

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

УДК: 616.349:616.34-007.272-036.11-089

Тен Дмитрий Олегович

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ И ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ
МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
СИГМОВИДНОЙ КИШКИ**

14.00.27 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Ташкент – 2012

Работа выполнена в Андижанском государственном медицинском институте

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
ХОДЖИМАТОВ Гуломидин Минходжиевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
НАВРУЗОВ Саримбек Наврузович

доктор медицинских наук, профессор
ПРОХОРОВА Ирина Павловна

Ведущая организация: Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Защита состоится « ____ » _____ 2012 года в ____ часов на заседании Специализированного Совета Д.087.09.01 при Ташкентской Медицинской Академии по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской Медицинской Академии.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2012 г.

**Ученый секретарь
Специализированного совета
д.м.н., профессор**

А.А. АСРАРОВ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. Несмотря на значительные достижения медицины, проблема хирургического лечения острой непроходимости сигмовидной кишки по сей день остается одной из наиболее актуальных и продолжает притягивать внимание хирургов клиницистов не только нашей Республики, но и стран СНГ и дальнего зарубежья (Каримов Ш.И. и соавт., 2004; Макаров К.И. и соавт., 2002; Кухто Г.К. и соавт., 2001; Саенко В.Ф. и соавт., 2001; Наврузов С.Н. и соавт., 2003).

Высокая частота заболеваемости 32,5-50% (среди всех форм острой кишечной непроходимости), а также поздняя обращаемость больных к врачу с нарушением водно-электролитного баланса, наличие специфичной микрофлоры, высокий процент после операционных осложнений и летальности (18-20%) являются причиной глубокого изучения данной проблемы (Каримов Ш.И. и соавт., 2004; Красильников Д.М. и соавт., 2004; Наврузов С.Н. и соавт., 2003; Прохоров Г.П. и соавт., 2008; Саламов К.Н. и соавт., 2001).

Степень изученности проблемы. На сегодняшний день особое внимание привлекает к себе вопрос выбора объема и метода оперативного лечения при острой непроходимости сигмовидной кишки. Следует отметить, что большинство авторов выступают за проведение первичной резекции пораженного участка кишечника, особенно при сохраненной жизнеспособности сигмовидной кишки. Так как проведение первичной резекции позволяет ликвидировать причины возникновения заболевания, такие как долихосигма, удлинение брыжейки сигмовидной кишки и т.д. (Важенин А.В. и соавт., 2007; Ханевич Д.М. и соавт., 2005).

Но тем не менее, до сих пор широко выполняются паллиативные вмешательства, такие как, операция Гартмана, мезосигмопликация по Гаген-Торну, сигмопексия. Отказ от выполнения радикальных операций объясняется тем, что контингент больных преимущественно старческого и пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями, позднее обращение больных к врачу и неподготовленностью больного и кишечника. Следует отметить, что проведение паллиативных операций приводит к высоким процентам рецидива заболевания (75-91%), а послеоперационная летальность остается высокой, достигая до 30-34% (Важенин А.В. и соавт., 2007; Ханевич Д.М. и соавт., 2005, Наврузов С.Н. и соавт., 2003).

Несмотря на достигнутый прогресс в хирургии желудочно-кишечного тракта, связанный с применением мощных антибиотиков, новых шовных материалов, к сожалению, не решило проблемы несостоятельности швов анастомоза. Эти обстоятельства дали новый толчок к углублению исследований и поиска оптимальных методов лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью (Каримов Ш.И. и соавт., 2004; Красильников Д.М. и соавт., 2004; Ханевич Д.М. и соавт., 2005; Наврузов С.Н. и соавт., 2003; Саламов К.Н. и соавт., 2001).

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Исследование выполнено в соответствии с тематическими планами научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института (номер гос. регистрации 01.930002100).

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения острой непроходимости сигмовидной кишки путем проведения резекции кишечника с первичным формированием новых толстокишечных анастомозов.

Задачи исследования:

1. Экспериментально разработать методы формирования толстокишечных анастомозов и путем проведения морфологического исследования выявить их преимущество.

2. Обосновать эффективность резекции измененной сигмовидной кишки с наложением толстокишечных анастомозов по предложенным нами методам в условиях клиники.

3. Проанализировать ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки после резекции измененной сигмовидной кишки с наложением толстокишечных анастомозов по предложенным нами методам.

Объект и предмет исследования: 30 беспородных собак, участок толстого кишечника с местом сформированного толстокишечного анастомоза, а также 165 больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки механической этиологии, которых в зависимости от объема и метода хирургического лечения разделены на контрольную и основную группы.

Методы исследования. В данной работе были использованы следующие методы исследования: сканирующая электронная микроскопия с помощью микроскопа Axioscope (Carl Zeiss) с цифровой камерой ProgRes CapturePro 2.6, сопряженной с компьютером Pentium IV. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, рентгеноскопия брюшной полости, ультразвуковое исследование брюшной полости, проба Цеге-Мантейфеля, по показаниям компьютерная томография.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Экспериментально разработанные и обоснованные методы хирургического лечения острой непроходимости сигмовидной кишки, заключающиеся в проведении резекции сигмовидной кишки с первичным формированием толстокишечного анастомоза, позволяют уменьшить частоту рецидивов и избежать необходимости проведения, порой технически трудных, реконструктивных операций у больных.

2. Применение разработанного алгоритма показаний и противопоказаний к резекции сигмовидного кишечника с первичным формированием толстокишечного анастомоза в условиях ургентной хирургии облегчает выбор метода оперативного вмешательства.

Научная новизна:

1. В эксперименте на собаках, разработаны манжеточные толстокишечные анастомозы.

2. Разработан и применен программированный алгоритм определения показаний и противопоказаний к резекции сигмовидной кишки с наложением первичного толстокишечного анастомоза у больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки.

3. Были применены методы формирования манжеточных толстокишечных анастомозов после резекции сигмовидной кишки в условиях клиники.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Применение программированного алгоритма определения показаний и противопоказаний к резекции сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза позволит хирургу выбрать оптимальный метод лечения острой непроходимости сигмовидной кишки.

Использование разработанных нами методов хирургического лечения острой непроходимости сигмовидной кишки существенно улучшают результаты лечения и не приводят к послеоперационным осложнениям (несостоятельность анастомоза, сужение области анастомоза и т.д.). Особенно важно отсутствие рецидивов острой непроходимости сигмовидной кишки, что по нашему мнению, является следствием радикальной резекции патологического участка сигмовидной кишки с наложением анастомоза по предложенной нами методике в экстренной хирургии. Применение предложенных нами методов наложения толстокишечных анастомозов легко выполнимо и не требует дорогостоящей аппаратуры.

Реализация результатов. Основные положения диссертационной работы внедрены в практическую деятельность экстренного хирургического отделения Андижанского филиала РНЦЭМП, а также используются в процессе обучения студентов, клинических ординаторов, магистров и курсантов кафедры хирургических болезней АндГосМИ.

Апробация работы. Материалы диссертации представлены на кафедральном заседании (протокол № 2 от 04.02.2011 г.), проблемных комиссиях по «Хирургии» и «Экстренной медицинской помощи и клинической лимфологии» (протокол № 3 от 7 марта 2011 г.), на апробационном совете при Специализированном совете ТМА МЗ РУз Д 087.09.01 по специальности 14.00.27 – Хирургия (протокол №14 от 24.10.2011 г.).

Опубликованность результатов. По материалам работы опубликованы 6 журнальных статей – 2 в Российских и 4 в Узбекистанских журналах, 10 тезисов в сборниках. Получены 2 удостоверения на изобретения (№ IAP 04333 и № IAP 04334) и 1 свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ (DGU № 02219) ГПВ РУз.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа изложена на 135 страницах компьютерного текста Times New Roman, шрифт 14. Работа состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований,

заклучения, выводов и практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 16 таблицами и 56 рисунками. Библиографический указатель содержит 170 источников. Из них: 129 – из стран СНГ и 41 – из дальнего зарубежья.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность темы научного исследования, сформулированы цель исследования и вытекающие из него задачи, научная новизна, практическая значимость результатов диссертационной работы.

В первой главе (обзор литературы) описываются современные представления о проблеме выбора метода и объема оперативного лечения, больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки, о способах формирования толстокишечных анастомозов, а также описаны морфологические особенности сигмовидной кишки при острой непроходимости. Проведен критический анализ методов хирургического лечения данной патологии и способов формирования толстокишечных анастомозов, также указаны нерешенные вопросы, которые требуют дальнейших исследований.

Во второй главе описаны материалы и методы исследования. Данная работа основана на результатах экспериментального и клинического исследования.

Экспериментальную часть исследования проводили на 30 беспородных собаках. Все исследование было разделено в 2 этапа: первый этап – экспериментальное моделирование острой непроходимости сигмовидной кишки по С.А. Шалимову, второй этап – резекция пораженного участка кишечника с формированием манжеточного анастомоза по предложенным методам.

Методы: Сущность методов операций заключались в следующем. В проведении нижнесрединной лапаротомии и обнаружении измененного участка сигмовидной кишки. Далее производим мобилизацию кишечника и создание манжетки, из слизистой приводящего отдела кишечника. После чего производим резекцию кишечника. После формирования задней стенки анастомоза однорядным непрерывным швом с помощью нити Викрила, в первом случае, производили фиксацию манжетки тремя кетгутовыми швами к задней и боковым стенкам отводящего отдела толстого кишечника. После чего продолжали формирование передней и боковых стенок анастомоза (рис.1 а, б). Во втором случае, после формирования задней стенки анастомоза однорядным узловым швом с помощью шелковой нити производили фиксацию манжетки двумя кетгутовыми швами к боковым стенкам отводящего отдела кишечника. Далее продолжали формирование стенок анастомоза (рис.2).

В дальнейшем, наблюдение за оперированными собаками продолжалось в течении трех месяцев после операции. Выведение из эксперимента проводили на 7, 14, 20 сутки, 1, 2, 3 мес. Участок анастомоза иссекали на протяже-

нии, из несколько участков анастомоза были взяты биопсийные материалы, которые подвергались морфологическому исследованию.

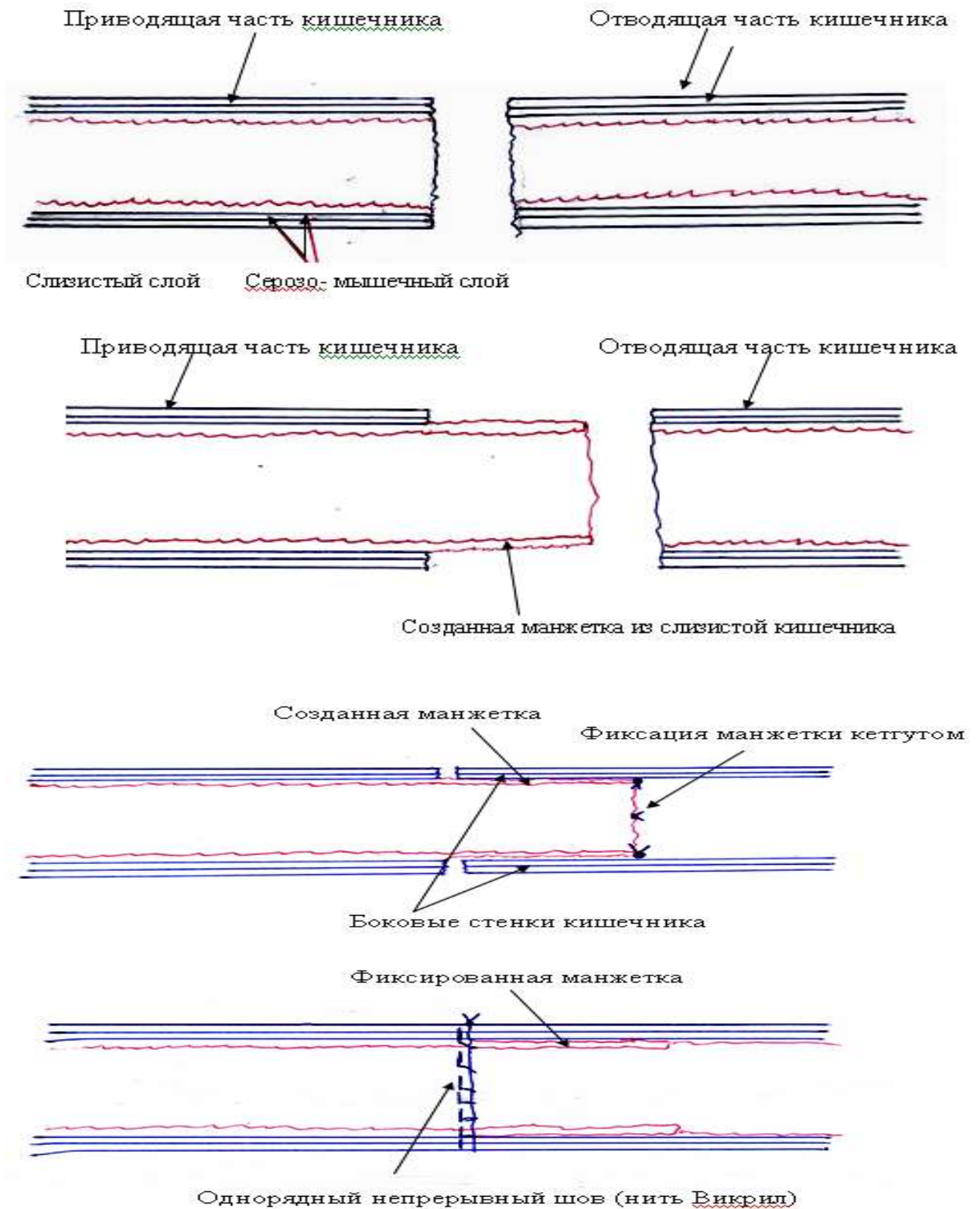


Рис. 1а. Схема наложения толстокишечного анастомоза по методу 1 с применением шва Мультиановского-Ревендена (нить Викрил)

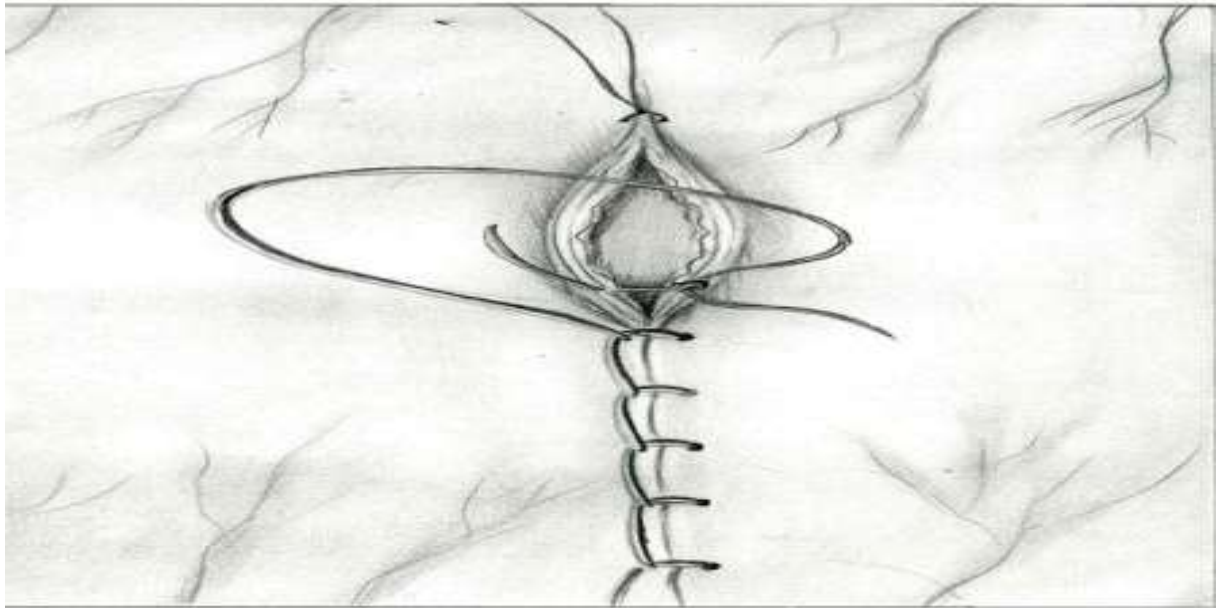


Рис. 16. Схема наложения толстокишечного анастомоза по методу 1 с применением шва Мультигановского-Ревендена (нить Викрил)

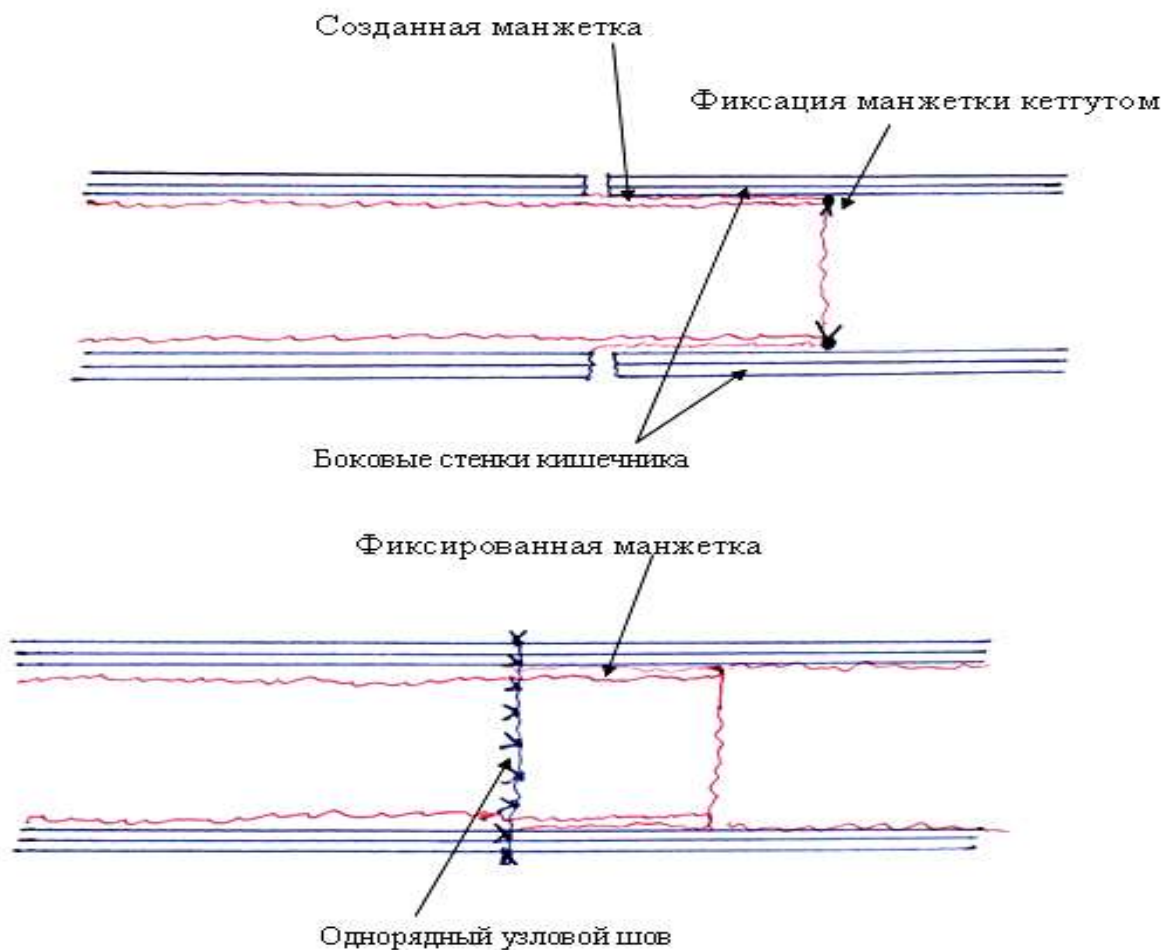


Рис. 2. Схема наложения толстокишечного анастомоза по методу 2 с применением однорядного узлового шва

Наблюдение за оперированными собаками продолжалось в течении трех месяцев после операции. Выведение из эксперимента проводили на 7, 14, 20 сутки, 1, 2, 3 мес. Участок анастомоза иссекали, из несколько участков анастомоза были взяты аутопсийные материалы, которые подвергались гистологическому исследованию.

Материалом клинического этапа исследования послужили 165 больных находившихся на лечении на базе кафедры хирургических болезней, факультета усовершенствования врачей Андижанского государственного медицинского института за период с 1999 по 2010 года.

В соответствии с поставленными целью и задачами данного исследования все больные были разделены нами на две группы:

В первую группу, контрольную, вошли 128 больных, которым в соответствии с тактикой применяемой с 1999 по 2004 года были произведены реторзия с сигмопексией – 34 (26,6%), реторзия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну- 43 (33,6%), реторзия с комбинацией мезосигмопликации по Гаген-Торну и сигмопексии – 22 (17,2%), резекция с формированием противоестественного заднего прохода – 13 (10,1%), а также вошли больные которым произвели резекцию сигмовидной кишки с первичным формированием толстокишечного анастомоза традиционным методом – 16 (12,5%) (табл. 1).

Таблица 1

Характер оперативного вмешательства (контрольная группа n=128)

Характер оперативного вмешательства	Количество	
	абс	%
Реторзия+ сигмопексия	34	26,6
Реторзия+мезосигмопликация по Гаген-Торну	43	33,6
Реторзия+ мезосигмопликация по Гаген- Торну+ сигмопексия	22	17,2
Резекция сигмовидной кишки + наложение противоестественного заднего прохода	13	10,2
Резекция сигмовидной кишки + первичное формирование толстокишечного анастомоза двухрядными швами	16	12,5
Всего	128	100,0

В последующем с 2004 по 2010 года, когда после разработки алгоритма определения показаний и противопоказаний к проведению резекции сигмовидной кишки с первичным формированием толстокишечного анастомоза (рис. 3), а так же разработки новых методов формирования толстокишечных анастомозов была сформирована вторая группа больных – основная группа.



■ - критерий, содержащий показания и противопоказания к проведению резекции сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза.

■ - показания к проведению резекции сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза.

■ - противопоказания к проведению резекции сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза.

Рис. 3. Алгоритм определения критериев отбора больных

В которую вошли 37 (22,4%) больных, всем больным основной группы произвели резекцию сигмовидной кишки с формированием толстокишечного анастомоза по предложенным нами методам. Из них по методу №1- 14 (37,8%) больных, по методу №2- 23 (62,2%) больных (табл. 2).

Таблица 2

Характер оперативного вмешательства (основная группа)

Характер оперативного вмешательства	Количество	
	абс	%
Резекция сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза по способу №1	14	37,8
Резекция сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза по способу №2	23	62,2
Всего	37	100

В ходе исследования все больные систематизировались нами, согласно классификации принятой Всемирной организацией здравоохранения, по полу и возрасту, из них мужчины составили – мужчин – 94 (57%), а женщины – 71 (43%). Необходимо отметить, что основной контингент больных поступили в трудоспособном возрасте до 59 лет – 120 (72,7%).

Систематизация больных в зависимости от срока начала заболевания и до момента поступления больного в отделение, позволил отметить следующее, что в сроки до 24 часов поступило в отделение 36,4%. 24,8% больных поступили в отделение в течение двух дней. В течение трех дней поступило 23,4% больных. Вместе с тем в сроки 72 и более часов поступило 20,6% больных (рис. 4).

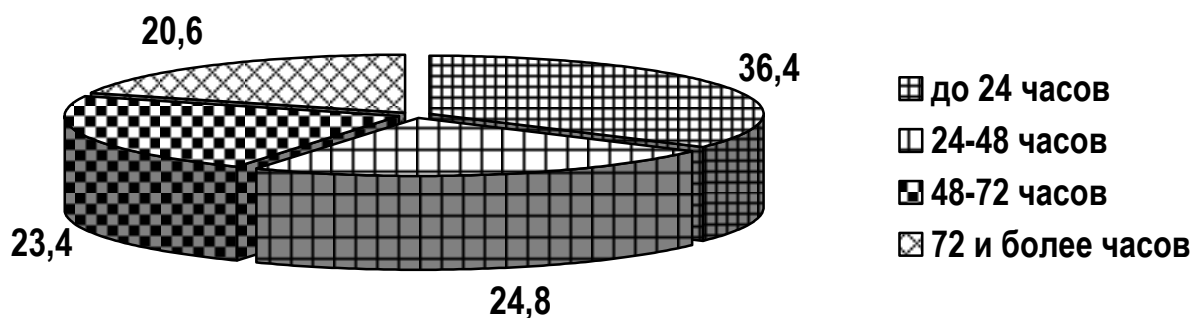


Рис. 4. Распределение исследуемых больных по срокам

По нашим наблюдениям наличие сопутствующих заболеваний основного заболевания значительно утяжеляло общее состояние больного, что увеличивает степень риска проведения оперативного лечения и требует прове-

дения в максимально короткий срок полноценной предоперационной подготовки. В контрольной группе из 128 больных находившихся под наблюдением наличие сопутствующих заболеваний отметили у 74 (57,8%) контрольной группы. Из них: у – 18 (24,3%) больных отметили наличие хронического бронхита, у – 15 (20,3%) больных хронический пиелонефрит, у – 10 (13,5%) больных хронический холецистит, анемия отмечалась у 6 (8,1%) больных, ИБС – у 5 (6,8%) больных, гипертоническая болезнь – у 3 (4,1%) больных, цирроз печени, спленомегалия, асцит у – 6 (8,1%) больных. Также отметили наличие – хронический гломерулонефрит – у 2 (2,7%), хронический гепатит – у 1 (1,4%), сахарный диабет – у 1 (1,4%), колит – 1 (1,4%), аденома простаты – 1 (1,4%), состояние после инсульта – у 1 (1,4%), олигофрении – у 1 (1,4%), эпилепсии – у 1 (1,5%), ДЦП – 1(1,4%), хронический простатит – у 1 (1,4%) и у 1 (1,4%) больного олигофрения. У 3 (4,1%) больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки выявлено наличие беременности.

В основной группе, из 37 больных наличие сопутствующих заболеваний отмечено у 26 (70,3%) больных. Из них у 5 (19,2%) больных хронический бронхит, у 4 (15,3%) больных хронический холецистит, хронический пиелонефрит отмечено у 3 (11,5%) больных, анемия – у 5 (19,2%), ИБС – у 2 (7,7%), гипертоническая болезнь – у 2 (7,7%), хронический гепатит – у 1 (3,9%), колит – у 2 (7,7%), аденома простаты – у 1 (3,9%), хронический простатит – у 1 (3,9%) больного.

Во время проведения оперативных вмешательств было обнаружено, что у основного контингента больных, контрольной группы, выявили заворот на 360° – 98 (76,6%), на 180° у – 19 (14,8%) больных, на 540° – 4 (3,1%), на 720° – 7 (5,5%) больных. По нашему мнению, градус заворота кишечника напрямую связан с длиной брыжейки и кишечника.

Основное заболевание больных контрольной группы сопровождалось наличием осложнений т.е. перитонитом различной степени тяжести и распространенности. Анализ показал, что из 110 (85,9%) осложнений, наиболее часто встречался геморрагический перитонит – у 70 (63,7%) больных, из них местный геморрагический перитонит отметили у 27 (24,6%) больных, а распространенный геморрагический перитонит отметили у 43 (39,1%) больных. Второе место занимает серозно-фибринозный перитонит – у 36 (32,7%) больных, из них, в зависимости от распространенности перитонита, отметили местный у 14 (12,7%) больных, рапространенный отметили у 22 (20%) больных. Распространенный гнойный перитонит отметили – у 3 (2,7%) больных, распространенный каловый – у 1 (0,9%). По нашему мнению основной причиной наличия осложнений основного заболевания являются самолечение и позднее обращение больных к врачу, что усугубляет состояние больного.

У больных основной группы, из 37 больных, во время оперативного вмешательства были обнаружены заворот сигмовидной кишки на 360° – у 31 (83,8%) больных, заворот на 180° отметили у 4 (10,8%) больных, и у 2 (5,4%) больных отметили заворот сигмовидной кишки на 720° .

Относительно перитонита проведенный анализ показал следующее, что из 37 больных основной группы, наличие перитонита отметили у 35 (94,6%) больных, у 2 (5,4%) отметили отсутствие какого-либо перитонита. Из 35 (94,6%) больных, у которых выявили наличие перитонита, было отмечено, что геморрагический перитонит отметили – у 26 (70,3%) больных, из них местный геморрагический перитонит отметили – у 19 (51,4%), распространенный геморрагический перитонит отметили – у 7 (18,9%) больных. Наличие серозно – фибринозного перитонита отметили – у 9 (24,3%) больных, из них местный серозно – фибринозный перитонит отметили – у 7 (18,9%) больных, а распространенный серозно–фибринозный перитонит – у 2 (5,4%) больных.

Из 37 больных основной группы ранее перенесли оперативное лечение по поводу заворота сигмовидной кишки – 22 (59,5%) больных. Все больные ранее оперировались в 1-ом хирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП.

Во время оперативного лечения особое внимание уделялось декомпрессии и подготовке кишечника к наложению толстокишечного анастомоза по нашим методам. Это достигалось путем введения назогастрального зонда до оперативного вмешательства, и декомпрессионной трубки, которая вводилась в кишечник через анальный проход до селезеночного угла во время операции после реторсии кишечника.

Введение назогастрального зонда позволяло нам производить активную аспирацию содержимого желудка.

Интубация толстого кишечника, во время операции, позволила нам произвести эвакуацию застойного кишечного содержимого, газов, которые вызывали перерастяжение кишечника, эвакуация способствовала восстановлению моторно-эвакуаторной функции кишечника, после чего мы определяли жизнеспособность кишечника. Жизнеспособность сигмовидной кишки определяли по нескольким критериям: наличие пульсации в брыжеечных артериях, по цвету, наличие перистальтики кишечника.

Так же, интубация толстого кишечника у больных основной группы позволила нам после опорожнения произвести лаваж кишечника и подготовить его к резекции с наложением первичного анастомоза по предложенным нами методам.

Лаваж и подготовку кишечника производили путем введения через интубационную трубку раствором фурацилина 1:5000 в количестве 1000-1200 мл. После промывания через данную трубку вводили антибиотик - канамицина сульфат 1,0 г или цефазолин 1,0 г, разведенный в растворе натрия хлорида 0,9% - 100 мл. Таким образом, производилась подготовка кишечника, а именно очищение кишечника от содержимого и подавление его микрофлоры.

Глава 3. Результаты экспериментального исследования. Анализ результатов проведенных экспериментальных исследований показал, что на 2-е сутки после операции проявлялась двигательная активность у оперируемых

собак. На 2-3-и сутки нормализовалась функция кишечника, и отмечалось его опорожнение. На 5-е сутки собак переводили на обычный рацион питания. У всех оперированных собак заживление послеоперационной раны происходило первичным натяжением. В послеоперационный период у 2-х собак наблюдалось нагноение послеоперационной раны, у остальных собак послеоперационный период протекал без осложнений (всем собакам проводилась антибиотикотерапия), летальность после операции мы не наблюдали.

Наблюдение за оперированными собаками продолжалось в течении трех месяцев после операции. Выведение из эксперимента проводили на 7, 14, 20 сутки в течение 1, 2, 3 месяцев.

Участок анастомоза иссекали на протяжении, из нескольких участков анастомоза и манжетки, был взят аутопсийный материал, который подвергался гистологическому исследованию.

На 7 сутки при вскрытии оперированных собак патологических изменений со стороны органов брюшной полости мы не наблюдали. Ревизируя кишечник, находили участок анастомоза, к которому рыхло припаян большой сальник. После отделения припаянного сальника, на месте линии анастомоза имеется соединительнотканый рубец. Макроскопически участок анастомоза мало отличался от других участков толстого кишечника. При вскрытии макропрепарата созданная нами манжетка оставалась мягкой, бледно-розового цвета, слегка отечной, жизнеспособной, сужения просвета кишечника не отмечалось. У одной собаки отмечалась незначительная гиперемия манжетки.

На 14 сутки при вскрытии оперированных собак патологических изменений со стороны органов брюшной полости мы не наблюдали. Ревизируя кишечник находили участок анастомоза к которому рыхло припаян большой сальник. После отделения припаянного сальника, на месте линии анастомоза имеется соединительнотканый рубец. Макроскопически участок анастомоза мало отличался от других участков толстого кишечника. При вскрытии макропрепарата созданная нами манжетка оставалась мягкой, жизнеспособной, бледно-розового цвета, сужения просвета кишечника не отмечалось.

Морфологическое исследование в ранние сроки, на 7 и 14 сутки, показало, что в области манжетки слизистая оболочка кишки сохраняет присущую ей архитектуру. Отмечается наличие в манжетке большое количество кровеносных и лимфатических сосудов. Несколько увеличено число бокаловидных клеток и отмечается расширение концевых отделов крипт. В отдельных участках имеет место усиление десквамации эпителиоцитов, без нарушения общей архитектуры слизистой оболочки и её эпителиальной выстилки.

На 20 сутки при вскрытии оперированных собак патологических изменений со стороны органов брюшной полости мы не наблюдали. Ревизируя кишечник, находили участок анастомоза, к которому рыхло припаян большой сальник. После отделения припаянного сальника, на месте линии анастомоза имеется соединительнотканый рубец. Макроскопически участок анастомоза мало отличался от других участков толстого кишечника. При

вскрытии макропрепарата созданная нами манжетка оставалась мягкой, жизнеспособной, бледно-розового цвета, сужения просвета кишечника не отмечалось. Манжеткарослась со слизистой на половину длины по направлению от линии анастомоза к краю манжетки.

Через 30 дней образовывался зрелый соединительнотканый рубец на месте шва анастомоза, определение границ манжетки не представлялось возможным из-за полного срастания со слизистой кишечника предполагаемая граница манжетки бледно-розового цвета.

Морфологическое исследование манжетки, в более отдалённые сроки, на 20 суток, 1 и 2 месяцев, показало, что стенка кишки имеет характерное для толстой кишки строение, без выраженных патологических изменений, определяются большое количество как кровеносных, так и лимфатических сосудов. Отмечается некоторое расширение концевых отделов крипт собственной соединительнотканной пластинки слизистой оболочки.

Проведенные исследования показали, что созданная манжетка остается жизнеспособной, надежно защищает место анастомоза от соприкосновения с кишечным содержимым, что способствует хорошему заживлению места стыка.

Также отметим, что исследование показало довольно выраженные морфологические различия во взаимодействии ткани толстого кишечника с шовными материалами – викрил и шелк.

Применение рассасывающихся нитей викрил способствует меньшему проявлению отёка и воспалительной инфильтрации, более быстрой и полноценной эпителизации с восстановлением структуры подслизистой и мышечной оболочки.

Использование викрила не приводит к появлению гигантских клеток инородных тел, которые указывают на патологическую реакцию тканей на чужеродный материал. Рассасывание викрила происходит без видимых патоморфологических изменений окружающих тканей.

Глава 4. Результаты лечения больных контрольной и основной групп. Сравнительный анализ больных двух групп показал, что после изменения тактики в отношении больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки, применяемой ранее в Андижанском филиале РНЦЭМП, начиная с 2004 года по строгим показаниям было прооперировано 37 больных, которым произвели первичную резекцию сигмовидной кишки и реконструктивные оперативные вмешательства с формированием толстокишечных анастомозов по нашим методам, хороший эффект в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

При проведении сравнительного анализа результатов лечения больных двух групп, в раннем послеоперационном периоде, выявили, что в контрольной группе, из 128 больных находившихся на лечении в 1-ом хирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП, нагноение послеоперационной раны отмечалось у 9 (7,0%), эвентрация органов брюшной полости – у 1

(0,8%), послеоперационная пневмония – у 3 (2,3%), сердечно-легочная недостаточность – у 1 (0,8%) и несостоятельность швов анастомоза сформированного традиционным способом – у 5 (3,9%). Летальность – у 3 (2,3%) больных (табл. 3).

У всех 37 больных, которым провели резекцию сигмовидной кишки и с формированием толстокишечного анастомоза по нашим методам, в послеоперационный период возникло 2 (5,4%) осложнений, из них у 1 (2,7%) больных возникло нагноение послеоперационной раны, послеоперационная пневмония возникла у 1 (2,7%) больных. Осложнений связанных с проведенными оперативными вмешательствами и летальных исходов мы не наблюдали (табл. 3). Все больные получили соответствующее лечение и были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таблица 3

Сравнительный анализ осложнений и летальных исходов у больных

Показатель		Контрольная группа (n=28)		Основная группа (n=7)		P
		abs	%	abs	%	
Послеоперационные осложнения	Нагноение послеоперационной раны	9	32,1±8,8	1	14,3±13,2	>0,05
	Эвентрация внутренних органов	1	3,6±3,5	0	0	>0,05
	Послеоперационная пневмония	3	10,7±5,8	1	14,3±13,2	>0,05
	Сердечно-легочная недостаточность	1	3,6±3,5	0	0	>0,05
	Несостоятельность швов анастомоза	5	17,9±7,2	0	0	<0,05
Всего осложнений		19	67,9±8,8	2	28,6±17,1	<0,05
Послеоперационная летальность		3	10,7±5,8	0	0	

При осмотре больных, в отдаленном послеоперационном периоде, обращали внимание на общее состояние больных, наличие тех или иных жалоб, анамнестические данные, придерживание диеты и ограничения физической нагрузки, пальпаторное обследование живота, регулярность акта дефекации. Так же обращали внимание на состояние анастомоза и состояние кишечника, других органов брюшной полости. Больным проводилась исследование крови, УЗИ брюшной полости, ирригография кишечника.

В связи с чем нами выделены четыре степени оценки отдаленных результатов - отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Отличными считались результаты, когда после оперативного лечения обследуемые больные не предъявляли никаких жалоб, общее состояние больных и функциональное состояние толстой кишки хорошее, трудоспособность восстановлена полностью, естественный пассаж по кишечнику не нарушен.

Хорошими считались результаты, когда после оперативного лечения больные не предъявляли ни каких жалоб, общее состояние больных хорошее, трудоспособность восстановлена полностью, имеются признаки колита, 1 раз в 2-3 дня, естественный пассаж по кишечнику не нарушен.

Удовлетворительными считали те случаи, когда больные жаловались на незначительные боли в животе, метеоризм, диспепсические нарушения, в связи с чем больные придерживались диеты, трудоспособность частично восстановлена, естественный пассаж по кишечнику не нарушен.

Неудовлетворительными считали результаты те, при которых после оперативного лечения у больных имелись боли в животе, диспепсические нарушения, задержка акта дефекации в связи с чем больные придерживались диеты, трудоспособность нарушена, возникала необходимость в проведении повторного оперативного лечения.

В отдаленный послеоперационный период, в контрольной группе, из 128 больных находившихся под нашим наблюдением, отдаленные результаты изучены у 53 (41,4%) больных. Из них в отдаленном послеоперационном периоде у 10 (18,9 %) больных были отличные результаты лечения. У 28 (52,8%) больных результаты хорошие. А у 15 (28,3%) больных были удовлетворительные результаты лечения (табл. 4).

Таблица 4

Отдаленные результаты больных контрольной и основной групп

Результаты лечения	Контрольная группа		Основная группа		P
	n	%	n	%	
Отличные	10	18,9±5,4	32	86,5±5,6	<0,001
Хорошие	28	52,8±6,9	5	13,5±5,6	<0,001
Удовлетворительные	15	28,3±6,2	0	0	<0,001
Неудовлетворительные	0	0	0	0	
Всего	53	100,0	37	100,0	

При контрольном обследовании (ирригграфия толстого кишечника) у больных контрольной группы отмечалось:

Введенный контраст заполнил все отделы толстого кишечника, гаустральная сегментация сглажена. Отмечается та или иная степень прохождения контраста в подвздошную кишку, т.е. недостаточность Баугиновой

заслонки. Признаки «дефекта» «ниши» не определяются. Просвет толстой кишки сохранен. Отмечаются задержки контраста в области ректо-сигмоидального угла.

После опорожнения сохраняется контраст на всем протяжении толстой кишки и ампулы прямой кишки. Складки прослеживаются на всем протяжении. Со стороны толстой кишки органических изменений не определяются. Признаки хронического колита. Гипотоничная гипомоторная дискинезия толстой кишки.

Анализ случаев возникновения рецидивов заболевания показал, что рецидив возник у 31 (24,2%) больного от общего числа больных перенесших паллиативные операции по поводу заворота сигмовидной кишки. Из них: в сроки до 6 месяцев поступило – 10 (32,3%) больных, 7-12 месяцев – 6 (19,4%), в период от 13 до 24 месяцев – 4 (12,9%), 25 и более – 11 (35,5%).

Из 31 больного наибольший контингент составляют больные, которые 1 раз лечились по поводу рецидива заворота сигмовидной кишки – 27 (87,1), дважды оперировались 4 (12,9%) больных.

В основной группе из 37 больных, перенесших резекцию кишечника с наложением толстокишечного анастомоза по нашим методикам, у – 32 (86,5%) больных зафиксированы отличные результаты лечения, у – 5 (13,5%) больных – хорошие.

При контрольном обследовании больных основной группы (контрастная рентгеноскопия, фиброколоноскопия), в отдаленные сроки, отмечалось свободное заполнение толстой кишки до селезеночного изгиба, межкишечный анастомоз свободно проходим, просвет для прохождения массы в норме, сужений не отмечается. После опорожнения нисходящая часть толстой кишки до и после анастомоза свободно опорожняется, складки прослеживаются на всем протяжении. Слизистая кишечника приобретала обычную окраску, место анастомоза практически не отличался от других участков кишечника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенные исследования показали, что созданная манжетка остается жизнеспособной, надежно защищает место анастомоза от соприкосновения с кишечным содержимым, а использование нити викрил способствует меньшему проявлению отёка и воспалительной инфильтрации, более быстрой и полноценной эпителизации с восстановлением структуры подслизистой и мышечной оболочки.

Проведение резекции пораженного участка кишечника с формированием толстокишечного анастомоза по предложенным методам, с применением разработанного алгоритма, позволило избежать возникновения не состоятельности швов анастомоза и летальности в основной группе, и снизить частоту послеоперационных осложнений с 14,8% до 5,4%.

Выводы:

1. Морфологическое исследование показало, что созданная из слизистой кишечника манжетка остается жизнеспособной, за счет ее васкуляризации и защищает место стыка от соприкосновения с кишечным содержимым, что способствует ускорению заживления анастомоза. Использование нити викрил при формировании толстокишечного анастомоза способствует меньшему проявлению отёка и воспалительной инфильтрации, более быстрой и полноценной эпителизации места анастомоза с восстановлением структуры подслизистой и мышечной оболочки.

2. Применение таких оперативных вмешательств, как сигмопексия, мезосигмопликация по Гаген-Торну и их комбинации, в отдаленном послеоперационном периоде дают высокий процент рецидива заболевания, по нашим наблюдениям – 24,2%. А двух этапные операции требуют проведения сложных реконструктивных операций. Применение резекции сигмовидной кишки с первичным формированием толстокишечного анастомоза традиционным способом чревато возникновением такого грозного осложнения, как несостоятельность швов анастомоза, что составило 3,9%.

3. Проведение резекции сигмовидной кишки и реконструктивных оперативных вмешательств с формированием толстокишечного анастомоза по нашим методам, у категории больных, с острой непроходимостью сигмовидной кишки, отобранных при помощи разработанного алгоритма, дают хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения. Не состоятельность швов анастомоза и летальность в основной группе не наблюдались, а частота послеоперационных осложнений снизилась с 14,8% до 5,4%. При применении резекции кишечника с первичным формированием толстокишечного анастомоза по нашим методам, возникновение рецидива заболевания не отмечали. Использование предложенных нами методов формирования толстокишечных анастомозов легко выполнимы и не требует использования дорогостоящей аппаратуры. А так же возможно применение, предложенных методов формирования толстокишечных анастомозов не только в ургентной хирургии, но и в плановой.

Практические рекомендации:

1. Разработанный алгоритм показаний к резекции сигмовидной кишки позволит хирургам выбрать оптимальный метод и объем оперативного вмешательства при острой непроходимости сигмовидной кишки.

2. Во время проведения оперативного лечения при отсутствии противопоказаний предпочтение следует отдавать проведению радикальному оперативному лечению заворота сигмовидной кишки.

3. Во время проведения оперативного лечения больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки перед проведением резекции следует провести тщательную подготовку кишечника, которая включает в себя аспира-

цию кишечного содержимого и лаваж кишечника с введением антибиотика для подавления микрофлоры кишечника.

4. Во время проведения резекции толстой кишки, методами выбора формирования толстокишечных анастомозов могут служить предложенные нами методы наложения толстокишечных анастомозов не только в экстренной хирургии, но и в плановой.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

Журнальные статьи:

1. Ходжиматов Г. М., Алейник В. А., Умаров А. М., Тен Д. О. Анализ результатов экспериментально-клинических исследований хирургического лечения острой непроходимости сигмовидной кишки // Врач аспирант. - Воронеж, 2009. - № 9 (36). - С. 806-810.

2. Ходжиматов Г. М., Алейник В. А., Тен Д. О. Усовершенствование хирургического лечения острой непроходимости сигмовидной кишки // Вестник врача. – Самарканд, 2009. - № 4. - С. 144-146.

3. Ходжиматов Г. М., Алейник В. А., Умаров А. М., Тен Д. О. Анализ результатов хирургического лечения острой непроходимости сигмовидной кишки // Лимфология. – Андижан, 2009. - № 3-4. - С. 11-15.

4. Байбеков И. М., Ходжиматов Г. М., Тен Д. О. Особенности взаимодействия нитей викрила с тканями при наложении кишечных швов (экспериментальное исследование) // Хирургия. – Масква, 2010. - № 8. - С. 5-9.

5. Тен Д. О. Результаты формирования толстокишечного анастомоза после резекции сигмовидной кишки // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2011 - № 8. – С. 76-80.

6. Ходжиматов Г. М., Тен Д. О. Хирургическое лечение больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2011 - № 8. – С. 81-83.

Тезисы в сборниках:

7. Ходжиматов Г. М., Тен Д. О. Улучшение результатов хирургического лечения острой непроходимости сигмовидной кишки // Хирургия Узбекистана: Вахидовские чтения-2009. - Ташкент, 2009. - №3. - С. 51-52.

8. Ходжиматов Г. М., Тен Д. О. Усовершенствование способа наложения толстокишечного анастомоза // Хирургия Узбекистана: Вахидовские чтения-2009. - Ташкент, 2009. - №3. - С. 52.

9. Ходжиматов Г. М., Тен Д. О., Умаров А. М., Тургунов Ш. Ш. Анализ результатов хирургического лечения острой непроходимости сигмовидной кишки // Актуальные проблемы хирургии: Республиканская научная конференция. - Ташкент, 2009. - С. 187-188.

10. Ходжиматов Г. М., Тен Д. О., Умаров А. М., Тургунов Ш. Ш. Методика резекции и наложения анастомоза толстой кишки // Актуальные про-

блемы хирургии: Республиканская научная конференция. - Ташкент, 2009. - С. 186-187.

11. Тен Д. О. Клинический опыт наложения нового способа толстокишечного анастомоза // Материалы научно-практической конференции, посвященной первому этапу Республиканского отбора научных работ одаренных студентов. - Андижан, 2009. – С. 161.

12. Тен Д. О. Новый способ толстокишечного анастомоза // Материалы научно-практической конференции, посвященной первому этапу Республиканского отбора научных работ одаренных студентов. - Андижан, 2009. – С. 161-162.

13. Тен Д. О. Сравнительная оценка применения различных видов шовного материала при наложении толстокишечных анастомозов (экспериментальное исследование) // Материалы Республиканской научно-практической конференции одаренных студентов и молодых ученых, посвященные году гармонично развитого поколения. – Андижан, 2010. – С. 151-153.

14. Тен Д. О., Ходжиматов Г. М., Ходжиматова Г. Г. Метод наложения толстокишечного анастомоза (экспериментальное исследование) // Современные профилактические аспекты укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста: Материалы Республиканской научно-практической конференции. - Андижан, 2010. – С. 557-558.

15. Тен Д. О., Ходжиматов Г. М., Ходжиматова Г. Г. Результаты оперативного лечения больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки // Современные профилактические аспекты укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста: Материалы Республиканской научно – практической конференции. - Андижан, 2010. – С. 558-560.

16. Тен Д. О., Ходжиматов Г. М., Ходжиматова Г. Г. Анализ результатов исследования морфо-функционального состояния новых способов наложения толстокишечных анастомозов (экспериментальное исследование) // Современные профилактические аспекты укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста: Материалы Республиканской научно-практической конференции - Андижан, 2010. – С. 560-562.

Патенты:

17. Ходжиматов Г.М., Алейник В.А., Тен Д.О. Патент на изобретение № IAP 04333 от 06.04.20011 г. «Способ наложения толстокишечного анастомоза».

18. Ходжиматов Г.М., Алейник В.А., Тен Д.О. Патент на изобретение № IAP 04334 от 06.04.20011 г. «Способ наложения толстокишечного анастомоза».

19. Ходжиматов Г.М., Тен Д.О., Гуламов Ш.А. Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № DGU 02219 от 10.06.2011 г. «Программа определения степени риска проведения резекции кишечника с

формированием первичного анастомоза при острой непроходимости сигмовидной кишки».

**Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Тен Дмитрий Олеговичнинг 14.00.27 – Хирургия ихтисослиги бўйича «Сигмасимон ичакнинг ўткир тутилишини даволаш жарроҳлик усулларини такомиллаштириш ва асослаш» мавзусидаги диссертациясининг
РЕЗЮМЕСИ**

Таянч (энг муҳим) сўзлар: Ўткир ичак ўтмаслиги, йўғон ичак ўтмаслиги, йўғон ичак анастомози, сигмасимон ошқозон резекцияси.

Тадқиқот объектлари: 30 та наслсиз итлар ва 165 та сигмасимон ошқозоннинг ўткир ўтмаслиги билан касалланган беморлар.

Ишнинг мақсади: Сигмасимон ошқозоннинг ўткир ўтмаслигини даволашнинг жарроҳлик услубларини такомиллаштириш ва асослаш.

Тадқиқот методлари: ProgRess рақамли камера Axioscope (Carl Zeiss) микроскопия ёрдамида сканерловчи электрон микроскопия, клиник лаборатор, рентгенологик, УТ – тадқиқот, КТ кўрсаткичлари бўйича, маълумотларни статистик ишловдан ўтказиш.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Ўтказилган тажриба – клиник тадқиқотлар асосида янги йўғон ичак анастомозлари ишлаб чиқилган эди. Бунда анастомоз жойини ошқозондаги моддалар билан туташувчи ишончли муҳофаза қилиш имконини берувчи етарли миқдордаги тажриба ва клиник материалларда қон таъминоти бузилган ошқозон ўтмаслиги шароитидаги ошқозон тўқималарида синаб кўрилган. Бошланғич йўғон ичак анастомозини шакллантирувчи сигмасимон ошқозон резекциясини ўтказишнинг таваккалчилик даражасини аниқлаш, бунда шундай турдаги тезкор аралашувларни ўтказиш ва ўтказмасликни аниқлаш имконини берувчи дастурли алгоритм ишлаб чиқилган ва таклиф қилинган.

Амалий аҳамияти: Йўғон ичак анастомозларининг такомиллаштирилган усуллари ошқозон резекциясидан кейин шаклланадиган йўғон ичак анастомозларини чоклаш усуллари ҳисобланади. Таклиф қилинган дастурли алгоритм, жарроҳларга сигмасимон ошқозоннинг ўткир ўтмаслигида тезкор аралашувнинг ҳажми ва усуллари танлаш имконини беради.

Сигмасимон ошқозоннинг ўткир ўтмаслигига чалинган беморларда бошланғич йўғон ичак анастомозини шакллантириш билан боғлиқ ошқозон резекциясини ўтказиш қайта касалланиш миқдорини камайтириш ва беморларга сарфланадиган моддий харажатлар миқдорини камайтириш, шу тариқа давлат томонидан сарфланадиган маблағларни камайтириш имконини беради.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: Диссертация ишининг асосий ҳолатлари РШТЁМАФ шошилиш жарроҳлик бўлими амалий фаолиятига татбиқ қилинган ҳамда Андижон Давлат Тиббиёт институтининг жарроҳлик касалликлари кафедрасида клиник ординаторлар, магистрлар ва талабаларни ўқитиш жараёнида фойдаланилади.

Қўлланиш соҳаси: Ургент жарроҳлиги.

РЕЗЮМЕ

диссертации Тен Дмитрия Олеговича на тему: «Усовершенствование и обоснование хирургических методов лечения острой непроходимости сигмовидной кишки» представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.27 – Хирургия.

Ключевые слова: Острая кишечная непроходимость, толстокишечная непроходимость, толстокишечный анастомоз, резекция сигмовидной кишки.

Объекты исследования: 30 беспородных собак и 165 больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки.

Цель работы: Усовершенствовать и обосновать методы хирургического лечения острой непроходимости сигмовидной кишки.

Методы исследования: Сканирующая электронная микроскопия с помощью микроскопа Axioscope (Carl Zeiss) с цифровой камерой ProgRes, клиничко-лабораторные, рентгенологические, УЗ- исследование, по показаниям КТ, статистическая обработка данных.

Полученные результаты и их новизна: На основе проведенного экспериментально-клинического исследования были разработаны новые толстокишечные анастомозы, которые апробировались в условиях кишечной непроходимости с нарушением кровоснабжения тканей кишечника на достаточном количестве экспериментального и клинического материалах. Позволяющие надежно защитить место анастомоза от соприкосновения с кишечным содержимым. Разработан и предложен программированный алгоритм, определения степени риска проведения резекции сигмовидной кишки с формированием первичного толстокишечного анастомоза, позволяющее определить показания и противопоказания к проведению такому рода оперативных вмешательств.

Практическая значимость: Усовершенствованные методы толстокишечных анастомозов являются методами выбора при формировании толстокишечных анастомозов после резекции кишечника. Предложенный программированный алгоритм, позволит хирургам выбрать объем и метод оперативного вмешательства при острой непроходимости сигмовидной кишки. Проведение, у больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки, резекции кишечника с формированием первичного толстокишечного анастомоза, позволит снизить частоту возникновения рецидива заболевания и снизить материальные затраты как больного, так и государства.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Основные положения диссертационной работы внедрены в практическую деятельность экстренного хирургического отделения АФРНЦЭМП, а так же используются в процессе обучения клинических ординаторов, магистров и курсантов кафедры хирургических болезней АндГосМИ.

Область применения: Ургентная хирургия.

RESUME

Thesis of Dmitriy O. Ten on the scientific degree competition of the doctor of philosophy in medicine on specialty 14.00.27 - Surgery, subject: «Proving and improving of surgical methods of treatment of sigmoid colon's acute obstruction».

Key words: acute intestinal obstruction, large intestinal obstruction, large intestinal anastomosis, resection of sigmoid colon.

Subject of the research: 30 non-pedigree dogs, 165 patients with acute sigmoid colon's obstruction.

Purpose of work: to prove and improve methods of surgical treatment of acute sigmoid colon's obstruction.

Methods of research: Scanning electronic microscopic examination with the help of microscope Axioscope (Carl Zeiss) with camera ProgRes, clinical laboratory, roentgenological, ultra-sonic investigation, computer tomography if necessary, statistical.

The achieved results and their novelty: On the base of the performed investigation new large intestinal anastomoses, which have been tested in the conditions of intestinal obstruction associated with the impairment of intestinal tissues' blood supply, have been elaborated on the sufficient number of experimental and clinical material. These methods allow to protect reliably anastomosis area from the contact with intestinal waste products. The programmed algorithm of determining risk level of the performing the resection of sigmoid colon with the forming of the primary intestinal anastomosis have been elaborated and offered. It allows to determine the indications and contraindications to the performing of such kind of operations.

Practical value: The improved methods of large intestinal anastomosis have been proved to be the methods of choice in case of forming large intestinal anastomosis after intestinal resection. The above-mentioned programmed algorithm will give the surgeons the possibility to select the volume and method of operation in case of acute sigmoid colon's obstruction. Performing the resection of intestine with the forming of the primary large intestinal anastomosis in patients with acute sigmoid colon's obstruction will allow to decrease the frequency of the recurrence of the disease and to reduce the expenses both of the patient and the state.

Degree of embed and economic efficiency: Basic points of this dissertation work have been inculcated into practice of urgent surgical department of RSCUMA, Andizhan Branch they also have been used in the educational process in subinternship, residents of Master's Degree and listeners of the Chair of Surgical Diseases of ASMI.

Field of application: Urgent surgery.

Автор выражает свою искреннюю признательность и благодарность своему научному руководителю профессору Ходжиматову Гуломиддин Мингходжиевичу, сотрудникам хирургического отделения Анджанского филиала РНЦЭМП, кафедры хирургических болезней, факультета усовершенствования врачей АндГосМИ, за оказанную практическую помощь и поддержку в выполнении настоящей работы.