



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

7 (69) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

7 (69)

2024

июль

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.349-089/.345-053.9

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ОПУХОЛЕВОГО И НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Мамадиев А.М. <https://orcid.org/0009-0002-6608-473X>

Мамадиев Х.М. <https://orcid.org/0000-0002-4658-6719>

Каххарова Д.М. <https://orcid.org/0000-0001-9771-6352>

¹Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

²Андижанский филиал Республиканского научного центра скорой медицинской помощи,
Андижанская область, Андижанское ш. ул. Пушкина 59 (ул. Юксалиш-58)

✓ Резюме

Авторы в результате проделанной работы заключают, что при острой непроходимости толстой кишки опухолевого и неопухолевого генеза формирование комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом по сравнению с операцией Гартмана сопровождается почти с одинаковой частотой послеоперационных осложнений и летальности, которые статистически достоверной разницы не имеют. Однако, формирование комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом позволяет выполнять восстановительные операции внебрюшинным способом, что обеспечивает бесспорные преимущества в плане меньшей травматичности, безопасности, ранней хирургической реабилитации, а также в раннем восстановлении обычной трудовой деятельности и скорейшем возвращении к обычной жизнедеятельности.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, толстая кишка, хирургическая тактика, колопроктология, анастомоз.

O'SMA VA O'SMASIZ GENEZISINING YO'G'ON ICHAGI O'TKIR TIQILIB QOLISHI BO'YICHA JARROHLIK TAKTIKASI

Mamadiev A.M. <https://orcid.org/0009-0002-6608-473X>

Mamadiev X.M. <https://orcid.org/0000-0002-4658-6719>

Qahhorova D.M. <https://orcid.org/0000-0001-9771-6352>

¹Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1
Tel: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

²Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi andijon filiali Andijon viloyati Andijon sh.
"Pushkin" ko'chasi 59 uy (Yuksalish ko'cha-58uy)

✓ Rezyume

Mualliflar, amalga oshirilgan ishlar natijasida, o'simta va o'simta bo'lmagan genezli yo'g'on ichakning o'tkir obstruktsiyasi bo'lsa, Gartman operatsiyasi bilan solishtirganda, kolo-koloanastomoz bilan birlashgan T-shaklidagi stomaning shakllantirish, statistik jihatdan sezilarli farqqa ega bo'lmagan operatsiyadan keyingi asoratlar va o'limning deyarli bir xil chastotasi bilan birga keladi degan xulosaga kelishdi. Biroq, kolo-koloanastomoz bilan birlashtirilgan T shaklidagi stomaning shakllantirish rekonstruktiv operatsiyalarni ekstraperitoneal usulda o'tkazish imkonini beradi, bu esa kamroq travma, xavfsizlik, erta jarrohlik rehabilitatsiya, shuningdek, normal ish qobiliyatini erta tiklanishi nuqtai nazaridan inkor etilmaydigan afzalliklarni beradi.

Kalit so'zlar: o'tkir ichak tutilishi, yo'g'on ichak, jarrohlik taktikasi, koloproktologiya, anastomoz.

SURGICAL TACTICS FOR ACUTE OBSTRUCTION OF THE LARGE INTESTINE OF TUMOR AND NON-TUMOR GENESIS

Mamadiev A.M. <https://orcid.org/0009-0002-6608-473X>

Mamadiev Kh.M. <https://orcid.org/0000-0002-4658-6719>

Kakhharova D.M. <https://orcid.org/0000-0001-9771-6352>

¹Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1

Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

²Andijan branch of the Republican scientific center of emergency medical care, Andijan region, Andijan sh. "Pushkin" street 59 (Yuksalish street-58)

✓ Resume

The authors, as a result of the work done, conclude that in case of acute obstruction of the colon of tumor and non-tumor origin, the formation of a combined T-shaped stoma with colo-coloanastomosis, compared with the Hartmann operation, is accompanied by almost the same frequency of postoperative complications and mortality, which do not have a statistically significant difference. However, the formation of a combined T-shaped stoma with colo-coloanastomosis allows reconstructive operations to be performed in an extraperitoneal manner, which provides undeniable advantages in terms of less trauma, safety, early surgical rehabilitation, as well as early restoration of normal work activity and a speedy return to normal life activities.

Key words: acute intestinal obstruction, large intestine, surgical tactics, coloproctology, anastomosis.

Актуальность

Острая непроходимость толстой кишки ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза, которая встречается в 29-62,9% случаев и на сегодняшний день является одним из наиболее тяжёлых заболеваний в ургентной хирургии [1;5]. В этой области продолжают проводиться научные исследования в клиниках и лабораториях нашей Республики, а также в странах СНГ и дальнего зарубежья [2;3;4;8]. Хирургическая тактика в отношении больных с ОНТК различными авторами трактуется неоднозначно и определяется критериями общего состояния, наличием признаков перитонита, уровнем интоксикации, метаболических нарушений, а также учитывается длительность заболевания [6;7]. По мнению же большинства авторов лучшим видом оперативного вмешательства при осложнённых формах рака левой половины ободочной кишки является операция типа Гартмана [1;2;5].

Цель исследования: Научно обоснованный выбор хирургической тактики при острой непроходимости толстого кишечника опухолевого и неопухолевого генеза.

Материал и методы

Предметом настоящего исследования явились лишь больные ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза, которым выполнены резекция толстой кишки с формированием толстокишечной стомы по типу Гартмана и с формированием комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом (по типу «конец в бок» и «бок в конец») за период с 2013 по 2022 годы. Больные с не удалённой опухолью исследованию не подлежали.

Согласно цели и задачам нами исследовано 105 больных, которые условно выделены в две группы:

- группа сравнения - 62 (59%) больных, перенесшие операции по типу Гартмана с формированием одностольной толстокишечной стомы;
- основная группа - 43 (41%) больных, перенесшие операции с формированием комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом.

Клинические, лабораторные и инструментальные исследования проводились на современном уровне, с использованием современной аппаратуры, согласно протоколу, утверждённой администрацией и Министерством Здравоохранения РУз. При анализе данных применяли значимость различий, определяя по t-критерию Стьюдента.

Результат и обсуждение

Диагноз острой непроходимости толстой кишки (ОНТК) опухолевого и неопухолевого генеза устанавливался по данным комплексного подхода к диагностике, которая проводилась по утвержденному протоколу Министерства Здравоохранения РУз.

Предоперационная подготовка наших больных начиналась и проводилась в параллели с диагностическими мероприятиями с момента поступления в хирургическое отделение. Мероприятия начинались с коррекции гомеостаза, введения назогастродуоденального зонда для декомпрессии желудка, назначения спазмолитиков и анальгетиков с антибиотиками широкого спектра действия, а также по показаниям, проведением очистительных клизм. По мере получения результатов лабораторных данных, а также исходя из анамнестических данных (наличие сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ожирения и т.д.) нами активно велась работа по вызову соответствующих специалистов для консультации и коррекции сопутствующей терапевтической патологии.

При проведении трансфузий его терапия была направлена на детоксикацию, коррекцию водно-электролитного баланса и стабилизацию гемодинамики. Все операции нами проводились под эндотрахеальным наркозом.

В процессе выполнения данного исследования и накопления опыта при ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза нами усовершенствован способ наложения толстокишечной стомы (положительное решение на заявку IAP 2020 0067 от 22.02.2022). При ОНТК неопухолевого генеза, важным условием формирования комбинированной Т-образной стомы с колоколоанастомозом служило отсутствие значительного расширения приводящего отдела толстой кишки на значительном протяжении и отсутствие гангрены СК на всем протяжении т.е. «черной сигмы». При ОНТК опухолевого генеза, все оперативные вмешательства произведены с неукоснительным соблюдением онкологических принципов: абластичность, асептичность, атравматичность, радикальность.

ОНТК, более чем какая-либо другая абдоминальная патология, требует понимания внутренней сути клинических проявлений и выбора индивидуальной лечебной тактики и наименее рискованного оперативного вмешательства. Как известно, при выборе способа оперативного вмешательства и на его результаты важное значение имеют причины ОНТК (опухолевой или неопухолевого генеза), а также характер сопутствующей терапевтической патологии.

В основной группе причинами ОНТК явились опухолевые (рак ректосигмоидального, нижней и верхней трети сигмовидной кишки - СК) и неопухолевые заболевания (заворот сигмовидной кишки - ЗСК), а также травма СК с вскрытием его просвета. Характер сопутствующей патологии был обусловлен сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, ожирением, заболеваниями дыхательной и мочеполовой системы.

В основной группе настораживает факт ОНТК на фоне опухолей ректосигмоидального отдела – 6 (30%), нижней трети СК – 8 (40%) и верхней трети СК – 2 (10%), а также ЗСК – 4 (20%), которая в основном, сопровождалась сердечно-сосудистыми заболеваниями (ИБС, гипертоническая болезнь, ранее перенесенный инфаркт, стенокардия), что составило 20 (46,5%) больных.

Немаловажным является относительно высокая частота ОНТК опухолей нижней трети СК – 3 (60%), а также ЗСК – 2 (40%), которая сопровождалась на фоне сахарного диабета (в основном 2-го типа), что составило 5 (11,6%) больных. Следует отметить диагностирование ОНТК опухолей верхней трети СК – 2 (28,6%), а также ЗСК – 3 (42,8%) и травмы СК – 2 (28,6%), которая сопровождалась на фоне ожирения, что составило 7 (16,3%) больных.

Диагностирование сопутствующей патологии отягощало течение основного заболевания и вызывало определенные трудности в период предоперационной подготовки и в послеоперационном ведении, что вызывало необходимость совместного лечения с специалистами соответствующего профиля.

Как известно, при выборе способа оперативного вмешательства и на его результаты важное значение имеет характер ОНТК (опухолевой или неопухолевого генеза), а также сроки выполнения оперативного вмешательства с момента госпитализации.

В основной группе при ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза, оперативные вмешательства выполнены в первые 6 часов – у 18 (41,8%) больных, в сроки 7-12 часов – у 13

(30,2%) и в сроки 24-48 часов – у 6 (14%). Ретроспективный анализ показал, что больные с ОНТК оперированные в первые 12 часов и 24-48 часов были, в основном, лица молодого и зрелого возраста, отсутствием сопутствующей патологии или же в компенсированной форме. Заслуживает внимания больные с ОНТК опухолевого и не опухолевого генеза – 6 (14,0%) оперированные в сроки более 48 часов. Этот контингент, в основном, составили лица старше 60 лет с относительно поздней госпитализацией от начала заболевания с явлениями интоксикации и с наличием тяжелых форм сопутствующей терапевтической патологии. Этим больным проводилась соответствующая корригирующая терапия с учетом рекомендаций соответствующих специалистов.

При ОНТК в основной группе комбинированная Т-образная стома с коло-колоанастомозом по принципу «конец в бок» сформирована у 7 (16%) больных. При этом причиной ОНТК опухолевого генеза у 2 (28,6%) больных явилось опухоль верхней трети СК. Причиной ОНТК неопухолевого генеза у 4 (57,1%) больных явилось ЗСК при долихосигме и у 1 (14,3%) травма с вскрытием просвета толстой кишки с развитием пареза на фоне перитонита.

Комбинированная Т-образная стома с коло-колоанастомозом по принципу «бок в конец» сформирована у 36 (84%) больных. При этом, причиной ОНТК неопухолевого генеза у 12 (33,3%) больных явилось опухоль ректосигмоидного отдела и у 18 (50%) - нижней трети СК. Причиной ОНТК неопухолевого генеза у 2 (5,6%) больных явилось ЗСК и у 4 (11,1%) явления паретической кишечной непроходимости вследствие травмы с вскрытием просвета стенки СК.

Таким образом, формирование разгрузочного комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом позволяет накладывать первичный толстокишечный анастомоз при ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза, при которой содержимое кишечника частично опорожняется через толстокишечную стому и частично, естественным путем. При этом, наши данные показали возможность формирования комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом даже в условиях серозно-фибринозного перитонита и наличии сопутствующей патологии в компенсированной и субкомпенсированной форме.

При ОНТК неопухолевого генеза, важным условием формирования комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом служило отсутствие значительного расширения приводящего отдела толстой кишки на значительном протяжении и отсутствие гангрены «черной сигмы». При ОНТК опухолевого генеза, все оперативные вмешательства произведены с неукоснительным соблюдением онкологических принципов: абластичность, асептичность, атравматичность, радикальность. Преимуществом данной операции является сравнительная техническая простота выполнения, доступная значительной части дежурной бригаде хирургов. Также одним из важных преимуществ этой операции является ликвидация причины непроходимости опухолевого и неопухолевого генеза, создания условия для опорожнения содержимого кишечника, т.е. декомпрессии. При этом создаются заведомо благоприятные условия для проведения в последующем восстановительного этапа операции.

В основной группе после формирования комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом специфические осложнения, связанные с оперативным вмешательством, возникло у 8 (18,6%) больных с послеоперационной летальностью у 1 (14,3%). Неспецифические раневые осложнения - у 7 (16,3%) и неспецифические осложнения общего характера, не связанные с оперативным вмешательством диагностированы у 3 (7%) больных с послеоперационной летальностью у 2 (4,7%).

Реабилитация пациентов с комбинированной Т-образной стомой с коло-колоанастомозом начинается в раннем послеоперационном периоде и заключается в постепенной тренировке анастомоза для прохождения кала естественным путём.

Заключение

Как показал наш опыт работы, при ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза формирование комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом по сравнению с операцией Гартмана сопровождается почти с одинаковой частотой послеоперационных осложнений и летальности, которые статистически достоверной разницы не имеют. Однако, формирование комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом позволяет выполнять восстановительные операции внебрюшинным способом, что обеспечивает бесспорные преимущества в плане меньшей травматичности, безопасности, ранней

хирургической реабилитации, а также в раннем восстановлении обычной трудовой деятельности и скорейшем возвращении к обычной жизнедеятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алиев С.А. Диагностика и тактика хирургического лечения осложнённых форм рака сигмовидной кишки //Проблемы колопроктологии. М., 2000;17:257-262.
2. Артюхов С.В. Современные методики лечения рака левых отделов толстой кишки с острой кишечной непроходимостью //Здоровье. Медицинская энциклопедия. Наука. 2017;2(66):8-11.
3. Ачкасов С.И., Сушков О.И., Лукашевич И.В., Суровегин Е.С. Применение программы ускоренного выздоровления колопроктологических больных в повседневной работе хирургического стационара. Результаты опроса хирургов России //Колопроктология. – 2018;2(64):59.
4. Носиров М.М. Пути улучшения хирургической тактики при завороте сигмовидной кишки у пожилых //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Ташкент. 2020; 40С.
5. Хожяев А.А. Реконструктивная хирургическая реабилитация больных колоректальным раком (обзор литературы) //Вестник хирургии Казахстана. 2017;2:51-59.
6. Шишкина Г.А., Топузов Э.Г., Петряшев А.В., Власов Д.А. Лечебная тактика при колоректальном раке, осложненном декомпенсированным нарушением кишечной проходимости и диастолическим разрывом толстой кишки //Онкологическая колопроктология. 2016;6(4):32-37.
7. 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 (SELECT trial) // Br. J. Surg. 2019;106(4):355-363.
8. Gustafsson U.O., Scott M.J., Hubner M. [et al.]. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced recovery after Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018 // World J. Surg. 2019;43(3):659-695.

Поступила 20.05.2024