

5. Chernov V.N. Lechenie infitsirovannykh form ostrogo destruktivnogo pankreatita s ispolzovaniem maloinvazivnykh tekhnologiy [Treatment of infected forms of acute destructive pancreatitis using minimally invasive techniques]. *Novosti khirurgii - Surgery news*, 2014, No. 1.

6. Allaway M.R., Clement K., Eslick G.D. Early Laparoscopic Washout May Resolve Persistent Intra-Abdominal Infection Post-appendectomy. *World Journal of Surgery*, 2019, No. 43 (4), pp. 998-1006.

7. Elkbuli A., Ehrhardt J.D.Jr., McKenney M. Successful utilization of angioembolization and delayed laparoscopy in the management of grade 5 hepatic laceration: Case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2019, Vol. 59, pp. 19-22.

8. Eubanks R.D., Hassler K.R., Huish G. Review of Operative Treatment of Delayed Presentation of Acute Cholecystitis. *American Journal of Surgery*, 2019, Vol. 1, No. 85 (1), pp. 98-102.

9. Gupta A., Shah M.M., Kalaskar S. N. Late post-operative bleeding after Roux-en-Y gastric bypass: management and review of literature. *British Medical Journal Case Reports*, 2018, Vol. 11 (1), pp. e226271.

10. Palermo M., Davrieux C.F., Acquafresca P.A. Percutaneous Image-Guided Abdominal Interventions for Leaks and Fistulas Following Sleeve Gastrectomy and Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obesity Surgery*, 2019.

ХУЛОСА

**Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев,
А.И. Муродов, А. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров,
Ф.Н. Нажмудинов**

РЕЛАПАРОТОМИЯ ВА АМАЛИЁТҲОИ ТАКРОРИИ ҲАДДИ АҚАЛ ИНВАЗИВӢ ДАР ЧАРРОҲИИ ГЕПАТОБИЛИАРӢ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои фаврии муолиҷаи чарроҳии захмҳо, бемориҳои чарроҳии ҷигар ва роҳҳои сафро, бо роҳи истифодаи оқилонаи технологияи ҳадди ақал инвазивӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар заминаи кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 дар тӯли 18 соли охир 6548 амалиёти чарроҳӣ дар ҷигар ва роҳҳои сафро анҷом дода шудааст. Дар 643 (9,8%) беморон мушкилиҳои пас аз чарроҳии дохили шикам мушоҳида карда шуданд. Дар баробари ин, дар 420 (6,4%) ҳолат вариантҳои гуногуни амалиёти чарроҳии такрорӣ истифода шудаанд.

Натиҷаҳо. Дар 46 (23,4%) ҳолат ба беморони гурӯҳи асосӣ холецистэктомияи лапароскопӣ бо папиллосфинктеротомияи эндоскопӣ (n=10) гузаронида шуд. Дар 5 ҳолати дигар (2,5%) барои қатъ кардани зардпарвини обструктивӣ холангиографияи перкутанӣ гузаронида шуд. Дар 103 (52,5%) беморон амалиёти чарроҳии анъанавӣ бо ташаккули вариантҳои гуногуни анастомозҳои билиодегистӣ анҷом дода шуданд. Оризаҳои пас аз чарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ 23,0% ва фавт 9,6% буд, ки дар гурӯҳи назоратии беморон ин нишондод мутаносибан 36,0% ва 19,3%-ро ташкил меод.

Хулоса. Дар муолиҷаи оризаҳои барвакти пас аз чарроҳии дохили шикам пас аз даҳолати чарроҳӣ дар ҷигар ва роҳҳои сафро, технологияи ҳадди ақал инвазивӣ, ки мувофиқи нишондодҳо истифода мешавад, бешубҳа усули интихоб ҳисобида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: релапаротомия, оризаҳои барвакти чарроҳии мавзеи гепатобилиарӣ, технологияи ҳадди ақл инвазивӣ.

УДК 616.34-007.272-036.11-006-0721-089

doi: 10.52888/0514-2515-2022-353-2-60-67

Х.Ш. Назаров, Ш.К. Назаров, Н.Ш. Хасанов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ КИШЕЧНИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Назаров Хилолиддин Шарофович - к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Республика Таджикистан; Тел.: +992900500303; E-mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза при проведении радикальных операций.

Материал и методы исследования. Представлены результаты наблюдения и лечения 31 больного с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза в возрасте от 34 до 72 лет. Наиболее часто наблюдалась ректосигмоидальное расположение опухоли. В основную группу включены 14 (45,2%) больных, в контрольную 17 (54,8%).

С целью диагностики проводились общеклинические и биохимические исследования крови, УЗИ, МРТ, КТ, колоноскопия, ректороманоскопия и по показаниям видеолaparоскопия, а также патогистологическое исследование биоптатов, взятых из макропрепаратов удалённой опухоли кишки.

Результаты исследований и обсуждение. Установлено, что более выраженное снижение показателей воспалительных процессов и интоксикации организма наблюдается у больных основной группы, получивших предоперационную подготовку по предложенной в клинике методике, о чем свидетельствовала ранняя нормализация лабораторных и инструментальных показателей в послеоперационном периоде по сравнению с больными контрольной группы, у которых предоперационная подготовка проводилась по традиционным схемам.

У больных контрольной группы в 2 (11,8%) случаях было установлено наличие несостоятельности швов, в 3 (17,6%) случаях - нагноение послеоперационной раны. В 1 (5,9%) случае отмечался летальный исход, причиной которого являлся инфаркт миокарда.

Среди больных основной группы только в 1 (7,1%) случае наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Заключение. Декомпрессия вышележащего участка петли кишечника в сочетании с энтеросорбцией в предоперационном периоде является эффективным методом подготовки кишечника к проведению радикальных операций и способствует снижению частоты ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: эндоскопическая декомпрессия, острая кишечная непроходимость, энтеросорбция.

H.Sh. Nazarov, Sh.K. Nazarov, N.Sh. Hasanov

EFFICIENCY OF PREOPERATIVE PREPARATION OF INTESTINES AT TREATMENT OF SHARP INTESTINAL IMPASSABILITY TUMORAL GENESIS

Department of Surgical Diseases No.1 of "Avicenna Tajik State Medical University".

Nazarov Khiloliddin Sharofovich - Candidate of Medical Sciences, Assistant of Department of Surgical Diseases #1 of "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Republic of Tajikistan; Tel: +992900500303; E-mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru

Aim. To improve the results of surgical treatment of patients with acute intestinal obstruction of tumor genesis during radical surgery.

Material and methods. Results of observation and treatment of 31 patients with acute colonic obstruction of tumorous genesis at the age from 34 till 72 years are presented. The most frequently observed was rectosigmoidal location of the tumor. The study group included 14 patients (45,2%), in the control group - 17 (54,8%).

For diagnostic purposes general clinical and biochemical blood tests, ultrasound, MRI, CT, colonoscopy, rectoromonoscopy and video laparoscopy when indicated as well as pathohistological examination of biopsy specimens, taken from macro preparations of removed celiac tumor were carried out.

Results and discussion. It was found out that more expressed decrease of inflammatory processes and intoxication indexes is observed in the patients of the main group, which were preoperatively prepared according to the method suggested in the clinic; early normalization of the laboratory and instrumental indexes in the postoperative period in comparison with the control group of patients, in which preoperative preparation was performed according to the traditional schemes.

In 2 (11,8%) cases of the control group patients suture inconsistency was revealed, in 3 (17,6%) cases - purulence of the postoperative wound. In 1 case (5,9%) lethal outcome was registered due to myocardial infarction.

Inflammation of the postoperative wound was observed only in 1 (7,1%) case among the main group patients.

Conclusion. Decompression of the upper section of the bowel loop in combination to enterosorption in the preoperative period is the effective method of the bowel preparation for the radical surgery and promotes to decrease the frequency of the early postoperative purulent-inflammatory complications.

Keywords: endoscopic decompression, acute intestinal obstruction, enterosorption.

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины, число больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) остается вы-

соким [1, 4-6, 8]. Среди всех экстренных заболеваний органов брюшной полости данная патология встречается в 2-3% случаев [3, 4, 7, 10]. Из числа

всех форм ОКН в 20–30% случаев встречается обтурационная форма. При этом, зачастую такие пациенты поступают с осложнённой формой заболевания, что влияет на тактику операции и частоту благоприятного исхода лечения. Высокая частота послеоперационной летальности у больных с острой непроходимостью кишечника, которая, по данным литературы, колеблется от 5 до 30%, также указывает на нерешённость данной проблемы [2, 5, 6, 9, 12].

Среди обтурационных форм кишечной непроходимости особое место занимает опухолевой генез заболевания. Непроходимость кишечника, как осложнение заболевания, встречается в 53% случаев среди всех опухолей кишечника, что свидетельствует о позднем установлении диагноза и необходимости проведения предоперационной корригирующей терапии, направленной на улучшение состояния стенки кишечника и восстановление водно-электролитного баланса организма [1, 5, 7, 8, 10]. Более частое наблюдение данного вида ОКН у больных старше 50 лет подтвержда-

ет необходимость проведения предоперационной подготовки больных, которая позволяет снизить риск развития послеоперационных осложнений и летального исхода [2, 7, 11, 12, 13].

Вышесказанные обстоятельства подтверждают актуальность вопросов относительно способов предоперационной подготовки и проведения радикальных операций больных с острой опухолевой кишечной непроходимостью.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза при проведении радикальных операций.

Материалы и методы исследования. В представленной работе приведен результат наблюдений и лечения 31 больного с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, которые были госпитализированы в ГУ ГЦЗ СПМ для проведения хирургического лечения. Из них мужчины было 13 (41,9%) человек, женщин - 18 (58,1%). Возраст пациентов варьировал от 34 до 72 лет. Среди всех больных с ОКН: в 6 (19,4%) случаях

Таблица 1

Частота локализации опухоли в левой половине ободочной кишки (n=31)

Локализация опухоли	Степень сужения просвета толстой кишки			
	компенсированная	субкомпенсированная	декомпенсированная	ВСЕГО
Рак ректосигмоидного отдела толстой кишки	2 (6,5%)	11 (35,5%)	3 (9,7%)	16 (51,6%)
Рак сигмовидной кишки	4 (12,9%)	8 (25,8%)	1 (3,2%)	13 (41,9%)
Рак нисходящего отдела толстой кишки	0 (0,0%)	2 (6,5%)	0 (0,0%)	2 (6,5%)
ВСЕГО	6 (19,4%)	21 (67,7%)	4 (12,9%)	31 (100,0%)

Примечание: % высчитан от общего количества больных, $p < 0,05$ – при сравнении между группами (по точному критерию Фишера)

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств при левосторонней опухолевой обструкции толстой кишки

Вид операции	Место локализации опухоли			Всего
	Нисходящий отдел	Сигмовидная кишка	Ректосигмоидный отдел	
Дистальная субтотальная резекция толстой кишки с формированием асцендо-ректального анастомоза	0 (0,0%)	3 (9,7%)	5 (16,1%)	8 (25,8%)
Левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзоректального анастомоза	2 (6,5%)	9 (29,0%)	8 (25,8%)	19 (61,3%)
Операция Гартмана	0 (0,0%)	1 (3,2%)	3 (9,7%)	4 (12,9%)
Всего	2 (6,5%)	13 (41,9%)	16 (51,6%)	31 (100,0%)

Примечание: % высчитан от общего количества больных

больные были госпитализированы в компенсированной стадии, в 21 (67,7%) случае в субкомпенсированной стадии и в 4 (12,9%) случаях в декомпенсированной стадии. Было установлено, что наиболее часто наблюдается ректосигмоидальное расположение опухоли (табл. 1).

С целью проведения адекватной оценки полученных результатов исследования все больные были разделены на 2 группы – основную и контрольную. В основную группу были включены 14 (45,2%) больных, предоперационная подготовка которых заключалась в эндоскопической декомпрессии кишки с применением энтеродеза и инфузионной терапии. Контрольную группу составили 17 (54,8%) больных, предоперационная подготовка которых проводилась традиционным способом (обычная инфузионная терапия).

После проведения необходимой интенсивной предоперационной подготовки и стабилизации гомеостаза в 24 (77,4%) случаях операция была

выполнена в отсроченном порядке и в 7 (22,6%) случаях в плановом порядке (табл. 2).

В ходе исследования были выполнены лабораторные и биохимические исследования крови, УЗИ, МРТ, КТ, обзорная и контрастная (по необходимости) рентгенография (рис.1), колоноскопия (рис.2), ректороманоскопия и по показаниям видеолaparоскопия, а также патогистологическое исследование биоптатов, взятых из макропрепаратов удалённой опухоли кишки.

Статистическая обработка материала произведена на компьютере Pentium IV с использованием пакета статистических программ Statistica 10.0 (Statsoft, USA). Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки, качественные в виде абсолютных значений и их процентов. При парных сравнениях независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни, при парных сравнениях зависимых групп использовался T-критерий Вилкоксона. При

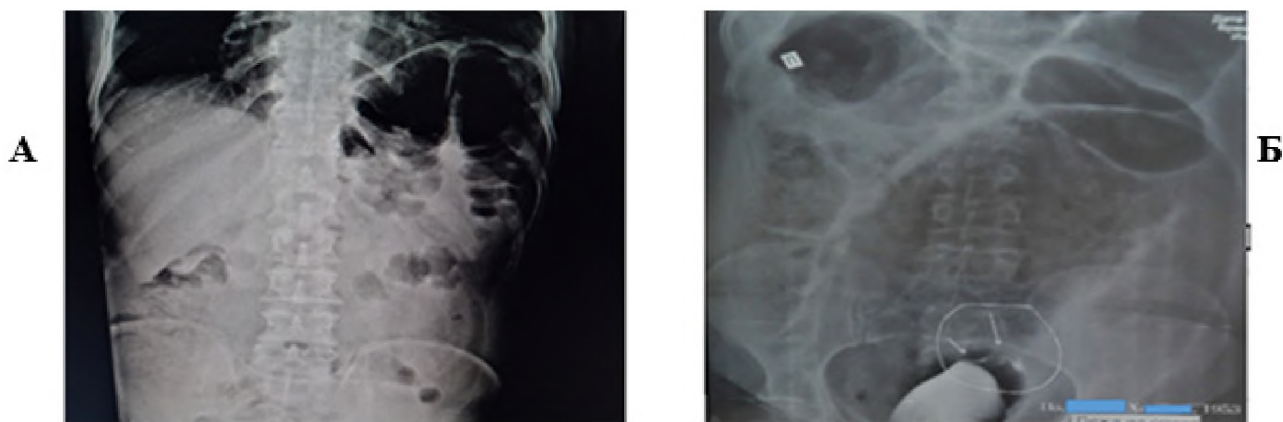


Рисунок 1. А - обзорная рентгенография брюшной полости при поступлении больного. Б - контрастная рентгенография после предоперационной подготовки по разработанной в клинике методике*

Примечание: * - при невозможности проведения эндоскопа выше места расположения опухоли, с целью оценки состояния вышележащих участков кишечника, восполнялась контрастная рентгенография

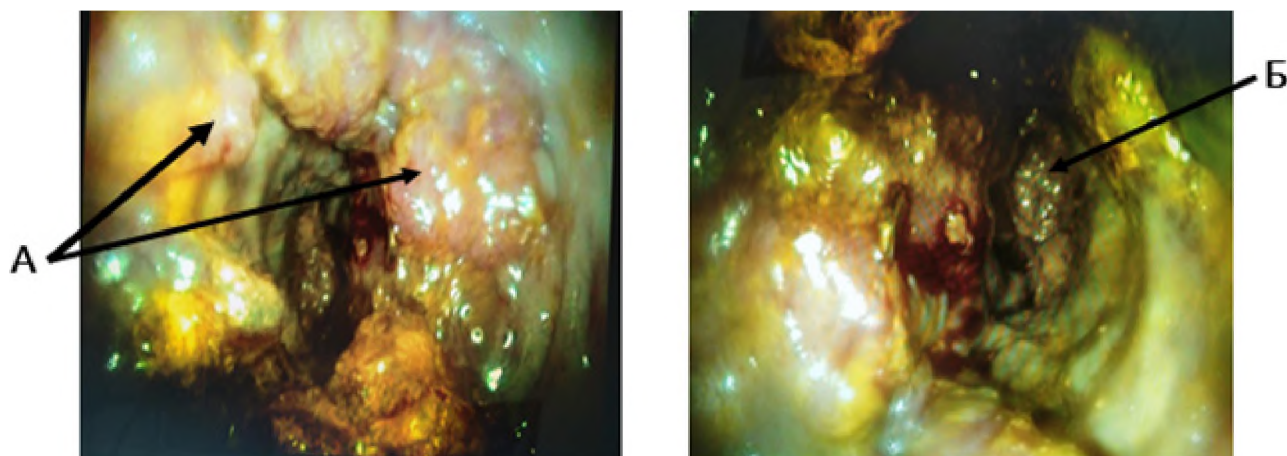


Рисунок 2. Эндоскопическая картина опухоли ректосигмоидального отдела прямой кишки: А- опухоль прямой кишки, Б- застрявшее кишечное содержимое в места сужения просвета кишечника опухолью.

сравнении относительных величин использовался точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Учитывая механизм развития патологических изменений в стенке вышележащей петли кишки (из-за выраженного вздутия петли кишечника развивается нарушение мезентериального кровообращения, которое при наложении анастомоза приводит к нарушениям заживления линий швов и развитию несостоятельности) нами была применена целенаправленная подготовка пораженного участка кишечника (снижение внутрипросветного давления, улучшение кровотока в его стенке и снятие воспалительных явлений) к радикальной операции, путём проведения предоперационной декомпрессии кишечника (Садуллоев Д.Н., 2012), энтеросорбции с улучшением реологии крови для

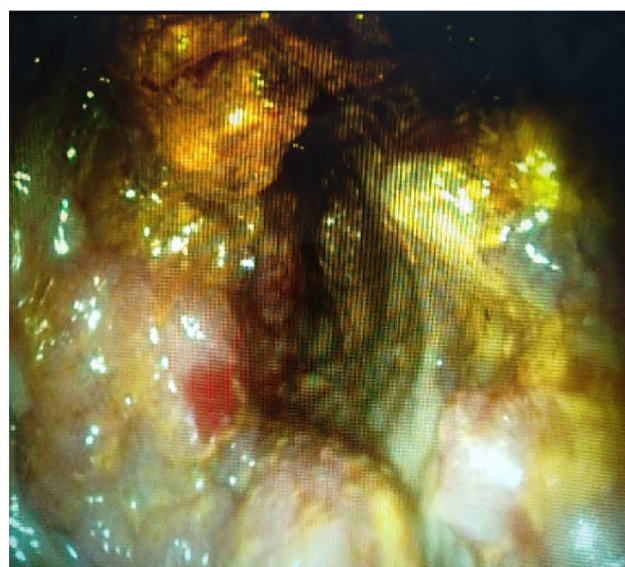
восстановления кровотока в стенке пораженной стенки кишечника. С этой целью в 14 наблюдениях выполняли эндоскопическую реканализацию опухолевого стеноза, для проведения которого использовали фиброколоноскоп “Olympus” CF-Z160 Pentax EC 380 70 FK 20 с последующим введением промывной полихлорвиниловой трубки выше места сужения (Садуллоев Д.Н., 2012) (рис. 3А). С целью ускорения очищения кишки от накопленных в нём токсинов и улучшения процесса детоксикации организма по предложенной в клинике методике, через установленный выше места сужения зонд (на следующей день после его установления), в просвет кишки вводится 5% раствор энтеродеза так, чтобы его объем в просвете кишечника равнялся от 100 до 150 мл (учитывается вместимость установленного зонда). Учитывая время начала дезинфекционного влияния энтеродеза, которое



Рисунок 3. А - эндоскопическая реканализация опухолевого стеноза; Б - очищения кишки от накопленных в нём токсинов путём её промывания раствором энтеродеза



А



Б

Рисунок 4. Эндоскопическая картина опухоли ректосигмоидального отдела прямой кишки: А - до проведения предоперационной декомпрессии кишечника, Б - после проведения декомпрессии.

соответствует 15-20 минутам после введения, зонд перекрывается в течение 35-40 минут, после чего открывается зонд для обратного вытекания введённой жидкости (Патент РТ № TJ 1162) (рис. 3Б). Такую процедуру повторяют по 2 раза в день в течение 4-5 суток. Для нормализации реологии крови и улучшения кровотока в стенке кишки ежедневно, к комплексу инфузионной терапии, подключают 400,0 мл раствора реополиглюкина в течение недели.

Эффективность проведенного метода предоперационной подготовки кишечника оценивали по нормализации клинических проявлений (снижение

интенсивности болевых ощущений, уменьшение или исчезновение вздутия живота, исчезновение сухости во рту, уменьшение тахикардии и т.д.), эхопризнаков ультразвукового исследования (нормализация диаметра кишки и её стенки, появление перистальтических движений) и улучшение лабораторных показателей (табл. 3), свидетельствующих о снижении воспалительных процессов и интоксикации организма.

Повторное проведение колоноскопии показало снижение отёчности перифокального воспаления и нормализации диаметра вышележащего отдела (выше места сужения) кишечника (рис. 4).

Таблица 3

Результаты лабораторных исследований в дооперационном и раннем послеоперационном периоде в зависимости от проведенного метода лечения

Показатель	I группа (n=14)			II группа (n=17)		
	До операции	3 сутки после операции	p	До операции	3 сутки после операции	p
Лейкоциты	11,2±1,7	9,1±1,5	>0,05	12,3±1,3	10,1±1,5	>0,05
ЛИИ	4,3±0,3	2,1±0,1	<0,001	6,3±0,2***	3,4±0,1***	<0,001
МСМ	0,39±0,04	0,23±0,05	<0,05	0,53±0,04*	0,31±0,07	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей в группе до и после лечения (по Т-критерию Вилкоксона); * - p<0,05; *** - p<0,001 – при сравнении с таковыми в I группе (по U-критерию Манна-Уитни)

Как видно из приведенных в таблице 4 данных, более выраженное снижение показателей воспалительных процессов и интоксикации организма было установлено у больных, получивших предоперационную подготовку по предложенной в клинике методике, с ранней нормализацией лабораторных и инструментальных показателей в послеоперационном периоде по сравнению с больными, получившими предоперационную подготовку по традиционным методам.

Проведение операции в подготовленном кишечнике позволяло провести вмешательства с наименьшим техническим затруднением и более благоприятным исходом (рис. 5)

При интерпретации полученных результатов проведенных операций у больных, получивших предоперационную подготовку по традиционному методу (проведение инфузионной терапии), в 2 (6,4%) случаях установлено наличие несостоятельности швов. При этом в одном случае из-за развития перитонита была проведена релапаротомия с наложением колостомы, а во втором случае с помощью консервативной терапии удалось разрешить частичную несостоятельность анастомоза. Также в 3 случаях наблюдались гнойно-воспалительные осложнения со стороны лапаротомной



Рисунок 5. Макропрепарат удаленного рака сигмовидной кишки

раны. Летальный исход в этой группе пациентов наблюдался в 1 (3,2%) случае, причиной которого являлся инфаркт миокарда.

В группах больных, получивших подготовку по разработанному нами методу, в раннем послеоперационном периоде гнойно-воспалительные осложнения со стороны операционной раны были

установлены только в 1 (3,2%) случае. Несостоятельность анастомоза и летальный исход в данной группе больных не наблюдались.

Заключение. Таким образом, снижение уровня эндотоксикоза и улучшение трофики стенки кишечника, в предоперационном периоде, является эффективным методом подготовки больных, с опухолевой толстокишечной непроходимостью, к проведению радикальных операций. Целенаправленная декомпрессия вышележащего участка петли кишечника с проведением энтеросорбции и улучшением реологии крови в предоперационном периоде, способствует снижению частоты ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, а также достижению положительного результата лечения этого контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-13 см. в REFERENCES)

1. Базаев А.В. Хирургические аспекты лечения рака прямой и ободочной кишки. / А.В. Базаев, А.И. Абелевич, М.А. Лебедева, А.А. Янышев // Медиоаль. - 2018. - №1 (21). - С. 70-78
2. Гулов М.К. К вопросу о послеоперационных осложнениях кишечной непроходимости при опухолях левой половины толстой кишки / М.К. Гулов [и др.] // Наука молодых (Eruditio Juvenium). - 2018. - Т. 6, № 1. - С. 157-171.
3. Кульчиев А.А. Осложнения в колоректальной хирургии: факторы риска. / А.А. Кульчиев, А.А. Морозов, Э.А. Перисаева, З.О. Карасанова, Я.Я. Козаева // Главный врач. - 2020. - №5 (75). - С. 48-51
4. Курбонов К.М. Острая кишечная непроходимость у беременной женщины / К.М. Курбонов, С.А. Гулахмадова, З. Азиззода, С. Негматов, А. Исоев // Здравоохранения Таджикистана. - 2018. - №4. - С. 63-67
5. Мусоев Д.А. Радикальные одномоментные операции при кишечной непроходимости, обусловленной опухолью левой половины толстой кишки (современное состояние проблемы) / Д.А. Мусоев, М.К. Гулов, Е.Л. Калмыков, и др. // Вестник Авиценны. - 2017. - Т.19, №3. - С. 399-405
6. Меньков А.В. Особенности течения и хирургического лечения острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза у пациентов пожилого и старческого возраста/А.В. Меньков и др.// Медицинский альманах. - 2013. - №5(29). - С. 123-125
7. Расулов С.Р. Анализ заболеваемости колоректальным раком в Республике Таджикистан / С.Р. Расулов, А.М. Каримов // Вестник последилового образования в сфере здравоохранения. - 2015. - № 1. - С. 57-60.
8. Хватов А.А. Возможности хирургического лечения пациентов с рецидивами рака прямой кишки / А.А. Хватов, Н.А. Мастеренко, А.А. Сазонов, Е.М. Шерстно-

ва, В.В. Оточкин // Вестник хирургии. - 2018. - Т. 177, №2. - С. 39-44

REFERENCES

1. Bazaev A.V. Khirurgicheskie aspekty lecheniya raka pyamoy i obodochnoy kishki [Surgical aspects of the treatment of rectal and colorectal cancer]. *Medioal*, 2018, No. 1 (21), pp. 70-78.
2. Gulov M.K. K voprosu o posleoperacionnyh oslozhneniyah kishhechnoy neprohodimosti pri opukoljah levoj poloviny tolstoј kishki [To the question of postoperative complications after colon resection in patients with tumor colonic obstruction]. *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium) – Sciences of Youngs (Eruditio Juvenium)*, 2018, vol. 6, No. 1, pp. 157-171.
3. Kulchiev A.A. Oslozhneniya v kolorektalnoy khirurgii: faktory riska [Complications in colorectal surgery: risk factors]. *Glavnyy vrach - Chief medical officer*, 2020, No. 5 (75), pp. 48-51.
4. Kurbonov K.M. Ostraya kishhechnaya neprokhodimost u beremennoy zhenshiny [Acute bowel obstruction in a pregnant woman]. *Zdravookhraneniya Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2018, No. 4, pp. 63-67.
5. Musoev D.A. Radikalnye odnomomentnye operatsii pri kishhechnoy neprokhodimosti, obuslovlennoy opukholyu levoj poloviny tolstoј kishki (sovremennoe sostoyanie problemy) [Radical single-stage surgery for intestinal obstruction caused by a left-sided colon tumour (state of the art)]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2017, Vol. 19, No. 3, pp. 399-405
6. Menkov A.V. Osobennosti techeniya i khirurgicheskogo lecheniya ostroy kishhechnoy neprokhodimosti neopukholevogo geneza u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Peculiarities of the course and surgical treatment of acute intestinal obstruction of non-tumoural genesis in the elderly patients.]. *Meditinskiy almanakh - Medical almanac*, 2013, No. 5 (29), pp. 123-125.
7. Rasulov S.R. Analiz zaboлеваemosti kolorektal'nyh rakom v Respublike Tadjikistan [Analysis of morbidity of colorectal cancer in Republic of Tajikistan]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2015, No. 1, pp. 57-60.
8. Khvatov A.A. Vozmozhnosti khirurgicheskogo lecheniya patsientov s retsidivami raka pyamoy kishki [Surgical treatment options for patients with recurrent rectal cancer]. *Vestnik khirurgii - Bulletin of Surgery*, 2018, Vol. 177, No. 2, pp. 39-44.
9. Jeong D.S., Kim Y.H., Kim K.J. Surgical outcomes and risk factors in patients who underwent emergency colorectal surgery. *Annals of coloproctology*, 2017, Vol. 33, No. 6, pp. 239-244.
10. Jones O.M. Laparoscopic colorectal surgery. *British medical journal*, 2011, Vol. 343, No. d8029.
11. Sasaki M. The geriatric nutritional risk index predicts postoperative complications and prognosis in elderly

patients with colorectal cancer after curative surgery. *Science Reports*, 2020, Vol. 10, No. 1, pp. 1074.

12. Schlick C.J. Pre-operative, Intra-operative and Post-operative factors associated with post-discharge venous thromboembolism following colorectal cancer resection. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2020, Vol. 24, No. 1, pp. 144-154.

13. Shalaby M. Outcome of colorectal cancer in elderly population. *Annals of coloproctology*, 2016, Vol. 32, No. 4, pp. 139-143.

ХУЛОСА

Х.Ш. Назаров, Ш.К. Назаров, Н. Ҳасанов

ТАЙЁРИИ САМАРАНОКИ ПЕШ АЗ ҶАРРОҲИИ МУОЛИҶАИ МОНЕЪШАВИИ ШАДИДИ РӯДАҲОИ ГЕНЕЗИСИ ОМОС- МОНАНД

Мақсади омӯзиш. Натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии беморони монетъшавии шадиди рӯдаҳои генезиси омосмонанд ҳангоми амалиёти радикалӣ беҳтар карда шавад.

Усулҳои моддӣ ва тадқиқотӣ. Натиҷаҳои мушоҳида ва таъбаоти 31 нафар беморони гирифтори монетъаи шадиди ғайриқонунии генезиси омосмонанди аз 34 то 72 сола оварда шудаанд. Ҷойгиршавии ректосигмоидаи омосмонанд бештар мушоҳида мешавад. Ба гурӯҳи асосӣ 14 (45,2%) беморон, ба гурӯҳи назоратӣ 17 нафар (54,8%) дохил шуданд.

Бо мақсади ташхис санҷишҳои умумии клиникӣ ва биохимиявии хун, ултрасадо, MRI, КТ, колоноскопия, сигмоидоскопия ва мувофиқи

нишондодҳо, видеолапароскопия, инчунин ташхиси патогистологии намунаҳои биопсия, ки аз макропрепаратҳои омосмонанди хоричшудаи рӯда гирифта шудаанд, гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокима. Муқаррар карда шудааст, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ, ки аз руи усули дар клиника пешниҳодшуда тайёрии пеш аз ҷарроҳӣ гирифтаанд, ба таври равшантар паст шудани нишондиҳандаҳои процессҳои илтиҳоби ва захролудшавии бадан мушоҳида мешавад, ки инро барвақт ба эътидол овардани қори лабораторӣ ва параметрҳои асбобӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ, ки омодагии пеш аз ҷарроҳӣ гирифтаанд, мувофиқи нақшаҳои анъанавӣ гузаронида мешаванд.

Дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар 2 (11,8%) ҳолат мавҷудияти муфлисшавии дарзҳо, дар 3 ҳолат (17,6%) - чиркшавии захми баъди ҷарроҳӣ муайян карда шудааст. Дар 1 (5,9%) ҳолати марговар ба қайд гирифта шудааст, ки сабаби он инфаркти миокард мебошад.

Дар байни беморони гурӯҳи асосӣ ҳамагӣ дар 1 (7,1%) ҳолат фасодгирӣ захми баъди ҷарроҳӣ мушоҳида карда шудааст.

Хулоса. Декомпрессияи қисмати болоии ҳалқаи рӯда дар якҷоягӣ бо энтеросорбсия дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ як усули самараноки омода кардани рӯда ба амалиёти радикалӣ буда, барои қотиш додани зухуроти илтиҳоби пас аз ҷарроҳии барвақт мусоидат мекунад.

Қалимаҳои қалидӣ: декомпрессияи эндоскопӣ, монетъшавии шадиди рӯда, энтеросорбсия.

УДК 617.55-007.43:616-089

doi: 10.52888/0514-2515-2022-353-2-67-74

Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде, А.Э. Ганиев, Ш. Анваров

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АЛЛОПЛАСТИКА РЕЦИДИВНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Назаров Шохин Кувватович – д.м.н., заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992935882636; E-mail: shohin67@mail.ru

Цель исследования. Оптимизировать хирургическое лечение рецидивных послеоперационных вентральных грыж путем применения синтетических аллопластических материалов.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось среди 139 больных с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами. Всем пациентам по показаниям выполнялась абдоминопластика с