взрослых //Вестник современной клинической медицины. –2021. –Т. 14, № 3. –С. 38-43.

¹⁸ Хатьков И.Е., Кузьмина Т.Н., Сабельникова Е.А. и др. Синдром резецированного кишечника - термин, определяющий стратегию терапии нутриционной недостаточности //Доктор. Ру. – 2020. – Т. 19, № 7. – С. 59-67.

колостазов с применением оптимизированной хирургической тактики и традиционными подходами.

Объектом исследования явились 396 больных, страдающих хроническими запорами (колостазом) находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении кафедры хирургии и гражданской обороны Клиники АндГосМИ и Элликкалинском районном медицинском объединении Республики Каракалпакстан.

Предмет исследования составляет оценка эффективности результатов хирургического лечения хронических колостазов, основанный на оптимизации тактико-технических аспектов, выбора объема резекции толстой кишки и способов формирования межкишечных анастомозов.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использовались общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследований заключается в следующем:

определены клинические и тактико-технические аспекты риска развития осложнений в зависимости от способов восстановления непрерывности межкишечного соустья при хронических колостазах;

усовершенствован способ «погружного» инвагинационного колокол-анастомоза при хронических колостазах, который позволяет снизить частоту жизнеугрожающих осложнений, таких как несостоятельность швов анастомоза;

усовершенствован лечебно-диагностический алгоритм, который наряду с применением инвагинационных и «погружного» инвагинационного анастомозов позволил оптимизировать хирургическую тактику при хронических колостазах;

доказано, что внесённые изменения в тактико-технические аспекты оперативных вмешательств, предоперационную подготовку и послеоперационное ведение позволяют улучшить результаты хирургического лечения хронических колостазов.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

обоснована клиническая эффективность способа «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза, позволяющий улучшить результаты хирургического лечения при хронических колостазах;

установлено, что предложенный лечебно-диагностический алгоритм позволит оптимизировать диагностическую программу, сроки и способы формирования колоколоанастомозов;

обосновано, что при выполнении оперативных вмешательств следует придерживаться активной тактики в плане диагностики и предоперационной подготовки, а также послеоперационного ведения, а в плане выбора сроков и способов выполнения – индивидуальной тактики.

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 хронических колостозах, 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 колоколоанастомоза для профилактики жизнеугрожающих осложнений как несостоятельность швов анастомоза при хронических колостозах, 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 различных форм хронического колостоза:

разработан «Модифицированный способ «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза «конец в конец»» (патент на изобретение Республики Узбекистан №IAP 7807 от 30 августа 2024 года). Предложенный способ позволил уменьшить нагрузку на линии швов, которые способствуют уменьшению частоты жизнеугрожающих осложнений в виде несостоятельности швов колоколоанастомоза;

разработаны методические рекомендации «Совершенствование тактико-технических аспектов хирургического лечения колостазов» (заклучения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №10/04 от 10.12.2024 года). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать тактико-технические аспекты и тем самым уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности при хронических колостозах;

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность отделения хирургии Андижанского областного многопрофильного медицинского центра и Андижанского городского медицинского объединения (заклучения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №10/04 от 10.12.2024 года). Внедрение результатов исследований позволили снизить общую частоту послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством с 25,3 до 16,2% ($p < 0,25$), гнойно-септических осложнений с 18,6 до 9,5% ($p < 0,15$) и общих – с 19,4 до 8,4% ($p < 0,05$), соответственно).

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 6 журнальных статей, 5 из которых в республиканских и 1 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 122 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 диссертации **«Эпидемиология и современное состояние проблемы хирургического лечения хронических колостазов»** представлен обзор литературы, где рассмотрены эпидемиология, этиопатогенез, классификация и диагностика хронических колостазов, а также современные взгляды на консервативное и хирургическое лечение хронических колостазов. В результате проведенного анализа литературы определены нерешенные задачи и пути их решения.

Во второй главе диссертации **«Клиническая характеристика и методы исследования»** даны сведения по основным направлениям исследования. Основу работы составили 396 больных, страдающих хроническими запорами (колостазом) находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении кафедры хирургии и гражданской обороны Клиники АндГосМИ и Элликкалинском районном медицинском объединении Республики Каракалпакстан.

Выборка больных при поступлении условно разделены на две группы:

Организация проведения исследования, в соответствии с поставленной целью, заключалась в следующем: на первом (ретроспективном) этапе осуществлен анализ результатов больных КС с «традиционными» подходами к хирургическому лечению за период с 2015 по 2018 годы – 172 (43,4%) больных (группа сравнения). Результаты этого этапа наблюдения явились базой для изучения исходов хирургического лечения больных с КС (характер и частота послеоперационных осложнений, гнойно-септические осложнения и осложнения общего характера (со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и т.д.) и летальности.

На втором этапе проведено разработка и внедрение модифицированного способа «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза и усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма позволяющий оптимизировать хирургическую тактику с 2019 по 2023 годы - 224 (56,6%) больных (основная группа).

Существенно преобладала доля больных в молодом 165 (41,7%) и среднем 131 (33,1%) возрасте. Больные пожилого возраста составили - 77 (19,4%),

старческого – 23 (5,8%). Долгожители - старше 90 лет в наших исследованиях не наблюдались. Такие «возрастные» особенности усугубляют сложность хирургического лечения больных с КС особенно у больных пожилого возраста, а у больных в трудоспособном возрасте в связи с инвалидностью снижением социальной активности.

При анализе частоты заболеваемости в зависимости от пола отмечено, что чаще страдают лица женского пола (74,5% и 25,5% соотношением 4:1).

Длительность заболевания до 1 года установлено у 183 (46,2%) больных, длительность заболевания сроками от 1 до 5 лет установлено у 113 (28,5%), тогда как в основной – у 714 (61,9%), от 6 до 10 лет составили - 62 (15,7%). Вызывает тревогу случаи, когда больные продолжали страдать в течение 10 и более лет и более – 38 (9,6%).

Среди сопутствующей терапевтической патологии ведущими являются сердечно-сосудистые заболевания 112 (28,3%). Так, ИБС в диагностировано у 34 (8,6%) больных, гипертоническая болезнь у 52 (13,1%), а стенокардия и атеросклероз у 26 (6,6%) больных.

Компенсированная форма хронического КС (задержка стула до 3 дней, боли в животе возникают редко), характеризующийся замедлением ритма дефекаций, установлено у 83 (21,0%) больных. Субкомпенсированная форма КС (задержка стула от 3 до 7 дней, боли в животе, наличие отдельных внекишечных проявлений заболевания), характеризующийся замедлением ритма дефекаций отмечено у 59 (14,9%). Наиболее часто диагностировано декомпенсированная формы КС (задержка стула свыше 7 дней, боли в животе с многочисленными внекишечными проявлениями, аутоинтоксикацией, длительной потерей трудоспособности) – 254 (64,1%).

При хроническом КС, 83 (21,0%) больных подлежали консервативному лечению, тогда как 313 (79,0%) – хирургическому лечению (транзиторная форма - 59 (14,9%); смешанная – 254 (64,1%)). Считаем важным отметить, что проявления хронического КС, подлежащим оперативным вмешательствам подлежали лишь больные при безуспешности неоднократного комплексного консервативного лечения, в сочетании с вторичными изменениями в толстой ободочной кишке в виде его удлинения, которые подтверждены клиническими и инструментальными методами исследования.

Среди форм хронического КС подлежащих хирургическому лечению, наиболее часто диагностирована долихосигма выявленная у 143 (36,1%) больных. Тем не менее из других форм, ведущих к хроническому запору, были мегаколон у 60 (15,2%), левосторонний долихоколон у 79 (19,9%), правосторонний долихоколон у 31 (7,8%), КС при нормальных величинах толстого кишечника установлено у 83 (21,0%) больных.

В третьей главе диссертации **«Особенности клинического течения колостазов»** рассмотрены характер выполненных операций при традиционных подходах, определены упущения в хирургической тактике, а также представлен модифицированный способ «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза и усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм.

В группе сравнения из 172 больных при соблюдении традиционных

подходов к лечению, консервативное лечение выполнено в 38 (22,1%) случаев, тогда как хирургические вмешательства выполнены в 134 (77,9%) случаев. Консервативное лечение выполнено преимущественно больным молодого возраста, при коротком анамнезе заболевания, наличии сопутствующей патологии, при компенсированной форме.

В группе сравнения (172 больных) из подлежащих хирургическому лечению (134 больных) больных с КС придерживаясь традиционных подходов к лечению, отдавалось предпочтение к более радикальным и объемным оперативным вмешательствам. Так тотальная колэктомия выполнена 19 (14,1%) больным, субтотальная колэктомия – 30 (22,4%), резекция сигмовидной кишки – наибольшее количество составили больные с резекцией сигмовидной кишки – 48 (35,8%) больных. Другие виды операций, такие как левосторонняя гемиколонэктомия у 24 (17,9%), а правосторонняя гемиколонэктомия у 13 (9,7%) больных (табл.1).

Таблица 1

Характер выполненных оперативных вмешательств в группе сравнения

Характер операции	Всего (n=134)	
	абс	%
Колонэктомия	19	14,1
Субтотальная колонэктомия	30	22,4
Резекция сигмовидной кишки	48	35,8
Левосторонняя гемиколонэктомия	24	17,9
Правосторонняя гемиколонэктомия	13	9,7
Всего:	134	100

С позиций ретроспективной оценки группы сравнения, соблюдая традиционные подходы к оперативным вмешательствам у больных с хроническим КС, отдавалось предпочтение более радикальным операциям. Так частота тотальной (14,1%) и субтотальной (22,4%) колэктомии в целом, составили 49 (36,6%), что, как показал наш анализ, сопровождался высокой частотой осложнений. Данные обстоятельства вызвали настоятельную необходимость пересмотра хирургической тактики в основной группе больных.

Нами разработан модифицированный способ «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза «конец в конец», и применен у 16 больных (Патент на изобретение №IAP 7807). Способ осуществляют следующим образом: под эндотрахеальным наркозом, после обработки операционного поля растворами спирта и йода, проводят срединную лапаротомию и ревизию органов брюшной полости. Выполняли тщательное отграничение гигроскопичным материалом области работы на кишке перед вскрытием просвета, после этого производят мобилизацию с резекцией подлежащего удалению измененного участка толстой кишки. Далее производят сопоставление приводящей и отводящей краев толстого кишечника и для

удобства с двух краев накладываются фиксирующие швы-держалки. По окружности кишок накладываются серозно-мышечно-подслизистые узловые швы на атравматичной игле №3 или №4. Этим самым достигается принцип соединения одноименных слоев соприкасаемых стенок толстой кишки и предотвращается «фитильный эффект» сквозного шва. Затем, циркулярно накладывается второй ряд серозно-мышечно-подслизистых швов, но без захвата слизистой оболочки (рис. 1 и 2).

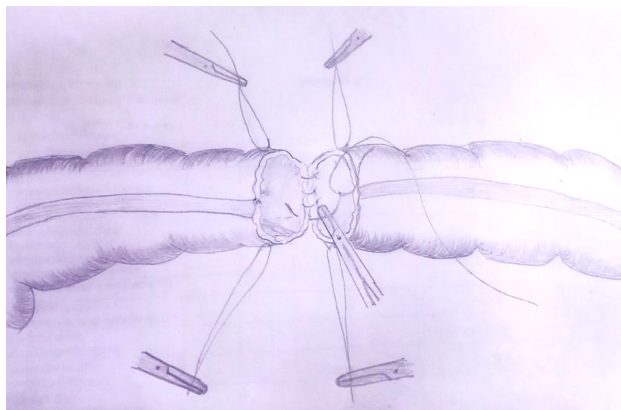


Рис. 1. Накладывание первого ряда серозно-мышечно-подслизистых узловых швов

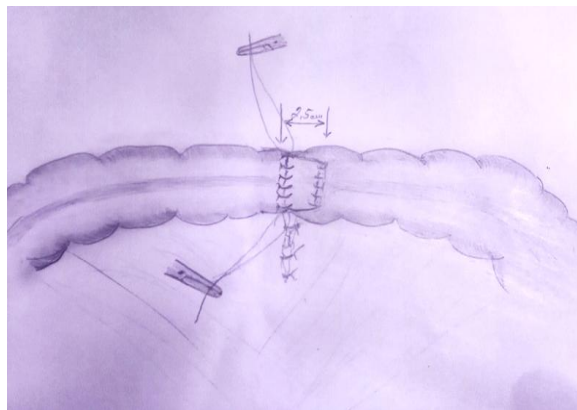


Рис. 2. Накладывание второго ряда швов с формированием «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза по принципу «конец в конец»

Преимуществом и основным отличительным признаком данного способа является соединение одноименных слоев кишок, что позволяет адаптировать соединяемые отрезки толстой кишки с формированием инвагината по типу баугиниевой заслонки способствует значительному уменьшению нагрузки на линию первого ряда швов при изменении давления в просвете кишок, а соблюдение принципа соединения одноименных тканей способствует заживлению анастомоза первичным натяжением, что существенно повышает механическую и биологическую прочность анастомоза, и предотвращает развитие «фитильного» эффекта т.е. предупреждает проникновение бактерий из внутреннего слоя, наружу. Операцию завершают санацией, дренированием и ушиванием наглухо брюшной полости.

Модифицированный способ создает принципы оптимального пластического соединения одноименных тканей соединяемых кишок, что благотворно влияет на его заживление, сводит до минимума риск возникновения несостоятельности швов колоколоанастомоза, обеспечивает создание надежного анастомоза на толстой кишке, создается «новый» искусственный клапан по типу баугиниевой заслонки, повышается герметичность и механическая прочность анастомоза, снижаются частота анастомозитов, стеноз анастомозов, внутрибрюшных гнойных осложнений.

В процессе научно-исследовательской работы мы внесли коррективы в процесс обследования и лечения больных хроническим колостазом, тем самым усовершенствовали лечебно-диагностический алгоритм (рис.3). Данный алгоритм подробно описан в третьей главе диссертации.



Рис. 3. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при КС.

При хроническом КС, мы применяли все «классические» способы анастомозирования. С 2019 года, после резекции участка толстой кишки, при формировании колоколоанастомозов приоритетным является разработанный нами модифицированный способ «погружного» инвагинационного анастомоза по принципу «конец в конец». При формировании илеоколоанастомозов, применяли «традиционные» способы формирования межкишечных анастомозов («бок в бок» или «конец в бок»). 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».

Наш опыт показал, что методом выбора является субтотальная колэктомия или же сегментарная резекция при условии точного установления участка поражения. После резекции участка толстой кишки, при формировании колоколоанастомозов приоритетным является разработанный нами модифицированный способ «погружного» инвагинационного анастомоза по принципу «конец в конец». При этом, сохранение адекватного кровоснабжения, соединение концов кишок без натяжения, достаточны диаметр анастомоза и герметичность швов являются основами успеха. При формировании илеоколоанастомозов, применяли «традиционные» способы формирования межкишечных анастомозов («бок в бок» или «конец в бок»).

Таким образом, у больных с хроническим КС придерживаясь усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма действий и более широкого применения модифицированного способа «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза по принципу «конец в конец» оптимизировали хирургическую тактику.

Оптимизированная хирургическая тактика способствовало к расширению показаний к сегментарным резекциям и существенному ограничению показаний к радикальным оперативным вмешательствам, таких как тотальная и субтотальная колэктомия.

В четвертой главе диссертации представлен **«Результаты хирургического лечения колостазов»**.

Пациентам с колостазом, рекомендованным к хирургическому вмешательству, были выполнены такие операции, как колонэктомия, субтотальная колонэктомия, резекция сигмовидной кишки и гемиколонэктомия. Из них 179 пациентов из основной группы и 134 пациента из группы сравнения. Из этого следует, что колэктомия в группе сравнения выполнено в 19 (14,1%) случаев, тогда как в основной, лишь в 5 (2,8%); в группе сравнения субтотальная колонэктомия выполнена в 30 (22,4%) случаев, тогда как в основной, лишь в 29 (16,2%) случаев; Вместе с тем, в группе сравнения сегментарные резекции выполнены в целом, в 85 (63,4%) случаев (резекция сигмовидной кишки – 48 (35,8%), левосторонняя гемиколонэктомия – 24 (17,9%) и правосторонняя гемиколонэктомия – в 13 (9,7%)), тогда как в основной, - в 145 (81,0%) случаев (резекция сигмовидной кишки – 90 (50,5%), левосторонняя гемиколонэктомия – 39 (21,8%) и правосторонняя гемиколонэктомия – в 16 (8,9%)) (табл.2).

Таблица 2

Характер выполненных оперативных вмешательств в сравниваемых группах

Характер операции	Сравнительная		Основная	
	абс	%	абс	%
Колонэктомия	19	14,1	5	2,8
Субтотальная колонэктомия	30	22,4	29	16,2
Резекция сигмовидной кишки	48	35,8	90	50,5
Левосторонняя гемиколонэктомия	24	17,9	39	21,8
Правосторонняя гемиколонэктомия	13	9,7	16	8,9
Всего:	134	100	179	100

Клиническая оценка ближайших результатов. У пациентов больных с КС возникшие осложнения в группах (сравнения и основная) разделены на: связанные с оперативным вмешательством на толстом кишечнике (местные); послеоперационные (раневые) осложнения. Осложнения, связанные с сопутствующими заболеваниями, которые могут возникать на других органах и системах организма (общие).

В группе сравнения осложнения, связанные с операцией отмечено у 34 (25,3%) больных. Из них несостоятельность швов с развитием перитонита у 3 (2,2%), где во всех случаях проведена релапаротомия. Несостоятельность швов с каловым свищом отмечено у 4 (3,0%) больных, что потребовало релапаротомии во всех случаях. Послеоперационное сужение анастомоза отмечено у 4 (3,0%) больных. Продолжающейся запор отмечен у 18 (13,4%) больных, что является определяющим эффективность операций при КС. Диарея отмечена у 5 (3,7%) больных.

В основной группе осложнения, связанные с операцией отмечено у 29 (16,2%) больных. Из них несостоятельность швов с развитием перитонита у 1 (0,6%), где во всех случаях проведена релапаротомия. Несостоятельность швов с каловым свищом отмечено у 1 (0,5%) больного. Послеоперационное сужение анастомоза отмечено у 3 (1,7%). Продолжающейся запор отмечен у 17 (9,5%) больных, что значительно ниже, чем в группе сравнения. Диарея отмечена у 7 (3,3%) больных. Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством, уменьшилось на 9,1%. Осложнения операций на кишечнике в основной группе по отношению к группе сравнения снижены достоверно ($p < 0,05$) (табл.3).

В группе сравнения гнойно-септические осложнения (осложнения со стороны раны) диагностированы у 25 (18,6%) больных. Из них нагноение раны у 7 (5,2%), инфильтрат раны у 12 (8,9%) и лигатурный свищ - у 6 (4,5%) больных. Гнойно-септические осложнения в основной группе диагностированы у 17 (9,5%) больных. Из них нагноение раны у 4 (2,2%), инфильтрат раны у 11 (6,2%) и лигатурный свищ был у 2 (1,1%) больных. Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота

гнойно-септических осложнений уменьшилось на 9,1% (с 18,6 до 9,5%). Осложнения со стороны раны в основной группе по отношению к группе сравнения снижены достоверно ($p < 0,15$).

Таблица 3

Характер послеоперационных осложнений в сравниваемых группах

Характер осложнение	Сравнения (n=134)		Основная (n=179)	
	абс	%	абс	%
Осложнения характерные для операций на кишечнике				
Несостоятельность швов с перитонитом	3	2,2	1	0,6
Несостоятельность швов с каловым свищом	4	3,0	1	0,6
Послеоперационный анастомозит	4	3,0	3	1,7
Продолжающейся запор	18	13,4	21	11,7
Диарея	5	3,7	3	1,7
Всего:	34	25,4	29	16,2
t-	—		*	
Осложнения со стороны раны				
Нагноение	7	5,2	4	2,2
Инфильтрат	12	9,0	11	6,1
Лигатурный свищ	6	4,5	2	1,1
Всего:	25	18,7	17	9,5
t-	—		**	
Осложнения общего характера				
Тромбоэмболия легочной артерии	4 (2)	3	2 (1)	1,1
Пневмонии	11	8,2	6	3,4
Гипертонический криз	5	3,7	5	2,8
Другие	6	4,5	2	1,1
Всего:	26	19,4	15	8,4
t-	—		***	

Примечание: в () число больных с летальностью. Примечание: в () число больных с летальностью. ← ***- $p < 0,05$ - отношение к самому предыдущему столбцу, ← **- $p < 0,15$ - отношение к самому предыдущему столбцу, ← *- $p < 0,25$ - отношение к самому предыдущему столбцу.

У 26 (19,4%) больных группы сравнения отмечены послеоперационные осложнения общего характера и летальность, связанная с нею. Так ТЭЛА в группе сравнения диагностирована у 4 (3,0%) с летальным исходом в 2 (1,5%) случае. Послеоперационная пневмония диагностирована у 11 (8,2%) больных, гипертонический криз у 5 (3,7%) больных. Другие осложнения у 6 (4,5%) больных. Послеоперационные осложнения общего характера в основной группе отмечены у 15 (8,4%) больных. ТЭЛА в группе сравнения диагностирована у 2 (1,1%) с летальным исходом в 1 (0,6%) случае. Послеоперационная пневмония диагностирована у 6 (3,4%) больных, гипертонический криз у 5 (2,8%) больных. Другие осложнения у 2 (1,1%) больных. Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота общих осложнений уменьшилось на 11,0% (с 19,4 до 8,4%). Осложнения общего характера в

основной группе по отношению к группе сравнения снижены достоверно на $p < 0,05$.

Оценка отдаленных результатов. Оценка отдаленных результатов основывалась на анализе данных о частоте дефекаций, характере стула, динамике этих параметров, а также о необходимости дополнительного медикаментозного лечения. Кроме того, ставилась задача получения сведений об осложнениях отдаленного послеоперационного периода.

Результаты были расценены как хорошие, удовлетворительные или неудовлетворительные в зависимости от отсутствия или наличия симптомов колостазы, кишечной диспепсии и необходимости, и продолжительности консервативного лечения и от перенесенной операции. Отдаленные результаты нами исследованы начиная с 1 месяца после операции и в сроки 6, 12 месяцев, до 3 лет и более.

Отдаленные результаты хирургического лечения КС удалось проследить в группе сравнения у 119 (90,1%) из 132 и у 168 (94,4%) из 178 больных основной группы в сроки от 1 месяца до 3 лет и после операции.

Ситуация по описываемому показателю у больных группы сравнения частота появления стула у больных в первые месяцы после вмешательства составляла 1 раз в сутки. Отмечено снижение количества дефекаций, начиная с 3 месяцев после операции, до одного эпизода в 2 - 3 суток и реже.

В дальнейшем (к 6 месяцам) у всех больных частота дефекаций сократилась до 1 - 2 раз в неделю или реже и сохранялась на этом уровне на протяжении всего срока наблюдения. По мере увеличения сроков (более 3 лет), прошедших после вмешательства, возрастало число больных с оформленным характером стула, однако, число их было меньше, чем в основной группе.

В группе сравнения оформленный стул отмечен у 2/3 больных в первые месяцы после вмешательства, у 1/3 стул был плотным. Через три года ситуация была прямо противоположной: у 63,0% (75 из 119) больных сохранялся оформленный стул, у 26,9% (32 из 119) стул был плотным. Необходимость в использовании масляных свечей или микроклизм отмечали 10,1% (12 из 119) больных (табл.4).

Таблица 4

Характеристика отдаленных результатов

Итоговый результат	Сравнения		Основная	
	абс	%	абс	%
Хороший	75	63,0	138	82,1
	—		←↑ 2%	
Удовлетворительный	32	26,9	23	13,7
	—		←↓ 1,4%	
Плохой	12	10,1	7	4,2
	—		←↓ 1,3%	
Всего:	119	100	168	100

Примечание: ← - отношение к самому предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение. ←↑ * - $p < 0,05$, ←↓ * - $p > 0,05$.

В основной группе оформленный стул отмечен у всех больных в первые месяцы после вмешательства. Через три года оформленный стул сохранялся у 82,2% (138 из 168) больных, у 13,6% (23 из 168) стул был плотным. Необходимость в использовании масляных свечей или микроклизм отмечали 4,2% (7 из 168) больных.

Хорошие результаты отмечены у 138 (82,2%) больных основной группы. В группе сравнения хорошие результаты отмечены лишь у 75 (63,0%) больных. В основной группе абсолютные показатели хороших результатов по отношению к сравнительной группе были почти в 2 раза больше, а процентные показатели повышены.

Удовлетворительные результаты означали сохранение частоты актов дефекации в пределах 1-2 суток (плотный стул), отмечены у 32 (26,9%) больных основной группы и у 62 (52,1%) больных группы сравнения. Сокращение частоты стула до 1 раза в 4-5 суток и реже, неэффективность консервативного лечения расценивали как результат неудовлетворительный.

Удовлетворительные результаты основной группе по отношению к группе сравнения были почти в 1,5 раза меньше и процентные показатели также уменьшены.

Плохие результаты отмечены у 7 (4,2% из 168) больных основной группы, в группе сравнения у 12 (10,1% из 132) больных. Все больные группы сравнения, постоянно продолжали консервативное лечение. Ряду больных этой группы потребовалось применение слабительных, прокинетики и даже клизм. Плохие результаты в основной группе по сравнению к группе сравнения также были низкими до 1,3 раза. Все показатели были достоверны ($p < 0,05$).

У больных основной группы проведенное хирургическое лечение обеспечило вполне приемлемый результат и спустя несколько лет после вмешательства. Необходимость в соблюдении диеты, приеме нормокинетиков, ферментов, пребиотиков сохранялась в 4,7% (8 из 168) случаев в первые месяцы после вмешательства. В дальнейшем от медикаментозной поддержки большинство больных отказались. Обращает на себя внимание уменьшение случаев применения слабительных препаратов на 34,4% (с 38,6 до 4,2%). В группе сравнения соблюдение диеты, прием нормокинетиков, ферментов, пребиотиков потребовалось 121 (96,6%) больным.

Сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического КС в основной группе позволило улучшить частоту хороших результатов на 19,2% (с 63,0% до 82,2%; $p < 0,05$), уменьшить частоту удовлетворительных результатов на 13,3% (26,9% до 13,6%; $p < 0,05$) и плохих – на 5,9% (10,1% до 4,2%; $p < 0,05$) и добиться поставленной цели исследования. Основываясь на таком показателе, как частота дефекаций в сутки в отдаленные сроки после вмешательства, можно сделать вывод, что наилучшие результаты у больных основной группы при оптимизированной хирургической тактике.

Таким образом, проведенным научно-практическим исследованием определена роль и место модифицированной методик и технических приемов операций, с применением алгоритма хирургической тактики при КС отличающаяся высокой клинической эффективностью. Применение

оптимизированной тактики при хронических колостазах позволило снизить частоту послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством, уменьшилось с 25,3 до 16,2%, гнойно-септических осложнений уменьшилось с 18,6 до 9,5%, общих осложнений уменьшилось с 19,4 до 8,4% и улучшением отдаленных хороших результатов с 63,0% до 82,2% случаев ($p < 0,05$).

В основной группе показатели хороших результатов по отношению к группе сравнения были почти в 2 раза больше. Удовлетворительные результаты основной группе по отношению сравнительной группой были чуть 1,5 раза меньше и процентные показатели тоже соотношением сравнительной группой были уменьшены. Плохие результаты также были низкими до 1,3 раза. Все показатели были достоверны ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Анализ результатов лечения при хроническом КС, позволило установить структуру, частоту и причины послеоперационных осложнений и летальности (в группе сравнения – послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством - в 25,3% ($p < 0,25$) случаев, гнойно-септические - в 18,6% ($p < 0,15$), общего характера – 19,4% ($p < 0,05$)), а также уточнить критерии, позволяющие установить форму и тип заболевания.

2. Модифицированный способ «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза при хронических КС, за счет соединения однородных тканей стенок ТК и уменьшения нагрузки на линии швов, обеспечивает достаточную физическую и биологическую прочность и предупреждает развитие «фитильного» эффекта.

3. Предложенный усовершенствованный двухэтапный лечебно-диагностический алгоритм, позволяет внести коррективы в хирургическую тактику, что способствовало существенному ограничению показаний к радикальным резекциям, таких как тотальная и субтотальная колонэктомия (уменьшение на 17,5% - с 36,5 до 19%), а также к расширению показаний сегментарным резекциям и с формированием межкишечного соустья, где предпочтителен модифицированный способ колоколоанастомоза.

4. Учет погрешностей, допущенных в группе сравнения, а также придерживаясь модифицированного способа «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза и усовершенствованного двухэтапного лечебно-диагностического алгоритма при хроническом КС, позволяют оптимизировать хирургическую тактику.

5. Оптимизация хирургической тактики при хроническом КС позволили снизить частоту послеоперационных осложнений, частоту послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством до 16,2%, гнойно-септических осложнений - до 9,5%, общих осложнений - до 8,4% и улучшить отдаленные хорошие результаты с 63,0 до 82,2% ($p < 0,05$).

**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

DURDIEV KHAMDAM BAZARBAEVICH

**IMPROVING THE TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF
SURGICAL TREATMENT OF COLOSTASIS**

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/Tib4686.

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) and on the Information and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor:

Egamov Yuldashali Sulaymonovich
doctor of medical sciences, professor

Official opponents:

Nuritdinov Arifjon Talibovich
doctor of medical sciences

Orazaliev Gafur Bazarbaevich
doctor of medical sciences

Leading organisation:

Samarkand State Medical University

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).

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 research is to improve the results of surgical treatment for various forms of chronic colostasis by optimizing the tactical and technical aspects of surgical treatment.

The object of the research was the analysis of the results of examination and treatment of 396 patients suffering from chronic constipation (colostasis) who were hospitalized in the proctology department of the Department of Surgery and Civil Defense of the ASMI Clinic and the Ellikkala District Medical Association of the Republic of Karakalpakstan.

The scientific novelty of the research is as follows:

clinical and tactical-technical aspects of the risk of complications development depending on the methods of restoration of continuity of interintestinal anastomosis in chronic colostases were determined;

the method of "immersion" intussusception-bell anastomosis in chronic colostases was improved, which allows to reduce the frequency of life-threatening complications, such as failure of anastomotic sutures;

the treatment and diagnostic algorithm was improved, which, along with the use of intussusception and "immersion" intussusception-bell anastomoses, allowed to optimize surgical tactics in chronic colostases;

it was proven that the changes introduced in the tactical-technical aspects of surgical interventions, preoperative preparation and postoperative management allow to improve the results of surgical treatment of chronic colostases.

The implementation of research results. Based on the results of a scientific study to improve the treatment outcomes for various forms of chronic colostasis:

a "Modified method of "immersion" invagination coloanastomosis "end-to-end"" was developed (patent for invention of the Republic of Uzbekistan No. IAP 7807 dated August 30, 2024). The proposed method made it possible to reduce the load on the suture lines, which helps to reduce the incidence of life-threatening complications in the form of coloanastomosis suture failure;

methodological recommendations were developed "Improving the tactical and technical aspects of surgical treatment of colostasis" (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 10/04 dated December 10, 2024). The proposed recommendations made it possible to optimize the tactical and technical aspects and thereby reduce the incidence of postoperative complications and mortality in chronic colostasis;

the obtained scientific results have been implemented in the practical activities of the surgery department of the Andijan Regional Multidisciplinary Medical Center and the Andijan City Medical Association (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 10/04 dated 10.12.2024). The implementation of the research results made it possible to reduce the overall frequency of postoperative complications associated with surgical intervention from 25.3 to 16.2% ($p < 0.25$), purulent-septic complications from 18.6 to 9.5% ($p < 0.15$) and general complications from 19.4 to 8.4% ($p < 0.05$), respectively).

Structure and size of the dissertation. The dissertation consists of 4 chapters, conclusion, summary, practical recommendations, list of references. The volume of the dissertation is 122 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Абдуллажанов Б.Р., Эгамов Ю.С., Ботиров А.К., Дурдиев Х.Б. Модифицированный способ «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза «конец в конец» // Патент на изобретение №IAP 7807 Агентства по интеллектуальной собственности при Министерстве Юстиции Республики Узбекистан от 30.08.2024 г.

2. Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б. Современное состояние эпидемиологии, этиопатогенеза, классификации и диагностики хронических колостазов // Журнал “Медицина и спорт”. 2024, №2. С.143-149. (14.00.00; №23)

3. Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б. Современные взгляды на консервативное и хирургическое лечение хронических колостазов // Журнал “Медицина и спорт”. 2024, №3. С.114-119. (14.00.00; №23)

4. Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при хроническом колостазе // Журнал «Проблемы биологии и медицины». 2024, №4(155). С.293-297. (14.00.00; №19)

5. Egamov Yu.S., Durdiev Kh.B., Botirov A.K., Otakuziev A.Z. Principles of conservative and surgical treatment of chronic colostasis. // International scientific journal “Science and Innovation”. Series D Volume 3 issue 5. P.619.

6. Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А. Принципы консервативного и хирургического лечения хронического колостазы // Журнал «Новый день в медицине». 2025. №4(78). С.76-81. (14.00.00. №22)

7. Egamov Yu.S., Durdiev Kh.B., Botirov A.K., Otakuziev A.Z. Immediate and long-term results of surgical treatment for chronic colostasis // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(8). P.2123-2126 doi:10.5923/j.ajmms.20241408.36 . (14.00.00; №2)

II бўлим (II часть; II part)

8. Дурдиев Х.Б., Эгамов Ю.С. Совершенствование тактико-технических аспектов хирургического лечения колостазов // Методические рекомендации. АГМИ. Андижан, 2024. 19 стр.

9. Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б., Ботиров А.К. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при хроническом колостазе // №DGU 39643 от 07.06.2024 г.

10. Egamov Y.S., Durdiev H.B. Optimized surgical tactics for chronic colostasis // Международная конференция академических наук. Россия, 2024. Т.3, Выпуск 11, С.75-78). <https://doi.org/10.5281/zenodo.14214267>

11. Egamov Y.S., Durdiev H.B. Relationship of some “Typological” features in chronic colostasis // International scientific-online conference “Models and

methods in modern science”. France, 2024. 3(17), P.22-24.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.14214284>

12. Дурдиев Х.Б., Эгамов Ю.С., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического колостазы // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы общей хирургии и хирургических болезней». г.Термез, 5-6 декабря, 2024. С.196.

13. Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Ближайшие результаты оптимизированной хирургической тактики при хроническом колостазе // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы общей хирургии и хирургических болезней». г.Термез, 5-6 декабря, 2024. С.171-172.

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

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 $\frac{1}{16}$. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табағи: 3. Адади 100 дона. Буюртма № 29/25.

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

