

**И.К. АХУНБАЕВ атындагы
КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИ
УЛУТТУК ХИРУРГИЯ БОРБОРУ**

Д 14.22.650 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616.348-006-089

Сыдыков Нурланбек Женишбекович

**ЖООН ИЧЕГИНИН БҮТӨЛҮП КАЛЫШЫНАН ООРЛОШУП КЕТКЕН
КЫРКАЛУУ ИЧЕГИ РАГЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУ ӨРКҮНДӨТҮҮ**

14.01.17 – хирургия

Медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
авторефераты

Бишкек – 2024

Иш Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургиялык борборунун ичеги хирургиясы бөлүмүндө аткарылды.

Илимий консультанты:

Сопуев Андрей Асанкулович

медицина илимдеринин доктору, профессор,
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясынын оперативдик
хирургия курсу менен госпиталдык хирургия
кафедрасынын башчысы

Расмий оппоненттер:

Мусаев Улан Салтанатович

медицина илимдеринин доктору, доцент,
Бишкек шаарындагы №1 шаардык клиникалык
ооруканасынын башкы дарыгеринин орун басары

Султангазиев Расул Абалиевич

медицина илимдеринин доктору,
Кыргызстан Эл аралык университетинин алдындагы
«Аманат» клиникасынын илимий консультанты

Байгазаков Асылбек Топчубаевич

медицина илимдеринин доктору, доцент,
«Авиценна» Эл аралык медициналык
университетинин ректору

Жетектөөчү мекеме:

С.Д. Асфендияров ат. Казак улуттук медициналык
университети, жалпы хирургия жана
топографиялык анатомия кафедрасы (Казакстан
Республикасы, 050012, Алма-Ата ш., Толе Би көч.,
д. 94)

Диссертацияны коргоо 2024-жылдын 6-июнда саат 14.00дө медицина илимдеринин доктору (кандидаты) илимдеринин окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана тең уюштуруучу Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборуна караштуу Д 14.22.650 диссертациялык кеңештин отурумунда өтөт (720044, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., 3-линия көчөсү, 25, 2-этаж конференц-зал дарегинде). Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференцияга кирүү үчүн шилтеме: https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек шаары, Ахунбаев көчөсү, 92), Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборунун китепканаларынан (720044, Бишкек шаары, 3-линия көчөсү, 25) жана <https://vak.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2024-жылдын 23-апрелинде таркатылды.

**Диссертациялык кеңештин
окумуштуу катчысы,
медицина илимдеринин
кандидаты, доцент**



М. Б. Чапыев

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Колоректалдык рак көп диагноз коюлган үчүнчү залалдуу шишик болуп саналат жана жыл сайын бул оорунун 1,4 миллион жаңы учуру катталат. Бул дүйнө жүзүндө эркектерде катталган ракта үчүнчү орунду ээлесе (746 000 учур, жалпы сандын 10%), аялдардын ичинде экинчи орунду ээлейт (614 000 учур, жалпы сандын 19,2%); дүйнөдө рактын себебинен каза болуу боюнча бул төртүнчү орунду ээлейт.

Борбордук Азияда жоон ичегинин рагынын жайылышы бир топ жогору болуп эсептелет. Кээ бир изилдөөчүлөр Борбордук Азия дүйнөдө жоон ичегини рагы менен көп жабыркаган аймактардын бири экендигин көрсөтүп келишет. Саламаттыкты сактоонун бүткүл дүйнөлүк уюмунун маалыматы боюнча, Борбордук Азиядагы Казахстан, Өзбекстан, Таджикистан жана Кыргызстан сыяктуу бир катар мамлекеттерде жоон ичегинин рагынын учурларынын катталуусу жыл сайын өсүп жатат.

Бул нерсе жашоо образын өзгөрткөн бир катар факторлор менен байланыштуу болуп, буга майлуу жана иштетилген тамак-аштарды колдонуу, жана дагы кыймыл аракеттин төмөн болушу кирет. Ушуга байланыштуу, жоон ичегинин рагына эрте диагноз коюу жана аны дарылоо Борбордук Азиядагы калктын ден соолугун сактоодо маанилүү маселе болуп саналат.

Жоон ичегинин рак оорусунун кабылдоолору ичеги-карын ооруларынын кечиктирилгис абалдарынын 47% түзөт.

Жоон ичегинин бүтөлүп калып, кечиктирилгис абалга алып келүүсүнүн 80% колоректалдык рак менен байланыштуу болсо, перфорация болууга калган 20% туура келет.

Колоректалдык ракта обструкциянын көп учурда болуусу сигма сымал ичегиде болот, бул учурларда 75% шишик жоон ичегинин көк боор бурулушунан төмөн жайгашат.

Ичегинин перфорациясы шишикте 70% учурларда болсо, шишиктен өйдө 30% учурларда болот [С. А. Алиев ж.б. авторл., 2015; Ю. В. Рябков, 2018; Н. Onishi, 2014; D. D. Huijts, 2017].

Жоон ичегинин рагында 10%дан 19%га чейин ичегинин бүтөлүп калуу кабылдоосу болот. Бул фактор начар прогноздун коркунучу болуп саналат: операциядан кийинки жакынкы мезгилдерде өлүмдүн катталуусу 15 ден 30%га чейин болот (салыштыруу ирээтинде, пландуу операцияларда 1–5 %), операциядан кийинки кабылдоолор пландык операцияларга караганда эки эсе көп болот. Обструкциядан өйдө жакта ичегинин жел жана заң массалары менен чоюлуусу микроциркуляциянын бузулуусунуна алып келип, жоон ичегинин керегелеринин ишемиясына алып келүүсү мүмкүн.

Ичегинин керегесинин чоюлуусу булчуң жипчелеринин үзүлүшүнө алып келиши мүмкүн жана керек болсо ичеги толук айрылып кетип перфорация болушу мүмкүн [З. В. Тотиков, 2017; В. А. Авакимян ж.б. авторл., 2018; M. Chand et al., 2014; С. А. Maurer et al., 2017]. Жоон ичегинин проксималдык жагындагы бул өзгөөрүүлөр анастомоздун ажырап кетүүсүнүн жана тешиктердин пайда болуусунун жогорку тобокелчилиги бар экендигин түшүндүрөт.

Эреже боюнча, анастомоз сала турган ичегин чоюлуп кеткен болсо, заңга толгон болсо, анастомоз салганга болбойт. Бул талаптар эки – же үч этаптуу хирургиянын протоколдорун түзүүгө шарт түзүп, анастомоз жасабай, колостома жасоого алып келди. Бирок, таза же аз эле чоюлган жана ичи бош ичегинин сегменттерине анастомоз коюу ыкмасын колдонуу менен көп этаптуу хирургиядан баш тартууга болот. Бул талапты жоон ичегинин жабылып калган жерине жараша, ар кандай ыкмалар менен ишке ашырууга болот. Жоон ичегинин оң жана сол жагындагы обструкцияны айырмалап тааный билүү зарыл. Баардык учурларда, резекция же колэктомия жасалып жатканда, онкологиялык резекциянын критерийлерине ылайык жүргүзүлүшү керек. Стоманын коргоо максаты болуп, анастомоз айыгып жатканда, заң массасын анастомозго жеткирбей сыртка чыгаруу болуп саналат. Айрым учурларда стома анастомоздун жырылып кетишин алдын ала албаса да, кабылдоолордун таасирин төмөндөтүп, перитониттин тобокелчилигин төмөндөтөт.

Эски мектептин колостомия жана Гартман резекциясы операциялары обструктивдик ракта кечиктирилгис жардам көрсөтүүдө өзүнүн ордун сактап келүүдө, өзгөчө бул операциялар абалы оор пациенттерде же колоректалдык патологияны дарылоодо тажрыйбасы аз хирургдарда мааниси зор. Көпчүлүк учурларда пациенттерге операция маалында ичегини жууп-тазалап же декомпрессия кылып, бир этаптуу колэктомияны анастомоз коюу менен жасап жардам берүүгө болот. Тоталдык же субтоталдык колэктомияны ылдый кеткен жоон ичегинин рагында жогору кеткен жоон ичеги да кошумча жабыркаганда жасоо талапка ылайыктуу. Буларга синхрондук шишик же механикалык жаракаттар кирет (мөөн ичегинин чоюлуп кетип перфорация болушу же анын коркунучу [Э. А. Тилеков, 2012; О. В. Попков ж.б. авторл., 2015; N. F. Aykan et al., 2015; Z. Xu et al., 2017]).

Өткөрүү функциясы бузулуп, өтүшүп кеткен жоон ичеги рагы болгон учурда пайда болгон эндотоксикоздун көптөгөн маселелери кошумча изилдөөнү талап кылат [К. К. Акназаров, 2005].

Ошондуктан, жоон ичегинин өтүшүп кеткен рагы сыяктуу патологиясы бар бейтаптарды дарылоонун эффективдүүлүгүн жогорулатуу үчүн адекваттуу хирургиялык операцияны тандоону жана дарылоо тактикасын стандартташтыруу боюнча объективдүү аныктоочу критерийлерге негизинде дарылоо-диагностикалык системаны өркүндөтүү зарыл.

Диссертациянын темасынын приоритеттүү илимий багыттар, негизги илимий программалар (долбоорлор), окуу жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүп жаткан негизги изилдөө иштери менен байланышы. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган.

Изилдөөнүн максатын кыркалуу ичегинин бүтөлүшүнөн оорлошкон жоон ичеги рагына кабылган бейтапты кароодо канааттандыруу эмес натыйжаларды азайтуу үчүн колдонулган дарылоо жана ооруну аныктоо системасын оптималдаштыруу түзөт.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Ичегинин өткөрүүсүнүн бузулушунун өөрчүшү менен пайда болгон жоон ичеги рагын аныктоо системасын өркүндөтүү.

2. Ичегинин өткөрүүсүнүн бузулушунун өөрчүшү менен пайда болгон жоон ичеги рагынын азыркы мезгилде өзгөрүп кеткен клиникалык картинасына анализ жүргүзүү жана клиникалык, функциялык жана инструменталдык көрүнүштөрдү эске алуу менен дары.

3. Кыркалуу ичегинин өткөрүү функциясынын бузулушунун оорлошусунун улам пайда болгон жоон ичегинин рагы үчүн энтеро- жана колоносорбциянын натыйжалуулугун баалоо.

4. Ичегинин бөлүктөрүн эвакуациялоо жана интраоперациялык сорбциялык диализди жүргүзүү үчүн интраоперациялык декомпрессияны жаңылоону ишке ашыруу;

5. Ичегинин өткөрүүсүнүн бузулушунан пайда болгон жоон ичеги рагынын ар кандай даражасында хирургиялык тактиканы оптималдаштыруу.

6. Жоон ичегинин сол жарымында жайгашкан жана диастатикалык некроз жана перитонит менен оорлошкон рак стеноздук процессинде хирургиялык тактиканы тандоону өркүндөтүү;

7. Бейтаптын кыркалуу ичегисинин сол тарабынын жарымындагы шишиктен улам өткөрбөстүктүн субкомпенсацияланган жана декомпенсацияланган стадиясында радикалдуу же шарттуу радикалдуу (ШР) хирургиялык кийлигишүүлөрдүн акыркы этабында декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомоздорун колдонуунун эффективдүүлүгүн баалоо.

8. Кыркалуу ичегинин ар кандай даражадагы рагынан жабыркаган бейтаптарды дарылоонун натыйжаларына баа берүү.

Алынган жыйынтыктардын илимий жаңылыгы:

1. Ичегинин бүтөлүшүнөн пайда болгон кыркалуу ичегисинин сол тарабынын жарымындагы рак оорусу менен жабыркаган бейтапка хирургиялык жардамын жыйынтыктарына анализ жүргүзүү биринчи жолу олуттуу клиникалык материалдарды колдонуу менен оор категориядагы мындай бейтаптардын жалпы хирургиялык бөлүмүндө хирургиялык жардамдын абалын баалоого мүмкүндүк берди.

2. Шашылыш операция талап кылган кыркалуу ичегисинин сол жарымында ичегинин декомпенсацияланган бүтөлүүсүндө жана кеңири жайылган перитониттен улам пайда болгон рактан жабыркаган бейтаптарды текшерүүнүн оригиналдуу схемасы иштелип чыкты.

3. Ар кандай оордуктагы кыркалуу ичеги рагында жана ичегинин бүтөлүп калган шартында энтеросорбцияны жана колоносорбцияны колдонуу мүмкүнчүлүктөрү жөнүндө маалыматтардын жыйындысы кеңейтилди.

4. Кан айлануунун бузулушун, ичеги перистальтикасын оңдоо жана эндогендик интоксикацияны азайтуу үчүн операция учурунда ичеги декомпрессиясын колдонуунун оригиналдуу ыкмасы иштелип чыкты. Колдонууга рационализатордук сунуштар кабыл алынды: «Жоон-жоон ичегинин оозунун бузулушун алдын алуу ыкмасы» № 783, 26.12.2014, Кыргызпатент жана «Хирургиялык кийлигишүүдөн кийин ич көңдөйүндөгү органдардын жабышып калуусун азайтуу ыкмасы» №782, 26.12.2014, Кыргызпатент.

5. Кыркалуу ичегинин рагы жана ичегинин ар кандай оордуктагы бүтөлүшүнө кабылган бейтаптар үчүн ооруну аныктоо жана дарылоо иш-чараларынын комплекстүү системасы, алардын ырааттуулугу жана мөөнөттөрү өркүндөтүлдү.

6. Ичегинин декомпенсацияланган бүтөлүшүнөн пайда болгон кыркалуу ичегисинин сол тарабынын жарымындагы рак оорусу менен жана жоон ичегинин сероздук катмарынын диастатикалык жарылуусунан оорлошкон бейтаптарда субтоталдык колэктомиянын орду аныкталган. Анастомоз же перитониттин оордугуна жараша тышкы илеостомия түрүндөгү субтоталдык колэктомиянын акыркы этабынын тактикасы өркүндөтүлдү жана модернизацияланды. Колдонууга рационализатордук сунуштар кабыл алынды: «Жоон ичеги резекциясынан кийин жоон-жоон ичегинин анастомозун коюу ыкмасы» № 752, 12.05.2014, Кыргызпатент жана «Жоон ичеги резекциясынан кийин ичегинин калган бөлүгүнө асцендо-сигмоаностомоз коюу ыкмасы», №751, 26.12.2014, Кыргызпатент.

7. Жоон ичегинин сол жарымынын аймагында радикалдык же шарттуу радикалдуу (ШР) хирургиялык кийлигишүүлөрдүн акыркы бөлүгүндө декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозун түзүүнүн тактикалык өзгөчөлүктөрү жана техникалык деталдары жакшыртылды. Колдонууга рационализатордук сунуш кабыл алынды: «Жоон ичегинин резекциясында У - сыяктуу анастомозду жасоо ыкмасы, № 08/2020, 26.09. 2020, И.К. Ахунбаева атындагы КММА. Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомоздору шишикти алып салуу операциясынан кийин кыска убакыттын ичинде (болжол менен 75 күн) колостомиянын экстраперитоналдык жабылышы аркылуу оорлошуу ыктымалдыгын азайтат.

Алынган жыйынтыктардын практикалык мааниси:

➤ Илимий жактан негизделген дарылоо тактикасын тандоо үчүн диагностикалык система өркүндөтүлдү, ич көңдөйүнүн рентгенографиясын колдонуу, курсак органдарын ультра үн изилдөөсү, ректороманоскопия, колоноскопия жана ирригоскопия, SAPS абалынын оордугун интегралдык баалоо системасы боюнча клиникалык жана лабораториялык маалыматтарга анализ жүргүзүлдү.

➤ Ичегинин өткөрүү функциясынын бузулуусунун ар кандай даражаларында эң ылайыктуу хирургиялык кийлигишүү планын аныктоо постулаттары иштелип чыкты.

➤ Эндогендик интоксикацияны басандатуу жана операциядан кийинки оорлошуулардын санын азайтуу максатында опеарция алдындагы жана операция учурундагы энтеросорбция жана колоносорбциянын оргиналдуу методикалары иштелип чыкты жана практикалык ишмердүүлүккө киргизилди (2022-жылдын 23-ноябрында КР ССМ УХБга киргизүү актысы).

➤ Ичегинин ичиндегилерди адекваттуу эвакуациялоо, бузулган микроциркуляцияны калыбына келтирүү, операция учурундагы сорбциялык диализ иш-аракеттерин ишке ашыруу үчүн ылайыктуу шарттарды түзүү жана эндогендик интоксикацияны азайтуу максатында ичегинин бөлүктөрүн декомпрессияга алып келген интраоперациялык технологиялар жакшыртылды.

Ичегинин декомпенцияланган бүтөлүшүнөн оорлошуп кеткендигинен улам жоон ичегинин сол тарабында пайда болгон рак шишигинин процессинде колдонулуучу рационалдык тактика сунушталды. Тактап айтканда, биринчи этапта тышкы колостомия түзүлүп, өркүндөтүлгөн технологиялар аркылуу интраоперациялык ичеги декомпрессиясын жана сорбциялык диализди камтыган бир этаптуу радикалдык же шарттуу радикалдуу (ШР) хирургиялык кийлигишүү жүргүзүлөт; экинчи этапта жоон ичегинин үзгүлтүксүздүгү калыбына келтирилет.

➤ Жоон ичегинин сол жарымында жайгашкан жана диастатикалык некроз жана перфорация менен оорлошкон рак стеноздук процессинде эффективдүү хирургиялык кийлигишүү катары субтоталдык колэктомия жасоо далилденген. Курч перитонит болгон учурда хирургиялык кийлигишүү планына илеостомиян камтылат.

➤ Бейтаптын сол тарабындагы кыркалуу ичегисинин шишик ичегинин өткөрбөстүгүнүн субкомпенсацияланган жана декомпенсацияланган стадиясында радикалдык же ШР хирургиялык кийлигишүүнүн жыйынтыктоочу этабынын эң алгылыктуу варианттарынын бири — декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозун киргизүү мүмкүн экендиги негизделди.

➤ Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозу бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун реконструкциялык стадиясынын оптималдуу мөөнөтү $2,6 \pm 0,94$ ай. Түзүлүшү боюнча декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомоздору перитонеалдык коопсуз жетүү аркылуу колостомияны жок кылууга мүмкүндүк берет, социалдык-эмгектик реабилитацияны жана пациенттердин жашоо сапатын тез жакшыртууну камсыз кылат.

➤ Дифференциалдык ыкманын негизинде хирургиялык тактиканы тандоо операциядан кийинки оорлошууларды жана өлүмгө дуушар болуу жагдайларын азайтууга, бейтаптын жашоо сапатын жакшыртууга өбөлгө түзөт (2023-жылдын 1-декабрында КР ССМ УХБга киргизүү актысы).

Алынган жыйынтыктардын экономикалык мааниси. Изилдөөнүн жыйынтыктары кыркалуу жоон ичегинин рагынан жабыркаган, ичегинин курч өткөрбөстөгүнөн улам операция жасалган бейтапты дарылоо боюнча иштелип чыккан методдорду колдонуу менен медициналык жана социалдык эффективдүүлүккө жетүүгө мүмкүнчүлүк берет.

Бул операцияга чейинки, интра- жана андан кийинки мезгилде пациентти башкаруу алгоритмин киргизүү жана дары-дармектердин баасын 27% га, чыгымдалуучу материалдарды 30% га төмөндөтүү, ооруканада болуу мөөнөтүн $21,5 \pm 3,1$ ден $16,0 \pm 3,5$, хирургиялык оорлошуулардын санын 39%дан 26%га чейин кыскартуу ($p < 0,05$) эсебинен жасалат.

Диссертациянын коргоого коюлуучу негизги жоболору:

Ичеги өткөрбөстүгүнөн улам пайда болгон жоон ичеги рагынын даражасы бул ооруга кабылган оор категориядагы бейтаптарды дарылоонун акыркы жыйынтыктарына олуттуу таасирин тийгизет.

Ичегинин өткөрбөстүк деңгээли клиникалык-лабораториялык маалыматтарды талдоо жана эске алуу менен диагностикалык системаны тандоону, ич көңдөйүнүн жалпы рентгенографиясын колдонууну, курсак органдарынын ультра үн изилдөөсүн, ректороманоскопия, колоноскопия жана ирригоскопияны, ошондой эле абалдын оордугуна интегралдык баа берген SAPS системасын аныктайт.

Хирургиялык кийлигишүүгө чейин жана анын учурунда энтеросорбция жана колоносорбцияны колдонуу сезгенүү процессин азайтат, эндогендик интоксикация деңгээлин төмөндөтөт. Ошону менен бирге энтеросорбция жана колоносорбцияны колдонуу операциядан кийинки оорлошууну жана өлүмгө дуушар болуу жагдайларын азайтат.

Жоон ичегинин сол жарымында жайгашкан рак шишигинин процесси жана ичегинин өткөрбөстүгү оорлошкон учурда, шишикти бир жолку радикалдуу же шарттуу радикалдуу (ШР) алып салуу төмөнкүдөй ырааттуу чаралар аркылуу жүргүзүү кыйла рационалдуу болот: жоон ичегинин алгачкы резекциясы, анын ичинде шишик, алынып салынган ичеги сегменти аркылуу ичегинин бөлүгүнүн толтурулган илмектерин бошотуу, аларды санитардык тазалоо, сорбциялоо жана тышкы терминалдык колостомиянын пайда болушу.

Субтоталдык колэктомия — жоон ичегинин сол жарымында жайгашкан жана диастатикалык некроз жана перфорация менен оорлошкон рак стеноздук процессине эффективдүү хирургиялык кийлигишүү.

Катуу перитонит болгон учурда хирургиялык кийлигишүү планына илеостомия түзүүнү камтылат.

Субкомпенсацияланган жана декомпенсацияланган стадиясында шишик ичеги өтүшүп кеткен бейтаптарда жоон ичегинин сол жарымына радикалдык же ШР хирургиялык кийлигишүүлөрдүн акыркы этабында түшүрүүчү декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозун колдонуу ылайыктуу.

Издөнүүчүнүн жеке салымы. Автор диссертациянын темасын өз алдынча тандап, оригиналдуу изилдөө программасын иштеп чыгып, сунушталган изилдөө иштерин пландоо жана уюштуруу иштерин жүргүзгөн. Автор ичегинин бүтөлүшүнөн улам оорлошуп кеткен жоон ичеги рагынын маселесине арналган илимий эмгектерге жеке изилдөө жүргүзүп, I бөлүмдө адабияттарга сереп түрүндө берген.

Автор бардык клиникалык изилдөөлөргө катышып, же оорлошкон жоон ичеги рагы менен ооругандарга өзү операция жасаган жана башкалардын операцияларына катышкан.

Изилдөөчү бардык клиникалык материалдарды чогултуп, анализдеген. Кээ бир изилдөөлөр (лабораториялык, нур жана морфологиялык) тиешелүү профилдеги лабораториялардын жана бөлүмдөрдүн адистери менен биргеликте жүргүзүлгөн жана автор изилдөөгө катышкан бардык эксперттерге ыраазычылык билдирет. Материалды чогултууга автордун катышуусу 90%, материалды анализдөө жана синтездөөдө 100% түзөт.

Диссертациянын жыйынтыктарынын апробациясы. Диссертациялык иштин негизги жоболору КР Саламаттыкты сактоо министрлигине караштуу Улуттук хирургия борборунун илимий бөлүмүнүн отурумунда (Бишкек, 2023); И. К. Ахунбаев ат. Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын 85 жылдыгына арналган «Илим күндөрү - 2024» эл аралык илимий-практикалык конференцияда (Бишкек, 2024).

Диссертациянын жыйынтыктарынын публикацияларда толук чагылдырылышы. Диссертациянын темасы боюнча 25 илимий макала жарыяланды, алардын ичинен 3 иш КР ЖАК сунуштаганы жакынкы чыгыш өлкөлөрүндөгү импакт-фактору 0,2ден ашык журналдарда жана 2 макала Scopus маалымат базасына камтылган журналга чыкты. Кыргызпатенттин 4 рационализатордук сунушунун жана И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын рационализатордук сунушунун күбөлүктөрү алынды.

Диссертациянын түзүмү жана көлөмү. Иш 309 компьютерден терилген баракта, Times New Roman шрифти менен кириллицада (14 өлчөм, 1,5 аралыкта), орус тилинде берилди. Иш киришүүдөн, адабияттарга сереп бөлүмүнөн, жеке изилдөөлөрдүн турган алты баптан, корутундудан, жыйынтыктардан, практикалык сунуштардын жана приложения менен турат.

Колдонулган адабияттардын тизмеси 237 илимий булакты камтыйт, алардын ичинен 131 чет элдик авторго таандык. Диссертацияда 73 таблица жана 40 сүрөт камтылган.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Киришүүдө изилдөөнүн темасынын актуалдуулугу, иштин максаты жана милдеттери, илимий жаңылыгы, практикалык мааниси жана коргоого коюлуучу негизги жоболору көрсөтүлдү.

«Ичегинин өткөрбөстүгүнү оорлошконунан улам жоон ичеги рагынын актуалдуу маселелери (адабияттарга сереп)» аттуу биринчи бапта илимий адабияттардан алынган системалаштырылган жана жалпыланган маалыматтар жоон ичегинин өткөрбөстүгүнүн оорлошуусунан пайда болгон ЖИР (жоон ичеги рагы) менен ооруган бейтаптарды диагностикалоо жана хирургиялык дарылоо маселелери, ошондой эле бул изилдөөнүн актуалдуулугун негиздөөгө мүмкүндүк берген оорлошуулардын алдын алуу маселелери талдоого алынат.

Жоон ичегинин өткөрбөстүгү менен татаалдашкан ЖИРы менен ооруган бейтаптарды диагностикалоо жана хирургиялык дарылоо маселелеринин абалы жөнүндөгү илимий адабияттардагы системалаштырылган жана жалпыланган маалыматтар (1.1. Обструкция болгон жердин диагностикасы жана 1.2. Дарылоо ыкмалары), ошондой эле бул изилдөөнүн актуалдуулугун негиздөөгө мүмкүндүк берген кыйынчылыктардын алдын алуу маселелери берилди.

«Методология жана изилдөө ыкмалары» аттуу экинчи бапта бейтаптардын клиникалык мүнөздөмөсү жана изилдөө методдору баяндалат.

2.1. Изилдөөнүн объектиси жана предмети. Клиникалык топтордун мүнөздөмөсү.

Изилдөөнүн объектисин жоон ичегинин өткөрбөстүгүнүн оорлошуусунан пайда болгон жоон ичеги рагынан жабыркаган бейтаптар түзөт.

*Изилдөөнүн предмети*н жоон ичегинин өткөрбөстүгүнүн оорлошуусунан пайда болгон жоон ичеги рагынан жабыркаган бейтаптарга медициналык жардам көрсөтүү түзөт.

Изилдөөгө жоон ичегиде залалдуу шишиктин пайда болушун шарттаган жоон ичегинин өткөрбөстүгүнө кабылган 651 бейтап катышты. Бул бейтаптардын бардыгы 2006-жылдан 2020-жылга чейин Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборуна кайрылышкан.

Биздин материалыбызда аялдар – 404 (62,1%), эркектер – 247 (37,9%) түздү. Бейтаптардын жаш курактык градациясы 40 жаштан 92 жашка чейин түзүп, алардын ортоңку жашы 64 ± 1 болду (эркектер - 63 ± 1 , аялдар - 64 ± 1 , аныктыгы $p < 0,05$). Бейтаптардын басымдуу бөлүгүн (71,8%) улуу жаштагы адамдар түздү (60 жаштан өйдө) 2.1.1 таблицада бейтаптарды жынысы жана жашы боюнча бөлүнүшү көрсөтүлөт.

Таблица 2.1.1. – Бейтаптардын жынысы жана жаш курагы боюнча бөлүштүрүлүшү

Жаш курагы	Эркектер		Аялдар		Жалпы	
	n	%	n	%	n	%
40-59	78	11,9	106	16,3	184	28,2
60-74	137	21	228	35	365	56
75-89	32	5	66	10,1	98	15,1
90-92	0	0	4	0,7	4	0,7
Жалпы	247	37,9	404	62,1	651	100

Бейтаптардын жарымынын көбү ооруну байкагандан кийин медициналык жардамга 3 ай ичинде кайрылган (52%), 6 ай ичинде – 24%, 12 ай ичинде – 17%, 12 айдан ашык убакытта – 7% кайрылышкан.

Бейтаптарды текшерүү учурунда ар бир бейтапта коштолгон патология аныкталган, ошону менен бирге улуу жаштагы топто бир канча коштолгон оорулар болгон (табл. 2.1.2).

Таблица 2.1.2. – Изилденген бейтаптардагы коштолгон оорулар

Коштолгон оорулардын диагнозу	Ооругандардын саны	%
Чыңалуу стенокардиясы I-III ФК	116	17,8
Инфаркттан кийинки кардиосклероз	59	9
Атеросклеротиялык кардиосклероз	241	37
1-3 стадиядагы гипертониялык оору	154	23,7
Ирмелген аритмия	32	5
Кан айлануунун жетишсиздиги	32	5
Кеңири жайылган атеросклероз	13	2
Церебралдык артериялардын атеросклерозу	19	3
Буттардын веналарынын варикоздук кеңейиши	26	4
Ревматизм, жүрөк кемтиги	7	1
Пневмония	58	8,9
Өнөкөт бронхит	46	7
Өпкө эмфиземасы	13	2
Бронхиалдык астма	13	2
Диффузиялык пневмофиброз	13	2
Гастрит, гастродуоденит	52	8
Жара оорусу	32	5
Өнөкөт панкреатит	7	1
Өнөкөт гепатит	4	0,6
Боор кистасы	4	0,6
Өт таш оорусу, өнөкөт холецистит	32	5
Жоон ичегинин дивертикулезу	46	7
Жоон ичегинин полиби	7	1
Геморрой	13	2
Заар таш оорусу	32	5
Өнөкөт пиелонефрит	39	6
Бөйрөк кистасы	5	0,8
Цистит	13	2
Эрендик бездин аденомасы	41	6,3
Жатын миомасы	3	0,5
Диффузиялык токсикалык эмес зоб	13	2
Кант диабети	32	5
Семирүү	7	1
Паркинсонизм	7	1
Эпилепсия	3	0,5
Церебросклероз	56	21,8
Перифериялык нервдин неврити	7	1

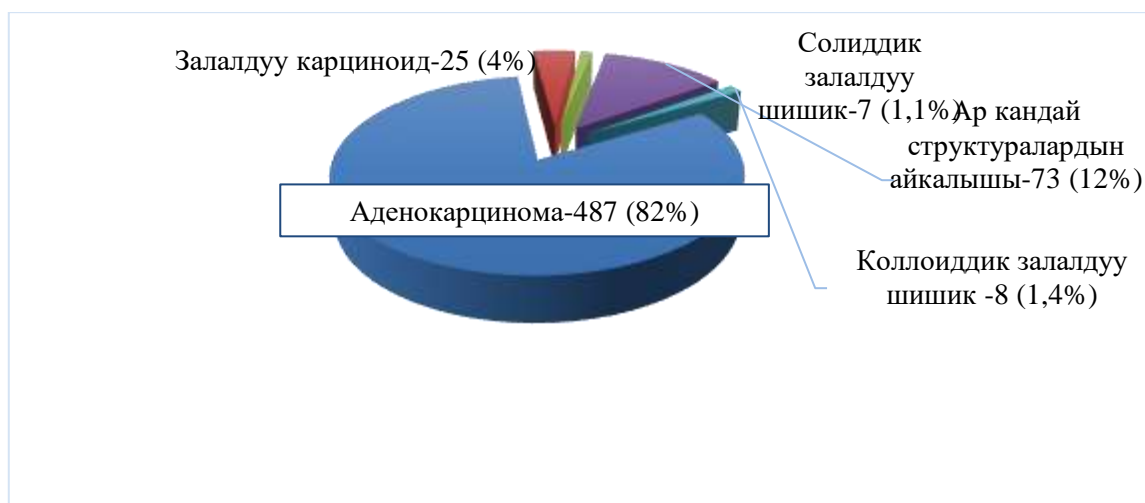
2.1.2.-Таблицанын уландысы

Темир жетишсиздик анемиясы	391	60
Чурай чуркусу	4	0,6
Киндик чуркусу	3	0,5
Операциядан кийинки вентралдык чурку	7	1

Бейтаптардын 63,8 пайызында жаш курака байланыштуу атеросклероздук кардиосклероз түрүндө жана I-III ФК чыңалуусундагы стенокардия коштолгон жүрөк-кан тамыр патологиясы болгондугу аныкталса, гипертониялык оору - 23,7%, курч пневмония менен коштолгон дем алуу органдарынын патологиясы 8,9% түзгөн. Ал эми операциядана кийинки мезгилде башка органдар жана системалар тарабынан оорлошууга алып келген энцефалопатиянын оор түрү жана деменция белгилери болгон церебросклероз оорусу 56 (21,8%) бейтаптан байкалган.

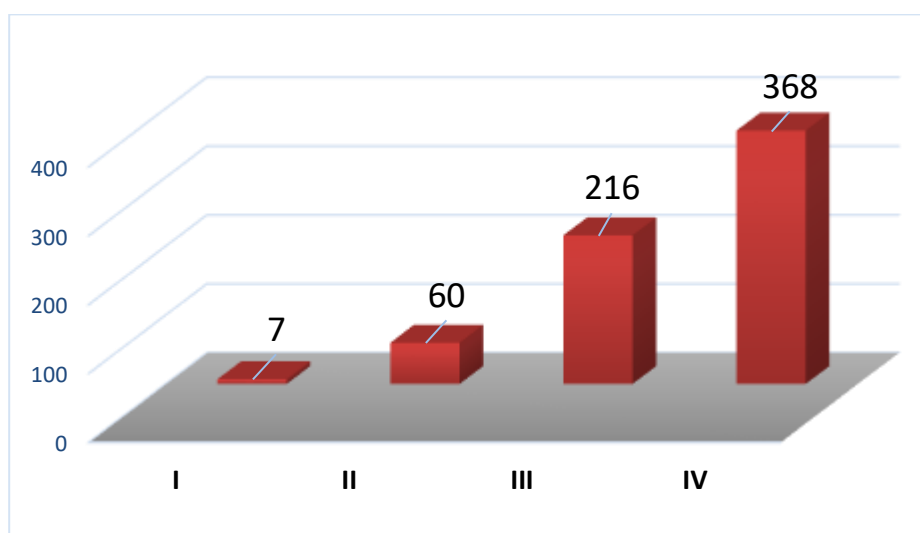
Тигил же бул даражадагы өнөкөт анемия бейтаптарыдын дээрлик 60%да аныкталган. Простата безинин аденомасында заара чыгаруу жолдорунун тоскоолдугунун ар кандай көрүнүштөрү бейтаптардын 6,3%да болгон.

Макрооператорлорго жүргүзүлгөн гистологиялык изилдөөдө аденокарцинома (82%) басымдуулук кылганы аныкталган, ал эми анын башка гистологиялык формалар менен айкалышы - карциноиддик, коллоиддик жана рак - 12% учурларда кездешкен (сүр. 2.1.1).



Сүр. 2.1.1 - Жоон ичегидеги шишиктин гистологиялык формалары.

Изилдөөнүн жүрүшүндө шишиктин чоң бөлүгү IV стадияга туура келет (56,5%), III – 33,2%, II – 9,2% жана I стадияда шишик процесси эң сейрек кездешери (1,1%) аныкталды (сүр. 2.1.2).



Сүр. 2.1.2 - Бейтаптардын шишик процессинин стадиясына жараша бөлүнүшү.

Бардык бейтаптарга хирургиялык операция жасалган. Алардын ичинен декомпенсацияланган формалардагы группада радикалдык же ШР операциялары 368 учурда жасалган, компенсацияланган жана субкомпенсацияланган формаларга – 145 учурда; паллиативдик жана симптоматикалык операциялар 138 бейтапка (21,2%) жасалган, анын ичинен 9 учурда эксплоратордук лапаротомия менен чектелген.

НТКП декомпенсацияланган формалары үчүн радикалдык жана ШР операцияларынын ичинен 2 топ бөлүндү: негизги топто түшүрүү декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон (ДСЖЖ) ичегинин анастомоздору бар бейтаптар (25 адам), экинчи контролдук топто терминалдык колостомия менен (49 адам).

Ичегинин өткөрүү функциясынын компенсацияланган жана субкомпенсацияланган бузулуусу бар пациенттерде операцияга чейинки мезгилде колоносорбциянын таасирин изилдөө 76 бейтапка жүргүзүлгөн. Анын ичинен 41 адамга кадимки операция алдындагы даярдык жүргүзүлгөн (салыштыруу тобу), 35 адамга колоносорбция колдонулган (негизги топ). 15 дени сак ыктыярчынын маалыматтары изилденген. Операцияга чейинки энтеро- жана колоносорбция үчүн макрогол-4000 препараты колдонулган.

Ичке ичегинин курч өткөрбөстүгү менен ооруган 84 пациентке операция учурундагы сорбциялык диализдин тийгизге таасирин изилдөө жүргүзүлгөн. Негизги топто операция учурундагы жоон ичеги сорбциялык диализ (ОЖСД) киргизилген 49 бейтап түзөт. 35 бейтапка (контролдук топ) операция учурунда жоон ичегинин лаважы жүргүзүлгөн.

Хирургиялык эндотоксикоз менен (кеңири таралган перитониттин фонунда) заара чыгаруу жолдорунун курч оорлошуусу менен ооругандарды дарылоодо 72 учурда натрий гипохлорити (НГ) колдонулду. Препарат Улуттук хирургия борборунун спецификалык эмес интенсивдүү терапия лабораториясында лаборатория башчысы, м.и.к. К.К. Акназаровдун жетекчилиги астында даярдалган.

2.2. Изилдөө методдору. Изилдөөнүн негизги методдору клиникалык байкоолор болду. Бул методду лабораториялык, морфологиялык, иммунологиялык, рентгендик, эндоскопиялык, ультра-үндүк, лапароскопиялык методдор толуктады.

Кээ бир изилдөөлөр (божомолдор) жалпы прогноздук коэффициентти (ЖПК), ошондой эле бейтаптардын абалын баалоо үчүн интегралдык SAPS шкаласы боюнча эсептөөнү талап кылды.

Стандарттык жалпы клиникалык жана биохимиялык изилдөөлөрдөн тышкары, диагностикалык схема инструменталдык методдорду - рентгендик жана эхоморфометриялык методдорду камтыйт (2.2.1 жана 2.2.2-бөлүмчөлөр).

2.3. Статистикалык маалыматтарды иштетүү

Алынган маалыматтарды статистикалык иштетүү Windows 10, Excel, Statistics 10.0 операциялык системасын колдонуу менен Intel Pentium IV персоналдык компьютеринде медициналык-биологиялык изилдөөлөр боюнча сунуштарга ылайык ишке ашырылды. Орточо маанилердин тактыгы параметрлик эмес Манн-Уитни тестинин (U) жардамы менен аныкталды. Сандык мүнөздөмөлөргө негизделген корреляциялык анализ Пирсон ыкмасы менен δ корреляция коэффициентин жана анын t ишенимдүүлүк критерийин эсептөө аркылуу жүргүзүлдү. Айырмачылыктар $P < 0,05$ деңгээлинде статистикалык жактан ишенимдүү деп эсептелди.

«Ичегинин бүтөлүшү менен коштолгон жоон ичеги рагынын клиникалык картинасы, аны аныктоо өзгөчөлүктөрү жана классификациясы» деген 3-бапта жоон ичегинин бүтөлүшү менен кабылдаган жоон ичеги рагы менен жабыркаган бейтаптардын оорусунун спецификасы талдоого алынат.

Жоон ичеги рагына алып келген ичегинин өткөрүү функциясынын бузулушунун клиникалык симптоматикасы 3.3 таблицасында көрсөтүлдү.

Негизги симптомдор: заң жана газдын кармалышы (67%), ичтин ооруусу (57%) ичтин көбүүсү (45%). Бул симп пациенттердин ичегинин –бүтөлүп калуу симптомдору катары азыраак байкалган, т.а., 29 жана 18% гана түзөт. Көбүнчө, бейтаптар түз ичегинин патологиялык агымын (17%), ошондой эле курсактагы шишиктин (18%) бар экендигин белгилешкен. Текшерүү учурунда бейтаптардын 14%да гана "курулдаган үн" жана 12% перитонеалдык симптомдор аныкталган. Бейтаптардын 46%да дене салмагынын төмөндөшү, 5%да дене температурасынын жогорулашы байкалган (табл. 3.3).

Таблица 3.3. – Ичегинин бүтөлүшүнөн улам пайда болгон жоон ичеги рагынын негизги белгилери

Клиникалык белгилери	Ооругандардын саны	%
Ичтин оорушу	180	57
Жүрөк айлануу	132	29
Кусуу	70	18
Зандын жана желдин кармалышы	189	67
Патологиялык бөлүнүп чыгуулар	37	17
Салмактын азайышы	120	46

3.3.-Таблицанын уландысы

Калтыроо	15	5
Ичтин көбүшү	171	45
Курсактын асимметриясы	153	45
Жылма булчуңдун кыймылынын бузулушу	143	43
Курулдаган үн	60	14
Перитонеалдык симптомдор	45	12
Пальпацияланган шишик	50	18

Бейтаптардын жарымынан көбү медициналык жардамга оорунун белгилери пайда болгондон баштап 3 айдын ичинде кайрылса (52% учурда), 6 айга чейин – 24%, 12 айга чейин – 17%, 12 айдан ашык – 7% кайрылышкан

Ичегилердин бүтөлүп калуу даражасы ортосундагы жылчыктын тарышы менен, ал эми сейрек учурда шишик процессинин стадиясында аныктала тургандыгы аныкталган.

Ичегинин бүтөлүп калуусунун өтүшүп кетүүсүнүн өнүгүүсү 4-стадиядагы рак менен ооругандарда көбүрөөк кездешет. Бул шишиктердин эндофиттик, тегерек өсүшүнө байланыштуу деген пикирге келебиз (табл. 3.4).

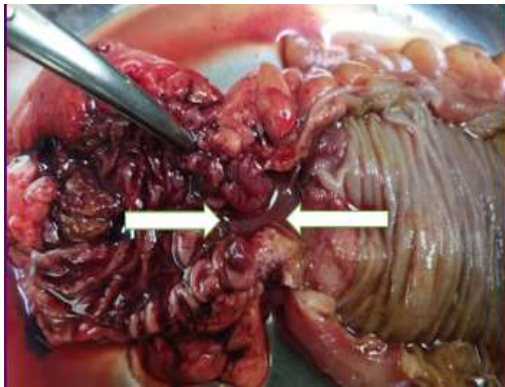
Таблица 3.4. – Ичегинин бүтөлүү даражасы жана шишик стадиясы

Ичегинин бүтөлүү даражасы	Шишик процессинин стадиясы							
	I		II		III		IV	
	б-х	%	б-х	%	б-х	%	б-х	%
Компенсацияланган	6	93	24	40	11	5	19	5,2
Субкомпенсацияланган	1	7	18	30	33	15	60	16,3
Декомпенсацияланган	0	0	18	30	172	80	289	78,5
Жалпы	7	100	60	100	216	100	368	100

Ичегинин бүтөлүүсүнүн декомпенсацияланган клиникалык абалында 52% учурларда жабыркаган ичегинин жылчыкчасынын диаметри 1,0 смден аз болгон (3.8-табл., 3.1-сүр.). Мындай учурда шашылыш түрдө операция жасалат (3.2-3.3-сүр.).

Таблица 3.8. – Шишик пайда болгон ичегидеги жылчыктын диаметри жана ичегинин өткөрүү функциясынын бузулуу даражасы

Ичегинин өткөрүү функциясынын бузулушу	Ичегидеги жылчыкчанын тарышы			Жалпы
	1,5 смден ашык	1,0-1,5 см	1,0 смге жетпейт	
Компенсацияланган	17	16	4	37
Субкомпенсацияланган	12	14	24	50
Декомпенсацияланган	48	65	122	235
Жалпы	77	95	150	322



Сүрөт 3.1 - Ичегинин 1 см ге чейин ичкерип кетиши.



Сүрөт 3.2 - Сигма сымал ичегинин обтурациялык шишиги.



Сүрөт 3.3 - Мөөн ичегинин обтурациялык шишиги.

4 - бап «Ичегиден өтпөй калуу менен кабылдаган жоон ичегинин залалдуу шишигинин учурунда жасалган хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары». Ар кандай деңгээлдеги ичегинин бүтөлүп калуусундагы жеке изилдөөлөрдүн жыйынтыктары чагылдырылды.

4.1. Декомпенсация стадиясындагы шишиктерден пайда болгон ичегинин курч бүтөлүп калуусун хирургиялык дарылоонун түрлөрү. Ичегинин өткөрүү функциясынын бузулушунун декомпенсацияланган түрүнө 368 бейтапка операция жасалган. Булардын ичинен көпчүлүгүнө – 53,2% Гартман тибиндеги операция жасалган. Экинчи орунда субтоталдык колэктомия турат – 26,4% (табл. 4.1.1).

Ичегинин бүтөлүшү өтүшүп кетип кыркалуу ичегинин рагына алып келген учурда жасалган операциядан кийин өлгөндөрдүн саны 10,3% түздү. Өлүмгө алып келген себептердин ичинен 16% ичегинин курч өткөргөбөстүгүнүн декомпенсациясынан улам интоксикация бөлүнүп чыгуусу; жүрөк-кан тамыр жетишсиздиги — 36%; көпкө созулган перитонит - 18%; опкө созулган пневмония - 18% түзөт.

Бардык учурларда интоксикациядан улам полиоргандык жетишсиздик башкы себеп болгону аныкталган. Бул топтогу оорлошуулар 20,4% байкалса, басымдуу бөлүгүн ириңдүү процесстер түзгөн.

Таблица 4.1.1. – Ичегинин өткөрүү функциясынын бузулушунун декомпенсацияланган түрү болгон учурда жасала турган операциялар

Операция	Ооругандар	%
Гартман тибиндеги операция	196	53,2
Жоон ичегини туурасынан кесүү, колостомия	14	3,8
Оң тараптын гемиколэктомиясы	56	15,2
Оң тараптын гемиколэктомиясы, илеостомиясы	5	1,4
Субтоталдык колэктомиясы, илеосигмоанастомоз	25	6,8
Субтоталдык колэктомиясы, илеостомия	72	19,6
Жалпы	368	100

4.2. Жоон ичегинин рагында ичегинин компенсатордук жана субкомпенсатордук обструкция учурларындагы хирургиялык операциялардын түрлөрү. Биздин байкообузда ичегинин өткөрүү функциясынын субкомпенсациялык бузулушунан жабыркаган бейтаптар 17,2%ды, ал эми компенсацияланган бузулушунан жабыркаганда 9,2%ды түзөт. Ичегинин өткөрүү функциясынын компенсациялык жана субкомпенсациялык бузулушунан жабыркаган бейтаптарга көзөмөлгө алуу тактикасына даярдалган ичегиге радикалдуу же шарттуу радикалдуу (ШР) операциясын жасоо кирет.

Бул топто 145 хирургиялык кийлигишүү жасалган, алардын көпчүлүк бөлүгүн жоон ичегинин ар кандай бөлүктөрүн резекциялоо (89,7%) түзөт.

Оорлошуу 19 бейтаптан (13,2%) байкалган. Негизги массаны тери астындагы ириңдер түздү. Өлүмдүн саны 3,4% болгон (сүр. 4.2.1).



Сүр. 4.2.1 - Ичегинин өткөрүү функциясынын бузулушунун декомпенсацияланган жана субкомпенсацияланган түрүнөн пайда болгон жоон ичеги рагынан улам өлүмгө дуушар болуу себептери.

4.3. Субтоталдык колэктомия. Биздин изилдөөбүз боюнча, субтоталдык колэктомияга көрсөткүчтөр перитонитсиз, бүтүндөй жоон ичегинин дубалынын бузулушу, тоскоолдуктар менен оорлошкон колоректалдык ракка карата болгон.

25 бейтапта (25,2%) СКТ баштапкы анастомоз менен (илеосигмоиддик жана илеорэктоанастомоз) жасалган. Башка учурларда, хирургиялык кийлигишүү перитониттин терминалдык этабынын фонунда жасалган жана акыры илеостомиянын пайда болушу менен аяктаган. Операциядан кийинки өлүм 14,1%ды түздү (14 адам каза болгон). Илеосигмоиддик же илеорэктоанастомозду колдонуу менен ашказан-

ичеги трактын калыбына келтирүүчү этап 6 айдан кем эмес өткөндөн кийин аткарылган.

4.4. Ичегинин бүтөлүп калуусу менен оорлошкон жоон ичеги рагындагы паллиативдик жана симптоматикалык мүнөздөгү оперативдик кийлигишүүлөрдүн түрлөрү. Ичегилердин бүтөлүшүнө алып келген жоон ичегинин ар кайсы бөлүктөрүндө шишик менен жабыркаган бейтаптардын 21,2%на (138 адам) паллиативдик жана симптоматикалык хирургиялык кийлигишүүлөр жасалган. Негизги хирургиялык кийлигишүүлөр жоон ичегиге жасалган дренаждык операциялар болуп, 67% дан ашыкты түзгөн.

Изилдөөдө белгиленгендей, операциядан кийинки жарааттын ириндеп кетиши дагы көп байкалган (7,2%). Өлүмдүн негизги себептери полиоргандык жетишсиздик (41,6%), 25%да узакка созулган перитонит болсо, 16,7%да жүрөк-кан тамыр жетишсиздиги жана ТЭЛА болгон (4.4.2-табл.).

Таблица 4.4.2. – Ичегинин өткөрүү функциясынын курч бузулушу болгон учурдагы паллиативдик жана симптоматикалык операциялардын негизги натыйжалары

Кийлигишүү түрү	Ооругандар		Өлгөндөрдүн саны	
	n	%	n	%
Гартман операциясы	6	8,2	0	0
Эки сөңгөктүү колостома	41	56,3	5	12,2
Цекостома	6	8,2	2	33,3
Илеостома	2	2,7	0	0
Илеотрансверзоанастомоз	15	20,5	3	20,0
Трансверзосигмоанастомоз	3	4,1	2	66,6
Жалпы	73	100	12	16,4

4.5. Жоон ичегинин залалдуу шишиги болгон учурда проекциялык колостомиянын тандоо жана калыптандыруу өзгөчөлүктөрү. Бул бөлүмдө жоон ичегинин анатомиялык жана топографиялык зоналарына ылайык стома пайда болушунун техникалык аспектилери талкууланат. Баалоо критерийлери ичегинин ичинде жайгашкан жерин, мүнөзүн, ошондой эле афференттик жана эфференттик аймактарынын абалын камтыйт.

4.5.1. Проекциялык колостомияны калыптандыруу методикасы жана өзгөчөлүктөрү. Стоманы колдонууда колостомиянын негизги принциптеринин бирин кармандык, т.а., каналдын өлчөмү жана стомадан чыгуучу жараат ичке же жоон ичегинин илмектеринин диаметрине туура келген.

4.5.2. Колостомияны калыптандыруудагы тактикалык-техникалык каталар. Биздин материалда бардык проекциялык колостомиялар өткөрбөстүктүн деңгээлине жараша аткарылган. Биздин сунуштарыбыздын бири оор учурларда дренаждык түзүлүш менен цекостомияны колдонуу болуп саналат.

«Шишиктин пайда болушу менен байланышкан жоон ичегинин өтпөй калуусундагы хирургиядагы декомпрессиялык-стомалдык-жоон-жоон ичеги анастомозу» аттуу 5-бапта декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон (ДСЖЖ) ичегинен анастомоздун хирургиялык формасынын колдонулушу жана методикасы каралды.

5.1. «Ичегинин курч өтпөй калуусу менен кабылдаган, жоон ичегинин рагынын хирургиясында декомпрессионно-стомалдык жоон-жоон ичеги анастомозун колдонуу». Бул бөлүмдө кыркалуу ичегинин сол жарымына радикалдык жана шарттуу радикалдуу операциялары жасалгандан кийин декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозун түзүүнүн техникалык аспектиери талдоого алынат жана төмөнкүдөй жоболор сунушталат (табл. 5.1.1).

Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозун түзүү төмөнкүлөрдөн турат:

1) анастомоз жасаганга чейин ичегинин акыркы бөлүктөрүн мобилизациялоо жетиштүү болушу керек (керилген түрдө болбойт);

2) кыркалуу ичегинин анастомоздук бөлүмдөрүнүн көлөкөсүн милдеттүү түрдө симметриялуу салыштыруу зарыл;

3) ичегинин капталдары бош четинен 1,0 см ашпаган майлуу кошумчалардан бошотулат;

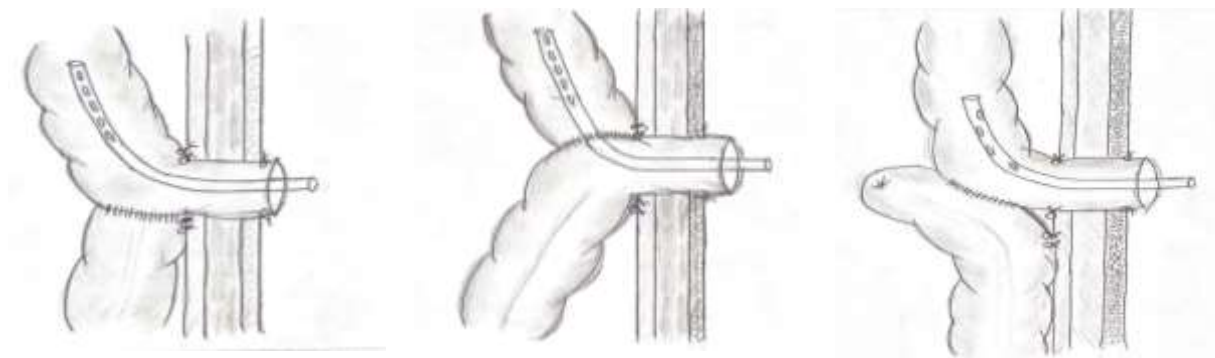
4) былжырлуу кабык тешилбестен былжырдын астыңкы катмарын 1,5 смге чейин камтыган эки катарлуу түйүндүү тигиш же бир катарлуу былжыр астындагы чел кабыктуу булчуңдук тигиш колдонулат (ичеги капталынын абалына жараша). Тигиштердин ортосундагы аралык 5-8 мм болот;

5) 3/0 - 4/0 атравматикалык ийнесине (vicril, maxon, nevocril) сордуруп алуучу синтетикалык жиптер колдонулат;

б) операция учурундагы жана операциядан кийинки антибиотик профилактикасын жүргүзүү (II-III муундагы цефалоспорин + антиминоб препараттары) жана операциядан 2 күн өткөндөн кийин ичегилердин кыймылдаткыч функциясын стимулдаштыруу (ганглиоблокаторлорду, перидуралдык анестезияны, инфузиялык терапияны колдонуу).
Таблица 5.1.1. – Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозун колдонуу менен жоон ичегинин сол жарымына хирургиялык кийлигишүү

Операциянын түрү	Операциялардын саны		Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозунун варианттары		
	абс.	%	I	II	III
Көк боордун бурчунун резекциясы	6	24	3	-	3
Сол жактын гемиколэктомиясы	7	28	5	-	2
Ректосигмоидалдык бөлүк резекциясы	12	49	5	2	5
Жалпы	25	100	13	2	10

5.2. Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозун хирургиялык жактан түзүү методикасы. Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон (ДСЖЖ) ичегинин анастомозун түзүү үчүн орточо убакыт $25,4 \pm 5,7$ мүнөттү түзөт. Негизги топтогу операциянын убактысы 2 саат 15 мүнөттөн 3 саат 20 мүнөткө чейин ($2,1 \pm 1,25$ саат), контролдук топто - 1 саат 26 мүнөттөн 2 саат 10 мүнөткө чейин ($1,43 \pm 1,33$ саат) жеткен (сүр. 5.2.1-5.2.4).



Сүр. 5.2.1 – 5.2.3 - Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичеги анастомозунун варианттары.



Сүрөт 5.2.4 – Интраоперациялык ДСЖ ичеги анастомозунун варианттары.

5.3. Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичеги анастомозунун операциядан кийинки мезгилинин мониторинги. Операциядан кийинки мезгилде 25 бейтаптын бардыгына ичеги лаважын 2 суткадан 6 суткага чейин жасашкан (бардыгына назогастроинтестиналдык интубация жасалган). Зонд каналына 800 мл диализ эритмеси, 400 мл физиологиялык эритмесинин туруктуу дозасы куюлуп, ичегидеги заттар жана газдар активдүү аспирациялоо аркылуу зонддон кезеги менен электрдик соргучтун жардамы менен агызып чыгарылат (20 мм ашпаган).

Энтералдык тамактануу 4-5 күндөн кийин зонд акрылуу биринчи (сүт аралашмалары-концентраттары) же экинчи топтогу (куркак сүт - майдаланган дан аралашмалары) энпиттер, ошондой эле "Биолакт-ЛБ" (лизоцим жана бифидобактерия менен байтылган кычкыл сүт азыктары) берилет.

Операциядан кийинки мезгилде, бейтапты №4 столго которгондон кийин Певзнер боюнча операциядан 7-10 сутка өткөндөн кийин бейтаптардын көпчүлүгү өз алдынча бир аз болсо да физиологиялык заң чыгара алышат.

5.4. Гартман операциясы боюнча сол жак гемиколэктомиянын хирургиялык методикасы: аткаруу техникасы. Автор тарабынан операциянын биринчи этабында стома түзүүнүн классикалык жана заманбап ыкмаларынын өзгөчөлүктөрү көрсөтүлөт.

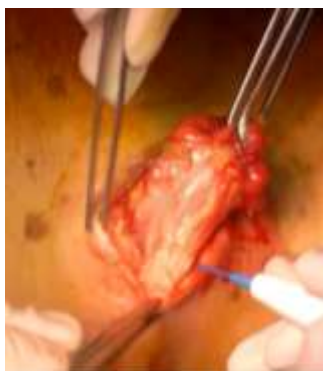
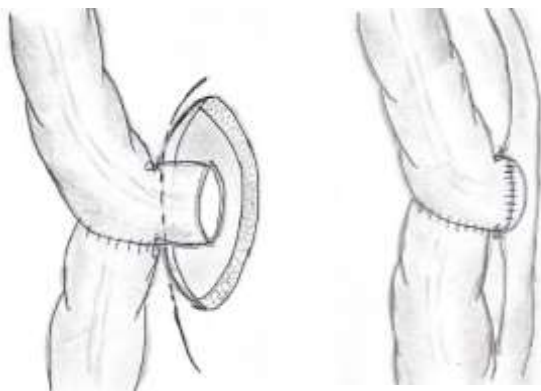
5.5. Жоон ичегинин резекциясы жана декомпрессиялык-стомалуу жоон ичеги анастомозунун пайда болушунан кийинки бейтаптарда операциядан кийинки мезгил төмөнкүдөй бөлүмчөлөргө бөлүнөт:

5.5.1. Жоон ичеги-карын анастомозунун декомпрессиондук-стоманы хирургиялык жол менен жабууга даярдоо процедурасы. Жоон ичеги-карын анастомозу менен ооруган бейтаптарда стоманы реконструкциялоо операциясына даярдоо операциядан кийин орточо 1 ай убакытты талап кылат. Даярдоо төмөнкү этаптарды камтыйт: колостомиянын жарым-жартылай жабылышы, алынуучу колостомиялык баштык менен бекитүү жана стоманы жабуу убактысын акырындык менен көбөйтүү.

5.5.2. Декомпрессионно-стомалдык жоон-жоон ичеги анастомозун хирургиялык жабуунун ыкмасы.

ДСЖЖ ичегинин анастомозу бар бейтаптарга хирургиялык реконструкция бардык учурларда жасалган (25). Операция алдында ичеги жана стоманын тегерегиндеги тери даярдалат.

Стоматанын айланасындагы теринин жана тери астындагы ткандар кыры менен кесилип, стома моюнчасы ачылып, ичегиден 1-1,5 см экстраперитонеалдык тигишке салынып, андан кийин Кохер кычкачынын ортосу менен кесилет. Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозунун дүмүрү алынып салынды (Сүр. 5.5.2.1-5.5.2.2).



Сүр. 5.5.2.1-5.5.2.2 - Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозунун реконструкция этабындагы көрүнүшү.

5.6. Декомпрессионно-стомалдык жоон-жоон ичеги анастомозу түзүлгөн оорулуулардагы реконструктивдик оперативдик кийлигишүүлөрдүн салыштырмалуу талдоосу. Операциялардын реконструкциялоочу стадиясын аяктоо үчүн орточо убакыт негизги топто $2,6 \pm 0,94$ айды, ал эми контролдук топто $9,2 \pm 8,6$ айды түздү, натыйжалар ишенимдүү ($p < 0,001$).

Контролдук топто Гартман тибиндеги операциялардан кийин хирургиялык реабилитация бейтаптардын 67,9%, негизги топтогу бейтаптарда 100% ишке ашырылган. Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозунда стомасы жабылгандан кийин жарааттын ириндөөсү түрүндөгү 1 оорлошуу байкалган. Контролдук топто Гартман тибиндеги операциялардан кийин 4 (21,1%) ириндүү-септикалык оорлошуулар аныкталган. Контролдук топто өлгөндөрдүн саны 5,3%ды түздү (1 бейтап каза болгон). Өлүмдүн себеби туурасынан трансверзо-ректалдык анастомоздун иштебей калышы болгон. Операциядан кийинки өлүмдүн көрсөткүчүндөгү айырмачылык так эмес экендигин белгилей кетүү керек ($p>0,05$).

Негизги жана контролдук топтордогу дарылоонун жыйынтыктары 5.6.1 - таблицада көрсөтүлөт.

Таблица 5.6.1. – Негизги жана контролдук топтордо дарылоонун реконструкциялоочу этабынын жыйынтыктары

Белгинин мүнөзү	Негизги топ (n= 25)	Контролдук топ (n=28)
Реконструкциялык операцияларды жасоонун орточо мөөнөтү (мес.)	2,6±0,94	9,2±8,6
Реконструкциялык операциялардын жыштыгы (абс. жана %)	25 (100%)	19 (67,9%)
Реконструкциялык операциялардан кийинки оорлошуулар (абс. жана %)	1 (4%)	4 (21,1%)
Реконструкциялык операциялардан кийин болгон адам өлүмү	-	1 (5,3%)

«Ичегинин өтпөй калуусу менен кабылдаган колоректалдык залалдуу шишикти хирургиялык дарылоодогу интраоперациялык жоон ичегинин сорбциялык диализин колдонуунун илимий негиздери» аттуу 6-бап энтеросорбциялык методдун эффективдүүлүгүнө клиникалык баа берүүгө арналган.

6.1. Энтеросорбциялык ыкманын натыйжалуулугуна клиникалык баа берүү. Ичегинин бүтөлүшүнүн улам пайда болгон жоон ичеги рагынан жабыркаган 84 бейтаптын жыйынтыктары каралды. Негизги топко жоон ичегиге интраоперациялык сорбциялык диализ жасалган 49 бейтап кирди. Негизги топто эркектер - 45% (22), аялдар - 55% (27) түзүп, бейтаптардын орто курагы 59 ± 1 жашты түздү.

Контролдук топко жоон ичегиге интраоперациялык лаваж жүргүзүлгөн 35 бейтап кирди.

Бейтаптардын орто курагы 60 ± 2 жашты түздү. Контролдук топко 16 (46%) эркек жана 19 (54%) аял кирди.

Эки топто тең бирдей шишик кыркалуу ичегинин сол жарымында жайгашкан (негизги топто 90%, контролдук топто – 91%) (табл. 6.1.5).

Ортоңку топтогу бейтаптарда операцияга чейин лейкоциттердин саны орто эсеп менен $15,8 \pm 0,3 \times 10^9/\text{л}$ жана контролдук топто $16,2 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ түзгөн. Ал эми ЛИИ көрсөткүчү негизги топто – 4,7, контролдук топто – 4,8 түздү.

Таблица 6.1.5. - Хирургиялык кийлигүүшүлөрдүн түрлөрү

Операция	Группа				Жалпы	
	Негизги		Контролдук			
	n	%	n	%	n	%
Гемиколэктомия						
оң жагынан	5	10	3	9	8	10
Гартман тибби боюнча сол жагынан	12	24	7	20	19	23
эки сөңгөктүү колостоманы калыптандыруу менен сол жагынан	4	8	3	9	7	8
Сигма сымал жоон ичегинин резекциясы						
Гартман тибби боюнча	15	32	11	31	26	30
эки сөңгөктүү колостоманы калыптандыруу менен	5	10	4	11	9	11
Гартман операциясы	8	16	7	20	15	18
Жалпы	49	100	35	100	84	100

Негизги топто алдын ала жуулган ичегиге ичеги диализи методу колдонулду. Методика төмөнкүдөй: жоон ичегинин жылчыгына ырааты менен 7-10 литр жылуу сууга (37°C) сорбентти (1 кг — 3-5 г) суюлтуу жолу менен алынган макрогол-4000 негизинде сорбенттик эритме куюлат. Диализ 2-3 жолу жасалган. Эритме Жана шприцинин жардамы менен, же вакуумдук аспиратор менен 10-15 мүнөттө куюлуп, аспирация болот (6.1.1 – сүр.).



Сүр. 6.1.1 - Жоон ичегинин интраоперациялык сорбциялык диализин жүргүүнүн этаптары.

Бардык бейтаптарда эндогендик интоксикацияны көзөмөлдөө операциядан кийин 1, 3, 5 суткадан кийин ошондой эле оорукандан чыгаруу алдында аткарылган.

Негизги топто эрте эле оорунун басаңдашы жана ичеги парезинин абдоминалдык симптомдору түрүндө оң динамика байкалган. Негизги топтогу бейтаптардын көпчүлүгүндө перистальтикалык курулдоонун пайда болушу операциядан кийинки мезгилдин биринчи же экинчи күндөрүнүн аягында байкалган.

Контролдук топтогу бейтаптарда жакшы динамика бир аз кеч байкалган. Операциядан кийин 3-4 күндөн баштап перистальтика фонунда да ичтин көбүшү сакталган. Газдын жана заңдын чыгышы да негизги топко караганда кечирээк байкалган, т.а. 3-5 күндөн кийин болгон. Эндогендик интоксикациянын белгилери: тери жана былжырлуу кабыкчалар кургап, тахикардия, дем алуу ылдамдыгы күчөп, 3-5 күн бою уланган.

Лейкоцитоз контролдук топто да, негизги топто да аныкталды ($16,2 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ vs $15,8 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$) жана операциядан кийинки биринчи суткада эки топто тең төмөндөгөн ($p < 0,05$). Бирок 11- таблицада көрсөтүлгөндөй негизги топто лейкоциттердин саны контролдук топко караганда кыйла азайган. Негизги топто лейкоцитоз операциядан кийинки биринчи суткада $10,2 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ болсо, контролдук топто $14,2 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$ түзгөн (топто ортосундагы $p < 0,05$).

Кийин эки топто лейкоцитоз төмөндөө тенденциясына ээ болуп, бирок операциядан кийинки 3-суткада негизги топто лейкоцитоз $8,0 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$, контролдук топто $10,4 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$) түзгөн.

Операциядан кийинки бешинчи суткада лейкоциттердин саны эки топто нормалдашат: негизги топто $6,8 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ чейин болсо, контролдук топто $7,5 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ (ар кандай тактыкта) болгон.

Негизги топтогу бейтаптарда эритроциттердин чөгүү ылдамдыгы (ЭЧЫ) 1-суткада $25,9 \pm 1,4$ мм/ч баштап $19,3 \pm 2,1$ мм/ч чейин түшкөн ($p < 0,05$). Контролдук топто ЭЧЫ операциядан кийин 5-суткада гана $26,4 \pm 2,2$ мм/ч баштап $16,2 \pm 1,9$ мм/ч ($p < 0,05$) чейин түшкөнү байкалган.

Интоксикациянын лейкоциттик көрсөткүчү (ИЛК) операциядан кийинки 1-суткада эки топтогу бейтаптарда дээрлик төмөндөгөн. Бирок негизги топтогу бейтаптардын ИЛК төмөндөөсү ачык байкалган. 3-суткада негизги топтогу бейтаптарда ИЛК $4,7 \pm 0,2$ баштап $1,2 \pm 0,2$ чейин; контролдук топто — $4,8 \pm 0,3$ баштап $2,0 \pm 0,2$ чейин ($p < 0,05$ карата айырма ишенимдүү) жеткен. ИЛК нормалдашуусу операциядан кийинки 5-суткада гана аныкталган (негизги топто — $0,8 \pm 0,4$; контролдук топто — $1,1 \pm 0,2$) (табл. 6.1.6).

Таблица 6.1.6. - Гематологиялык көрсөткүчтөрдүн динамикасы

Көрсөткүч	Ооругандардын тобу	
	негизги	контролдук
	Операцияга чейин	
Гемоглобин (г/л)	108 ± 2	106 ± 3
Лейкоциттер ($\times 10^9/\text{л}$)	$15,8 \pm 0,2$	$16,2 \pm 0,2$
ЭЧЫ (мм/ч)	$25,9 \pm 1,4$	$26,4 \pm 2,2$
ИЛК	$4,7 \pm 0,2$	$4,8 \pm 0,3$

3.3.-Таблицанын уландысы

	Операциядан 1 сутка өткөндөн кийин	
Гемоглобин (г/л)	112±2	106±3
Лейкоциттер (х 10 ⁹ /л)	10,2±0,2 ^{*/**}	14,2±0,4 [*]
ЭЧЫ (мм/ч)	19,3±2,1 ^{*/**}	27,6±1,2
ИЛК	3,4±0,2 [*]	3,9±0,2 [*]
	Операциядан 3 сутка өткөндөн кийин	
Гемоглобин (г/л)	112±3	108±3
Лейкоциттер (х 10 ⁹ /л)	8,0±0,2 ^{*/**}	10,4±0,4 [*]
ЭЧЫ (мм/ч)	19±2 [*]	21±2
ИЛК	1,2±0,2 ^{*/**}	2,0±0,2 [*]
	Операциядан 5 сутка өткөндөн кийин	
Гемоглобин (г/л)	118±3 [*]	112±2
Лейкоциттер (х 10 ⁹ /л)	6,8±0,2 [*]	7,5±0,2 [*]
СОЭ (мм/ч)	15,3±2,2 [*]	16,2±1,9 [*]
ИЛК	0,8±0,4 [*]	1,1±0,2 [*]

* - $p < 0,05$ – операцияга чейинки маанилерге карата;

** - $p < 0,05$ – салыштырылган топтордун ортосунда

Таблица 6.1.7. - Биохимиялык көрсөткүчтөрдүн динамикасы

Көрсөткүч	Ооругандардын тобу	
	негизги	контролдук
	операцияга чейин	
Креатинин (мкмоль/л)	120±2	119±3
Мочевина (ммоль/л)	10,8±0,56	10,1±0,95
Билирубин (мкмоль/л)	19±1	19±1
	операциядан 1 сутка өткөндөн кийин	
Креатинин (мкмоль/л)	98±2 ^{*/**}	113±1,3
Мочевина (ммоль/л)	6,6±0,6 ^{*/**}	9,1±0,9
Билирубин (мкмоль/л)	17±1	18±2
	операциядан 3 сутка өткөндөн кийин	
Креатинин (мкмоль/л)	85±2 ^{*/**}	93±3 [*]
Мочевина (ммоль/л)	5,8±0,4 [*]	6,5±0,8 [*]

6.1.7. - Таблицанын уландысы

Билирубин (мкмоль/л)	11±1 ^{*/**}	15±1 [*]
	операциядан 5 сутка өткөндөн кийин	
Креатинин (мкмоль/л)	70±2 [*]	76±3 [*]
Мочевина (ммоль/л)	5,4±0,6 [*]	5,5±0,7 [*]
Билирубин (мкмоль/л)	10±1 ^{*/**}	15±1 [*]

* - $p < 0,05$ – операцияга чейинки маанилерге карата;

** - $p < 0,05$ – салыштырылган топтордун ортосунда

Контролдук топтогу гемограммдын негизги көрсөткүчтөрү, ооруканага жаңы келгенде да, операция алдында да айырмаланбайт, көрүнүктүү өзгөрүү байкалбайт. Ошол эле учурда негизги топто бейтаптар сорбентти кабыл алуу фонунда аныкталган көрсөткүчтөрдүн өзгөрүшү байкалган.

Лейкоциттердин жалпы саны 23,2%га, сегменттик-ядролук нейтрофилдердин жана лимфоциттердин абсолюттук саны тиешелүүлүгүнө жараша 19,1% жана 23,8%га азайган жана бул статистикалык мааниге ээ ($p < 0,05$). Биохимиялык көрсөткүчтөрдү изилдөөлөр да өзгөрүүлөр ЭИ индикаторлордун клиникалык, гематологиялык жана биохимиялык деңгээлдеринде катарлаш жүрөрүн тастыктады (табл. 6.1.7).

Негизги топтогу операциядан кийинки оорлошуулардын жалпы саны - 7 (14,3%), контролдук топто - 10 (28,6%) түзөт.

Негизги топто ооруканага жаткыруу орточо эсеп менен 15 ± 4 күн; контролдук топто - 25 ± 4 ($p < 0,05$) түздү. Биз негизги топтогу хирургиялык кийлигишүүнүн эң тез натыйжаларын (операциядан кийинки оорлошуулардын жана өлүмдөрдүн азайышы, орточо керебет күндөрүнүн кыскарышы) ОК рагы менен шартталган ОНПК менен ооруган бейтаптардагы жоон ичеги сорбциялык диализдин операция учурундагы оң таасирлери менен байланыштырабыз. Бул эффект гематологиялык жана биохимиялык көрсөткүчтөрдүн динамикасы менен тастыкталган эндогендик интоксикациянын төмөндөшү менен шартталган.

6.2. Курч ичеги-карын ооруларында интраинтестиналдык детоксикация терапиясы. Изилдөөгө субкомпенсация жана декомпенсация этаптарында шишиктин жоон ичеги обструкциясы бар 80 бейтап камтылган. Интраинтестиналдык детоксикациянын максималдуу натыйжасына жетишүү үчүн бир жарым-эки саат аралыкта ичегини беш жолу лаваж кылуу оптималдуу экени аныкталган.

6.2.1. Жоон ичеги рагы менен ооруган бейтаптарда операциядан кийинки оорлошуунун маанилүү прогноздук факторлорунун аныкталышы. Маанилүү таасир этүүчү факторлор шишиктин стадиясы жана анатомиялык жайгашкан жери, организмдин жалпы абалы, коштолгон оорулардын болушу, ошондой эле бейтаптын иммундук системасынын жеке өзгөчөлүктөрү болушу мүмкүн.

6.2.2. Жоон ичеги рагы менен ооруган бейтаптарда операциядан кийинки оорлошуулардын пайда болушуна ичеги-карын трактындагы сезгенүү процесстеринин таасири. Бул изилдөө операциядан кийинки ириндүү-сезгенүү оорлошуу мүмкүнчүлүгүн болжолдоодо маанилүү көрсөткүч катары кандагы лейкоциттердин деңгээлине багытталган.

6.3. Жоон ичегиси бүтөлүп калган пациенттердеги операциянын алдындагы энтеро- жана колоносорбцияны жүргүзүүнүн техникалык өзгөчөлүктөрү жана клиникалык негиздемеси. Ичегинин компенсацияланган жана субкомпенсацияланган бузулушунан жабыркаган бейтаптарда операцияга чейинки мезгилде колоносорбциянын таасирин изилдөө 76 бейтапта жүргүзүлгөн. Анын ичинен 41 адам операцияга чейинки шарттуу даярдыктан өткөн (салыштыруу тобу), 35 адамга колоносорбция колдонулган (негизги топ).

Дени сак 15 ыктыярчынын маалыматтары изилденген. Операцияга чейинки энтеросорбция жана колоносорбция үчүн макрогол-4000 (фортранс) препараты колдонулган.

Энтеросорбенттин терапиялык таасири 2 этапта — операцияга чейинки мезгилде жана бейтап ооруканадан чыкканда бааланган. Эки топто тең бейтапты чыгаруу учурунда алынган маалыматтар контролдук жана негизги топтордо операциядан кийинки мезгилдин жүрүшүнө энтеросорбциянын таасирин көрсөттү.

Биринчи топко адегенде лейкоциттердин деңгээли $6,55 \times 10^9/\text{л}$ (жалпы топто $> M \pm m$) жогору болгон бейтаптар, экинчисине - деңгээли $5,65 \times 10^9/\text{л}$ (жалпы топто $< M \pm m$) болгон бейтаптар кирген. Бейтаптарды мындай дифференцировкасы лейкоциттердин санынын өзгөрүшүнүн маанисин баалоого жана бул өзгөрүүлөрдүн ПОПтун ириндүү-сезгенүү оорлошуу коркунучунун башка көрсөткүчтөрүнүн динамикасы менен корреляциялык байланышын аныктоого мүмкүндүк берди.

Операциядан кийинки мезгилдеги абалды болжолдоодо лейкоциттердин индикаторун аныктоо изилдөөнүн акыркы этабы болуп саналат (табл. 6.3.4). Биздин маалыматтар боюнча, операцияга чейинки мезгилде бейтаптардын 63%да лейкоциттердин жогорку деңгээли менен операциядан кийинки оорлошуулардын жогорку деңгээлинин ортосунда корреляция аныкталган. Демек, операцияга чейинки этапта бейтаптардын оорлошуу көрсөткүчү 44% түзгөн.

Таблица 6.3.4. – Контролдук жана негизги топтордогу лейкоциттердин саны жогору болгон бейтаптардын операцияга чейинки мезгилдеги гематологиялык көрсөткүчтөрүнүн динамикасы

Көрсөткүч	Баштапкы абалында лейкоцит жогору болгон бейтаптардын контролдук тобу	Операция алдында лейкоцит жогору болгон бейтаптардын контролдук тобу	Баштапкы абалында лейкоцит жогору болгон бейтаптардын негизги тобу	Операция алдында лейкоцит жогору болгон бейтаптардын негизги тобу
Гемоглобин (г/л)	117,9±5,8	120,8±8,9	124,6±6,8	124,6±8,2
Лейкоциттер ($10^9/\text{л}$)	8,59±0,42	7,81±0,83	8,42±0,34	6,47±0,46*
СОЭ (мм/час)	23,0±4,9	21,0±4,7	18,7±4,0	17,0±3,7
Базофилдер (%)	0,0±0,0	0,0±0,0	0,002±0,001	0,0±0,0
Базофилдер ($10^9/\text{л}$)	0,0±0,0	0,0±0,0	0,005±0,005	0,0±0,0
Эозинофилдер (%)	1,61±0,72	0,89±0,54	1,49±0,39	1,17±0,52
Эозинофилдер ($10^9/\text{л}$)	0,22±0,055	0,051±0,030	0,121± 0,032	0,061±0,021
Палочкоядролук нейтрофилдер (%)	2,92±0,66	4,01±1,52	3,53±1,14	2,25±0,86

6.3.4. – Таблицанын уландысы

Палочкоядролук нейтрофилдер ($10^9/\text{л}$)	$0,250 \pm 0,059$	$0,320 \pm 0,162$	$0,340 \pm 0,130$	$0,172 \pm 0,07$
Сегментоядролук нейтрофилдер (%)	$63,9 \pm 1,4$	$64,0 \pm 2,4$	$61,5 \pm 1,7$	$64,6 \pm 1,0$
Сегментоядролук нейтрофилдер ($10^9/\text{л}$)	$5,53 \pm 0,36$	$4,52 \pm 0,73$	$5,17 \pm 0,25$	$4,18 \pm 0,30^*$
Лимфоциттер (%)	$26,8 \pm 1,1$	$27,7 \pm 3,1$	$28,6 \pm 1,6$	$28,2 \pm 1,2$
Лимфоциттер $10^9/\text{л}$)	$2,29 \pm 0,12$	$1,92 \pm 0,32$	$2,39 \pm 0,15$	$1,82 \pm 0,15^*$
Моноциттер (%)	$4,61 \pm 0,74$	$3,44 \pm 0,60$	$4,81 \pm 0,56$	$3,53 \pm 0,52$
Моноц. ($10^9/\text{л}$)	$0,39 \pm 0,07$	$0,23 \pm 0,05$	$0,40 \pm 0,05$	$0,24 \pm 0,03^*$
ЛИИ (у.е.)	$1,58 \pm 0,26$	$1,22 \pm 0,19$	$1,24 \pm 0,20$	$1,00 \pm 0,16$

* $p < 0,05$ салыштырылган топтордун ортосунда

Операциядан кийинки оорлошуулардын бардыгы таблицада көрсөтүлдү.

Контролдук топтогу бейтаптарда оорлошуулардын эң көп саны байкалган. Операциядан кийинки жаранын ириңдөөсү (12%), операциядан кийинки перитонит (7%) жана анастомозит (7%) байкалган. 7 бейтаптын өлүмү катталып, анын ичинде 2 эркек жана 5 аял болгон. Алардын бардыгы 60 жаштан ашкан, алардын өлүмүнүн негизги себептери — курч жүрөк-кан тамыр оорулары жана бөйрөк жетишсиздиги, ичегинин бүтөлүшүнүн динамикасы жана анастомотикалык жетишсиздиктен улам жаралга перитонит болгон (табл. 6.3.6).

Таблица 6.3.6. – Негизги жана контролдук топтогу бейтаптардын операциядан кийинки оорлошуулары жана өлүмгө дуушар болушу

Оорлошуу	Контролдук топ		Негизги топ	
	оорлошкондор n (%)	өлгөндөр n (%)	оорлошкондор n (%)	өлгөндөр n (%)
Ичегилердин өткөрбөстүгүнүн динамикасы	1 (2)	1 (2)	1 (2)	0
Жабышчаак ичке ичегилердин өткөрбөстүгүнүн өтүшүп кетиши	1 (2)	0	0	0
Тери астындагы эвентрация	1 (2)	1 (2)	0	0
Операциядан кийинки жаракаттын ириңдеп кетиши	5 (12)	1 (2)	4 (11)	0
Анастомозит	3 (7)	0	0	0
Колостоманын некрозу	0	0	1 (2)	0

6.3.6. - Таблицанын уландысы

Перитонит	3 (7)	2 (4)	1 (2)	0
Жүрөк кан-тамырларынын курч жетишсиздиги	1 (2)	1 (2)	1 (2)	0
Бөйрөктүн курч жетишсиздиги	1 (2)	1 (2)	1 (2)	0
Жалпы	16 (39)	7 (17)	9 (25)	0

6.3.10 - таблицада көрсөтүлгөндөй, бейтаптарды операциядан кийинки дарылоо убактысы контролдук топто узагыраак, ал эми негизги топто кыскараак болгон. Ошентип, биз кыска мөөнөттөгү дарылоо натыйжаларын жакшыртуу негизинен энтеро-жана колоносорбицион ыкмаларын колдонуу менен байланыштуу болот деген жыйынтыкка келдик.

Таблица 6.3.10. – Негизги жана контролдук топтордогу бейтаптардын операциядан кийин стационарда болуу мөөнөтү

Бейтаптардын тобу	Операциядан кийинки койко-күн узактагы
Негизги топ	16,0±3,5*
Контролдук топ	21,5±3,1*

«Ичегинин өтпөй калуусу менен кабылдаган колоректалдык залалдуу шишик менен жабыркаган пациенттердин хирургиялык дарылоосун баалоо» деген жыйынтыктоочу 7-бапта бир канча кошумча изилдөөлөр камтылган. Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон (ДСЖЖ) ичегинин анастомозу коюлган бейтаптарды дарылоонун бардык мезгилдерине анализ жүргүзүлдү.

7.1. Ичегинин курч өтпөстүгү менен жабыркаган бейтаптарды периоперациялык дарылоонун натыйжаларынын анализи. Бейтаптар 2 топко бөлүнөт: негизги топто декомпрессиондук-стомалдык жоон ичеги анастомозу менен ооруган бейтаптар, экинчи топто - контролдоочу - терминалдык колостомиянын пайда болушу менен жабырканы бейтаптар.

7.1.1. Ичегинин курч бүтөлүп калуусу менен кабылдаган, жоон ичегинин рагыны менен жабыркаган пациенттердин операциянын астындагы клиникалык мезгилинин талдоосу. Ичегинин бүтөлүшүнөн курч оорлошуп кеткен жоон ичеги рагына кабылган бейтаптарды операцияга чейинки мезгилде изилдегенде негизги көрсөткүчтөргө лабораториялык маалыматтар (кызыл кандын, боордун жана бөйрөктүн функцияларынын өзгөрүшү), бейтаптардын физикалык абалы жөнүндө маалыматтар (кошумча оорулардын болушу), жалпы божомолдук коэффициентти (ЖБК) эсептөө менен, ошондой эле бейтаптардын абалын баалоо үчүн интегралдык шкала боюнча иштетилген SAPS кирет (табл. 7.1.1.2).

Таблица 7.1.1.2. – SAPS шкаласы боюнча ичегинин курч бүтөлүп калуусу менен жабыркаган оорулуулардын абалынын оордугу

SAPS шкаласы боюнча абалдын оордугу	I- негизги топ (n=25)		II – контролдук топ (n=49)	
	абс.	M±SD	абс.	M±SD
Жеңил (0-3,9)	2	2,7±1,1	7	2,55±1,26
Орто (4,0-7,8)	18	5,67±1,92	32	6,12±1,6
Оор (7,9-10,4 и более)	5	8,1±0,9	10	9,86±1,42
Жалпы	25	5,49±1,3	49	6,18 ±1,43

7.1.2. Ичегинин курч бүтөлүп калуусунан пайда болгон жоон ичеги рагы менен жабыркаган бейтаптардын проспективдик интраоперациялык анализи. Кыркалуу ичегинин сол тарабына декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозун коюу менен шашылыш радикалдык же ШР операцияларын жасоо 100 мүнөттөн 202 мүнөткө чейин созулат, орто эсеп менен - $151,5 \pm 5,6$ мүнөттү түзөт. Контролдук топто хирургиялык кийлигишүү Гартман операциясын жасаганда 55 мүнөттөн 154 мүнөткө чейин жеткен, орто эсеп менен - $104,5 \pm 4,7$ мүнөттү түзөт. Негизги топто тез арада жасалган операциялардын узактыгы 83 мүнөттөн 165 мүнөткө чейин жетип, орто эсеп менен - $124,7 \pm 5,2$ мүнөттү түзсө, ал эми контролдук топто – 50 мүнөттөн 130 мүнөткө жетип, орто эсеп менен - $90,7 \pm 4,3$ мүнөттү түзгөн.

Мөөнөтү жылдырылган операция жасоого кеткен убакыт негизги топто 77 мүнөттөн 165 мүнөткө чейин созулуп, орточо эсеп менен $116,3 \pm 3,4$ мүнөттү түзсө, контролдук топто 55 мүнөттөн 115 мүнөткө чейин созулуп, орто эсеп менен $85 \pm 2,8$ мүнөттү түзгөн (таблица 7.1.2.1).

Таблица 7.1.2.1. – Ичегинин бүтөлүшүнөн оорлошкон кыркалуу ичегинин сол тарабына жасалган радикалдуу жана ШР операциялардын орточо убактысы

Операция түрлөрү	Операциянын орточо убактысы (мин.)	
	I – негизги топ (n=25)	II – контролдук топ (n=49)
Өтө шашылыш (3 саатка чейин)	$151,5 \pm 5,6$	$104,5 \pm 4,7$
Шашылыш (3 саттан 1 стукага чейин)	$124,7 \pm 5,2$	$90,7 \pm 4,3$
Мөөнөттөн узак (1 суткандан ашык)	$116,3 \pm 3,4$	$85 \pm 2,8$
Жалпы	$130,8 \pm 4,8$	$97,4 \pm 3,9$

Ичегинин бүтөлүшүнөн курч оорлошуп кеткен жоон ичеги рагына кабылган бейтаптын курсак көңдөйүн текшерүүдө төмөнкүдөй өзгөрүүлөр аныкталды: перитониттин таралышы, ичке ичегилердин өткөрүү функциясынын бузулушу, мезентериалдык тамырлардын тромбоздору, ичегинин бөлүктөрүндөгү шишиктен улам бузулуулар.

Таблицада СПКнын тиешелүү көрсөткүчтөрү пункттарда көрсөтүлгөн.

Бул эки топтун хирургиялык кийлигишүү узактыгы боюнча айырмачылыктар олуттуу болуп, анын узактыгы негизги топтогу ($130,8 \pm 4,8$ мүнөт каршы $97,4 \pm 3,9$ мүнөт, тиешелүүлүгүнө жараша) деп табылган (табл. 7.1.2.2).

Таблица 7.1.2.2. – Ичегинин бүтөлүшүнөн оорлошкон жоон ичеги рагына кабылган бейтапарга операция жасоо учурунда табылган белгилер

Параметр	Негизги топ (n=25)	Контролдук топ (n=49)	Айырмачылыктардын аныктыгы
	M±SD	M±SD	
Жайылган перитониттин белгилери (СПК баллдары)	-0,8±0,76	-1,22±0,65	p>0,05
Ичке ичегинин өткөрбөстүгүнүн белгилери (СПК баллдары)	-2,4±0,56	-2,53±0,44	p>0,05
Жоон ичегинин инфаркты менен мезентериалдык тромбоздун белгилери (СПК баллдары)	-3,04±0,47	-2,75±0,89	p>0,05
Престеноздук жоон ичегинин жетишсиздигинин стадиясы (СПК баллдары)	-2,56±0,34	-2,44±0,56	p>0,05

7.2. Операциядан кийинки мезгилде курч ичеги өтүшүп кеткен бейтаптарды кароо тактикасы. Бул бөлүмдө ИКӨ менен жабыркаган бейтаптарды кароо тактикасы сүрөттөлөт. Иш-чаралар операциядан кийинки инфузиялык терапияны өткөрүүгө, ичеги-карын трактынын түтүкчөлөрүн түшүрүүгө жана парентералдык терапияга багытталган.

7.3. Ичегинин өткөрбөстүгүнөн оорлошусунан пайда болгон жоон ичеги рагы менен ооруган бейтаптардын операциядан кийинки мезгилинин изилдениши. Бул бөлүмдү биз эки бөлүп карадык:

7.3.1. Жоон ичеги рагы менен шартталган ичегинин курч өткөрбөстүгү менен жабыркаган бейтаптардын интенсивдүү терапиясынын негизги принциптери. Операциядан кийинки консервативдик интенсивдүү чаралар 268 (41,2%) бейтапка жасалган. Биринчи түрү - интенсивдүү инфузиялык терапия - бейтаптардын 35,8% (96 адам) колдонулган. Экинчи түрү – инфузиялык-детоксикация – 82 бейтапка (30,6%) жүргүзүлгөн. ИТнын үчүнчү түрү – инфузиялык-трансфузия – 52 бейтапта (19,4%), ал эми инфузиялык-трансфузиялык-детоксикация – 14,2% учурда талап кылынган.

7.3.2. Ичегинин курч бүтөлүп калуусу менен кабылдаган, жоон ичегинин рагы менен оорулуулардын интенсивдик терапиясынын антигипоксантагык инфузиялык терапиясы. Ичегинин бүтөлүшүнөн хирургиялык эндотоксикоз (ХЭ) менен оорлошкон бейтаптарды дарылоодо (кеңири таралган перитониттин фонунда)

биз 72 учурда натрий гипохлоритин (НГ) колдондук. Препарат 400 мл көлөмү менен 30-40 мүнөт ичинде венага киргизилген. Суткалык көлөмү ХЭ көрүнүшүнүн даражасына жараша 1600 мл чейин болгон. Аны колдонуунун узактыгы 3 күндөн 7 күнгө чейин түзгөн.

Салыштырма анализ инфузия башталгандан 6 саат өткөндөн кийин жасалган (табл. 7.3.2.1).

НГ колдонууда капиллярдык кандын стандарттык бикарбонатынын (ВВ) көбөйүшү, буфердик негиздердин (ВЕ) жетишсиздигинин азайышы, кандын токсикациясынын (МСМ) азайышы олуттуу экендиги аныкталган. Липиддердин кычкылдануу процесстери жакшырган: диен конъюгаттары (ДК) $7,0 \pm 0,2$ ден $3,5 \pm 0,1$ У/млге ($p < 0,001$), малондиальдегид (МДА) - $15,8 \pm 0,6$ дан $7,5$ ммоль/л ($p < 0,001$) чейин төмөндөдү. Бөйрөк функциясынын өзгөрүшү кандын сары суусундагы мочевиана жана креатинин деңгээлинин төмөндөшү байкалган.

Таблица 7.3.2.1. – Натрий гипохлоритинин эритмесин колдонууда кандын негизги биохимиялык жана КЩА көрсөткүчтөрү

Көрсөткүчтөр	Баштапкы көрсөткүчтөр	Куйгандан 6 саат өткөндөн кийин	
		НГ	лактасол
рН	$7,30 \pm 0,04$	$7,36 \pm 0,02^*$	$7,34 \pm 0,02^*$
рO ₂ , мм рт.ст.	$62,3 \pm 0,3$	$69,8 \pm 0,6^*$	$68,4 \pm 0,4^*$
ВЕ, мм рт.ст.	$64,5 \pm 0,7$	$47,3 \pm 0,3^*$	$50,5 \pm 0,2^*$
ВВ, ммоль/л	$34,5 \pm 0,4$	$42,4 \pm 0,2$	$37,4 \pm 0,3$
ДК, Е ²³² /мл	$7,0 \pm 0,2$	$3,5 \pm 0,1$	$5,8 \pm 0,6$
МДА, моль/л	$15,8 \pm 0,6$	$7,5 \pm 0,8$	$10,5 \pm 0,5$
МСМ, усл.ед.	$0,92 \pm 0,03$	$0,68 \pm 0,02$	$0,77 \pm 0,04$
Мочевина, ммоль/л	$12,8 \pm 0,4$	$9,3 \pm 0,3$	$10,8 \pm 0,5$
Креатинин, мг/л	$6,2 \pm 0,3$	$3,9 \pm 0,4$	$5,4 \pm 0,$

* - топтордун көрсөткүчтөрүнүн ортосунда так эмес

7.4. Жоон ичеги рагы менен шартталган ичегинин курч өткөрбөстүгү болгон бейтаптарда операциядан кийинки мезгилде коркунучтуу болжолдоо методикасы. ДСТТ анастомозун түзүү жүргүзүлгөн негизги топто СПК эсептөөнүн натыйжалары боюнча эки (8%) жагымсыз натыйжалардын коркунучу эсептелген, ал эми контролдоо тобунда (терминалдык колостомиянын пайда болушу менен) - 15 (30,6%) жагымсыз натыйжалар байкалган.

7.5. Колоректалдык рак оорусуна алып келген ичегинин курч өткөрбөстүгү менен жабыркаган бейтаптарга хирургиялык кийлигишүүнүн жыйынтыктары.

Жоон ичегинин сол тарабына карцинологиялык операция жасалган пациенттерде операциядан кийинки ооруулар 43,2% учурларда (32 бейтап) аныкталган. Бул кыйынчылыктарды пайда болуу жыштыгына жараша төмөнкүдөй классификациялоого болот (7.5.1-таблицаны кар.).

Таблица 7.5.1. - Колоректалдык рак оорусуна алып келген ичегинин курч өткөрбөстүгү менен жабыркаган бейтаптарга хирургиялык кийлигишүүдөн кийинки оорлошуулар

Оорлошуу мүнөзү	Негизги топ (n=25)		Контролдук топ (n=49)		ЖАЛПЫ (n=74)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жара инфекция	2	8	3	6,1	5	6,8
Операциядан кийинки перитонит	1	4	1	2	2	2,7
Абсцедириялык пневмония, плевропневмония	-	-	4	8,2	4	5,4
Жүрөк кан-тамырлар курч жетишсиздиги (ЖКТКЖ)	-	-	11	22,4	11	14,8
Курч миокарда инфаркты	-	-	4	8,2	4	5,4
ӨАТЭ	-	-	1	2	1	1,4
Полиоргандык жетишсиздиги	-	-	2	4,1	2	2,7
Тромбофлебит	1	4	-	-	1	1,4
Жабышчаак ичеги өткөрбөстүгүнүн баштапкы этабы	-	-	2	4,1	2	2,7
Жалпы:	4	16	28	57,1	32	43,2

7.5.2 - таблицадан көрүнүп тургандай, негизги топто өлүм катталган эмес; көзөмөл тобунда каза болгон бейтаптардын 30,6%ы жүрөк-кан тамыр системасынын декомпенсацияланган патологиясы бар улуу курактагылар болгон. 8,2% учурда өлүмдүн себеби полиоргандын жетишсиздиги жана бронхопневмония болгон. 1 бейтаптын өлүмүнө операциядан кийинки перитонит себеп болгон (2,0%).

Ошентип, жоон ичегинин сол жарымынын рагы менен шартталган курч рактын радикалдуу жана ШР хирургиялык кийлигишүүсүнөн кийин жалпы өлүм 28,4% түздү жана бардык өлүмдөр Гартман тибиндеги операция жасалган бейтаптардын тобунда катталган. Биз топтордун курактык курамында олуттуу айырмачылыктарды аныктадык: негизги топ - орточо $63,7 \pm 4,6$ жыл, контролдук топто - $74,9 \pm 4,5$ жыл, $p = 0,00001$ менен түздү.

Башкача айтканда, контролдук топто улгайган адамдар арасында өлүм байкалган. Анализ көрсөткөндөй, хирургиялык дарылоонун убактысы негизги топтогу операциянын узактыгынын ишенимдүү көрсөткүчтөрүнө карабастан, хирургиялык дарылоонун жыйынтыгына таасир эткен эмес, негизги топто ооруканага орточо узактыгы контролдук топко ($22,9 \pm 13,2$ каршы $28,0 \pm 19,8$ күн) караганда бир кыйла ($p < 0,05$) кыска болгон.

Таблица 7.5.2. – Ичегинин бүтөлүп калышынан улам кыркалуу ичегинин сол тарабына жасалаган радикалдуу же шарттуу радикалдуу (ШР) операциясынан кийинки өлүмдүн себептери

Операциядан кийинки өлүмдүн себептери	Негизги топ (n=25)		Контролдук топ (n=49)		ЖАЛПЫ (n=74)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
КЖКЖ	-	-	11	22,4	11	14,8
Курч миокард инфаркты	-	-	4	8,2	4	5,4
ӨАТЭ	-	-	1	2,0	1	1,4
Операциядан кийинки перитонит	-	-	1	2,0	1	1,4
Пневмония	-	-	2	4,1	2	2,7
Полиоргандык жетишсиздик	-	-	2	4,1	2	2,7
Жыйынтыгы	-	-	21	42,8	21	28,4

7.5.1. Операциядан кийинки мезгилдин салыштырма анализи жана жоон ичегинин сол жак рагына операция жасалган бейтаптардын реабилитациясы.

Негизги топтогу бейтаптардын акыркы этабы 1,5 ай (эрте жабуу) 3 айга чейинки аралыкта, орточо алганда - $2,6 \pm 0,94$ айга чейин жүргүзүлгөн. Бардык бейтаптарга курсак көндөйүнөн тышкары терминалдык колостома чыгаруу ыкмасы жасалган. Ошентип, ичеги-карын тутумунун үзгүлтүксүздүгүн эрте калыбына келтирүүнүн аркасында декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозу пайда болгондон кийин бейтаптарды социалдык жана эмгектик реабилитациялоо үчүн талап кылынган убакыт 3,5 эсеге кыскарган.

Контролдук топто 19 бейтапка кайра калыбына келтирүү операциясын жасоо мүмкүнчүлүгү аныкталган, бул бул топтогу бейтаптардын жалпы санынын 67,9%ын гана түзгөн (өлгөндөрдү кошкондо). Калган бейтаптарда стоманы жабуу жана ичеги-карындын үзгүлтүксүздүгүн калыбына келтирүү кошумча оорулардын декомпенсациясынан да, бейтаптардын улуу жашта болгондугунан да мүмкүн болгон эмес.

Негизги топтогу бейтаптарды хирургиялык дарылоонун реконструктивдүү этабынын жакынкы натыйжалары операциядан кийинки мезгилде салыштырмалуу жакшы деңгээли менен мүнөздөлдү. Бир бейтапта оорлошуу, т.а, колостомадан кийинки жаранын ириңдөөсү 4% түзгөн.

Контролдук топто операциялык реконструкциянын натыйжалары төмөнкүдөй болду: 3 (15,8%) бейтапта операциядан кийинки жарааты ириңдеп оорлошуу болгон; 1 бейтапта (5,3%) туурасынан ректалды анастомоздун тигиштери иштебей жалпы перитонитке алып келген. Оорулуу перитониттен улам полиоргандын жетишсиздигинен каза болгон.

Ошентип, реконструкция этабында контролдук топто операциядан кийинки өлүм 5,3%ды түздү. Жалпы алганда, Гартман тибиндеги жана реконструкциялык операциялардан кийин контролдук топто жалпы өлүм 44,9%ды түзүп, аталган жагдайда чоң тобокелчилик бар экени аныкталды.

Жалпысынан, жоон ичегинин сол жарымына радикалдык жана реконструктивдик операциялары жасалган пациенттердин операциядан кийинки өлүмү 29,7%ды түздү.

Ичегинин бүтөлүп калышы менен шартталган жоон ичеги рагын хирургиялык дарылоонун акыркы этабында ооруканага жаткыруунун орточо узактыгы негизги топто $9,2 \pm 1,2$ сутканы, контролдук топто - $19,3 \pm 2,3$ сутканы түздү.

ЖЫЙЫНТЫКТАР:

1. Диагностикалык системаны оптималдаштыруу, клиникалык жана лабораториялык маалыматтарды талдоо жана эсепке алуу, ич көңдөйүнүн жөнөкөй рентгенографиясын колдонуу, курсак органдарынын УДИси, ректороманоскопии, колоноскопия жана ирригоскопия, SAPS абалынын оордугун интегралдык баалоо системасы дарылоо тактикасын тандоону илимий жактан негиздөө үчүн ичегинин өткөрүү функциясынын бузулуу деңгээлин баалоону объективдештирүүгө мүмкүндүк берди.

2. Ичегинин өткөрүү функциясынын компенсацияланган бузулуусунда бейтаптарды бир учурда толук текшерүүгө, негизги онкологиялык белгилерди сактоо менен пландуу түрдө хирургиялык кийлигишүүнү даярдоого жана жүргүзүүгө болот. Ичегинин өткөрүү функциясынын субкомпенсацияланган бузулуусунда бейтапты бир нече күндүн ичинде хирургиялык кийлигишүүгө даярдоо жана күндүзгү убакта операцияны толук көлөмдө жүргүзүү керек болот. Ал эми ичегинин өткөрүү функциясынын декомпенсацияланган бузулуусунда шашылыш хирургиялык кийлигишүү талап кылынат.

3. Операцияга чейинки жана операция мезгилинде энтеросорбцияны жана колоносорбцияны колдонуу эндогендик интоксикацияны азайтат. Алсызданган эндогендик интоксикация операциядан кийинки оорлошуулардын санын 39%дан 26%ке чейин төмөндөшүнө алып келет.

4. Ичегинин өткөрүү функциясынын бузулуусу менен коштолгон жоон ичеги рагынан жабыркаган бейтаптарга операцияга чейинки мезгилде энтеросорбцияны жана колоносорбцияны колдонуу сезгенүү процесстерин чечүүгө жардам берет жана операциядан кийинки мезгилде иммундук процесстердин калыбына келишине өбөлгө түзөт.

5. Колоно жана энтеросорбция хирургиялык дарылоо контесинде маанилүү роль ойнойт, бул ыкма организмди токсиндерден жана зыяндуу заттардан натыйжалуу тазалагандыктан иммундук системага жүктү азайтат жана анын нормалдуу иштешин камсыз кылат.

6. Декомпрессиянын жаңыланган интраоперациялык технологиясы ичегидеги заттарды эвакуациялоого, бузулган микроциркуляцияны калыбына келтирүү үчүн жагымдуу шарттарды түзүүгө, операция учурунда сорбциялык диализ боюнча иш-чаралардын комплексин жүргүзүүгө жана эндогендик интоксикацияны төмөндөтүүгө мүмкүндүк берет.

7. Ичегинин декомпенсацияланган бүтөлүшүнөн оорлошуп кеткен, жоон ичегинин сол жарымында жайгашкан рак шишигинин процессинин биринчи этабында колостомияны сырткы чыгарып, өркүндөтүлгөн технологияларды колдонуу менен операция учурунда ичеги декомпрессиясын жана сорбциялык диализди камтыган бир этаптуу радикалдуу же ШР хирургиялык кийлигишүүнү жүргүзүү туура болот; экинчи этапта жоон ичегинин үзгүлтүксүздүгү калыбына келтирилет.

8. Жоон ичегинин сол жарымында жайгашкан жана диастатикалык некроз жана перфорация менен оорлошкон рак стеноздук процессинде, кыйла эффективдүү хирургиялык кийлигишүү катары субтоталдык колэктомия көрсөтүлөт. Курч перитонит болгон учурда хирургиялык планга илеостомия киргизилет.

9. Ичегинин өткөрүү функциясынын бузулуусу менен коштолгон жоон ичеги рагынан жабыркаган бейтаптарды кароодо жаңыланган ыкманы киргизүү операциядан кийинки мезгилде оорлошууну жана өлүмдүн санын кыскартууга мүмкүндүк берет. Ал тургай, ичегинин өткөрүү функциясынын декомпенсацияланган бузулуусунан жабыркаган бейтаптарда операциядан кийинки мезгилде оорлошуу жана өлүмдүн саны 20,4% жана 10,3% түздү.

10. Ичегинин бүтөлүшүнүн субкомпенсацияланган жана декомпенсацияланган стадиясындагы шишик менен ооруган бейтаптарда жоон ичегинин сол жарымындагы радикалдык же шарттуу радикалдуу (ШР) хирургиялык операциясынын акыркы этабынын эң алгылыктуу варианттарынын бири декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозун киргизүү болот.

11. Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомоздору бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун реконструкциялык этабынын оптималдуу мөөнөтү $2,6 \pm 0,94$ айды түзөт. Декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичеги анастомозунун өзүнүн түзүлүшү боюнча перитонеалдык коопсуз жетүү аркылуу колостомияны жок кылууга мүмкүндүк берет, социалдык жана эмгектик реабилитацияны жана пациенттердин жашоо сапатын тез жакшыртууну камсыз кылат.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

1. Жоон ичегинин залалдуу шишиктерден улам курч өткөрбөстүгү ичегинин курч бүтөлүшүнөн жабыркаган бейтаптардын арасында алдыңкы орунду ээлейт.

Бейтаптардын бул категориясында клиникалык көрүнүштүн оордугу 3 даражага бөлүнөт: компенсацияланган, субкомпенсацияланган жана декомпенсацияланган даражадагы ичегилердин өткөрүү функциясынын бузулушу. Компенсациянын даражасы клиникалык жана лабораториялык көрсөткүчтөрдү баалоонун, инструменталдык изилдөө методдорунун комплексинин (курсак көңдөйүнүн органдарынын УДИси, ич көңдөйүнүн жөнөкөй рентгенографиясы, ирригоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия), SAPS (Simplified Acute Physiology Score) абалынын оордугу интегралдык баалоо системасынын негизинде аныкталат.

2. Ичегинин декомпенсацияланган бүтөлүшүндө тез диагностикалык каражаттардын белгилүү бир комплекси сунушталат (курсак көңдөйүнүн R-скопиясы, УДИ, ирригография же колоноскопия) жана ичеги курч өткөрбөстүгүндөй эле хирургиялык кийлигишүү зарыл. Мындай патологиясы бар бейтаптар операцияга чейинки интенсивдүү даярдыктан 2-3 саат өткөндөн кийин операцияга киришет.

3. Ичегинин субкомпенсацияланган бүтөлүшүндө шашылыш эндоскопия же ирригоскопия, андан кийин ичегилерди декомпрессиянын ар кандай ыкмаларын колдонуу жана шишик пайда болушун реканализация кылуу сунушталат. Эффектиге жеткенден кийин, хирургиялык дарылоо күндүгү убакта, толук көлөмдө, ичеги анастомозун коюу перспективасын камтуу керек.

4. Ичегинин өткөрүүсүнүн компенсацияланган бузулушунда функциялык бузулуу алдыңкы орунда турат. Мындай учурда бейтаптарга дарылоо тактикасын аныктоо менен текшерүү жүргүзүлөт.

5. Жоон ичегинин рагы менен ооругандарда эндогендик интоксикация — операциядан кийинки тиешелүү коррекцияны талап кылган ар кандай оорлошуулардын фактору болуп саналат.

6. Жоон ичегинин рагы жана ичегинин өткөрүүсүнүн бузулушунан жабыркаган бейтаптарга хирургиялык кийлигишүүнүн алдында энтеросорбцияны жана колоносорбцияны, операция учурундагы жоон ичегиги сорбциялык диализди колдонуу эндогендик интоксикациянын деңгээлин жана ичеги капталындагы сезгенүү процессин төмөндөтөт. Жоон ичеги рагынан улам ичегинин өткөрүүсүнүн бузулушунан ар кандай даражасындагы бейтаптарды комплекстүү дарылоодо колдонулуучу бул эфференттик методдор абдан натыйжалуу болуп саналат.

7. Жоон ичегинин рагы жана ичегинин өткөрүүсүнүн бузулушунан жабыркаган бейтаптарга энтеросорбция жана колоносорбция методдорун колдонуу кооптуу эмес жана кошумча таасирлерди пайда кылбайт.

8. Ичегинин өткөрүүсүнүн бузулушунан оорлошкон жоон ичеги рагында жасалуучу операциялардын ичинен бир эле учурда шишикти алып салуу менен ичегинин бүтөлүшүн жок кылынган радикалдык же шарттуу радикалдуу (ШР) операциялары болуп саналат.

9. Хирургиялык кийлигишүүнүн резекциялык этабын баштапкы ичеги аралык анастомозду колдонуу менен аяктоо ичегинин компенсацияланган жана субкомпенсацияланган даражадагы бүтөлүшү, ошону менен бирге ичегинин курч бүтөлүшүнө алып келген жоон ичегинин оң жарымынын рак оорусунда сунушталат.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Сыдыков, Н.Ж.** Оптимизация диагностики и тактики лечения больных с кишечной непроходимостью [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2012. - №1. - С.66-69; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/TFP7/HDQRC4q9T>
2. **Сыдыков, Н.Ж.** Современные методы диагностики острой спаечной кишечной непроходимостью [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2012. - №1. - С.86-89; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/TFP7/HDQRC4q9T>
3. **Сыдыков, Н.Ж.** Сравнительный анализ хирургической деятельности НХЦ МЗ КР за 2009 – 2011гг. [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2012. - №2. - С.15-17; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/LoNc/FCJoWNKGQ>
4. **Сыдыков, Н.Ж.** Клиника, диагностика и классификация рака толстой кишки, осложненного нарушением кишечной непроходимостью [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2012. - №2. - С.18-23 ; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/LoNc/FCJoWNKGQ>
5. **Сыдыков, Н.Ж.** Организационно-методологические аспекты диагностики и лечения острой кишечной непроходимости [Текст] //Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2012. -№1. - С. 61-64; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/LCor/ywypT6z3h>
6. **Сыдыков Н.Ж.** Алгоритм выбора хирургической тактики при острой кишечной непроходимости [Текст] //Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2012. -№1. - С. 65-68; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/LCor/ywypT6z3h>
7. **Сыдыков, Н.Ж.** Анализ результатов лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2013. - №2. - С. 28-31; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/H1gw/g5CckGsWP>
8. **Сыдыков, Н.Ж.** Тактические и технические аспекты проекционной колостомии при опухолевой толстокишечной непроходимости [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2013. - №2. - С.31-35; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/H1gw/g5CckGsWP>
9. **Сыдыков, Н.Ж.** Роль воспалительных явлений в желудочно-кишечном тракте у больных раком толстой кишки в возникновении послеоперационных осложнений [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2013. - №3. - С.85-87; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/ozj3/5cLJvLvc2>

10. **Сыдыков, Н.Ж.** Разработка прогностических критериев развития осложнений в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства по поводу острой кишечной непроходимости опухолевого генеза [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2013. - №3. - С.88-95; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/ozj3/5cLJvLvc2>

11. **Сыдыков, Н.Ж.** Причинные факторы развития острой спаечной непроходимости [Текст] //Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2013. -№2. - С. 61-63; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/nrA2/qZcky7Fpd>

12. **Сыдыков, Н.Ж.** Соотношение различных форм кишечной непроходимости в структуре неотложной хирургической помощи [Текст] //Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2013. -№2. - С. 64-66; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/nrA2/qZcky7Fpd>

13. **Сыдыков, Н.Ж.** Результаты лечения больных раком прямой кишки, осложненным кишечной непроходимостью [Текст] / Н.Ж. Сыдыков, А.А. Сопуев // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2013. -№4. - С.39-41; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/mUUh/N6wrMxCbB>

14. **Маматов, Н.Н.** Сравнительный интраоперационный анализ спаечного процесса брюшной полости при кишечной непроходимости [Текст] / Н.Н. Маматов, Н.Ж. Сыдыков //Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2013. -№4. - С. 41-43.; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/mUUh/N6wrMxCbB>

15. **Сыдыков, Н.Ж.** Тактика оперативного лечения при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2014. - №1. - С.15-17; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/U9qc/eZw1dKrzW>

16. **Сыдыков, Н.Ж.** Опыт хирургического лечения при раке поперечной ободочной кишки, осложненном образованием свищей с соседними органами [Текст] //Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2014. - №1. - С.18-20; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/U9qc/eZw1dKrzW>

17. Особенности экстренной хирургической помощи больным пожилого и старческого возраста при раке ободочной кишки [Текст] / А.А. Сопуев, А.Ш. Абдиев, Р.К. Успеев, Н.Ж. Сыдыков // Вестник Авиценны. - Душанбе, 2014. - №2 (59) - С. 40-44; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.vestnik-avicenna.tj/en/archive/2014/2014-2/>

18. Детализация некоторых клинико-диагностических показателей при раке толстой кишки, осложненном кишечной непроходимостью [Текст] / Н.Ж. Сыдыков, Б.К. Орозобеков, А.А. Сопуев, А.Ш. Абдиев //Вестник КазНМУ. - Алматы, 2015. - №2. - С. 308-312; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36914656>

19. Оптимизация хирургического лечения резистентных форм колостаза [Текст] / Б.К. Орозобеков, Н.Ж. Сыдыков, А.А. Сопуев, А.Ш. Абдиев // Вестник КазНМУ. - Алматы, 2015. - №2. - С. 295-297; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36914652>

20. Профилактическое дренирование брюшной полости после операций на дистальных отделах ЖКТ [Текст] / [А.А. Сопуев, А.Ш. Абдиев, А.А. Калжикеев и др.] // Проблемы современной науки и образования. - Иваново, 2016. - №13(55). - С. 129-131; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26185544>

21. Значение анатомических особенностей сигмовидной кишки в развитии ее заворота [Текст] / [А.А. Сопуев, Д.К. Исаев, К.С. Сыдыгалиев и др.] // Проблемы современной науки и образования. - Иваново, 2016. - №21(63). - С. 97-99; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26477114>

22. Онкологические принципы в экстренной хирургии колоректального рака [Текст] / [А.А. Сопуев, Н.Ж. Сыдыков, А.А. Калжикеев и др.] // Проблемы современной науки и образования. - Иваново, 2017. - №3(85). - С. 99 – 103; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28121635>

23. Оценка влияния антибактериальных средств на формирование спаечного процесса брюшной полости [Текст] / [А.А. Сопуев, Н.Н. Маматов, Э.Э. Кудаяров и др.] // Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Дагестанского Государственного медицинского университета. - Махачкала, 2017. - С.195-196; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35118518>

24. Surgical treatment selecting method for obstructive cancer of rectosigmoid colon [Text] / [A. Sopuev, N. Sydykov, A. Mambetov et al.] // Journal of Positive School Psychology. - 2022. - Vol. 6. - No. 8. - P. 4369-4376; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://journalppw.com/index.php/jpsp/article/view/10609/6848>

25. Surgical Treatment Efficiency Of Patients With Scar Strictures In Extrahepatic Ducts Using Superelastic Titanium Nickelide Constructions [Text] / [N.A. Sydygaliev, S.G. Shtofin, A.V. Golovnev et al.] // Journal of Pharmaceutical Negative Results. - 2022. - Vol. 13 - Special Issue 2. - P. 396-400; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.pnrjournal.com/index.php/home/article/view/1518>

Сыдыков Нурланбек Женишбековичтин «Жоон ичегинин бүтөлүп калышы менен кабылдаган жоон ичегинин залалдуу шишигин хирургиялык дарылоонуу өркүндөтүү» аттуу темадагы 14.01.17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасына изденүү үчүн жазылган диссертациясынан

КОРУТУНДУ

Негизги сөздөр: жоон ичегинин залалдуу шишиги, ичегинин бүтөлүшү, хирургиялык дарылоо, декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозу, энтеросорбция, колоносорбция, интраоперациялык сорбциялык диализ.

Изилдөөнүн объектиси: ичегинин бүтөлүшү менен кабылдап, жоон ичегинин залалдуу шишиги менен жабыркаган 651 пациент.

Изилдөөнүн предмети: ичегинин бүтөлүшү менен кабылдап, жоон ичегинин залалдуу шишиги менен жабыркаган пациенттерге адистештирилген медициналык жардам көрсөтүү.

Изилдөөнүн максаты. Бул патология менен жабыркаган пациенттерди дарылоодо канааттандыруу эмес жыйынтыктарды азайтуу максатында, жоон ичегинин бүтөлүшү менен кабылдаган, жоон ичегинин залалдуу шишигинде колдонулуучу дарылоо-диагностикалык тутумду оптималдаштыруу.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, лабораториялык, инструменталдык, маалыматтарды статистикалык иштетүү. Жоон ичегинин залалдуу шишигине диагноз коюуда негизги изилдөө ыкмасы рентгенологиялык, ультра добуш, эндоскопиялык изилдөөлөр саналат.

Изилдөөнүн жыйынтыктары жана илимий жаңылыгы. Хирургиялык дарылоого көрсөткүчү бар, ичегинин бүтүүсү жана перитонит менен кабылдаган, колоректалдык залалдуу шишик менен жабыркаган пациенттерди текшерүүнүн схемасы иштелип чыкты. Жоон ичегинин залалдуу шишиги жана ичегинин бүтөлүшү шарттарында энтеросорбцияны, колоносорбцияны колдонуунун мүмкүнчүлүктөрү жөнүндө маалыматтардын комплекси кеңейтилди. Хирургиялык операция убагында, ичегини декомпрессиялоонун оригиналдуу ыкмасы иштелип чыкты. Декомпенсацияланган ичегинин бүтүүсү менен жана ичегинин сырткы катмары туурасынан диастатикалык айрылган колоректалдык шишикте субтоталдык колэктомиясынын орду аныкталды. Субтоталдык колэктомия жасагандан кийинки анастомоздун же илеостомиянын тактикасы өркүндөтүлдү жана ыкмасы модернизцияланды. Ичегинин сол жагындагы радикалдык жана шарттуу радикалдык операциянын аягында декомпрессиялык-стомалдык жоон-жоон ичегинин анастомозунун тактика-техникалык аткарылыштары өркүндөтүлдү. Декомпрессиялык-стомалдык анастомоз кыска убакытта курсакты ачпай колостоманы жабууга мүмкүндүк берип, кабылдоолорду азайтат.

Колдонуу боюнча сунуштар. Эмгектеги негизги сунуштарды клиникалык практикаларда, билим берүүдө, илимий изилдөөлөрдө колдонсо болот.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия, онкология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Сыдыкова Нурланбека Женишбековича «Совершенствование хирургического лечения рака ободочной кишки, осложненного толстокишечной непроходимостью», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, нарушение кишечной проходимости, хирургическое лечение, декомпрессионно-стомальный толсто-толстокишечный анастомоз, энтеросорбция, колоносорбция, интраоперационный сорбционный диализ.

Объект исследования: 651 пациентов с РОК, осложненным толстокишечной непроходимостью.

Предмет исследования: Специализированная медицинская помощь пациентам с РОК, осложненным толстокишечной непроходимостью.

Цель работы. Оптимизация лечебно-диагностической системы, применяемой при раке толстой кишки, осложненном нарушениями проходимости ободочной кишки, для сокращения неудовлетворительных результатов ведения пациентов с этой патологией.

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные, статистическая обработка данных. Основным методом исследования в диагностическом процессе при раке толстой кишки является рентгенологические, ультразвуковое и эндоскопические методы исследования.

Результаты исследования и их новизна. Разработана схема обследования пациентов с колоректальным раком, осложнившимся декомпенсированной кишечной непроходимостью и распространенным перитонитом, являющимися показаниями к экстренной операции. Расширена совокупность сведений о возможностях использования энтеросорбции и колоносорбции в условиях наличия рака ободочной кишки и нарушений кишечной проходимости разной степени тяжести.

Разработана оригинальная методика декомпрессии кишечника во время хирургического вмешательства.

Определено место субтотальной колэктомии у пациентов с раком левой половины ободочной кишки, осложнившимся декомпенсированной кишечной непроходимостью и диастатическими продольными разрывами серозного слоя толстой кишки. Усовершенствована тактика и модернизирована методика заключительного этапа субтотальной колэктомии в виде формирования анастомоза или наружной илеостомы.

Усовершенствованы тактико-технические детали создания декомпрессионно-стомального толсто-толстокишечного анастомоза. ДСТТ анастомозы обеспечивают снижение осложнений путем внебрюшинного закрытия колостомы в сжатые сроки после хирургического вмешательства.

Рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

Область применения: хирургия, онкология.

SUMMARY

of the thesis by Sydykov Nurlanbek Zhenishbekovich "Improvement of the surgical treatment of colon cancer complicated by colonic obstruction", submitted for the degree of Doctor of Medical Sciences in the specialty 14.01.17 - surgery.

Keywords: colon cancer, intestinal obstruction, surgical treatment, decompression-stomal colonic anastomosis, enterosorption, colonosorption, intraoperative sorption dialysis.

Object of study: 651 patients with colon cancer, complicated by colonic obstruction.

Subject of study: Specialized medical care for patients with CC complicated by colonic obstruction.

Objective of research. Optimization of the treatment and diagnostic system used in colon cancer complicated by colon patency disorders in order to reduce the unsatisfactory results of managing patients with this pathology.

Methods of research: clinical, laboratory, instrumental, statistical data processing. The main research method in the diagnostic process for colon cancer is x-ray, ultrasound and endoscopic research methods.

Research results and their novelty. An original scheme for examining patients with cancer of the left half of the colon, complicated by decompensated intestinal obstruction and widespread peritonitis, which are indications for emergency surgery, has been developed. The body of information about the possibilities of using enterosorption and colonosorption in the presence of colon cancer and disorders of intestinal patency of varying severity has been expanded.

An original technique has been developed for the use of intestinal decompression during surgery to correct circulatory disorders, intestinal motility and to reduce endogenous intoxication.

The place of subtotal colectomy was determined in patients with cancer of the left half of the colon, complicated by decompensated intestinal obstruction and diastatic longitudinal ruptures of the serous layer of the colon. Improved tactics and modernized the technique of the final stage of subtotal colectomy in the form of the formation of an anastomosis or external ileostomy in correlation with the severity of peritonitis.

The tactical features and technical details of creating a decompression-stomal colonic anastomosis in the final part of radical surgical interventions in the area of the left half of the colon have been improved. Decompression-stomal colonic anastomosis reduce the likelihood of complications by extraperitoneal closure of the colostomy in a short time (about 60 days) after surgery to remove the tumor.

Recommendations for use. The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

Scope of use: surgery, oncology.

