

Колопроктология и Эндоскопическая хирургия в Узбекистане

**Coloproctology and
Endoscopic
Surgery in Uzbekistan**

Научно-практический журнал

1|2022



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор –Эгамов Ю.С., д.м.н., профессор, (Андижан, Узбекистан)
Зам главный редактор - Мадазимов М.М. - д.м.н., профессор, (Андижан, Узбекистан)
Ответственный секретарь - Салиев Г.З., (Андижан, Узбекистан)
Акбаров М.М. - д.м.н., профессор (Ташкент, Узбекистан)
Арванд Кумар - профессор (Индия)
Аюпов Р.Т. - к.м.н., доцент, (УФА, Россия)
Батиров А.К. - д.м.н. (Андижан, Узбекистан)
Емелянов С.И. - д.м.н., профессор (Москва, Россия)
Имрон Аббас - профессор (Дубай)
Карачун А.М. - д.м.н. (Санкт-Петербург, Россия)
Наврузов С.Н. - д.м.н., профессор (Ташкент, Узбекистан)
Оспанов О.Б. - д.м.н., профессор (Казахстан)
Петров Л.О. - д.м.н. (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Абдуллажонов Б.Р. - д.м.н., доцент (Андижан, Узбекистан)
Азимов С.А. - к.м.н., (Самарканд, Узбекистан)
Косимов А. Л. - д.м.н., профессор (Андижан, Узбекистан)
Феоктистов Д.В. - к.м.н., доцент (УФА, Россия)
Ферсов А.Б. - д.м.н., профессор (Нурсултан, Казахстан)
Ходжиев Д.Ш. - д.м.н., профессор (Ургенч, Узбекистан)
Ходжиматов Г.М. - д.м.н., профессор (Андижан, Узбекистан)

EDITORIAL BOARD:

Editor in Chief - Egamov Y.S., MD, Professor, (Andijan, Uzbekistan)
Deputy Chief editor - Madazimov M.M. - MD, Professor (Andijan, Uzbekistan)
Executive secretary - Saliev G.Z., (Andijan, Uzbekistan)
Akbarov M.M. - MD, professor (Tashkent, Uzbekistan)
Arvend Kumar - professor (India)
Ayupov R.T. - c.m.s., associate professor (UFA, Russia)
Batirov A.K. – MD, (Andijan, Uzbekistan)
Emelyanov S.I. - MD, professor (Moscow, Russia)
Imron Abbas - Professor (Dubai)
Karachun A.M. - MD, (Saint Petersburg, Russia)
Navruzov S.N. - MD, Professor (Tashkent, Uzbekistan)
Ospanov O.B. - MD, Professor (Kazakhstan)
Petrov L.O. - MD, (Moscow, Russia)

EDITORIAL COUNCIL:

Abdullajonov B.R. - MD, Associate Professor (Andijan, Uzbekistan)
Azimov S.A. - MD, (Samarkand, Uzbekistan)
Kosimov A. L. - MD, Professor (Andijan, Uzbekistan)
Feoktistov D.V. – c.m.s., Associate Professor (UFA, Russia)
Fersov A.B. - MD, professor (Nursultan, Kazakhstan)
Khodjiev D.S. - MD, professor (Urgench, Uzbekistan)
Hodjimatov G.M. - M.D., Professor (Andijan, Uzbekistan)

Article

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АМЕБИАЗА

Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Наврузов Б.С.

Ташкентская медицинская академия

Ключевые слова: кишечный амебиоз, перфорация, геморрагический язвенный процесс, специфическая противоамебная терапия, колэктомия.

Актуальность проблемы. В основе амебного поражения толстой кишки, а также внекишечных форм амебиоза лежат факторы, обусловленные как микро-, так и макроорганизмом, и способствующие внедрению возбудителей в кишечную стенку [4]. Амебиоз толстой кишки характеризуется развитием хронического рецидивирующего геморрагического язвенного процесса в толстой кишке, который нередко осложняется перфорацией, хроническим или профузным кровотечением, стриктурой, псевдополипозом и амебомой [1,4,6,8].

Амебиоз относится к краевым патологиям Узбекистана [4]. Ранняя диагностика данного заболевания позволяет предупредить развитие опасных хирургических осложнений и необходимость в выполнении хирургических вмешательств по экстренным показаниям. Послеоперационные осложнения при этих вмешательствах достигают 25-30%, что диктует необходимость разработки новой тактики лечения данной патологии [2,3,7,9].

Знание клинических проявлений и возможных хирургических осложнений амебиоза позволяет хирургу целенаправленно определить объём диагностических мероприятий, чтобы предупредить или выявить развитие хирургических осложнений, влекущих за собой операции по неотложным показаниям, при которых наблюдается высокая летальность [4,5].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения кишечных осложнений амебиоза толстой кишки (АТК) при помощи оптимально выбранной тактики и техники оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В Научном Центре Колопроктологии Республики Узбекистан

в период 2000-2021 гг. прооперировано 122 больных с АТК. Средний возраст больных составил $41,4 \pm 4,7$ лет. Мужчин было 71 (58,2%), женщин - 51 (41,8%).

Все больные были обследованы по стандарту, который включает наряду с общеклиническими, инструментальными (ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости) и специальные (ректороманоскопия, колоноскопия, ирригография, радиологические исследования, электроколография, радионуклидные исследования эвакуаторной функции толстой кишки, баллонография, копроскопия, бактериологические и серологические) методы исследования.

При изучении анамнеза длительность заболевания АТК составила: 1-3 года у 62 (50,8%), 4-6 лет у 54 (44,3%), а острая и молниеносная форма наблюдались у 6 (4,9%) больных. Клинические формы кишечных осложнений АТК по распространенности поражений представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, у 32,8% больных диагностировано левостороннее, у 24,6% больных - тотальное поражение толстой кишки.

При неосложненной амебиазе прогноз, как правило, благоприятный. Своевременно начатое лечение обычно приводит к радикальному излечению.

Консервативная терапия амебиоза толстой кишки должна быть комплексной, включающей специфическую противоамебную терапию, диетотерапию, парентеральную коррекцию обменных нарушений с использованием гемо- и плазматрансфузий, антибактериальную терапию и препараты, корригирующие иммунный статус. Эти мероприятия должны сочетаться с местной терапией.

Основной в лечении амебиаза толстой кишки является специфическая противоамебная терапия. Наиболее эффективным и

нетоксичным препаратом для лечения больных как с кишечными, так внекишечными проявлениями амебиаза, считается производное

Таблица №2.

Протяженность поражения толстой кишки при амебиазе.

№	Распространенность поражения	Кол-во больных	%
1	Тотальная	30	24,6
2	Субтотальная	12	9,8
3	Левосторонняя	40	32,8
4	Проктосигмоидит	15	12,3
5	Проктит	22	18
6	Амебома слепой кишки	3	2,5
Всего:		122	100

5-нитроимидазола – метранидазол, метрагил, флагил, трихопол (Наврузов С.Н. 2006).

Как видно из таблицы, у 32,8% больных диагностировано левостороннее, у 24,6% больных - тотальное поражение толстой кишки.

При неосложненном амебиазе прогноз, как правило, благоприятный. Своевременно начатое лечение обычно приводит к радикальному излечению.

Консервативная терапия амебиаза толстой кишки должна быть комплексной, включающей специфическую противоамебную терапию, диетотерапию, парентеральную коррекцию обменных нарушений с использованием гемо- и плазмотрансфузий, антибактериальную терапию и препараты, корригирующие иммунный статус. Эти мероприятия должны сочетаться с местной терапией.

Основной в лечении амебиаза толстой кишки является специфическая противоамебная терапия. Наиболее эффективным и нетоксичным препаратом для лечения больных как с кишечными, так внекишечными проявлениями амебиаза, считается производное 5-нитроимидазола – метранидазол, метрагил, флагил, трихопол (Наврузов С.Н. 2006).

У 24 (19,7%) больных, у которых диагностированы амебный проктит и проктосигмоидит, проведенное консервативное лечение привело к улучшению состояния. В результате лечения восстановилась трудоспособность, стул стал оформленным. Эндоскопически у этих больных отмечено полное заживление

язв, но гиперемия и небольшой отек со стороны слизистой толстой кишки сохранялись. Оперативному вмешательству подвергнуты 98(80,3%) больных. Хирургическое лечение осложнений амебиаза сочеталось с консервативной терапией. Показаниями к оперативному вмешательству при АТК послужили: кишечное кровотечение - у 48 (49%), стриктура и псевдополипоз - у 14 (14,3%), стриктура прямой кишки - у 3 (3,1%), токсическая дилатация - у 2 (2%) и прогрессирование заболевания, отсутствие эффекта от консервативной терапии - у 31 (31,6%) больных. Всем больным в предоперационном периоде проводилась консервативная терапия. Схема предоперационной консервативной терапии заключалась в следующем: производные 5-нитроимидазола - метранидазол по 500мг х 3 раза в сутки, тинидазол 500 мг х 2 раза в сутки и орнидазол по 500 мг х 2 раза в сутки в течение 10 дней. С целью улучшения кишечной микрофлоры назначали пробиотики: Бификол по 5 доз х 3 раза в сутки в течении 10 дней. Ежедневно производились лечебные клизмы с добавлением препарата «Бакстимс». 30 (30,6%) больным, у которых диагностировано тотальное поражение амебиазом 18(18,4 %), выполнена колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением низкого илеоректального анастомоза при помощи циркулярно сшивающего аппарата (ЦСА), 10 (10,2%) больным выполнена колопроктэктомия с формированием одноствольной илеостомии, 2 (2 %) - выполнена колопроктэкто-

мия с формированием резервуара из тонкой кишки и наложен «пауч» - анальный анастомоз. 12 (12,2%) больным, у которых установлено субтотальное поражение толстой кишки амебиазом, произведена колэктомия с наложением илеоректального анастомоза с помощью ЦСА.

Из 40 (41%) больных диагностированным левосторонним поражением толстой кишки амебиазом 32 (32,7%) выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением транзверзоректального анастомоза с помощью ЦСА, а 8 (8,2%) - произведена левосторонняя гемиколэктомия и брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением поперечноободочной кишки в анальный канал с избытком. 5 (5,1%) больным, у которых установлено поражение амебиазом прямой и сигмовидной кишки, выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки и резекция сигмовидной кишки с низведением нисходящей кишки в анальный канал с избытком. 8 (8,2%) больным из-за сужения прямой кишки, осложненной частичной кишечной непроходимостью, выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки и сформирована одностовольная сигмостома. У 3 (3,0%) больных диагностирован амебиаз правой половины толстой кишки. Этим больным произведена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотранзверзоанастомоза.

В раннем послеоперационном периоде у 9 (9,2%) больных, которым произведены радикальные оперативные вмешательства, возникли осложнения в виде: кровотечения из пресакральной области - у 2 (2%), нагноение пресакральной области - у 1 (1,0%), ретракция низведенной кишки - у 3 (3,0%), несостоятельность илеоректального анастомоза - у 2 (2,0%), ранняя кишечная непроходимость - у 1 (1,0%) больного. Умер 1 больной (1,0%) вследствие несостоятельности илеоректального анастомоза, осложнённой разлитым перитонитом.

Для уменьшения частоты осложнений, связанных с нагноением пресакральной области, в нашем центре применяется методика непрерывного капельного орошения пресакральной области озоновым раствором (получен патент на изобретение). Нужно особо

подчеркнуть, что течение перитонита на фоне несостоятельности анастомоза у 2 больных было атипичным, т. е. отсутствовал илевой синдром, напряжение живота и лейкоцитоз. Нарастающая интоксикация, ухудшение общего состояния больных, нестабильность, снижение гемодинамических показателей позволяли заподозрить наличие несостоятельности межкишечного анастомоза.

Этим больным произведены релапаротомия, разобщение илеоректального анастомоза с формированием концевой илеостомы, назогастроэнтеральной интубацией и дренированием брюшной полости. Несмотря на проведенное интенсивное лечение, у одного больного наступил летальный исход. У второго больного состояние улучшилось, был выписан домой. Восстановительная операция была произведена через 6 месяцев.

В отдаленном послеоперационном периоде все 97 больных находились на диспансерном наблюдении. Контрольные осмотры проводились через 6 месяцев, через год, 3 года и 5 лет после операции. Контроль за состоянием больных осуществляли, наряду с общепринятыми, также серологическими и копрологическими методами. Больные проходили стационарные и амбулаторные осмотры путем анкетирования. Для оценки отдаленных результатов и качества жизни мы использовали шкалу Visica, которая заключается в следующем:

Отличные результаты: больные не предъявляли жалоб, стул был один-два раза в день. Эту группу составили 3 (3%) больных, перенесшие правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотранзверзоанастомоза, 32 (32,6%) перенесших левостороннюю колэктомию с транзверзоректальным анастомозом и 12 (12%) больных, которым выполнена колэктомия с наложением илеоректального анастомоза.

Хорошие результаты - больные не предъявляли особых жалоб, практически здоровы, трудоспособность полностью восстановлена, стул до 3-5 раз в сутки. В эту группу входили 16 (16,3%) больных перенесших колэктомию, переднюю резекцию прямой кишки с наложением низкого илеоректального анастомоза при помощи циркулярно сшивающего аппа-

рата, 2 (2%) - с колопротэктомией с формированием резервуара из тонкой кишки и наложением «пауч» - анального анастомоза, 8(8,2%) больных которым произведены левосторонняя гемиколэктомия и брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением поперечноободочной кишки в анальный канал с избытком и 5 (5,1%) больных, которым выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки и резекция сигмовидной кишки с низведением нисходящей кишки в анальный канал с избытком.

Удовлетворительные результаты: больные жаловались на периодическую слабость, умеренные боли в животе, трудоспособность восстановлена частично. В эту группу входили 10 (10,2%) больных, которым выполнена колопротэктомия с формированием одноствольной илеостомы и 8 (8,2%) больных, с выполненной брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием одноствольной сигмостомы.

Неудовлетворительные результаты: больные предъявляют жалобы на частый жидкий стул, явления недостаточности анального жома, боли и мацерацию в заднем проходе, трудоспособность не восстановлена. В эту группу входили больные, у которых в послеоперационном периоде наблюдалась ретракция низведенной кишки - 3(3%) и недостаточность илеоректального анастомоза - 2 (2%) больных.

Таким образом, ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения АТК показали, что из 98 больных, которым произведены радикальные оперативные вмешательства у 75 (76,5%) больных отмечены отличные и хорошие результаты.

Выводы.

1. Амебиаз — единственный кишечный протозоос, дающий летальные исходы без своевременной специфической терапии. Поздняя диагностика и, вследствие этого, поздно начатое лечение ведут к тяжелым кишечным и внекишечным осложнениям и, нередко, к летальному исходу.

2. Показаниями к оперативному лечению кишечных осложнений амебиаза являются: перфорация толстой кишки, профузное кишечное кровотечение, токсическая дилатация, гангрена, стриктура и псевдополипоз

толстой кишки, а также прогрессирование заболевания с отсутствием эффекта от консервативной терапии.

3. На основании полученных 76,5% хороших и отличных результатов рекомендуется радикальное оперативное лечение в сочетании с противоамебной терапией в до- и послеоперационном периоде.

Литература:

1. Бронштейн А.М., Малышев Н.А., Лучшев В.И. Амебиаз: клиника, диагностика, лечение. Методическое пособие. М 2001.

2. Кузнецов Э.Ф., Михалевская Л.А. и др. Хирургические аспекты в лечении амебиаза. Сборник тезисов VII Российского съезда инфекционистов. Нижний Новгород: Ремедиум 2006; 216.

3. Лисицын К.М., Ревской А.К. Неотложная абдоминальная хирургия при инфекционных и паразитарных болезнях. М: Медицина 1988; 237—271с.

4. Наврузов С.Н. Амебиаз толстой кишки: Клиника, дифференциальная диагностика и лечение. Ташкент: Шарк, 2006; 7-8с.

5. Продеус М.В. Амебиаз // Качество жизни. Медицина. – 2005, № 1. – С. 62–67.

6. Свистунов О.П. (Россия), AnyaKalu (Нигерия) Амебиаз и его клиническая картина в настоящее время. Medline 2008.

7. Токмалаев А.К., Астафьева Н.В., Быкова Р.Н. и др. Кишечный и внекишечный амебиаз: клинические наблюдения // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2005. – № 2. – С. 18–21.

8. Abbas M.A., Mulligan D.C., Ramzan N.N. et al. Colonic perforation in unsuspected amebic colitis. Dig Dis Sci 2000; 45: 1836—1841.

9. Ciftci A.O., Karnak L., Spenak M.E. Spectrum of complicated intestinal amebiasis through respected specimens incidence and outcome. J Pediatr Surg 1999; 34: 1369—1373.

СОДЕРЖАНИЕ

№	Название статья, Ф.И.О., автора	Страница
1.	АБДОМИНАЛ ЖАРРОҲЛИК ПАТОЛОГИЯСИДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ЭНДОМЕЗЕНТЕРИАЛ ЛИМФОТРОП ТЕРАПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э.	4-8
2.	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ГИПОКОАГУЛЯЦИЕЙ ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ Умаров Д.А., Рузибаев Р.Ю., Сапаев Д.Ш., Рузметов Б.А.	9-11
3.	ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОКТИТА Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М.	12-15
4.	КОМПЛЕКСНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Ибрагимова М.А.	16-20
5.	ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЭНДОХИРУРГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН Исмаилов С.И., Назыров Ф.Г., Кабулов М.К., Оразалиев Б.Х., Оразалиев Г.Б.	21-25
6.	РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Ахророва Л.Б., Бозоров Д.П., Хикматов Ж.С.	26-27
7.	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АМЕБИАЗА Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Наврузов Б.С.	28-31
8.	ВЫБОР ЭТАПНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СВЕРХОЖИРЕНИИ Оспанов О.Б.	32-36
9.	ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА Курязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Бабаджанов Р.А., Яхшибоев С.Ш.	37-39
10.	АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Фурсов А.Б., Оспанов О.Б., Фурсов Р.А., Самиголла И.Е.	40-45
11.	SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA WITH OBESITY Abdurakhmanov D.S.	46-47
12.	МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Сайдуллаев З.Я.Ц	48-51
13.	ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ Арзиев И.А., Сулайманов С.У., Абдурахманов Д.Ш.	52-55
14.	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИИ И ЖЕЛЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ Арзиев И.А., Курбаниязов З.Б., Баратов М.Б., Назаров З.Н., Сайинаев Ф.К.	56-59
15.	ХИМИОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ Рахманов К.Э., Анарбоев С.А., Махмудов С.Б., Абдурахманов Д.Ш.	60-64
16.	ТОКСИК БУҚОҚ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРЛАШДА ПЛАЗМАФЕРЕЗДАН ФОЙДАЛАНИШ Курбаниязов З.Б., Ғозибеков Ж.И., Зайниев А.Ф.	65-68
17.	ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИДА ЎТКИР ПАРАПРОКТИТЛАРНИНГ АЛОҲИДА КЕЧИШИ ХУСУССИЯТЛАРИ Абдуллаев С.А., Ахмедов А.И.	69
18.	МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ Юлдашев Г.Ю., Рузметов Б.А., Эгамбердиев З.Ш.	70