

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ҚОСИМОВ САРВАРБЕК МАХАМАДШУКУР ЎҒЛИ

**ЧАП ТОМОНЛАМА ЧАМБАРСИМОН ИЧАК ЎСМАСИЗ
КАСАЛЛИКЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИ
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Қосимов Сарварбек Махамадшукур ўғли

Чап томонлама чамбарсимон ичак ўсмасиз касалликларида жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш.....	3
---	---

Косимов Сарварбек Махамадшукур угли

Оптимизация хирургической тактики при неопуоловых заболеваниях левой половины ободочной кишки.....	25
---	----

Kosimov Sarvarbek Mahamadshukur ugli

Optimization of surgical strategies for non-tumorous left colon diseases.....	47
--	----

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works.....	51
------------------------------	----

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ҚОСИМОВ САРВАРБЕК МАХАМАДШУКУР ЎҒЛИ

**ЧАП ТОМОНЛАМА ЧАМБАРСИМОН ИЧАК ЎСМАСИЗ
КАСАЛЛИКЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИ
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2024.3.PhD/Tib4982 рақам билан рўйҳатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Ботиров Акрам Кодиралиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Ходжиматов Гуломиддин Минходжиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Саттаров Ойбек Тохирович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Етакчи ташкилот:

Самарқанд давлат тиббиёт универсиитети

Диссертация химояси Андижон давлат тиббиёт институти хузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақами 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 рўйҳатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Диссертация автореферати 2025 йил «_____» _____ куни тарқатилди.

(2025 йил «____» _____ даги _____-рақами 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. Ўткир ичак тутилиши (ЎИТ) юз йилдан ортиқ вақтдан бери шошилинч хирургиянинг долзарб муаммоси бўлиб келмоқда. Ҳозирги вақтда жаҳон амалиётида айниқса йўғон ичакнинг ўсма билан боғлик бўлмаган шошилинч касалликлари кузатиладиган bemorlar алоҳида қизиқиш уйғотмоқда. Бу касалликларнинг клиник кўринишлари жуда кўп бўлганлиги туфайли эрта ташхис қўйиш қийинлашади, уларнинг турлича пайдо бўлиши эса бажариладиган операция турини белгилаб беради. Барча ЎИТ шакллари орасида йўғон ичак тутулишининг улуши 29-40% ни ташкил қиласди. Шу билан бирга сигмасимон ичак буралиши 10-18%, дивертикулит 2-9%, Пайр касаллиги, чандиклар, битишмалар ва бошқа ҳолатлар 1,4-7,1% ни ташкил қиласди. Бундан ташқари, йўғон ичак тутулишида операциядан кейинги леталлик 13,4-40% ҳолларда учрайди, айрим шаклларида эса 50-78,4% гача етади ва бу кўрсаткич пасайиш тенденциясини намоён этмаяпти¹. Тадқиқот маълумотларига кўра, ўсмасиз генезли йўғон ичак тутулишини хирургик даволашда тактикани белгилашга оид кўплаб масалалар ҳали ҳам мураккаб ва мунозаралигича қолмоқда. Хирурглар орасида асосий баҳс операция ҳажмини танлаш, шунингдек бир босқичли, икки босқичли ёки кўп босқичли операцияларнинг мақсадга мувофиқлиги борасида юзага келади. Бир босқичли операцияларни бажариш bemornining тезроқ нормал ҳаётга қайтишига эришиш имконини берса-да, ўта хавфли асоратлар юзага келиш эҳтимоли юқорилиги туфайли bemorlarнинг 2/3 қисмида йўғон ичак стомасини шакллантиришга тўғри келади. Шу муносабат билан, ушбу патологияда хирургик тактикани оптималлаштириш замонавий хирургиянинг долзарб вазифаларидан бири бўлиб қолмоқда.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда ўткир йўғон ичак тутулишини хирургик даволашда ичак резекцияси ҳажми ва чегараларини аниқлаш, ичак моторикасини тиклашда функционал аъзо сақловчи ташрих усулларини ишлаб чиқиш, лапароскопик, робот-ассистентлашган ва гибрид ташрих усулларини амалиётга жорий қилиш бўйича амалга оширилаётган тадқиқотлар долзарб бўлиб қолмоқда, анастомоз чоклари етишмовчилигини олдини олиш ҳамда септик асоратларни бартараф этиш учун антибиотикопрофилактика усулларини такомиллаштириш, ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) протоколларининг жорий қилиш бўйича тадқиқотлар давом эттирилмоқда, шунингдек, мавжуд мета-тахлиллар асосида турли усулларда шакллантирилган йўғон ичак анастомозларини хавфсизлигини аниқлаш учун кўп марказли тадқиқотлар ўтказилмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари ташхислаш ва хирургик даволашнинг замонавий тамойиллари ва усулларини жорий этиш орқали йўғон ичакнинг турли

¹ Giuliani G., Formisano G., Milone M. Et al. Full robotic hartmann's reversal: technical aspects and preliminary experience. Colorectal Dis., 2020.

патологияларини даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган². Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, хирургик тактикани оптималлаштириш орқали йўғон ичакнинг чап ярмидаги ўсмага оид бўлмаган шошилинч касалликларнинг асоратларини 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 тизими니 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 қўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида” ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳукуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қиласи.

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. Чап томонлама йўғон ичак тутилишининг шошилинч асоратлари, асосан сигмасимон ичак буралиши, Пайр касаллиги, битишмали жараён ва дивертикуляр касалликни ўз ичига олган ҳолда, бир асрдан ортиқ тарих давомида ичак хирургиясининг долзарб муаммоси бўлиб келган ва ҳануз шундай бўлиб қолмоқда. Савельев В.С. (2014) маълумотларига кўра, ўткир ичак тутилишининг учраш частотаси хирургик стационарларга қорин бўшлифининг ўткир касалликлари билан ётқизилган барча bemорларнинг 7–8% ини ташкил этади³. Шу билан бирга, ўлим кўрсаткичи 5,1–8,4% ни ташкил этиб, барча шошилинч касалликлар орасида етакчи ўринни эгаллайди. Айрим маълумотларга кўра, ҳатто ихтисослашган шошилинч хирургия стационарларида ҳам операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи 16,0% дан 52% гача тебралишини кўрсатади. Сўнгги ўн йилликлардаги тадқиқотлар маълумотларига кўра, ўткир ичак тутилишининг ўсмага оид бўлмаган турларини хирургик даволашда тактикани белгилаш билан боғлиқ кўплаб масалалар ҳали ҳам мураккаб ва

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

³ Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни: учебник в двух т. Т. 1 - 2-е изд. Перераб, и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -720 с.

мунозарали бўлиб қолмоқда⁴. Хирурглар орасида операция ҳажмини танлаш, бир босқичли, икки босқичли ёки кўп босқичли операцияларнинг мақсадга мувофиқлиги масаласида келишмовчиликлар юзага келади⁵. Йўғон ичакнинг чап ярмида бажарилган операциялардан кейинги ўлим кўрсаткичи ўнг ярмидаги аралашувларга нисбатан юқорироқ бўлади⁶. Инвагинацион анастомоз қўлланилиши анастомоз етишмовчилиги ривожланиш эҳтимолини сезиларли даражада камайтиради. Шу боис, ичак анастомозларини шакллантиришнинг янги усувларини излаш тўлақонли равишда асосланган ҳисобланади⁷.

Шуни таъкидлаш керакки, ҳозиргача колонстомага эга беморларни хирургик реабилитация қилиш муаммоси тўлиқ ҳал этилмаган ва долзарблигини сақлаб қолмоқда⁸. Ташибидан кейинги асоратлар ривожланишининг яна бир эҳтимолий хавф омили сифатида узоқ вақт стома сақлаб юриш ва реконструктив-тикловчи амалиётни бажаришдаги қийинчиликлар ҳисобланади. Бу ҳолатлар кўпинча операциядан кейинги асоратлар (18-20%), йирингли-яллигланишли асоратлар (22-26%) ва ўлим билан тугалланиш ҳолатлари (3-7%) билан кузатилади⁹. Сўнгти йилларда тибиёт фан ва техникасининг ривожланиши туфайли лапароскопик операцияларни қўллашга оид айрим маълумотлар хирурглар томонидан эълон қилинмоқда. Бироқ, “анъанавий” тикловчи операциялар лапароскопик усувларга нисбатан ҳали ҳам анча устунликка эга. Адабиёт маълумотлари шуни кўрсатадики, сигмасимон ичак товланиши, Пайра касаллиги, чизилма-ёпишма жараён ва дивертикуляр касалликка оид шошилинч асоратларда бугунги кунда операцияларнинг мутлақ кўпчилиги Гартман амалиёти билан якунланади. Ушбу операциянинг бажарилиш частотаси 37% дан 62% гача тебраниб туради ва кейинчалик тикловчи босқични ўtkазишни талаб қиласди. Бу эса кўп ҳолларда хаётга хавф солувчи операциядан кейинги асоратлар (25–60% гача) ва юқори ўлим кўрсаткичи (6–35%) билан кечади. Колостомага эга беморларни хирургик реабилитация қилиш муаммоси ҳали ўзининг якуний ечимидан йироқдир. Тикловчи босқични ўtkазиш эса 40–72% ҳолларда имконияти бўлмайди ёки юқори частотадаги операциядан кейинги асоратлар билан кечади, ўлим кўрсаткичи эса 19,4% гача етган ҳоллар кузатилган¹⁰. Адабиётларда радикал операциялар “У-симон” анастомоз ҳосил

⁴ Ахметзянов Ф.Ш., Егоров В.И. Оптимизация хирургического лечения пациентов после обструктивных резекций толстой кишки. Новости хирургии. 2017. Том 25. № 5. с-488-493.

⁵ Abis G.S.A., Stockmann H.B.A.C., Bonjer H.J. et al. Randomized clinical trial of selective decontamination of the digestive tract in elective colorectal cancer surgery //Br. J. Surg. –2019. –Vol. 106, № 4. – P. 355-363.

⁶ Christou N., Rivaille T., Maulat Ch. et al. Identification of risk factors for morbidity and mortality after Hartmann’s reversal surgery – a retrospective study from two French centers //Sci Rep. 2020;10:3643.

⁷ Михин И.В., Воронцов О.Ф., Грэб К. и др. Влияние селективной деконтаминации кишечника на частоту развития послеоперационных раневых осложнений и недостаточности анастомозов в колоректальной хирургии (обзор литературы) //Хирургия – 2020. – № 7-8. – С. 56-64.

⁸ Абдуллаев Б.Р., Ботиров Ж.А. Анализ результатов реконструктивно-восстановительных операций у стомированных пациентов //Материалы научно-практической конференции. Андижан - 2020. 637.

⁹ Abis G.S.A., Stockmann H.B.A.C., Bonjer H.J. et al. Randomized clinical trial of selective decontamination of the digestive tract in elective colorectal cancer surgery //Br. J. Surg. –2019. –Vol. 106, № 4. – P. 355-363.

¹⁰ Ботиров Ж.А. Оптимизация хирургической тактики после операции Гартмана //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Андижан. -2023. -56с.

қилиш билан якунланадиган жарроҳлик аралашувлари ҳам маълум. Бироқ, бундай усуллар амалиётда кенг қўлланишга эга бўлмаган¹¹.

Шундай қилиб, адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ушбу патологияни кўриб чиқиша тадқиқотчиларнинг аксарияти муаммонинг фақат айрим жиҳатларига эътибор қаратишган. Бу, бизнинг фикримизча, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларининг юқори кўрсаткичлари сакланиб қолаётган сабаблардан бири ҳисобланади. Шу боис тақдим этилаётган диссертация мавзуси долзарб бўлиб, хирургик тактикани такомиллаштиришга қаратилган бўлиб, ушбу тоифадаги bemорларни даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради.

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

Тадқиқотнинг мақсади хирургик тактикани оптималлаштириш орқали йўғон ичакнинг чап ярмининг ўсмага оид бўлмаган шошилинч касалликларнинг асоратларини даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

йўғон ичакнинг чап ярмининг шошилинч ўсмасиз касалликлари асоратларини жарроҳлик даволашнинг бевосита натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш ва радикал, паллиатив операциялар ва ичак stomasi шаклланишидан кейинги асоратларнинг тузилишини, частотасини ва табиатини аниқлаш;

йўғон ичакнинг чап ярмининг ўсма билан боғлиқ бўлмаган шошилинч касалликлари асоратларида қўлланиладиган “У-шаклли” комбинирланган stomani «чўқтирилувчи» чоклар билан шакллантириш усулини такомиллаштириш;

йўғон ичакнинг чап ярмининг ўсма билан боғлиқ бўлмаган шошилинч касалликлари асоратларида хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берадиган даволаш-ташхисот алгоритмини такомиллаштириш;

йўғон ичакнинг чап ярмининг ўсма билан боғлиқ бўлмаган шошилинч касалликлари асоратларида амалга оширилган радикал (бир вақтнинг ўзида), паллиатив ташрихлар ва йўғон ичак stomasi шакллантирилган ҳолатларда жарроҳлик даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш.

Тадқиқотнинг обьекти 2014–2022 йиллар давомида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали, АДТИ клиникаси ҳамда шаҳар шифохонаси хирургия бўлимларида йўғон ичакнинг чап ярмининг ўсма билан боғлиқ бўлмаган шошилинч касалликлари асоратлари туфайли йўғон ичакда турли хил оператив аралашувлар ўтказилган 139 нафар bemорлар олинган.

¹¹ Мамадиев А.М. Пути улучшения результатов хирургического лечения и реабилитации острой левосторонней толстокишечной непроходимости //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Андижан. -2023. -48с.

Тадқиқот предмети йўғон ичакнинг чап ярмининг ўсма билан боғлиқ бўлмаган шошилинч касалликлари асоратларида оптималлаштирилган тактика асосида қўлланилган даволаш-ташхисот алгоритми ва тақомиллаштирилган «У-шаклли» йўғон ичак стомасини шакллантириш усулининг яқин ва узоқ давр 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 қўйидагилардан иборат:

йўғон ичак чап ярим қисмининг ўスマГА оид бўлмаган ургент касалликлари асоратларида бажариладиган бир босқичли радикал, паллиатив ташрихлар ва ичак стомаларини шакллантиришда асоратларнинг тузилиши, учраш частотаси, хусусиятлари ва сабаблари аниқланган;

йўғон ичак чап ярим қисмининг ўスマСИЗ генезли шошилинч касалликлари асоратларини хирургик даволашда «охирини-ёнга» тамойили бўйича «чўқтирувчи» чоклар билан шакллантириувчи комбинацияланган «У-симон» стома қўйиш усули тақомиллаштирилган;

йўғон ичак чап ярим қисмининг ўスマГА оид бўлмаган ургент касалликларини ташхислаш ва даволашда энг мақбул усулни танлаш имконини берувчи ташхисот-даволаш тартиботи ишлаб чиқилган;

йўғон ичак чап ярим қисмининг ўスマГА оид бўлмаган ургент касалликлари асоратларида бажариладиган бир босқичли радикал, паллиатив ташрихлар ва ичак стомаларини шакллантиришда даволаш натижаларини яхшилашда мақбуллаштирилган хирургик тактиканинг клиник самарадорлиги асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қўйидагилардан иборат:

йўғон ичак чап ярим қисмининг ўスマГА оид бўлмаган ургент касалликларида ташхисот-даволаш алгоритмини ва тақомиллаштирилган комбинацияланган «У-симон» стомани жорий этиш асосида хирургик тактика оптималлаштирилган;

йўғон ичак чап ярим қисмининг ўスマГА оид бўлмаган шошилинч касалликларида ичакни ишончли декомпрессия қилиш билан бирга анастомознинг етарли даражада битиши учун қулай шароит яратиш имконини берувчи тақомиллаштирилган комбинацияланган «У-симон» стомани қўллашнинг клиник самарадорлиги исботланган;

чап томонлама йўғон ичакнинг ўスマСИЗ шошилинч касалликларида модификация қилинган комбинирланган “У-симон” стомани шакллантириш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги bemорлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларидан фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар хамда 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, йўғон ичак чап ярим қисмининг ўスマГА оид бўлмаган ургент касалликлари асоратларида бажариладиган бир босқичли радикал, паллиатив ташрихлар ва ичак стомаларини шакллантиришда асоратларнинг тузилиши, учраш частотаси, хусусиятлари ва сабабларига оид мавжуд билимларни кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар асосида йўғон ичак чап ярим қисмининг ўスマГА оид бўлмаган ургент касалликларида ташхисот-даволаш алгоритми ишлаб чиқилганлиги ва комбинацияланган «У-симон» стомани шакллантириш усули такомиллаштирилганлиги ва шу аснода хирургик тактика оптималлаштирилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Хирургик тактикани оптималлаштириш орқали йўғон ичакнинг чап ярмидаги ўスマГА оид бўлмаган шошилинч касалликларнинг асоратларини даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида:

биринчи илмий янгилик: йўғон ичак чап ярим қисмининг ўスマГА оид бўлмаган ургент касалликлари асоратларида бажариладиган бир босқичли радикал, паллиатив ташрихлар ва ичак стомаларини шакллантиришда асоратларнинг тузилиши, учраш частотаси, хусусиятлари ва сабаблари аниқланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 марта 61-25/и-сон билан тасдиқланган «Чап томонлама ўスマСиз касалликларида жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг 03.06.2024 йилдаги 118/1-сон, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 07.07.2024 йилдаги 79-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 20.06.2024 йилдаги 136/3-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 10 марта 13/20-сон хулосаси). Ижтимоий самараадорлиги: илмий янгиликдан фойдаланишда шошилинч холатларида учрайдиган асоратлар ривожланишини олдини олишга, беморларни даволаш сифатини оширишга шунингдек ўлим кўрсаткичларини камайтиришга имкон беради. Иқтисодий самараадорлиги: йўғон ичак чап ярим қисмининг ўスマГА оид бўлмаган касалликлари асоратларини даволашда ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш касаллик асоратларини олдини олиш ва адекват даволаш усулини қўллаш хисобига bemorlarning стационарда бўлиш муддатини ўртacha 12,8 кундан 6,4 кунгача қисқартириб, шифохонада қолиш тўлов миқдори 2 млн. 300 минг сўмга камайтирган; шифохонада бўлиш даврининг бир неча кунга қисқартирилиши хисобига дори-дармон кам талаб этилган. Хулоса: ётоқ-

ўрин айланмаси ҳаражати камайиши ҳисобига бир нафар bemордан 2 млн. 300 минг сўмни иқтисод қилиш имконини берган.

иккинчи илмий янгилик: йўғон ичак чап ярим қисмининг ўсмасиз генезли шошилинч касалликлари асоратларини хирургик даволашда «охирини-ёнга» тамойили бўйича «чўқтирувчи» чоклар билан шакллантирилувчи комбинацияланган «У-симон» стома қўйиш усули такомиллаштирилганлиги Андижон давлат тибиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 марта бি-25/и-сон билан тасдиқланган «Чап томонлама ўсмасиз касалликларида жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг 03.06.2024 йилдаги 118/1-сон, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 07.07.2024 йилдаги 79-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Намангандан филиалининг 20.06.2024 йилдаги 136/3-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий-техник кенгашининг 2025 йил 10 марта даги 13/20-сон хulosasi). Ижтимоий самарадорлиги: такомиллаштирилган жарроҳлик аралашувининг ҳажми ва шикастланишини сезиларли даражада камайишига, шунингдек перитонит ва ўлимга олиб келувчи асоратларни бартарафлашга имкон беради. Иқтисодий самарадорлиги: илмий янгиликдан фойдаланиш ҳисобига даволашга сарфланган ҳаражатларнинг пасайиши ҳисобига 1 нафар bemор учун (прайスクрант бўйича 1 кунлик ётоқ ўрин 210 минг сўм) 1 млн. 344 минг сўм иқтисод қилинишига имкон берган. Хулоса: ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш натижасида сарфланган материаллар ва дори воситаларини қисқартириш ҳисобига бир нафар bemор учун тадбиқ кўлами бўйича ўртача 1 ойда 5 млн. 320 минг сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

учинчи илмий янгилик: йўғон ичак чап ярим қисмининг ўсмага оид бўлмаган ургент касалликларини ташхислаш ва даволашда энг мақбул усулни танлаш имконини берувчи ташхисот-даволаш тартиботи ишлаб чиқилганлиги Андижон давлат тибиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 марта би-25/и-сон билан тасдиқланган «Чап томонлама ўсмасиз касалликларида жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг 03.06.2024 йилдаги 118/1-сон, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 07.07.2024 йилдаги 79-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Намангандан филиалининг 20.06.2024 йилдаги 136/3-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий-техник кенгашининг 2025 йил 10 марта даги 13/20-сон хulosasi). Ижтимоий самарадорлиги: ишлаб чиқилган ташхисот-даволаш тартиботи, радикал операциялардан сўнг ичак жарроҳлиги билан боғлиқ асоратлар частотасини ва умумий асоратларни статистик

жиҳатдан сезиларли даражада камайтиришга имкон беради. Иқтисодий самарадорлиги: таклиф этилган тартиботни қўллаш орқали 1 нафар bemorning шифохонада қолиш муддатини ўртacha 15,4 кундан 7,7 кунгача қисқартириши хисобига, дори-дармон кам талаб этилган. Хулоса: ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш ётоқ-ўрин айланмаси ҳаражатларининг камайиши хисобига 1 млн. 617 минг сўмни иқтисод қилиш имкон беради.

тўртинчи илмий янгилик: йўғон ичак чап ярим қисмининг ўсмага оид бўлмаган ургент касалликлари асоратларида бажариладиган бир босқичли радикал, паллиатив ташрихлар ва ичак стомаларини шакллантиришда даволаш натижаларини яхшилашда мақбуллаштирилган хирургик тактиканинг клиник самарадорлиги асосланганлиги Андижон давлат тибиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 марта 6i-25/u-сон билан тасдиқланган «Чап томонлама ўсмасиз касалликларида жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг 03.06.2024 йилдаги 118/1-сон, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фаргона филиалининг 07.07.2024 йилдаги 79-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 20.06.2024 йилдаги 136/3-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 10 марта 13/20-сон хулоаси). Ижтимоий самарадорлиги: йўғон ичак чап ярим қисмининг ўсмасиз шошилинч жарроҳлик касалликларида bemorlarни даволашда тавсия этилган ёндашувлардан фойдаланиш жарроҳликдан кейинги ҳаёт сифатини яхшилашга ва ушбу патологияда ўлим кўрсаткичларини камайтиришга ёрдам беради. Иқтисодий самарадорлиги: ишлаб чиқилган усувларни тадбиқ этиш bemorlarнинг меҳнат қобилиятини тезроқ тикланиши хисобига ҳаражатларни камайтиришга, меҳнат қобилиятини йўқотган bemorlar сонининг 12,4% дан 2,6% га қисқаришига имкон берди. Хулоса: бир нафар bemorни ногиронликнинг бир йиллик пенсиясини хисоблаш асосида ногиронликни камайтириш бўйича кутилаётган бир йиллик иқтисодий самара 9 млн. 533 минг сўмни ташкил қиласи.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 4 та ҳалқаро ва 2 та Республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси Республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 128 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 қилингандиги, диссертациянинг ҳажми ва тузилиши ҳақида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг «**Йўғон ичакнинг чап ярмининг ўスマГА ОИД бўлмаган касалликларнинг шошилинч асоратлари билан боғлиқ муаммоларининг замонавий ҳолати**» деб номланган биринчи бобида адабиётлар шархи тақдим этилган бўлиб, унда йўғон ичакнинг чап ярмида ўスマГА ОИД бўлмаган касалликларнинг эпидемиологияси, этиопатогенези ва клиник жиҳатлари, шунингдек, шошилинч асоратларда хирургик даволашнинг замонавий ҳолати ва хирургик реабилитация кўриб чиқилган. Таъкидланишича, йўғон ичакнинг чап ярмида ўスマГА ОИД бўлмаган шошилинч касалликлар тиббий ва ижтимоий аҳамиятга эга бўлиб, хирургик реабилитация муҳим аҳамият касб этади. Шу билан бирга, бир қатор ҳал қилинмаган масалалар мавжуд бўлиб, уларнинг тезкор очими талаб қилинади. Хусусан, ичаклар орасидаги анастомозлар швларининг етишмовчилиги олдини олишнинг асосий йўлларидан бири анастомоз шаклини оптималь равишда танлаш ва биринчи навбатда кечикирилган «Ушакли йўғон ичак анастомози (охиригадан ёнига)»ни ишлаб чиқиш хисобланади. Бу усул тикловчи операциялар муддатини қисқартириш ва натижаларини яхшилаш имконини беради, ва айнан шу масала мазкур тадқиқотнинг асосий мавзусини ташкил этади.

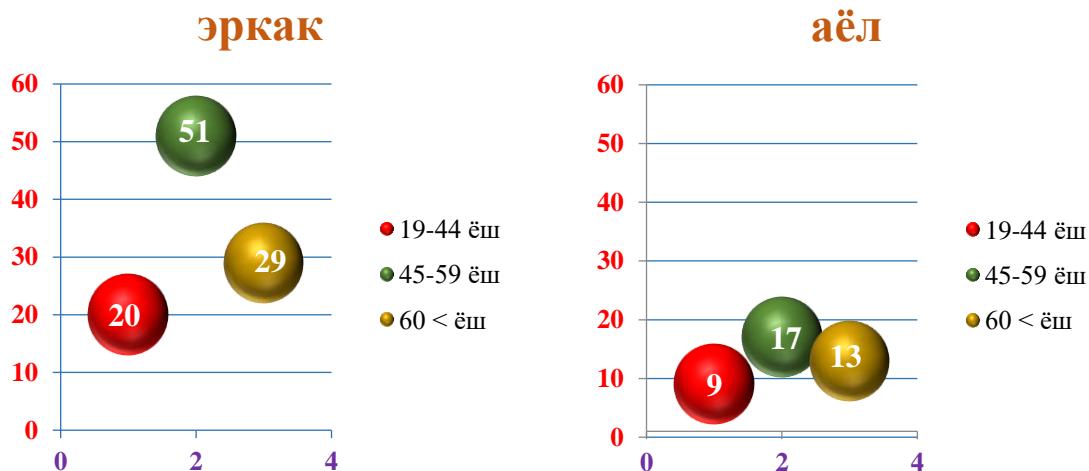
Диссертациянинг «**Клиник тавсиф ва тадқиқот усуслари**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг асосий йўналишлари бўйича маълумотлар келтирилган. Тадқиқотнинг асосини йўғон ичакнинг чап ярмининг ўスマГА ОИД бўлмаган шошилинч касалликлари билан оғриган 139 бемор ташкил этади. Шошилинч операцияларнинг сабаблари сифатида сигмасимон ичак буралиши (СИБ), ўткир битишмали ичак тутилиши, сигмасимон ичак буралишини деторзия қилингандан сўнгги долихосигма ва долихоколон, дивертикуляр касаллик (асоратланган шакллари) кўрсатилган.

Режали операцияларнинг сабаблари эса реконструктив-тикловчи операцияларни (РТО) бажариш билан боғлиқ бўлиб, уларга Гартман амалиётидан сўнг колостомани интраабдоминал ёки экстраабдоминал бартараф қилиш кирган. Ушбу bemорлар 2014–2022 йиллар давомида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали, АДТИ клиникаси ҳамда шаҳар шифохонаси хирургия бўлимларида йўғон ичакда турли хил оператив аралашувлар ўтказилган ва тадқиқот мақсадларига мувофиқ шартли равишда икки гурухга бўлинган:

– таққослаш гурухи – (2014–2018 йиллар) – 81 bemор (58,3%), уларда анъянавий ёндашувлардан фойдаланган ҳолда хирургик даволаш натижалари ретроспектив таҳлил қилинган;

— асосий гурух — (2019–2022 йиллар) — 58 бемор (41,7%), уларда оптималлаштирилган хирургик тактика қўлланилган ҳолда хирургик даволаш бўйича проспектив тадқиқот ўтказилган.

Тадқиқотга олинган bemorларнинг тақсимоти ЖССТ томонидан таклиф қилинган Халқаро ёш классификациясига (2021) мувофиқ амалга оширилди. Йўғон ичакнинг чап ярмида ўсмага оид бўлмаган шошилинч касалликларда энг катта контингент 45–59 ёшдаги bemorлардан иборат бўлиб – 60 киши (48,9%), яъни катта ёшдаги, улар аҳоли орасида энг меҳнат қобилияти юқори бўлган қисмини ташкил этади ва тиббий ҳамда иқтисодий аҳамиятга эга. 19–44 ёшдаги, яъни ёш даврдаги bemorлардан шошилинч тарзда 29 киши (20,9%) операция қилинган бўлиб, улар жамиятимизнинг келажагини ташкил қиласди. 60 ёш ва ундан юқори, яъни кекса ёшдаги bemorлардан шошилинч тарзда 42 киши (30,2%) операция қилинган бўлиб, бу тиббий-ижтимоий аҳамиятга эга (1-расм).



1-расм. Тадқиқотдаги гурухлар бўйича bemorларнинг тақсимоти.

Йўғон ичакнинг чап ярмида ўсмага оид бўлмаган шошилинч операция талаб қилувчи касалликлар бўйича жинсий белгилари таҳлилида, эркаклар 97 киши (69,8%), аёллар эса 42 киши (30,2%) ни ташкил қилиб, нисбат 2:1 ни ташкил этади. 139 bemor орасида шошилинч операцияларга сабаб бўлган ҳолатлар қўйидагича тақсимланган: сигмасимон ичак буралиши (СИБ) ичак гангренаси бўлмаган ҳолда – 74 bemor (53,2%); СИБ ичак гангренаси билан – 17 bemor (12,2%); Долихоколон ва долихосигма – 10 bemor (7,2%); битишмали ичак тутилиш – 13 bemor (9,4%); Дивертикуляр касаллик (асоратланган шакллар) – 25 bemor (18,0%).

Шошилинч операцияларга қабул қилинган bemorларнинг вақт бўйича тақсимоти қўйидагича: госпитализациядан кейинги илк 6 соат ичida – 52 bemor (37,4%); 7–24 соат ичida – 36 bemor (25,9%). Бу ҳолат аҳолининг яхши хабардорлиги ва госпитализациягача диагностика сифатининг яхшиланганини кўрсатади. 24–48 соат оралиғида – 24 bemor (17,3%); 2 суткадан ортиқ вақтда – 27 bemor (19,4%). Бу кечиккан ҳолатлар асосий касалликнинг оғирлиги ва бир вақтда мавжуд бўлган терапевтик ҳамроҳ касалликларнинг тузатишни талаб қилиши билан боғлиқ.

Белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун клиник-лаборатор, инструментал ва статистик тадқиқот усууллари қўлланилган бўлиб, улар ЎзР ССВ тавсияларига мувофиқ сўнгги стандарт методикаларга асосланган.

Диссертациянинг «Йўғон ичак чап ярмининг ўсмага оид бўлмаган касалликларининг шошилинч асоратларида хирургик тактика» деб номланган учинчи бобида bemорларни операциядан олдинги даврда бошқариш протоколи келтирилган бўлиб, унда операциядан олдинги тайёргарлик ишлари bemорлар хирургия бўлимига қабул қилинган вақтдан бошлаб диагностика тадбирлари билан параллел равишда олиб борилган, шунингдек, таққослаш гуруҳида анъанавий даволаш ёндашувлари бўйича қўлланган хирургик тактика ҳам кўрсатилган.

Таққослаш гуруҳида шошилинч операцияларга сабаб бўлган ҳолатлар куйидагида бўлган: сигмасимон ичак буралиши (СИБ) ичак гангренаси бўлмаган ҳолда – 42 bemор (51,9%); СИБ ичак гангренаси билан – 11 bemор (13,6%); битишмали ичак тутилиши – 7 bemор (8,6%); долихоколон ва долихосигма (ДС) – 6 bemор (7,4%); асоратланган дивертикуляр касаллик (ДК) – 15 bemор (18,5%).

Ретроспектив таҳлил натижасига кўра, операциялар қуйидаги вақт оралиғида бажарилган: илк 6 соат ичида – 27 bemор (33,3%); 7–24 соат ичида – 19 bemор (23,5%); 25–48 соат ичида – 15 bemор (18,5%); 48 соатдан ортиқ вақтда – 20 bemор (24,7%). Алоҳида эътиборга сазовор бўлганлар 25–48 соат ичида госпитализациядан сўнг операция қилинган 15 bemор (18,5%) ва 48 соатдан ортиқ вақтда операция қилинган 20 bemор (24,7%) ҳисобланади. Бу контингент асосан 60 ёшдан ошган, касаллик бошланишидан сўнг нисбатан кеч госпитализация қилинган ва интоксикация аломатлари ҳамда оғирроқ ҳамроҳ терапевтик касалликлар мавжуд бўлган шахслардан иборат.

Таққослаш гуруҳида операция ҳажми қуйидагида бўлган: Бирламчи коло-колоанастомозлар – 27 bemор (33,3%), шулардан: «охирини ёнга» тамойили бўйича – 5 bemор (6,2%); «ёнини ёнга» тамойили бўйича – 11 bemор (13,5%); инвагинацион анастомоз шаклида – 11 bemор (13,5%). Шу билан бирга, оғирроқ ҳамроҳ патология мавжудлиги сабабли 6 bemорда (7,4%) Гаген-Торн усулида мезосигмопликация билан деторсия амалга оширилган.

Алоҳида эътиборга сазовор бўлган ҳолат шуки, шошилинч операциялар давомида: 31 bemорда (38,2%) Гартман типи бўйича колостома қўйилган; Т-шаклли комбинирланган стома ва «ёнини охирига» анастомоз – фақат 5 bemорда (6,2%); У-шаклли комбинирланган стома – 3 bemорда (3,7%) амалга оширилган.

42 bemорда (51,9%) СИБ ичак гангренаси бўлмай, бирламчи коло-колоанастомозлар 15 bemорда (18,5%) шакллантирилган: «охирини ёнга» – 3 bemор (3,7%), «ёнини ёнга» – 7 bemор (8,6%) ва инвагинацион анастомоз – 5 bemор (6,2%). Ичакнинг ҳаётийлиги сақланган, оғирроқ ҳамроҳ терапевтик касалликлар ва кекса ёшдаги bemорлар ҳолатларида Гаген-Торн усулида мезосигмопликация билан деторсия 6 bemорда (7,4%) амалга оширилган. Гартман типи бўйича колостома 18 bemорда (22,2%), Т-шаклли комбинирланган стома ва «ёнини охирига» анастомоз – 2 bemорда (2,5%), У-

шаклли комбинирланган стома ва «охирини ёнга» анастомоз – 1 беморда (1,2%) қўйилган. СИБ ичак гангренаси билан кечган 11 беморнинг (13,6%) барчасида колостома шакллантирилган.

Долихоколон (ДК) ва долихосигма (ДС) билан оғриган беморларда бирламчи коло-колоанаастомозлар 2 беморда (2,5%) шакллантирилган: «ёнини ёнга» – 1 бемор (1,2%) ва инвагинацион усулда – 1 бемор (1,2%). Гартман типи бўйича колостома 2 беморда (2,4%), Т-шаклли комбинирланган стома ва «ёнини охирига» анастомоз – 1 беморда (1,2%), У-шаклли комбинирланган стома ва «охирини ёнига» анастомоз – 1 беморда (1,2%) қўйилган. Битишмали ичак тутилишида бирламчи коло-колоанаастомозлар 6 беморда (7,4%) шакллантирилган: «охирини ёнига» – 1 бемор (1,2%), «ёнини ёнга» – 2 бемор (2,5%), инвагинацион усулда – 3 бемор (3,7%), шунингдек, 1 беморда (1,2%) Т-шаклли комбинирланган стома ва «ёнини охирига» анастомоз қўлланган.

ДБ нинг мураккаб шакларида бирламчи колоколоанаастомозлар 4 (4,9%) беморда-«охир-ён томонга» принципи бўйича – 1 (1,2%) - "ёнма - ён" принципи бўйича – 1 (1,2%) ва инвагинация усули билан-ичида шаклланган. 2 (2,5%) бемор. Бир стволли Хартман колостомияси 9 (11,1%) беморда, Т шаклидаги комбинацияланган стома ёнбош – охир анастомоз билан-1 (1,2%) ва "У" шаклидаги комбинацияланган стома охирига ён томонга анастомоз билан - 1 (1,2%) бемор.

Тадқиқот давомида, биз бир йўғон стома қўллаш усулини такомиллаштиридик.

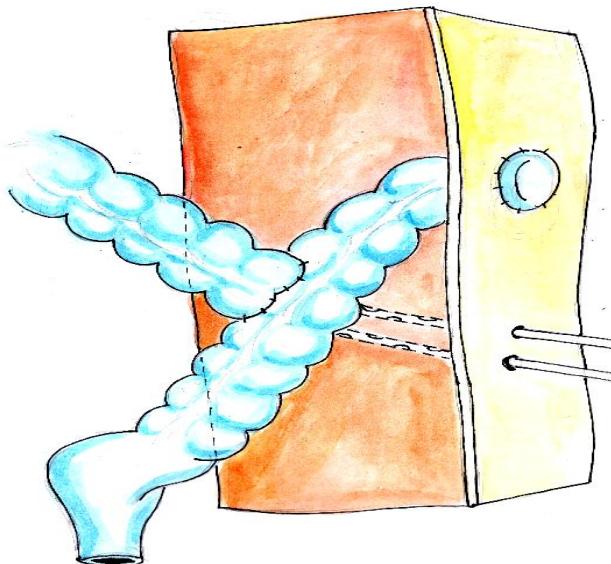
Усул қўйидагича амалга оширилади: эндотрахеал наркоз остида, жарроҳлик майдонини тегишли ишловдан сўнг, ўрта лапаротомия, ўзгарган ичак соҳасини мобилизация қилиш ва резекция қилиш амалга оширилади. Йўғон ичакнинг чап ярмидаги ўсма бўлмаган касалликларнинг шошилинч асоратларининг хусусияти, ўсма касалликларидан фарқли ўлароқ, сигмасимон ичакнинг муҳим қисмини тўғри ичак устида қолдириб, заарланган ҳудудни резекция қилиш имкониятидир. Ректум, сигмасимон ичакнинг бир қисмини камдан-кам истиснолардан ташқари қолдириш мумкин эмас. Бу ҳолат ичакнинг аборал (дистал) учини чап ёнбош соҳасидаги алоҳида кесма орқали қорин олд деворига олиб келиш имконини берди.

Илгари, ичакнинг оғиз (орал) унив аборал (дистал) унив билан таққосланади ва агар унинг узунлиги етарли бўлмаса, у кучланиш белгиларисиз эркин алоқага мобилизация қилинади. Кейин, ичакнинг дистал қисмининг охиридан 20-25 см орқага чекиниб, унинг бўшлиғи 4-4,5 см орасида узунасига очилади. Ичакнинг оғиз (орал) унив ва аборал (дистал) даги ҳосил бўлган тешик ўртасида, ушлагичлар орасида ичак атрофи бўйлаб тугун ичидаги тикувлар қўлланилади. Биринчи қатор чоклар ҳосил бўлгандан сўнг, иккинчи қатор "инвагинацион" тугунли чоклар қўлланилади, бу ерда игна инъекцияси анастомоз чизигидан 0,5 см билан биринчи қатор чизигидан 1,5 см чекинишни бошлайди. бир хил тўқималар сероз-мушак-субмукозал. Кейин игна анастомоз чизигининг қарама – қарши томонига 0,5 см чуқурлик билан

анастомознинг бутун атрофи бўйлаб 2-2, 5 см чуқурлик билан чок қилинади-серо-мушак-субмукозал. Игнанинг девор ичи тиқув ўтиши пайтида ичак бўшлиғи билан алоқа қилмаслик учун ичак шиллиқ қавати ушланмайди. Чокларни маҳкамлаш ва боғлашда инвагинат турига кўра аддуктор ҳалқасини тушириш ҳалқасига" ботириш " билан иккинчи қатор ҳосил бўлади. "охири ён томонга" тамойилига мувофиқ "чўқтирилувчи" Коло-колоанастомоз ҳосил бўлгандан сўнг, париетал қорин парда бу анастомоз остида олдиндан ажратилгандан кейин бутун айлана бўйлаб тикилади. Натижада, ҳосил бўлган анастомоз қорин деворидан ташқарида. Ичакнинг аборал қисмининг учи чап ёнбош минтақасида ҳосил бўлган тешик орқали чиқарилади ва умумий қабул қилинган тарзда ўрнатилади.

Контрапертуралар орқали иккита дренаж трубкаси екстраперитонеал анастомоз майдонига"оқим" тизими шаклида уланади ва терига ўрнатилади.

Операция лапаротомия ярасини санация қилиш ва қатлам-қатлам тикиш билан якунланади. Асептик боғлам қўлланилади (2-расм).



2-расм. Комбинацияланган "У-шакли"даги стома коло-колоанастомоз билан»

Бирламчи анастомоз қўйишга қарши кўрсатмалар бўлганда "чўқтирилувчи" чоклар билан "У-шакли"даги стома ва коло-колоанастомоз шаклидаги компинирланган анастомоз шакллантиришнинг такомиллаштирилган усулининг Гартман операциясига нисбатан бир неча афзалликлари бор:

- инвагинация тури бўйича "инвагинацион" колоколо анастомозининг шаклланиши туфайли анастомоз тиқув чизифидаги юқ камаяди, тиқувнинг "фитил эфекти" бартараф қилинади, анастомознинг механик кучи ва жисмоний зичлигига эришилади;
- шаклланган анастомоз остида қорин пардасини тикиш анастомоз ретракцияси ва пролапсини бартараф қиласи;
- стома орқали таркиби қисман олиб ташлаш ва йўғон ичакнинг проксимал қисмларини қисман, табиий равишда декомпрессия қилиш;

-комбинирланган "У-шакли"даги стомани "чўқтирилувчи" чоклар билан коло-колоанастомозни экстраперитонеал жойлашуви РТО лапаротомиясиз, экстраперитонеал усулдан фойдаланган ҳолда ва энг қисқа вақт ичидаги (15-30 кун) амалга ошириш имконини беради.

- операциянинг тиклаш босқичи амалда ҳаёт учун хавфли асоратлар ва ўлим юзага келишини бартараф этади.

Ўсма бўлмаган йўғон ичакнинг чап ярмининг ўткир тутилиши учун жарроҳлик тактикаси алгоритмини ишлаб чиқдик, унга кўра барча ҳолатларда bemornining умумий аҳволи баҳоланади, ичак тутилишининг клиник кўринишлари аниқланади ва кўшимча асоратлар белгилари аниқланган (3-расм).



3-расм. Ўткир ўсмасиз йўғон ичак тутилишида ташхисот-даволаш алгоритми

Диагностик чора-тадбирлар мажмуаси қуйидаги усулларни ўз ичига олди: клиник текширув, лаборатория диагностикаси; қорин бўшлиғи органларининг ултратовуш текшируви (ултратовуш); МСКТ, йўғон ичакни контраст ва контраст бўлмаган рентгенологик тадқиқотлар усуллари (қорин бўшлиғининг рентгенограммаси, контраст модданинг ўтиши билан оғиз энтерографияси ичак орқали); эндоскопик усуллар (ректороманоскопия, фиброколоноскопия, ирригоскопия).

Қорин шишиши ва ичакнинг хажми катталашишида ультратовуш диагностикасини ўтказиш ва талқин қилиш қийин кечди, бу фақат 1/3 ҳолларда ўткир ичак тутилиши ташхисини тасдиқлаш имконини берди.

Бизнинг маълумотларимизга кўра, 90% ҳолларда КТ текшируви йўғон ичак буралиши даражасини аниқлашга имкон берди.

Эндоскопик усуллар – ректороманоскопия ва колоноскопия диагнозни тасдиқлаш имконини беради. Колоноскопияни ўтказиш учун қарши кўрсатма сифатида декомпенсацияланган ичак тутилиши, диастатик перфорация, перитонит ва беморнинг жуда оғир умумий ҳолати ҳисобланади.

Ушбу маълумотларга асосан беморнинг ҳолати баҳоланади ва кейинги тактика белгиланади. Шу билан бирга, терапевтик патологияни аниқлашга қаратилган тадбирлар ва профиль мутахассислар билан маслаҳатдан сўнг қўшимча тадқиқотлар ҳам олиб борилган. Терапевтик патология аниқланганда уни тузатиш амалга оширилган. Йўғон ичакнинг чап ярмида ўスマга оид бўлмаган ўткир тутилиши билан оғриган беморларни даволашда қуйидаги принципларга амал қилинган: агар механик ОКН диагнозида шубҳа бўлса ва перитонеал симптоматика бўлмаса, консерватив даволаш ўтказиш зарурлигига ишора қиласи; консерватив терапия самарадорлиги тутилиши аломатлари ошган сари камаяди; рентгенда Клойбер косачалари аниқланса, бу декомпенсацияланган ичак тутилиши ёки сигмасимон ичак товланиши борлигини кўрсатиб, шошилинч операция талаб қиласи.

Агар перфорация ва перитонит аломатлари бўлмаса ва ЗСК ичак некрозисиз бўлса, «охирини ёнига» принципига мувофиқ «чўқтириувчи» инвагинацион анастомоз тавсия қилиниш мумкин. Биламчи коло-колоанастомоз шакллантиришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, йўғон ичакнинг чап ярмида ўスマга оид бўлмаган шошилинч хирургия шароитида танлов усули сифатида «охирини ёнига» принципидаги У-шаклли комбинирланган стома ҳосил қилиш тавсия қилинади.

Агар йўғон ичакнинг олиб келувчи қисми ортиқча кенгаймаган бўлса, коло-колоанастомоз билан «ёнига охирини» анастомозга эга комбинирланган Т-шаклли стома ҳосил қилиш имконияти мавжуд. Дивертикуляр касалликнинг асоратлари (перфорация, ўткир ичак тутилиши)да заараланган бўлимни резекция қилиш ва «охирини ёнга» принципидаги «чўқтириувчи» инвагинацион анастомоз ҳосил қилиш ёки У-шаклли комбинирланган стома ва Т-шаклли стома шаклида амалга ошириш тавсия қилинади.

Ичак ортиқча кенгайган ва сигмасимон ичак товланишида некроз юз берган ҳолатларда – Ҳартман типи бўйича ягона колостома қўйилади. Сўнг вақтларда устувор ҳисобланадиган усул сифатида биз ишлаб чиқсан У-

шаклли комбинирланган стома ҳосил қилиш тавсия қилинади. Битишмали ичак тутилишида бошланғич коло-колоанастомозлар «охиридан ёнига» принципидаги «чўқтирилувчи» инвагинацион усулда шакллантирилади, шунингдек, Т-шаклли ва У-шаклли комбинирован стомалар ҳам ўз методикамизга кўра қўлланади. Ичак ҳаётбардошлиги сақланган ва оғирроқ ҳамроҳ терапевтик касалликлар мавжуд бўлган ҳолатларда Гаген-Торн усулида мезосигмопликация билан деторсия тавсия қилинади.

Гартман туридаги операциялардан сўнг, агар стома, тери ва параколостомик асоратлар бўлмаса ҳамда диастаз йўқ ёки диастаз 10 см дан кам бўлса, реконструктив-тикловчи операция (РТО) ўтказиш учун 3–6 ой ва ундан кўпроқ вақтдан кейин кўрсатма қўйилади. Комбинирован йўғон ичак stomаси қўйилган ҳолларда эса тикловчи босқич операциядан сўнг 30–45 кун ичида амалга оширилади. Йўғон ичакнинг чап ярмидаги ўткир тутилиши, бошқа ҳеч қандай абдоминал патологиядан кўра, клиник аломатларнинг ички мазмунини тушунишни, индивидуал даволаш тактикаси ва энг кам хавфли операция усулини танлашни талаб қиласди.

Асосий гуруҳда операция ҳажми қуйидагича бўлган: бошланғич коло-колоанастомозлар 17 bemорда (29,3%) бажарилган, аммо таққослаш гурухидан фарқли ўлароқ, «охиридан ёнига» принципидаги «чўқтирилувчи» инвагинацион анастомозлар қўлланилган. Шу билан бирга, оғирроқ ҳамроҳ патология мавжудлиги сабабли Гаген-Торн усулида мезосигмопликация билан деторсия фақат 4 bemорда (6,9%) амалга оширилган. Алоҳида эътиборга сазовор жиҳат шуки, асосий гуруҳда, таққослаш гурухидан фарқли равишда, Т-шаклли комбинирланган стома 10 bemорда (17,2%) ва У-шаклли комбинирланган стома 16 bemорда (27,6%) қўлланган.

Чап ярим йўғон ичакнинг ўсмага оид бўлмаган касалликлари кузатиладиган bemорларда амалий тажрибанинг органи сари биз хирургик тактикани оптималлаштиридик ва анъанавий усулда бажарилган жарроҳлик амалиётларидағи тактик-техник хатоларни пухта таҳлил қиласди. Бу эса «чўқтирилувчи» инвагинацион анастомозлар ҳамда «охирини ёнбошга» тамойилига асосланган «У»-шаклдаги бирлаштирилган стома қўллаш кўрсатмаларини кенгайтиришга асос бўлди.

Диссертациянинг бешинчи бобида «Йўғон ичакнинг чап ярмида ўсмага оид бўлмаган касалликларнинг шошилинч жарроҳлигига хирургик даволаш натижаларининг қиёсий баҳолаш» ўтказилган. Шошилинч ривожланувчи йўғон ичакнинг чап ярми касалликларида хирургик тактикани оптималлаштириш натижасида, таққосланаётган гурухларда эрта (биринчи 24 соат ичида) оператив аралашувлар улушкининг 56,8%дан 72,4%гача (15,6%га ошиш) органи ва кечикирилган (бир суткадан кейинги) операциялар улушкининг эса 43,2%дан 27,6%гача (15,6%га камайиш) қайд этилди.

Таққосланаётган гурухларда ичак стомасини қўйишга олиб келган патология сабаблари бўйича bemорлар контингентида статистик жиҳатдан ишончли фарқ кузатилмади. Бироқ, биринчи 24 соат ичида ўтказилган эрта операциялар улушкининг 56,8%дан 72,4%гача ошиши (1,3 баробар, 15,6%га

күпайиш) ва аксинча, бир суткадан кейин амалга оширилган кечикирилган операциялар улушкининг 43,3%дан 25,5%гача камайиши (1,7 баробар, 17,8%га камайиш) статистик жиҳатдан ишончли деб топилди ($p<0,05$).

Қиёслаш гуруҳида 27 нафар (33,3%) bemорда бирламчи анъанавий усулда ичаклараро анастомозлар шакллантирилган. Паллиатив операциялар – деторсия, пликация ва пексия 6 нафар (7,4%) bemорда бажарилган. Шу билан бирга, 54 нафар (66,7%) ҳолатда ичак stomалари қўйилган. Улар ичида асосий жарроҳлик аралашуви сифатида Гартман амалиёти 40 нафар (49,4%) ва 8 нафар (9,9%) bemорда комбинирланган stomалар бажарилган.

Асосий гуруҳда юқорида қайд этилган ҳолатларда бирламчи анастомозларни шакллантиришда фақат бизнинг модификациямиздаги «чўқтирилувчи» инвагинацион анастомоз қўлланилди – 17 (29,3%) ҳолатда. Паллиатив жарроҳлик аралашувлари – деторсия, пликация ва пексия 4 (6,9%) bemорда бажарилди. Шу билан бирга, 37 (63,8%) bemорда ичак stomалари шакллантирилди. Улар орасида ичак stomаси қўйиш сабаби сифатида Гартман амалиёти фақат 11 (19,0%) ҳолатда бажарилган бўлиб, 26 (44,8%) bemорда комбинирланган stomалар шакллантирилган.

Қиёсий таҳлил шуни кўрсатдик, асосий гуруҳда бирламчи межичак анастомозларини шакллантиришда фақат «чўқтирилувчи» инвагинацион анастомозлар қўлланилган. Мажбурий ҳолларда ичак stomасини шакллантиришда эса комбинирланган стома қўйишга кўрсатмалар сезиларли даражада кенгайтирилган — 9,7% дан 44,6% гача ($p<0,001$) (4,6 баробарга, 34,9% га ошган). Шунингдек, Гартман амалиётига кўрсатмалар анча чекланган — 49,4% дан 18,9% гача ($p<0,01$) (2,6 баробарга, 30,5% га камайган).

Қиёслаш гуруҳида радикал (бир лаҳзали) операциялардан кейин ичакда олиб борилган жарроҳлик амалиёти билан боғлиқ асорат 8 (29,6%) bemорда кузатилди. Анастомоз тикувларининг етишмовчилиги 5 (18,5%) ҳолатда аниқланди, шулардан 2 таси – «ёнма-ён» анастомозига, 2 таси – «охири-ён» анастомозига ва 1 таси – инвагинацион анастомозга тўғри келди. Шуни таъкидлаш керакки, «ёнини-ён» туридаги анастомоз қўйилган 2 (7,4%) bemорда, релапаротомия амалга оширилганига қарамай, ўлим ҳолати қайд этилди (1-жадвал).

Қиёсий таҳлил шуни кўрсатдик, паллиатив операциялар ва йўғон ичак stomасини шакллантиргандан кейин, ичак операцияси билан боғлиқ асоратлар частотаси статистик жиҳатдан ишончли равишда камайган (1,4 баробар) 3,0% га (11,1% дан 8,1% гача), жарроҳлик ярасига оид операциядан кейинги асоратлар частотаси ишончли равишда камайган (1,7 баробар) 3,9% га ($p<0,05$) (9,3% дан 5,4% гача) ва умумий асоратлар частотаси ҳам ишончли равишда камайган (2,4 баробар) 7,6% га ($p<0,01$) (13,0% дан 5,4% гача).

Шу тариқа, йўғон ичакнинг чап ярмидаги шошилинч касалликларда, агар бирламчи коло-колоанастомозни шакллантириш учун кўрсатмалар мавжуд бўлса, танлов усули сифатида «чўқтирилувчи» инвагинацион анастомоз хисобланади.

1-жадвал

Радикал (бир босқичли) операциялардан кейин операциядан кейинги асоратларнинг частотаси

Операция хажми	Час-тота	Таққослаш гурухи (n=27)			Асосий гурух (n=17)		
		Асоратлар частотаси					
		Оперга боғлик	Жароҳат асорати	Умумий характеристика	Оперга боғлик	Жароҳат асорати	Умумий характеристика
Радикал (бир босқичли) операциялар							
Бирламчи анастомозлар: «охирини-ёнга»	абс	3	1	2	-	-	-
	%	11,1	3,7	7,4	-	-	-
«Ёнини-ёнга»	абс	3	2	2	-	-	-
	%	11,1	7,4	7,4	-	-	-
Инвагинацион	абс	2	1	1	1	1	2
	%	7,4	3,7	3,7	5,9	5,9	11,8
Жами	абс	8	4	5	1	1	2
	%	29,6	14,8	18,5	5,9	5,9	11,8
т-:	%	-	-	-	↑↓ ↓ 5,0	↑↓↓ 2,5	↑↓↓ 1,6

Изоҳ: ↑ - бошқа гурухга нисбатан, ↓ - камайиш, ↓↓* - p<0,05, ↓↓↓** - p<0,01, ↓↓↓*** - p<0,001

Агар бирламчи коло-колоанастомозни шакллантиришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, танлов усули сифатида коло-колоанастомоз «ёнини охирига» «чўқтирилувчи» тикувлар билан биргаликда яратиладиган комбинирланган «У-симон стома» ва шу жумладан коло-колоанастомоз «охирини ёнга» билан «Т-симон стома» шакллантириш ҳисобланади.

Қиёсий таҳлил шуни кўрсатдики, паллиатив операциялар ва йўғон ичак стомасини шакллантиргандан кейин, ичак операцияси билан боғлик асоратлар частотаси статистик жиҳатдан ишончли равищда 1,4 бараварга 3,0% га (11,1% дан 8,1% гача) камайган, жароҳатга оид операциядан кейинги асоратлар частотаси ишончли равищда 1,7 бараварга 3,9% га (p<0,05) (9,3% дан 5,4% гача) камайган ва умумий асоратлар частотаси ҳам ишончли равищда 2,4 бараварга 7,6% га (p<0,01) (13,0% дан 5,4% гача) камайган.

Шу тариқа, йўғон ичакнинг чап ярмидаги шошилинч касалликларда, агар бирламчи коло-колоанастомозни шакллантириш учун кўрсатмалар мавжуд бўлса, энг мақбул усул сифатида «чўқтирилувчи» инвагинацион анастомоз қўлланилади. Агар бирламчи коло-колоанастомозни шакллантиришга қарши кўрсатмалар бўлса, танлов усули сифатида «чўқтирилувчи» тикишлар билан «охирини-ёнга» коло-колоанастомоз қўшилган комбинирланган «У-симон» стома ва шу жумладан «ёнини-охирига» коло-колоанастомоз билан «Т-симон» стома шакллантириш мақбул ҳисобланади.

Шошилинч асоратли СИБда, Пайр касаллиги, чандиқ-битишмали ичак тутилиши ва дивертикуляр касалликларда, агар белгиланган кўрсатмалар

мавжуд бўлса, «чўктириувчи» чоклар билан «охирини-ёнга» коло-колоанастомоз қўшилган комбинирланган «U-симон» стома ва шу жумладан «ёнини-охирига» коло-колоанастомоз билан «T-симон» стома қўлланилиши танлов операцияси бўлиши мумкин.

2-жадвал

Паллиатив операциялар ва ичак стомасини шакллантириш операциясидан кейинги асоратлар частотаси

Операция хажми	Час- тота	Таққослаш гурухи (n=54)			Асосий гурух (n=37)		
		Асоратлар частотаси					
		Оперга боғлик	Жароҳат асорати	Общего характера	Оперга боғлик	Жароҳат асорати	Общего характера
Паллиатив операциялар							
Деторсия, пликация, пексия	абс	1	-	1	1	-	-
	%	1,9	-	1,9	2,7	-	-
Жами	абс	1	-	1	1	-	-
	%	1,9	-	1,9	2,7	-	-
Ичак стомасини шакллантириш							
Гартман типи бўйича	абс	1	3	3	2	1	1
	%	1,9	5,6	5,6	5,4	2,7	2,7
T-симон стома «ёнини-охирига» анаст. билан	абс	2	1	1	-	1	1
	%	3,7	1,9	1,9	-	2,7	2,7
У-симон стома чўктириувчи “охирини-ёнга” анаст. билан	абс	2	1	2	-	-	-
	%	3,7	1,9	3,7	-	-	-
Жами:	абс	5	5	6	2	2	2
	%	9,3	9,3	11,1	5,4	5,4	5,4
t-:		-	-	-	↑↓ 1,4	↑↓ 1,7	↑↓↓ 2,4

Изоҳ: ↑ - бошқа гурухга нисбатан, ↓ - камайиш, ↓* - p<0,05, ↓↓** - p<0,01, ↓↓↓*** - p<0,001

Белгиланган қарши қўрсатмалар мавжуд бўлганда: олиб келувчи қисмнинг жуда кучли кенгайиши, ичакнинг некроз ва гангрена сабабли катта қисмини резекция қилиш зарурати, шунингдек чап томонлама гемиколэктомияда Гартман операциясига амал қилиниш лозим.

Бизнинг тажрибамиз шуни кўрсатдики, Гартман усули бўйича йўғон ичак стомасини шакллантиришда операция травматиклиги юқорироқ бўлиб, қўшимча равишда қатор қийинчилик ва хавфларни ўз ичига олган ҳолда, қайта лапаротомия орқали РТО (реконструкция ва қайта тиклаш) ўтказишни талаб қиласди.

Комбинирланган «T»- ва «U»-симон йўғон ичак стомаларини шакллантириш қўлланилганда, биз ушбу беморлар гурухида РТО бажариш билан боғлик барча хавфларни бартараф қила олдик, чунки стомани экстраперитонеал бартарафлаш имкони бўлди.

Шу тариқа, йўғон ичакнинг шошилинч асоратларида, агар бирламчи коло-колоанаастомозни шакллантириш учун кўрсатмалар мавжуд бўлса, танлов усули сифатида «чўқтирилувчи» инвагинацион анастомоз қўлланилади. Агар бирламчи коло-колоанаастомозни шакллантиришга қарши кўрсатмалар бўлса, танлов усули сифатида комбинирланган стомани шакллантириш мақбул ҳисобланади.

ХУЛОСА

1. Тадқиқот қилинган беморларда хирургик тактикани оптималлаштириш биринчи 24 соат ичида амалга оширилган эрта операциялар улушини 56,8% дан 72,4% гача ошишига, ҳамда кечикирилган операциялар улушини (бир суткадан ортиқ) 43,3% дан 25,5% гача ишончли равишда камайишига ($p<0,05$) эришиш имконини берди. Асосий гурӯҳда бирламчи ичаклараро анастомозларни шакллантиришда фақат «чўқтирилувчи» инвагинацион анастомозлар қўлланилди, ҳамда мажбурий ҳолатларда ичак стомасини шакллантиришда комбинирланган стома қўллаш кўрсатмалари сезиларли равишда кенгайтирилди – 9,7% дан 44,6% гача ($p<0,001$). Бу эса Гартман операциясини қўллаш кўрсатмаларини 49,4% дан 18,9% гача ($p<0,01$) қисқартиришга имкон берди.

2. Комбинирланган «У-симон» стомани «охирини-ёнга» «чўқтирилувчи» чоклар билан шакллантиришнинг такомиллаштирилган услуби техник жиҳатдан содда, кам травматик бўлиб, стомани қўшимча лапаротомиясиз, яъни ташқи томондан бартараф этиш орқали РТО ўтказиш билан боғлиқ барча хавфларни бартараф қиласди.

3. Ишлаб чиқилган ва жорий этилган даволаш-ташхисот алгоритми радикал операциялардан сўнг ичак операцияси билан боғлиқ асоратлар частотасини статистик жиҳатдан ишончли равишда 29,6% дан 5,9% гача ($p<0,01$) камайтиришга, жарохатга оид операциядан кейинги асоратлар частотасини 14,8% дан 5,9% гача ($p<0,05$) пасайтиришга ва умумий асоратлар частотасини 18,5% дан 11,8% гача ($p<0,001$) камайтиришга имкон берди.

4. Йўғон ичакнинг шошилинч касалликларида паллиатив операциялар ва ичак стомасини шакллантириш ҳаёт учун хавфли асоратларнинг ривожланишини олдини олишга имконият беради. Лекин Гартман усули бўйича йўғон ичак стомасини шакллантириш юқорироқ травматикликка эга бўлиб, кўпроқ жарохат ва стома билан боғлиқ асоратлар билан асоратланади, шунингдек қатор қийинчилик ва хавфларни ўз ичига олган ҳолда қайта лапаротомия йўли билан РТО ўтказишни талаб қиласди. Комбинирланган «Т» ва «У» симон йўғон ичак стомасини шакллантириш эса стомани қўшимча лапаротомиясиз бартараф этиш орқали РВО билан боғлиқ барча хавфларни истисно этади.

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

КОСИМОВ САРВАРБЕК МАХАМАДШУКУР УГЛИ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
НЕОПУЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

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 № В2024.3.PhD/Tib4982.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

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

Научный руководитель: **Ботиров Акрам Кодиалиевич**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Ходжиматов Гуломиддин Минходжиевич**
доктор медицинских наук, профессор

Саттаров Ойбек Тохирович
доктор медицинских наук, доцент

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. Абдуллаев
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. Острая кишечная непроходимость (ОКН) более столетия была и остаётся актуальной проблемой экстренной хирургии. В настоящее время во всем мире особый интерес представляют пациенты с ургентными заболеваниями толстой ободочной кишки неопухольевого генеза. Множество её клинических форм затрудняют раннюю диагностику, а различные виды – характер оперативных вмешательств. Среди всех форм ОКН на долю толстокишечной приходится 29-40%. При этом, заворот сигмовидной кишки составляет 10-18%, дивертикулит - в 2-9%, болезнь Пайра, рубцы, спайки и другие заболевания - в 1,4-7,1%. К тому же послеоперационная летальность при ОКН отмечается в 13,4–40% случаев, а при некоторых её видах достигает 50–78,4% и не имеет тенденции к снижению¹. По данным исследований в хирургическом лечении ОКН неопухольевого генеза многие вопросы при определении хирургической тактики остаются сложными и дискутабельными. Разногласия у хирургов возникают при выборе объема операции, целесообразности одно-, двух- и много моментных операций. Выполнение хирургами одномоментных оперативных вмешательств связано стремлением к раннему восстановлению нормальной жизнедеятельности, однако высокий риск возникновения жизнеугрожающих осложнений вынуждает у 2/3 больных прибегать к формированию толстокишечных стом. В связи с этим оптимизация хирургической тактики при данной патологии остаётся одной из актуальных задач современной хирургии.

В мировой практике в настоящее время актуальными остаются исследования, направленные на определение объема и границ резекции кишечника при хирургическом лечении острой толстокишечной непроходимости, 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 экстренной патологией толстой кишки неопухольевого генеза за счет внедрения передовых технологий профилактики,

¹ Giuliani G., Formisano G., Milone M. Et al. Full robotic hartmann's reversal: technical aspects and preliminary experience. Colorectal Dis., 2020.

консервативного и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг². Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения осложнений ургентных неопухолевых заболеваний левой половины ободочной кишки путём оптимизации хирургической тактики 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. Ургентные осложнения при левосторонней непроходимости толстой ободочной кишки, включающий в себя, в основном, заворот сигмовидной кишки, болезнь Пайра, рубцово-спаечную и дивертикулярной болезни в течении более вековой истории была и остаётся актуальной проблемой хирургии кишечника. По данным Савельева В.С., (2014) частота ОКН составляет 7-8% среди всех госпитализируемых с острыми заболеваниями органов брюшной полости в хирургические стационары³. При этом, летальность составляет 5,1-8,4%, занимая ведущее место среди всех ургентных заболеваний. По некоторым данным послеоперационная летальность даже в специализированных стационарах неотложной хирургической помощи и колеблется от 16,0 до 52%. По данным исследований последних десятилетий в хирургическом лечении ОКН неопухолевого генеза многие вопросы при определении

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

³ Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни: учебник в двух т. Т. 1 - 2-е изд. Перераб, и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -720 с.

хирургической тактики остаются сложными и дискутабельными⁴. Разногласия у хирургов возникают при выборе объема операции, целесообразности одно-, двух- и много моментных операций⁵. После оперативных вмешательств на левой половине ободочной кишки летальность выше, чем на правой половине⁶. Существенно снижает вероятность развития несостоятельности использование инвагинационного анастомоза. В связи с этим, вполне оправдан поиск новых методов формирования кишечных анастомозов⁷.

Важно отметить, что по сей день до конца не решенным и актуальным является проблема хирургической реабилитации колостомированных больных⁸. Еще одним вероятным фактором риска послеоперационных осложнений выступают длительные сроки стоманосительства и сложности при выполнении РВО, которые часто сопровождаются послеоперационными (18–20%), гнойно-воспалительными (22–26%) осложнениями и летальным исходом - 3–7%⁹. В связи с развитием медицинской науки и техники в последние годы стали появляться отдельные сообщения хирургов по применению лапароскопических операций. Однако, “традиционные” восстановительные операции значительно превалируют над лапароскопическими. Данные литературы свидетельствуют, что при ургентных осложнениях заворота сигмовидной кишки, болезни Пайра, рубцово-спаечной и дивертикулярной болезни на сегодня оперативные вмешательства в подавляющем большинстве случаев завершаются выполнением операции Гартмана. Частота её выполнения колеблется от 37% до 62%, а также требует выполнения восстановительного этапа операции, которые часто сопровождаются развитием жизнеугрожающих послеоперационных осложнений (до 25-60%) и высокой летальностью (6-35%). Хирургическая реабилитация колостомированных больных далеки от своего окончательного решения, а проведение восстановительного этапа в 40-72% наблюдений невозможно или сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений, с летальностью до 19,4%¹⁰. В литературе также известны оперативные вмешательства, где радикальные операции

⁴ Ахметзянов Ф.Ш., Егоров В.И. Оптимизация хирургического лечения пациентов после обструктивных резекций толстой кишки. Новости хирургии. 2017. Том 25. № 5. с-488-493.

⁵ Abis G.S.A., Stockmann H.B.A.C., Bonjer H.J. et al. Randomized clinical trial of selective decontamination of the digestive tract in elective colorectal cancer surgery //Br. J. Surg. –2019. –Vol. 106, № 4. – P. 355-363.

⁶ Christou N., Rivaille T., Maulat Ch. et al. Identification of risk factors for morbidity and mortality after Hartmann’s reversal surgery – a retrospective study from two French centers //Sci Rep. 2020;10:3643.

⁷ Михин И.В., Воронцов О.Ф., Грэб К. и др. Влияние селективной деконтаминации кишечника на частоту развития послеоперационных раневых осложнений и недостаточности анастомозов в колоректальной хирургии (обзор литературы) //Хирургия – 2020. – № 7-8. – С. 56-64.

⁸ Абдуллаев Б.Р., Ботиров Ж.А. Анализ результатов реконструктивно-восстановительных операций у стомированных пациентов //Материалы республиканской научно-практической конференции «Использование высоко инновационных технологий в профилактической медицине». Андижан - 2020. 637.

⁹ Abis G.S.A., Stockmann H.B.A.C., Bonjer H.J. et al. Randomized clinical trial of selective decontamination of the digestive tract in elective colorectal cancer surgery //Br. J. Surg. –2019. –Vol. 106, № 4. – P. 355-363.

¹⁰ Ботиров Ж.А. Оптимизация хирургической тактики после операции Гартмана //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Андижан. -2023. -56с.

завершаются формированием У-образного анастомоза, которые, однако не получили широкого практического применения¹¹.

Таким образом, анализ литературы показал, что большинство исследователей при рассмотрении данной патологии уделяют внимание лишь отдельным аспектам проблемы. Это, на наш взгляд, является одной из причин сохраняющихся высоких показателей послеоперационных осложнений и летальности. В связи с этим представленная тема диссертационного исследования является актуальной и направлена на совершенствование хирургической тактики, что позволит улучшить ближайшие и отдалённые результаты лечения данного контингента больных.

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

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения осложнений ургентных заболеваний левой половины толстой кишки неопухолевого генеза путем оптимизации хирургической тактики.

Задачи исследования:

проводить ретроспективный анализ ближайших результатов хирургического лечения осложнений ургентных неопухолевых заболеваний левой половины ободочной кишки и определить структуру, частоту и характер осложнений после радикальных, паллиативных операций и формирования кишечной стомы;

модифицировать методику формирования комбинированной «У-образной» стомы «погружными» швами при осложнениях ургентных заболеваний левой половины толстой ободочной кишки неопухолевого генеза;

усовершенствовать лечебно диагностический алгоритм, позволяющий оптимизировать хирургическую тактику при осложнениях ургентных заболеваний левой половины толстой ободочной кишки неопухолевого генеза;

проводить сравнительную оценку результатов хирургического лечения при осложнениях ургентных заболеваний левой половины толстой ободочной кишки неопухолевого генеза в исследуемых группах, после радикальных (одномоментных), паллиативных операций и формирования толстокишечной стомы.

Объектом исследования явились 139 пациенты, которым в период 2014-2022 годов в хирургических отделениях Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, клиники Андижанского государственного медицинского института и

¹¹ Мамадиев А.М. Пути улучшения результатов хирургического лечения и реабилитации острой левосторонней толстокишечной непроходимости //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Андижан. -2023. -48с.

городской больницы были выполнены различные оперативные вмешательства на толстой кишке по поводу осложнений ургентных заболеваний левой половины толстой кишки неопухолевого генеза.

Предмет исследования составляет оценка эффективности ближайших и отдалённых результатов применения оптимизированного лечебно-диагностического алгоритма и усовершенствованного метода формирования «У-образной» колостомы при осложнениях ургентных заболеваний левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза.

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:

выявлены структура, частота встречаемости, особенности и причины осложнений, возникающих при выполнении одноэтапных радикальных и паллиативных вмешательств, а также при формировании кишечных стом при осложнениях ургентных заболеваний левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза;

усовершенствован способ наложения комбинированной «У-образной» стомы с формированием «погружающих» швов по принципу «конец-в-бок» при хирургическом лечении осложнений не опухолевых неотложных заболеваний левой половины толстого кишечника;

разработан лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий выбрать наиболее оптимальный метод при диагностике и лечении неотложных заболеваний левой половины толстого кишечника не опухолевого генеза;

обоснована клиническая эффективность оптимизированной хирургической тактики при выполнении одноэтапных радикальных и паллиативных вмешательств, а также формировании кишечных стом при осложнениях неотложных заболеваний левой половины толстого кишечника не опухолевого генеза, направленной на улучшение результатов лечения.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

оптимизирована хирургическая тактика за счёт внедрения диагностико-лечебного алгоритма и усовершенствованной комбинированной «У-образной» стомы при ургентных заболеваниях левой половины толстой кишки не опухолевого генеза;

доказана клиническая эффективность применения усовершенствованной комбинированной «У-образной» стомы, обеспечивающей надёжную декомпрессию кишечника и создание благоприятных условий для полноценного заживления анастомоза при ургентных заболеваниях левой половины толстой кишки не опухолевого генеза;

определенны показания и противопоказания для формирования модифицированной комбинированной «У-образной» стомы при ургентных заболеваниях левой половины толстой кишки не опухолевого генеза.

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 структуре, частоте встречаемости, особенностях и причинах осложнений при выполнении одностадийных радикальных и паллиативных вмешательств, а также формировании кишечных стом при осложнениях ургентных заболеваний левой половины толстой кишки не опухолевого генеза.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на основании полученных данных разработан диагностико-лечебный алгоритм при ургентных заболеваниях левой половины толстой кишки не опухолевого генеза, усовершенствована методика формирования комбинированной «У-образной» стомы, в результате чего оптимизирована хирургическая тактика лечения данной категории пациентов.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов лечения осложнений ургентных заболеваний левой половины толстой кишки:

разработан «Способ наложения стомы толстой кишки» (патент на изобретение Республики Узбекистан №IAP 7829 от 28 сентября 2024 года). Предложенный способ формирования комбинированной «У-образной» стомы «конец в бок» «погружными» швами технически проста, малотравматична и устраняются все риски выполнения РВО за счет устранения стомы внебрюшинным способом;

разработаны методические рекомендации «Оптимизация хирургической тактики при неопуоловых заболеваниях левой половины ободочной кишки» (заключения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №13/20 от 10.03.2025 года). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать хирургическую тактику при ургентных заболеваниях левой половины толстой кишки не опухолевого генеза;

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность отделений хирургии Андижанского, Наманганского и Ферганского филиалов РНЦЭМП (заключения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №13/20 от 10.03.2025 года). Внедрение результатов исследований позволили снизить частоту осложнений связанных с операцией на кишечнике с 29,6 до 5,9%, раневых послеоперационных осложнений - с 14,8 до 5,9% и общих осложнений - с 18,5 до 11,8%.

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

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала работы составляет 128 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 «Современное состояние проблемы при ургентных осложнениях неопухолевых заболеваний левой половины ободочной кишки» представлен обзор литературы, где рассмотрены эпидемиология, этиопатогенез и клинические аспекты, а также современное состояние проблемы хирургического лечения и хирургическая реабилитация при ургентных осложнениях неопухолевых заболеваний левой половины ободочной кишки. Отмечено, что ургентные заболевания левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза, важное медицинское и социальное значение имеет хирургическая реабилитация. Однако, при этом имеются ряд нерешенных вопросов, требующих безотлагательного решения. В частности, одним из основных путей профилактики несостоятельности швов межкишечных соустий является выбор оптимального способа формирования анастомоза, а также разработка первично-отсроченного «У-образного толстокишечного анастомоза «конец в бок», позволяющей сократить сроки и улучшить результаты восстановительных операций, что в целом, и явилось предметом настоящего исследования.

Во второй главе диссертации «Клиническая характеристика и методы исследования» даны сведения по основным направлениям исследования, где основу работы составили 139 больных, ургентными заболеваниями левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза, где причинами экстренных оперативных вмешательств явились заворот сигмовидной кишки (ЗСК), острая рубцово-спаечная непроходимость, делихосигма и делихоколон после разворота сигмовидной кишки (СК), дивертикулярная болезнь (осложненные формы). Причинами плановых оперативных вмешательств явились выполнение реконструктивно восстановительного оперативного вмешательства (РВО) - ликвидация колостомы внутрибрюшным способом после операции Гартмана и

внебрюшинным способом в клинике АндГосМИ, за период с 2014 по 2022 годы в хирургических отделениях клиники Андижанского медицинского института и РНЦЭМП «АФ», которые согласно цели исследования условно разделены на 2 группы:

- **группа сравнения** – (2014-2018 годы) - 81 (58,3%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;

- **основная группа** – (2019-2022 годы) - 58 (41,7%) больных, которым проведено проспективное исследование хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

Распределение исследуемых больных, мы провели согласно Международный возрастной классификации ВОЗ (2021г). При ургентных заболеваниях левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза наибольший контингент, составили больные в возрасте 45-59 лет – 60 (48,9%), т.е. в зрелом возрасте, которые составляют наиболее трудоспособную часть населения и имеет важное медицинское и экономическое значение. В возрасте 19-44 лет, т.е. в молодом возрасте в экстренном порядке оперированы 29 (20,9%) больных, которые являются будущим нашего общества. В возрасте 60 лет и старше, т.е. в пожилом возрасте в экстренном порядке оперированы 42 (30,2%) больных, что имеет важное медико-социальное значение (рис.1).

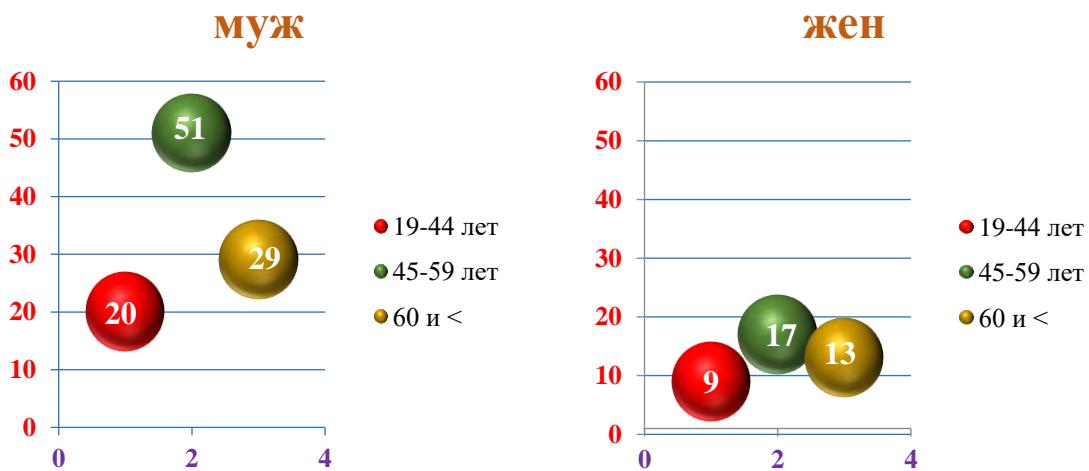


Рис. 1. Распределение больных в исследуемых группах.

При анализе по половому признаку неопухолевыми заболеваниями левой половины ободочной кишки, подлежащим экстренным оперативным вмешательствам мужчины составили 97 (69,8%), а женщины – 42 (30,2%) с соотношением 2:1. Из 139 больных, причиной экстренных оперативных вмешательств явились ЗСК, без гангрены кишечника - у 74 (53,2%) больных, ЗСК с гангреной кишечника – у 17 (12,2%), дилихоколон и дилихосигма – у 10 (7,2%), а также рубцово-спаечная непроходимость – у 13 (9,4%) и дивертикулярная болезнь (осложненная формы) – у 25 (18,0%) больных.

От начала госпитализации экстренным оперативным вмешательствам наиболее часто подлежали в первые 6 часов - 52 (37,4%) больных и от 7 до 24 часов – 36 (25,9%) больных. Данное обстоятельство позволяет судить о хорошей осведомленности населения и улучшения до госпитальной диагностики. В сроки от 24 до 48 часов подлежали 24 (17,3%) больных и в сроки более 2-х суток – 27 (19,4%), что было связано с тяжестью исходного состояния, обусловленное основным заболеванием и наличием сопутствующей терапевтической патологии, требующей коррекции.

Для решения поставленных задач проводились клинико-лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям МЗ РУз.

В третьей главе диссертации «Хирургическая тактика при ургентных осложнениях неопухолевых заболеваний левой половины ободочной кишки» приведен протокол ведения пациентов в предоперационном периоде, где предоперационная подготовка больных проводилась параллельно с диагностическими мероприятиями с момента поступления в хирургическое отделение, а также хирургическая тактика в группе сравнения при традиционных подходах к лечению.

Причинами экстренных оперативных вмешательств в группе сравнения явились ЗСК без гангрены кишечника у 42 (51,9%) больных и ЗСК сопровождающаяся с гангреной толстого кишечника у 11 (13,6%). Также явились рубцово-спаечная непроходимость – у 7 (8,6%), доликолон и долихосигма (ДС) – у 6 (7,4%) и осложненные формы дивертикулярной болезни (ДБ) – у 15 (18,5%) больного.

Ретроспективный анализ показал, что оперативные вмешательства выполнены в первые 6 часов - у 27 (33,3%) больных, в сроки 7-24 часов – у 19 (23,5%), в 25-48 часов – у 15 (18,5%) и более 48 часов – у 20 (24,7%) больных.

Заслуживают особого внимания 15 (18,5%) больных оперированные в сроки 25-48 часов после поступления в стационар и 20 (24,7%) больных, оперированные в сроки более 48 часов. Этот контингент, в основном, составили лица старше 60 лет с относительно поздней госпитализацией от начала заболевания с явлениями интоксикации и с наличием тяжелых форм сопутствующей терапевтической патологии.

Объем оперативных вмешательств в группе сравнения заключался в выполнении первичных коло-колоанастомозов – у 27 (33,3%) больных: по принципу «конец в бок» - у 5 (6,2%), по принципу «бок в бок» - у 11 (13,5%) и формированием инвагинационного анастомоза – у 11 (13,5%) больных. Вместе с тем, деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну выполнена у 6 (7,4%) больных в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии.

Важно отметить, что при выполнении экстренных оперативных вмешательств – у 31 (38,2%) больных выполнено накладывание колостомы по типу Гартмана, а Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в конец - лишь у 5 (6,2%) и «У» - образная комбинированная стома - у 3 (3,7%) больных.

У 42 (51,9%) больных с ЗСК сопровождающейся без гангрены толстого кишечника первичные коло-колоанастомозы сформированы у 15 (18,5%) больных – по принципу «конец в бок» - у 3 (3,7%), по принципу «бок в бок» - у 7 (8,6%) и инвагинационный – у 5 (6,2%) больных. В связи сохраненной жизнеспособностью кишечника, на фоне тяжелых сопутствующих терапевтических патологий и у лиц пожилого возраста произведена деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну – у 6 (7,4%) больных. Одноствольную колостому по типу Гартмана пришлось сформировать – у 18 (22,2%) больных, а Т-образную комбинированную стому с анастомозом «бок в конец» - лишь у 2 (2,5%) и «У»-образную комбинированную стому с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,2%) больного. При ЗСК сопровождающейся гангреной кишечника сформирована одноствольная колостома у всех 11 (13,6%) больных.

При ДК и ДС первичные коло-колоанастомозы сформированы у 2 (2,5%) больных – по принципу «бок в бок» - у 1 (1,2%) и инвагинационным способом – у 1 (1,2%) больного. Одноствольную колостому по типу Гартмана пришлось сформировать – у 2 (2,4%) больных, Т-образную комбинированную стому с анастомозом «бок в конец» - у 1 (1,2%) и «У»-образную комбинированную стому с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,2%) больного. При рубцово-спаечной непроходимости первичные коло-колоанастомозы сформированы у 6 (7,4%) больных – по принципу «конец в бок» - у 1 (1,2%), по принципу «бок в бок» - у 2 (2,5%) и инвагинационным способом – у 3 (3,7%) больных, в 1 (1,2%) случае была наложена Т-образная комбинированная стома с анастомозом «бок в конец».

При осложненных формах ДБ первичные коло-колоанастомозы сформированы у 4 (4,9%) больных – по принципу «конец в бок» - у 1 (1,2%) по принципу «бок в бок» - у 1 (1,2%) и инвагинационным способом – у 2 (2,5%) больных. Одноствольная колостома по типу Гартмана сформирована – у 9 (11,1%) больных, Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в конец - у 1 (1,2%) и «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,2%) больного.

В процессе работы нами модифицирован способ накладывания толстокишечной стомы.

Способ осуществляют следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом, после соответствующей обработки операционного поля, проводится срединная лапаротомия, мобилизация и резекция измененного участка кишечника. Особенностью ургентных осложнений неопухолевых заболеваний левой половины толстого кишечника, в отличие от опухолевых, является возможность выполнения резекции пораженного участка с оставлением значительного отрезка сигмовидной кишки над прямой кишкой - по типу Гартмана, тогда как при опухолевых – над прямой кишкой оставить участок сигмовидной кишки за редким исключением, не удается. Данное обстоятельство позволяло вывести аборальный (дистальный) конец кишечника через отдельный разрез в левой подвздошной области на

переднюю брюшную стенку.

Предварительно оральный (приводящий) конец кишечника сопоставляется к аборальному (дистальному), а при недостаточной его длине производится мобилизация до свободного соприкосновения, без признаков натяжения. Затем отступя 20-25 см от конца дистального отдела кишечника проводится вскрытие его просвета в продольном направлении между тениями длиной 4-4,5 см. Между оральным (приводящим) концом кишечника и сформированным отверстием в аборальном (отводящем), между держалками накладываются внутриузелковые швы по окружности кишок. После формирования первого ряда швов накладываются второй ряд «погружных» узловых швов, где вкол иглы начинается отступя 1,5 см от линии первого ряда с выколом 0,5 см от линии анастомоза того же края – серозно-мышечно-подслизисто. Затем проводится вкол иглы отступя 0,5 см на противоположной стороне от линии анастомоза с выколом отступя 2-2,5 см по всей окружности анастомоза – серозно-мышечно-подслизисто. Для исключения сообщения с просветом кишечника при внутристеночном прохождении иглы, слизистая оболочка кишок не захватывается. При стягивании и лигировании швов формируется второй ряд с «погружением» приводящей петли в отводящую по типу инвагината. После формирования «погружного» коло-колоанастомоза по принципу «конец в бок», под данным соусьем по всей окружности после предварительной отсепаровки подшивается париетальная брюшина. Вследствие, сформированный анастомоз оказывается за пределами брюшной стенки. Конец аборальной части кишечника выводится через сформированное отверстие в левой подвздошной области и фиксируется общепринятым способом.

Через контрапертуры к области внебрюшинно расположенного анастомоза подводятся две дренажные трубки по типу «проточной» системы и фиксируются к коже. Операция завершается санацией и послойным ушиванием лапаротомной раны. Накладывается асептическая повязка (рис.2).

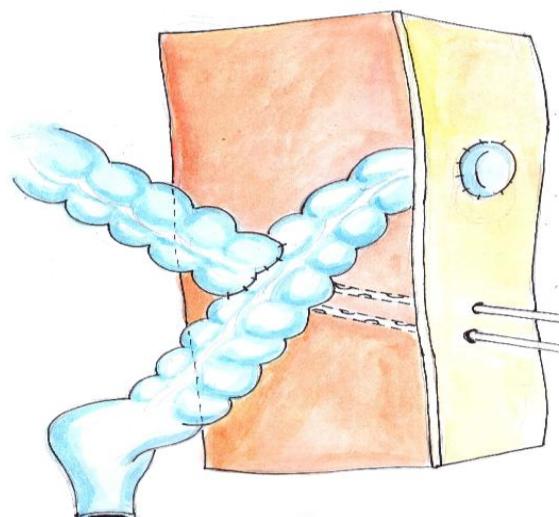


Рис. 2. Комбинированная У-образная стома с коло-колоанастомозом по принципу «конец в бок».

Модифицированная методика формирования комбинированной «У-образной» стомы с колоколоанастомозом «погружными» швами, при противопоказаниях к первичному анастомозу, по отношению к операции Гартмана обладает рядом преимуществ:

-за счет формирования «погружного» колоколоанастомоза по типу инвагинации уменьшается нагрузка на линию швов анастомоза, исключается «фитильный эффект» сквозного шва, достигается механическая прочность и физическая герметичность анастомоза;

-подшивание (фиксация) брюшины под сформированным анастомозом исключает ретракцию (проваливание в брюшную полость) и пролапсус (выпадение наружу) анастомоза

-частичное выведение содержимого через стому и частичное, естественным путем, обеспечивает декомпрессию проксимальных отделов толстой кишки;

-внебрюшинное расположение комбинированной «У-образной» стомы с колоколоанастомозом «погружными» швами позволяет без лапаротомии, внебрюшинным способом и в кратчайшие сроки (15-30 дней) выполнить восстановительный этап оперативного вмешательства.

-выполнение восстановительного этапа операции исключает возникновение жизнеугрожающих осложнений (несостоятельность швов анастомоза) и связанных с ними, летальных исходов.

Нами разработан алгоритм хирургической тактики при острой непроходимости левой половины ободочной кишки неопухолового генеза, в соответствии с которым во всех случаях проводится оценка общего состояния больного, выявление клинических проявлений кишечной непроходимости, наличие признаков дополнительных осложнений (перфорация с развитием перитонита, кровотечение и др.) (рис. 3).

В комплекс диагностических мероприятий входили следующие методы: клиническое обследование, лабораторная диагностика; ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ); МСКТ, методики контрастных и бесконтрастных рентгенологических исследований толстой кишки (обзорная рентгенография брюшной полости, пероральная энтерография с пассажем контрастного вещества по кишечнику); эндоскопические методы (ректороманоскопия, фиброколоноскопия, ирригоскопия).

Проведение и интерпретация ультразвуковой диагностики (УЗИ) при вздутии живота и переполнении кишечника были затруднительны, что позволило лишь в 1/3 случаев подтвердить диагноз ОКН.

По нашим данным КТ в 90% случаев позволила диагностировать уровень заворота толстой кишки.

Эндоскопические методы - ректороманоскопия, колоноскопия - позволяют верифицировать диагноз. Противопоказанием к проведению колоноскопии явилась декомпенсированная кишечная непроходимость, сопровождающаяся диастатической перфорацией кишки, перитонитом, крайне тяжелым общим состоянием больного.

На основании этих данных проводится оценка состояния больного, определяется дальнейшая тактика. Вместе с тем проводились мероприятия, направленные на диагностику терапевтической патологии, а также дополнительные исследования после консультации профильных специалистов. При диагностировании терапевтической патологии проводили ее коррекцию. В лечении пациентов с острой непроходимостью левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза мы придерживались некоторых принципов: сомнения в диагнозе ОКН механической природы, при отсутствии перитонеальной симптоматики указывают на необходимость проведения консервативного лечения; эффективность консервативной терапии снижается по мере увеличения выраженности явлений непроходимости; наличие рентгенологически чаши Клойбера свидетельствуют о декомпенсированной кишечной непроходимости или завороте сигмовидной кишки, требующей экстренного оперативного вмешательства.

Первичный осмотр. Оценка общего состояния больного, выявление клинических проявлений кишечной непроходимости, наличие признаков дополнительных осложнений (перфорация с развитием перитонита, кровотечение и др.). Инструментальные методы: УЗИ, Обзорная рентгеноскопия брюшной полости, КТ, МСКТ. Эндоскопические методы - ректороманскопия, колоноскопия, прямоскопия. Консервативная терапия.



Рис. 3. Лечебно-диагностический алгоритм при ОНТК

При отсутствии признаков перфорации, перитонита, при ЗСК без некроза кишки может быть рекомендован «погружной» инвагинационный анастомоз по принципу «конец в бок». При наличии противопоказаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, при неопухолевых заболеваниях левой половины ободочной кишки в условиях ургентной хирургии, методом выбора является формирование «У»-образной комбинированной стомы с анастомозом по принципу «конец в бок».

При отсутствии чрезмерного расширения приводящего отдела толстой кишки имеется возможность формирования комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом с анастомозом бок в конец. При осложнениях дивертикулярной болезни (перфорация, острые кишечные непроходимости) - резекция пораженного участка кишки с наложением «погружного» инвагинационного анастомоза по принципу «конец в бок» или формирование «У»-образной комбинированной стомы и Т-образной стомы.

При чрезмерном расширении кишечника и при завороте сигмовидной кишки с некрозом - одностольная колостома по типу Гартмана.

В последнее время приоритетным является разработанный нами новый способ формирования «У»-образной комбинированной стомы. При рубцово-спаечной непроходимости первичные коло-колоанастомозы применяем первичные коло-колоанастомозы сформированы «погружным» инвагинационным способом по принципу «конец в бок», наложение комбинированной Т-образной и У-образной комбинированной стомы по нашей методике. В связи сохраненной жизнеспособности кишечника, на фоне тяжелой сопутствующей терапевтической патологии рекомендуем деторсию с мезосигмопликацией по Гаген-Торну.

После операций типа Гартмана, при отсутствии стомальных, кожных и параколостомических осложнений, отсутствие диастаза или диастаз менее 10 см ставились показания к проведению РВО в сроки от 3-6 месяцев и более. При накладывании комбинированной толстокишечной стомы – восстановительный этап проводился в сроки через 30-45 дней после операции. ОКН, более чем какая-либо другая абдоминальная патология, требует понимания внутренней сути клинических проявлений, выбора индивидуальной лечебной тактики и наименее рискованного оперативного вмешательства.

Объем оперативных вмешательств в основной группе заключался в выполнении первичных коло-колоанастомозов – у 17 (29,3%) больных, однако, в отличие от группы сравнения при этом применены «погружные» инвагинационные анастомозы по принципу «конец в бок». Вместе с тем, деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну выполнена лишь у 4 (6,9%) больного в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии. Важно отметить, что в основной группе, в отличие от группы сравнения выполнено накладывание Т-образной комбинированной – у 10 (17,2%) и «У» - образной комбинированной стомы – у 16 (27,6%) больных.

По мере накопления практического опыта работы у больных при ОКН левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза, мы оптимизировали хирургическую тактику и тщательным образом проанализировали тактические и технические погрешности при выполнении операций в традиционном исполнении, что явилось поводом к расширению показаний к формированию «погружных» инвагинационных анастомозов и «У»-образной комбинированной стомы с анастомозом по принципу «конец в бок».

В четвертой главе диссертации «Результаты хирургического лечения первичных и восстановительных оперативных вмешательств» проведена клиническая оценка первичных оперативных вмешательств. Для оценки результатов лечения, анализ осложнений, оперированных больных разделены на три подгруппы.

1. Осложнения, непосредственно связанные с методом операции (осложнения, характерные для вмешательства);
2. Гнойно-септические (раневые) осложнения;
3. Послеоперационные осложнения общего характера (возникающие при всех видах оперативных вмешательствах): осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, бронхолегочной и т.д.

Ретроспективный анализ показал, что в группе сравнения из 81 (58,3%) больных послеоперационные осложнения после первичных наблюдались у 35 (43,2%). Осложнения, связанные с оперативным вмешательством - у 14 (17,2%) больных, раневые – 9 (11,1%) и осложнения общего характера – у 12 (14,8%) с летальным исходом – у 4 (4,9%) больных.

В результате хирургического лечения данного контингента, придерживаясь модифицированной методики формирования, комбинированной «У-образной стомы» и в т.ч. «Т-образной стомы», а также предложенного лечебно-диагностического алгоритма, в основной группе из 58 (41,7%) больных послеоперационные осложнения после первичных наблюдались у 11 (18,9%). Осложнения, связанные с оперативным вмешательством установлено у 4 (6,8%) больных, раневые – у 3 (5,2%) и осложнения общего характера – у 4 (6,8%) с летальным исходом – у 1 (1,7%).

Усовершенствование выбора тактики хирургического лечения хирургического лечения ургентных осложнений заворота сигмовидной кишки, болезни Пайра, рубцово-спаечной болезни, дивертикулярной болезни левой половины толстой ободочной кишки не могло не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов (с 43,2% до 18,9%). Так, осложнения, связанные с оперативным вмешательством в основной группе, снизилась на 10,4% - с 17,3 до 6,9%, показатель летальности уменьшился на 3,2% - с 4,9% до 1,7%; нагноение послеоперационной раны и инфильтрат – с 11,1 до 5,2%, т.е. на 5,9%, общие осложнения - на 8,0% – с 14,8 до 6,8%, летальность на 3,2% - с 4,9%.

В пятой главе диссертации проведена «Сравнительная оценка результатов хирургического лечения неопухолевых заболеваний левой

половины ободочной кишки в ургентной хирургии». При ургентных заболеваниях левой половины толстой ободочной кишки, оптимизировав хирургическую тактику, в сравниваемых группах установлена отчетливая тенденция к увеличению ранних оперативных вмешательств (в первые 24 часа) с 56,8 до 72,4% (увеличение на 15,6%) и уменьшение более поздних операций (более суток) с 43,2 до 27,6% (уменьшение на 15,6%).

В сравниваемых группах контингент больных по причинам патологии явившейся показанием формирования кишечной стомы статистически достоверной разницы не имеют, однако установлена статистически достоверная тенденция к увеличению ранних оперативных вмешательств (в первые 24 часа) с 56,8 до 72,4% (увеличение 1,3 раза на 15,6%) и статистически достоверное уменьшение более поздних операций (более суток) с 43,3 до 25,5% ($p<0,05$) (уменьшение 1,7 раза на 17,8%).

В группе сравнения первичные межкишечные анастомозы традиционными способами сформированы в 27 (33,3%) случаев. Паллиативные операции – деторсия, пликация и пексии выполнены в 6 (7,4%) случаев. При этом, в 54 (66,7%) случаев сформированы кишечные стомы. Из них основным оперативным вмешательством явилась операция Гартмана – в 40 (49,4%) и комбинированные стомы - в 8 (9,9%) случаев.

В основной группе при вышеперечисленных обстоятельствах при формировании первичных анастомозов применяли лишь погружной инвагинационный анастомозы в нашей модификации – в 17 (29,3%) случаев. Паллиативные оперативные вмешательства – деторсия, пликация и пексии выполнены в 4 (6,9%) случаев. При этом, в 37 (63,8%) случаев сформированы кишечные стомы. Из них причиной формирования кишечной стомы явились операция Гартмана – лишь в 11 (19,0%) случаев, комбинированные стомы сформированы в 26 (44,8%) случаев.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе при формировании первичных межкишечных анастомозов применялись лишь «погружной» инвагинационный анастомозы, а при вынужденном формировании кишечной стомы существенно расширены показания к формированию комбинированной стомы – с 9,7 до 44,6 % ($p<0,001$) (увеличение 4,6 раза на 34,9%) и значительно ограничили показания к операции Гартмана с 49,4 до 18,9% ($p<0,01$) (уменьшение 2,6 раза на 30,5%).

В группе сравнения после радикальных (одномоментных) операций характер осложнений, связанных с операцией на кишечнике из 8 (29,6%) больных недостаточность швов анастомоза отмечено в 5 (18,5%) случаев (бок в бок -2; конец в бок – 2; инвагинационный – 1). При этом, после накладывания межкишечного анастомоза бок в бок, несмотря на проведенную релапаротомию, наступил летальный исход в 2 (7,4%) случаев (табл.1).

Таблица 1

**Частота послеоперационных осложнений после радикальных
(одномоментных) операций**

Объем операций	Час- тота	Группа сравнения (n=27)			Основная группа (n=17)		
		Частота осложнений					
		Связан с операц	Раневые осложн	Общего характера	Свя. с опер	Раневые осложн.	Общего хар-а
Радикальные (одномоментные) операции							
Первичные анастомозы: «Конец в бок»	абс	3	1	2	-	-	-
	%	11,1	3,7	7,4	-	-	-
«Бок в бок»	абс	3	2	2	-	-	-
	%	11,1	7,4	7,4	-	-	-
Инвагинационны й	абс	2	1	1	1	1	2
	%	7,4	3,7	3,7	5,9	5,9	11,8
Всего:	абс	8	4	5	1	1	2
	%	29,6	14,8	18,5	5,9	5,9	11,8
t-:	%	-	-	-	↑↓ ↓↓ 5,0	↑↓↓ 2,5	↑↓ 1,6

Примечание: \perp - соотношение с другой группой, \downarrow - уменьшение, $\downarrow\downarrow^*$ - $p<0,05$,
 $\downarrow\downarrow^{**}$ - $p<0,01$, $\downarrow\downarrow\downarrow^{***}$ - $p<0,001$

Продолжающийся перитонит отмечен в 1 (3,7%) (конец в бок -1) случае было обусловлено недостаточной санацией брюшной полости. Кровотечение из области анастомозов отмечено в 2 (7,4%) (бок в бок -1; инвагинационный - 1) случаев, которое диагностировано и устранено консервативными мероприятиями. Полученные данные подтверждают, что в условиях ургентной хирургии таится опасность развития жизнеугрожающих осложнений, что на наш взгляд, также обусловлено стандартными подходами к лечению и применению традиционных способов при формировании межкишечных анастомозов. В основной группе после радикальных (одномоментных) операций характер осложнений, связанных с операцией отмечено в 1 (5,9%) случае в виде кровотечения из швов анастомоза, которое остановлено консервативными мероприятиями.

Таблица 2

Частота послеоперационных осложнений после паллиативных операций и формирования кишечной стомы

Объем операций	Час-тота	Группа сравнения (n=54)			Основная группа (n=37)		
		Частота осложнений					
		Связ. с операц	Ранев. осложн	Общего характера	Связ. с опер.	Ранев. осложн	Общего характера
Паллиативные операции							
Деторс, пликация, пексия	абс	1	-	1	1	-	-
	%	1,9	-	1,9	2,7	-	-
Всего:	абс	1	-	1	1	-	-
	%	1,9	-	1,9	2,7	-	-
Формирование кишечной стомы							
По типу Гартмана	абс	1	3	3	2	1	1
	%	1,9	5,6	5,6	5,4	2,7	2,7
T-обр. стома с анаст «бок в конец»	абс	2	1	1	-	1	1
	%	3,7	1,9	1,9	-	2,7	2,7
У-обр. стома с погружным анаст. «конец в бок»	абс	2	1	2	-	-	-
	%	3,7	1,9	3,7	-	-	-
Всего:	абс	5	5	6	2	2	2
	%	9,3	9,3	11,1	5,4	5,4	5,4
t :		-	-	-	$\perp \downarrow$ 1,4	$\perp \downarrow \downarrow$ 1,7	$\perp \downarrow \downarrow \downarrow$ 2,4

Примечание: \perp - соотношение с другой группой, \downarrow - уменьшение, $\downarrow \downarrow^*$ - $p<0,05$, $\downarrow \downarrow^{**}$ - $p<0,01$.

Сравнительный анализ показал, что после радикальных (одномоментных) операций, частота осложнений связанные с операцией на кишечнике статистически достоверно уменьшилась (в 5 раз) на 23,7% ($p<0,01$) (с 29,6 до 5,9%), частота раневых послеоперационных осложнений статистически достоверно снизилось (в 2,5 раза) на 8,9% ($p<0,05$) (с 14,8 до 5,9%) и частота общих осложнений достоверно снизилось (в 1,6 раза) на 6,7% ($p<0,001$) (с 18,5 до 11,8%). При этом послеоперационная летальность в группе сравнения составило 7,4%, тогда как в основной не наблюдалось. Улучшение результатов радикальных (одномоментных) операций в основной группе на наш взгляд обусловлено внедрением усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма и модифицированного способа «погружного» инвагинационного анастомоза.

Сравнительный анализ показал, что после паллиативных операций и формирования толстокишечной стомы, частота осложнений связанные с операцией на кишечнике статистически достоверно уменьшилась (в 1,4 раза) на 3,0% (с 11,1 до 8,1%), частота раневых послеоперационных осложнений достоверно снизились (в 1,7 раза) на 3,9% ($p<0,05$) (с 9,3 до 5,4%) и частота

общих осложнений достоверно снизились (в 2,4 раза) на 7,6% ($p<0,01$) (с 13,0 до 5,4%).

Таким образом, при ургентных заболеваниях левой половины ободочной кишки, при наличии показаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, методом выбора является «погружной» инвагинационный анастомоз. При наличии противопоказаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, методом выбора является формирование комбинированной «У-образной стомы» с колоконоанастомозом «конец в бок» «погружными» швами и в т.ч. «Т-образной стомы» с колоконоанастомозом «бок в конец».

При ургентных осложнениях заворота сигмовидной кишки: болезни Пайра, рубцово-спаечной и дивертикулярной болезни применение комбинированной «У-образной стомы» с колоконоанастомозом «конец в бок» «погружными» швами и в т.ч. «Т-образной стомы» «бок в конец» при наличии установленных показаний, могут являться операцией выбора. При наличии установленных противопоказаний: чрезмерная дилатация приводящей аборальной части, резекция значительного участка кишечника вследствие его некроза и гангрены, а также при гемиколэктомии, слева, следует придерживаться операции Гартмана.

Как показал наш опыт, формирование толстокишечной стомы по Гартману сопровождается более высокой травматичностью и требует проведения повторной РВО путем повторного вскрытия брюшной полости, которая таит в себе ряд сложностей и опасностей. Прибегая к формированию комбинированной «Т»- и «У»- образных толстокишечных стом, мы исключили у этого контингента все риски выполнения РВО, так как удавалось устраниить стому внебрюшинным способом.

Таким образом, при ургентных осложнениях толстой ободочной кишки при наличии показаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, методом выбора является «погружной» инвагинационный анастомоз. При наличии противопоказаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, методом выбора является формирование комбинированной стомы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. У исследуемых больных, оптимизация хирургической тактики, позволяет достичь статистически достоверная тенденция к увеличению ранних оперативных вмешательств (в первые 24 часа) с 56,8 до 72,4% и статистически достоверное уменьшение более поздних операций (более суток) с 43,3 до 25,5% ($p<0,05$). В основной группе при формировании первичных межкишечных анастомозов применялись лишь «погружной» инвагинационный анастомозы, а при вынужденном формировании кишечной стомы существенно расширены показания к формированию комбинированной стомы – с 9,7 до 44,6 % ($p<0,001$), значительно ограничив показания к операции Гартмана с 49,4 до 18,9% ($p<0,01$).

2. Модифицированная методика формирования комбинированной «У-образной» стомы «конец в бок» «погружными» швами технически проста, малотравматична и устраняются все риски выполнения РВО за счет устраниния стомы внебрюшинным способом.

3. Разработанный и внедренный лечебно-диагностический алгоритм, после радикальных операций, позволяют статистически достоверно снизить частоту осложнений связанных с операцией на кишечнике с 29,6 до 5,9% ($p<0,01$), раневых послеоперационных осложнений - с 14,8 до 5,9% ($p<0,05$) и общих осложнений - с 18,5 до 11,8% ($p<0,001$).

4. Паллиативные операции и формирование кишечной стомы при ургентных заболеваниях ободочной кишки, позволяют предотвратить развитие жизнеугрожающих осложнений, однако формирование толстокишечной стомы по Гартману сопровождается более высокой травматичностью, чаще осложняются раневыми и стомальными осложнениями, а также требуют проведения РВО путем повторного вскрытия брюшной полости, которая таит в себе ряд сложностей и опасностей. Формированием комбинированной «Т»- и «У»- образной толстокишечной стомы исключаются все риски выполнения РВО, за счет устраниния стомы внебрюшинным способом.

**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

KOSIMOV SARVARBEK MAHAMADSHUKUR UGLI

**OPTIMIZATION OF SURGICAL STRATEGIES FOR NON-TUMOROUS
LEFT COLON DISEASES**

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 B2024.3.PhD/Tib4982.

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:

Botirov Akram Kodiralievich

doctor of medical sciences, professor

Official opponents:

Khodzhimatov Gulomiddin Minkhodjievich

doctor of medical sciences, professor

Sattarov Oybek Tokhirovich

doctor of medical sciences, docent

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 was to improve the treatment outcomes of complications of urgent non-tumorous diseases of the left colon through optimization of surgical tactics.

The object of the study were 139 patients who, in the period 2014-2022, underwent various surgical interventions on the colon due to complications of urgent diseases of the left half of the colon of non-neoplastic genesis in the surgical departments of the Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, the clinic of the Andijan State Medical Institute and the city hospital.

The scientific novelty of the research is as follows:

the structure, incidence, characteristics, and causes of complications arising during one-stage radical and palliative procedures, as well as during the formation of intestinal stomas for complications of urgent non-tumorous diseases of the left colon, were identified;

a technique for creating a combined "U-shaped" stoma with the formation of "invaginating" sutures based on the "end-to-side" principle in the surgical treatment of complications of urgent non-tumorous diseases of the left colon was improved;

a therapeutic and diagnostic algorithm was developed, allowing the selection of the most optimal method for the diagnosis and treatment of urgent non-tumorous diseases of the left colon;

the clinical effectiveness of the optimized surgical tactics was substantiated for performing one-stage radical and palliative procedures, as well as for forming intestinal stomas in complications of urgent non-tumorous diseases of the left colon, aimed at improving treatment outcomes.

The implementation of research results. Based on the results of a scientific study to improve treatment outcomes for complications of urgent left colon diseases:

a "Method for Creating a Colon Stoma" was developed (patent for invention of the Republic of Uzbekistan No. IAP 7829 dated September 28, 2024). The proposed method for creating a combined "U-shaped" end-to-side stoma using "immersion" sutures is technically simple, minimally invasive, and eliminates all risks of performing an RVO by performing an extraperitoneal stoma.

guidelines for "Optimization of Surgical Tactics for Non-Cancerous Diseases of the Left Colon" were developed (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 13/20 dated March 10, 2025). These recommendations have allowed for the optimization of surgical tactics for urgent non-cancerous diseases of the left colon.

the obtained scientific results have been implemented in the practical activities of the surgery departments of the Andijan, Namangan, and Fergana branches of the Russian Scientific Center for Emergency Medicine (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 13/20 dated March 10, 2025). Implementation of the research

results has reduced the incidence of complications associated with bowel surgery from 29.6 to 5.9%, postoperative wound complications from 14.8 to 5.9%, and general complications from 18.5 to 11.8%.

Structure and size of the dissertation. The dissertation consists of five chapters, conclusion, summary, practical recommendations, list of references. The volume of the dissertation is 128 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Абдуллахонов Б.Р., Косимов С.М., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А. Способ наложения стомы толстой кишки // Патент на изобретение Центра по интеллектуальной собственности при Министерстве Юстиции Республики Узбекистан. №IAP 7829 от 28 сентября 2024 года.
2. Ботиров А.К., Косимов С.М., Отакузиев.А.З., Ботиров Ж.А. Нерешенные проблемы хирургического лечения ургентных заболеваний ободочной кишки неопухолевого генеза //Ж. «Журнал современной медицины»; №3 (6); 2024; С.279-292. (14.00.00, Ўзбекистон Республикаси ОАКнинг 7 июндаги №355/6 сонли қарори билан тиббиёт фанлари буйича диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этишга миллий нашрлар ройхатига киритилган).
3. Ботиров А.К., Косимов С.М., Отакузиев.А.З., Бозоров Н.Э. Оптимизация хирургической тактики при неопухолевых заболеваниях левой половины ободочной кишки // Ж. «Медицина и спорт». 2024, №3; С. 42-45. (14.00.00, №23).
4. Отакузиев.А.З., Ботиров А.К., Косимов С.М., Усманов У.Д. Хирургическая реабилитация при ургентных заболеваний ободочной кишки неопухолевого генеза // Ж. «Медицина и спорт». 2024, №3; С. 91-96. (14.00.00, №23).
5. Otakuziev A.Z, Botirov A.K., Kosimov S.M., Botirov Zh.A., Abdullazhanov B.R. Current state of the problem of surgical treatment of non-tumor colon urgent diseases // «Eurasian Scientific Herald» Volume 21. 2023. P.131-141. (14.00.00. Index Copernicus №12).
6. Kosimov S.M., Botirov A.K., Otakuziev A.Z., Botirov Zh.A. Optimization of surgical tactics for non-tumor genesis diseases of the left half of the colon // // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(12): P.3387-3391 DOI: 10.5923/j.ajmms.20241412.65 (14.00.00; №2).

II бўлим (II часть; II part)

7. Косимов С.М., Ботиров А.К. Оптимизация хирургической тактики при неопухолевых заболеваниях левой половины ободочной кишки // Методические рекомендации. Андижан, 2024 год, стр.24.
8. Косимов С.М., Ботиров А.К. Ўсма генезли бўлмаган чамбар ичак чап ярмининг ўткир етишмовчилигини ташхислаш ва даволаш алгоритмини такомиллаштириш // Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк маркази, Электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисидаги Гувоҳнома. 18.12.2023 й., №DGU 31431.

9. Ботиров А.К., Косимов С.М., Отакузиев А.З. Оптимизация хирургической тактики при неопухолевых заболеваниях левой половины ободочной кишки // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы общей хирургии и хирургических болезней. Термез-2024. С.194-195.
10. Ботиров А.К., Косимов С.М., Отакузиев А.З., Бозоров Н.Э., Хамидов Ф.Ш., Ботиров Ж.А. Результаты хирургического лечения ургентных заболеваний левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы общей хирургии и хирургических болезней. Термез-2024. С.30-35.
11. Косимов С.М., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Алгоритм хирургической тактики при неопухолевых заболеваниях левой половины ободочной кишки // Материалы международной научно-практической конференции посвященная 70 летию Андижанского государственного медицинского института «Использование высокоинновационных технологий в профилактической медицине». Андижан-2025. С. 612-613.
12. Kosimov S.M., Botirov A.K., Otakuziev A.Z. Surgical treatment for non-tumor diseases of the left half of the colon // Innovative research in modern education. 2024. Hosted from Toronto, Canada; P.63-65.
13. Botirov A.K., Kosimov S.M., Otakuziev A.Z. A modified method for forming a combined "U-Shaped" stoma with "End-to-Side" colo-coloanastomosis with "Submersible" sutures // International conference on higher education teaching. 2024. Hosted from Hamburg, Germany; P.96-98.
14. Botirov A.K., Kosimov S.M., Otakuziev A.Z. Therapeutic diagnostic algorithm for non-tumor diseases of the colon // International conference on management, economics & social science. 2024. Hosted from Tampere, Finland; P.88-90.
15. Косимов С.М., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Оптимизация хирургической тактики при неопухолевых заболеваниях левой половины ободочной кишки // Международная конференция академических наук. 2(6); Россия-2023. С. 59-62. DOI.org/10.5281/zenodo.8112007.
16. Ботиров А.К., Косимов С.М., Отакузиев А.З. Клиническая оценка результатов оперативных вмешательств при неопухолевых заболеваниях левой половины ободочной кишки // Международная конференция академических наук. 2(6); Россия-2023. С. 55-58. DOI.org/10.5281/zenodo.8112001.

Автореферат «Тошкент давлат тиббиёт университети 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 табоғи: 4. Адади 100 дона. Буюртма № 39/25.

Гувоҳнома № 851684.

«Tipograff» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.

Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.