



# **О'ЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ**

---

# **ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА**

**ISSN**  
**2187-7359**



**Академик**  
**Вахидов В.В.**



[www.pubsurgery.uz](http://www.pubsurgery.uz)

**№3 (87)**

---

**2020**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



# ЎЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

Илмий-амалий журнал  
1999 йилда ташкил этилган

# ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал  
Основан в 1999 году

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Назирова Ф.Г.

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Акилов Х.А.	Зуфаров М.М.	Лигай Р.Е.	Турсунов Б.З.
Алиев М.М.	Икрамов А.И.	Наврүзов С.Н.	Хаджибаев А.М.
Алимов А.В.	Кариёв Г.М.	Низамходжаев З.М.	Шадманов А.К.
Девятков А.В.	Каримов Ш.И.	Собиров Д.М.	

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Акбаров М.М.	(Ташкент)	Порханов В.А.	(Краснодар)
Акилов Ф.А.	(Ташкент)	Рамазанов М.Е.	(Алматы)
Ахмедов Ю.М.	(Самарканд)	Ревшвили А.Ш.	(Москва)
Байбеков И.М.	(Ташкент)	Салимов Ш.Т.	(Ташкент)
Баймаханов Б.Б.	(Алматы)	Стилиди И.С.	(Москва)
Бахритдинов Ф.Ш.	(Ташкент)	Хакимов М.Ш.	(Ташкент)
Бокерия Л.А.	(Москва)	Ходжиев Д.Ш.	(Нукус)
Готье С.В.	(Москва)	Шамсиев А.М.	(Самарканд)
Давыдов М.И.	(Москва)	Шарапов Н.У.	(Ташкент)
Ирисметов М.Э.	(Ташкент)	Шевченко Ю.Л.	(Москва)
Назирова Л.А.	(Ташкент)	Эргашев Б.Б.	(Ташкент)

Заведующий редакцией - Алимов А.Б.

## УЧРЕДИТЕЛЬ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
хирургии имени академика В.Вахидова»

AKADEMIYASI KUTUBXONASI

№3 (87) 2020

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М.  
**ВРЕМЕННАЯ ЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ БРАДИАРИТМИЯМИ**.....5

Абдурахманов З.М., Емец И.Н.  
**РЕКОНСТРУКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У ДЕТЕЙ**.....14

Наврузов С.Н., Наврузов Б. С., Ахмедов М. А., Кулмиев Э. Э.  
**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА**.....22

Махкамов К.Э., Махкамов М.К. Салаев А.Б., Насимов С.Т.  
**МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**.....29

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Бахритдинов Ф.Ш., Ахмедов А.Р., Абдугафуров З.У.  
**ФАКТОРЫ РИСКА ДИСФУНКЦИИ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ**.....37

Суюмов А.С.  
**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИИТЕ**.....44

Ахмедов М.Э.  
**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**.....49

## ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш.  
**ОШИБКИ И ОПАСНОСТИ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (Руководство для врачей)**.....58

## ОБМЕН ОПЫТОМ

Фазылов А.А., Берёзкина А.И.  
**ВОЗМОЖНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ**.....60

Расулов У.А., Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Абдугафуров З.У.  
**ОСЛОЖНЕНИЯ ВАЛЬВУЛОТОМИИ ПРИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ АУТОВЕНОЗНОМ ШУНТИРОВАНИИ ПО МЕТОДУ IN SITU**.....65

Каюмходжаев А.А., Расулов Ж.Д., Аълоханов Л.Б., Гуламов А.Б., Шарапов Н.У.  
**РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОТОПЛАСТИКА ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ УШНОЙ РАКОВИНЫ**.....69

Джурраев М.Д., Мамаризаев Д.Ю., Холмуродов У.Х.  
**ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГОРМОНАЛЬНО АКТИВНЫХ ОПУХОЛЯХ НАДПОЧЕЧНИКА**.....72

Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Яхшибаев И.Я., Уринов М.А., Машарипов Ш.Х., Ходиева Г.А., Осипова И.Ю.  
**СЛУЧАИ «NEAR MISS» В СТРУКТУРЕ ВРАСТАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦ НА МАТКЕ**.....77

Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Усаров Ш.Н.  
**КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ**.....82

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Муртазаев С.С.  
**ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ИЗ МИНИСТЕРНОТОМНОГО ДОСТУПА**.....87

## СОДЕРЖАНИЕ

Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Худояров С.С., Рахимов О.А., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Юнусов С.Ш., Отабоев А.Х. <b>ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С D2 ЛИМФОДИСЕКЦИЕЙ</b> .....	91
Абралов Х.К., Холмуратов А.А., Алимов А.Б., Муратов У.А., Акбархонов Б.Ж., Бердиев К.Б. <b>ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПЕРАЦИИ РОССА, ВЫПОЛНЕННОЙ РЕБЕНКУ С ДВУСТВОРЧАТЫМ АОРТАЛЬНЫМ КЛАПАНОМ</b> .....	97

## ЮБИЛЕИ

<b>К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ КАЛИШ ЮРИЙ ИВАНОВИЧА</b> .....	101
--	-----

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА**

Наврузов С.Н., Наврузов Б. С., Ахмедов М. А., Кулмиев Э. Э.  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.  
Хирургическая клиника «Янги Хаёт». Ташкент, Узбекистан.

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА**

Наврузов С.Н., Наврузов Б. С., Ахмедов М. А., Кулмиев Э. Э.  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.  
Хирургическая клиника «Янги Хаёт». Ташкент, Узбекистан.

В статье проанализированы результаты лечения больных язвенным колитом и болезнью Крона. Определены показания и противопоказания к хирургическому лечению при данных патологиях. Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения при ЯК и БК, их осложнений использованием современных методов диагностики и выбора адекватной тактики лечения. У 284 (77%) больных установлен диагноз ЯК, у 85 (23%) - БК. Мужчин было 258 (70%); женщин - 111 (30%) в возрасте 15-72 лет. Показаниями к операции при ЯК и БК являются: тотальное поражение воспалительно-язвенным процессом, наличие кишечных и внекишечных осложнений, неэффективность консервативной терапии и прогрессирование заболевания. Операцией выбора при ЯК и БК являются: тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением «низких» и «ультранизких» илео-ректальных анастомозов с помощью ЦСА.

**Ключевые слова:** язвенный колит, болезнь Крона, колэктомия, хирургическое лечение.

**ЯРАЛИ КОЛИТ ВА КРОН КАСАЛЛИГИ ОҒИР ТУРЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШУВЛАРИ**

Наврузов С.Н., Наврузов Б. С., Ахмедов М. А., Кулмиев Э. Э.  
Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Узбекистон.  
«Янги Хаёт» жаррохлик клиникаси, Тошкент, Узбекистон.

Мақолада ярали колит (ЯК) ва Крон касаллиги (КК) билан оғриган беморларда жаррохлик давои баҳолаш, ундан кейин вужудга келадиган асоратларни замонавий ташхислаш усулларини ўрганиш ва давои яхшилаш йўллари аниқлаш мақсадида ўтказилган таҳлил натижалари келтирилган. Беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш, уларнинг ижтимоий ҳаётга мослашуви учун муҳим бўлган жаррохлик амалиёти ўтказиш мумкинлиги ёки мумкин эмаслигига кўрсатмалар аниқланди. Мақсад: ЯК ва ККни жаррохлик даволаш натижаларини, уларнинг асоратларини замонавий диагностика усулларни ёрдамида яхшилаш ва тегишли даволаш тактикасини танлаш йўлларини топиш. Касаллик тарихларини таҳлили шуни кўрсатдики, 284 (77%) беморга ЯК; 85 (23%) КК ташхис қўйилган, улардан эркаклар - 258 (70%); аёллар - 111 (30%). Беморлар 15-72 ёшда, ўртача  $37,1 \pm 1,2$  ёш бўлган. ЯК ва ККда жаррохлик амалиёти ўтказишга кўрсатмалар бўлиб, ярани яллиғланиш жараёни умумий бўлиши, ичак ва ичакдан ташқари аъзолар зарарланиши, консерватив даво самарасизлиги ва касаллик ривожланиши топилди. ЯК ва ККда жаррохлик амалиётининг тотал колэктомия, циркуляр тикувчи аппарат ёрдамида «паст» ва «ультрапаст» илео-ректал анастомоз қўйиш билан тўғри ичакни олд резекцияси усулларини қўллаш самарали ҳисобланади.

**Калит сўзлар:** ярали колит; Крон касаллиги; колэктомия; хирургик даво.

**PRESENT DAY ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF ULCERATIVE COLITIS AND CROHN'S DISEASE**

Navruzov S.N., Navruzov B.S., Akhmedov M.A., Kulmiev E.E.  
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.  
Surgical clinic "Yangi Khayot" (New Life), Tashkent, Uzbekistan.

The article presents an analysis of the results of treatment of ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD) patients in order to assess and find the ways to improve their surgical treatment, emerging complications using present-day diagnostic and surgical methods. Indications and contraindications for surgical treatment of UC and CD patients which are of importance for improvement of patients life quality and their social adaptation, are also determined. The purpose of the study: to find ways to improve the results of surgical treatment of UC and CD, their complications using modern diagnostic methods and choosing of appropriate treatment tactics. Analysis of medical histories showed that UC and CD were diagnosed in 284 (77%) 85 (23%) patients respectively, men were 258 (70%) and women - 111 (30%). The age of patients varied in the range of 15-72 years, the average age being  $37.1 \pm 1.2$  years. Indications for surgery in UC and CD were: total damage by the inflammatory-ulcerative process, intestinal and extra-intestinal complications, ineffectiveness of conservative therapy and the progression of the diseases. Surgery of choice for UC and CD were total colectomy, anterior rectal resection with the imposition of «low» and «ultra-low» ileo-rectal anastomoses using circular stitching machine (CSM).

**Keywords:** ulcerative colitis; Crohn's disease; colectomy; surgical treatment.

**Введение**

К воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) относят язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), этиопатогенез которых до настоящего момента остаётся неясным. Следует отметить, что они встречаются относительно редко, заболевае-

мость значительно варьирует в различных географических регионах

ЯК и БК относятся к мультидисциплинарным заболеваниям, привлекая большое внимание хирургов, гастроэнтерологов, и терапевтов. Хирургическое лечение наиболее часто сопровождается

развитием осложнений, большим количеством рецидивов [1,4,15].

В мире число выявляемых больных составляет 25-100 случаев на 100 тыс. населения, а число вновь выявленных - от 2 до 11 заболевших [2,6]. ВЗК чаще возникают среди европеоидов у мужчин, но БК доминирует у женщин [11]. 80% и 25-35% больных БК и ЯК нуждаются в оперативном вмешательстве в течение жизни [10,11]. Хирургическое лечение порой может быть жизненно необходимым, учитывая тяжелое течение болезни.

Литературные источники, что БК чаще встречается в двух возрастных пиках: первый пик приходится на 20-29 лет, второй - на 60-79 лет, а ЯК встречается в любом возрасте [10,11,13].

В настоящее время установилась положительная динамика при проведении консервативного лечения ЯК. Раньше операции составляли 67-97%, в за последние годы значительно сократились [7,8,16].

Особенностью ВЗК является возникновение осложнений у 1/3 (34,8%) больных. Среди осложнений выделяют кишечные и внекишечные. В 0,6-10% случаев наблюдается малигнизация процесса, что в последующем является основной причиной летальности 15% больных [8,11,12].

Показанием к хирургическим вмешательствам является быстрое прогрессирование заболевания, сопровождающееся осложнениями в виде профузного кишечного кровотечения, токсической дилатации толстой кишки, перфорацией, стриктурой, псевдополипозом. Мы проанализировали результаты лечения больных в хирургической клинике «Янги Хаёт».

**Цель:** улучшить результаты хирургического лечения больных ЯК и БК использованием современных методов диагностики и выбора адекватной тактики лечения.

#### Материалы и методы

Изучены результаты лечения 369 больных с язвенными болезнями толстой кишки в научном центре колопроктологии в 2005 - 2014г. и в хирургической клинике «Янги Хаёт» в 2016-2020г.

У 284 (77%) больных был установлен диагноз ЯК; у 85 (23%) – БК. Мужчин было 258 (70%); женщин – 111 (30%) в возрасте 15-72 лет.

Как видно из рисунка 1, ВЗК встречается преимущественно у лиц трудоспособного возраста.

Диагноз ВЗК ставили исходя из анамнестических данных, результатов физикального обследования, лабораторных, инструментальных (эндоскопических, рентгенологических и УЗИ)

методов исследования. Приоритетным являлось эндоскопическое исследование толстой кишки (колоноскопия или видео-капсульная эндоскопия). Это обусловлено широкими возможностями визуализации, необходимой для точной постановки диагноза, оценки протяженности поражения и морфологической составляющей с возможностью забора биопсийного материала для гистологического исследования.

Рентгенологический метод использовали для визуализации локализации процесса заполнения толстой кишки контрастом с изучением контуров кишечника, наличия сглаженности гаустрации, зубчатости краев пораженных отделов либо отсутствия складчатости, псевдополипоза, стриктур кишечника. Анализ рентгенологической картины при БК показал чередование пораженных и неизмененных участков кишечника, при поражении отмечалось сужение стенки кишки и её ригидность. Резкое сужение приводит к формированию «шнуро-» или «веревкообразного» вида рентгенологических данных.

Особенностью при изъязвлении одной из стенок кишки на рентгенограмме является нечеткость и деформация контуров, складчатость визуализируется по типу «гармошки», рельеф слизистой оболочки грубый из-за множественных псевдополипов, но гаустры сохраняются и не исчезают даже при глубоких поражениях. Прогрессирование процесса визуализируется на ирригографии по типу, так называемой, «булыжной мостовой». Информативность ультразвукового исследования составляет 75,6%, его преимуществом является высокая чувствительность в распознавании осложнений БК и ЯК: токсической дилатации толстой кишки, опухолевидного конгломерата, стенозов и кишечной непроходимости.

В качестве уточняющей диагностики для определения локализации и глубины поражения необходимо сочетать колоноскопию, рентгенологическое исследование, УЗИ кишечника, позволяющего повысить информативность диагностики болезни Крона и ЯК до 90%.

Ретроспективный анализ обследования больных показал, что по тяжести течения заболевания, протяженности поражения толстой кишки, распределение было следующим: больных ЯК было 284, БК – 85. У больных ЯК легкое течение диагностировано у 50 (17,6%), среднетяжелое - у 98 (34,5%), тяжелое - у 131 (46,1%), молниеносное - у 5 (1,8%) больных.

При БК лёгкое течение наблюдали у 4 (4,7%) больных, среднетяжелое – у 12 (14,2%), тяжелое

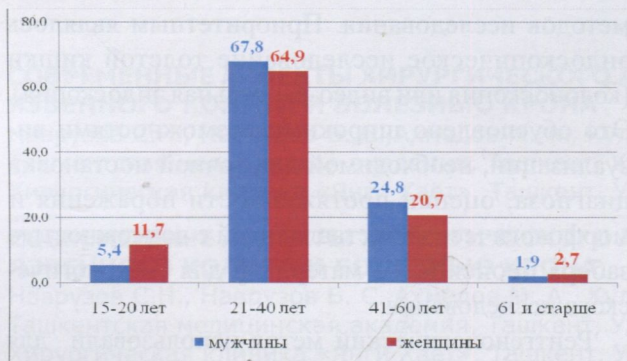


Рис. 1. Распределение больных по полу и возрасту.

– у 62 (72,9%), молниеносное – у 7(8,2%) (рис 2).

По протяженности поражения при ЯК дистальное поражение отмечалось у 13 (4,6%), левостороннее - у 95 (33,4%), субтотальное - у 86 (30,3%), тотальное - у 90 (31,7%) больных. При БК левостороннее отмечалось у 10 (11,8%), субтотальное - у 18 (21,1%), тотальное - у 52 (61,2%), сегментарное - у 5 (1,3%) больных (рис.3).

При ВЗК особенно опасными и требующими порой хирургического вмешательства являются осложнения. В связи с этим в изученных группах проанализировали осложнения по обращаемости больных за медицинской помощью. Поздняя диагностика и неадекватное лечение ВЗК являются основной причиной высокой частоты осложнений и летальности.

При ЯК и БК наблюдали следующие осложнения: кровотечения - у 329 больных, псевдополипоз - у 303, сегментарное сужение - у 82(рис.4 и 5).

У больных отмечались кишечные и внекишечные осложнения. Наиболее часто встречались афтозный стоматит, ириты, увеиты, эписклериты, кахексия, токсический гепатит (рис.6).

Одним из основных клинических проявлений ВЗК является диарея, частота стула достигает 20 и более раз у больных при тяжелом течении заболевания. Диарейный синдром, обуславливающий серьезные изменения в замыкательном аппарате прямой кишки, характеризуется снижением тонуса сфинктера, который можно определить с помощью



Рис. 2. Степень тяжести течения язвенного колита и болезни Крона.



Рис. 3. Протяженность патологического процесса.

сфинктерометрии и электромиографически (рис.7, рис.8).

В республиканском центре колопроктологии и хирургической клинике «Янги Хаёт» с 2014 по 2020г. стационарное лечение по поводу ЯК и БК получили 369 больных. 295 (80%) проведены различные хирургические вмешательства 74 (20%) - консервативное лечение.

По данным литературы, необходимо раннее оперативное вмешательство [11]. Это положение основанное на том, что чем раньше проведено оперативное вмешательство, тем лучше результаты хирургического лечения.

Показаниями к хирургическому лечению являются:

- тотальное поражение толстой кишки (ТК) воспалительно-язвенным процессом;
- тяжелое профузное кровотечение;
- перфорация толстой кишки, осложненная разлитым перитонитом;
- токсическая дилатация;
- стриктура кишки на протяжении;
- малигнизация;
- псевдополипоз;
- неэффективность консервативной терапии и прогрессирование заболевания;
- развитие внекишечных осложнений.

К хирургическим вмешательствам, применяемым в настоящее время при ЯК и БК, относятся колэктомия с формированием илеоректального анастомоза; колэктомия и передняя резекция прямой кишки с

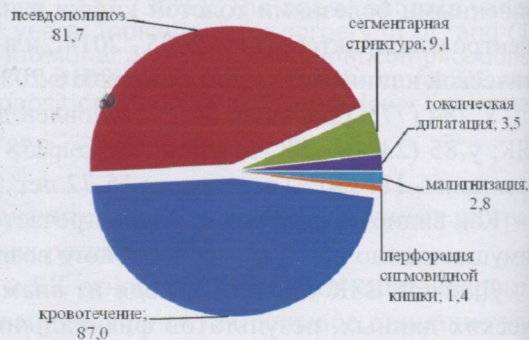


Рис. 4. Осложнения язвенного колита (n=284).

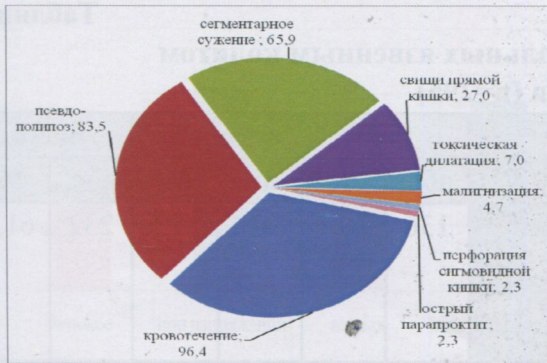


Рис. 3. Протяженность патологического процесса.

формированием «низкого» или «ультранизкого» илеоректального анастомоза с дополнительной превентивной двустольной илеостомой или без нее. «Низким» анастомозом считают анастомоз на уровне 9-12 см от края ануса, а «ультранизкий» 5-9 см [11]. При необходимости, выполняют колпроктэктомия с формированием пауч-анального анастомоза. Большинство колопроктологов считают, что лучшие результаты достигаются при осуществлении колэктомии с наложением илеоректального анастомоза.

Данные литературы и собственные наблюдения подтверждают, что наиболее радикальным методом хирургического лечения больных ВЗК, позволяющим добиться полного излечения, является колпроктэктомия. Но её невозможно выполнить при тяжелом состоянии больных. Кроме того оперативное вмешательство в объеме колпроктэктомии с формированием илеостомы приводит к инвалидности, что нежелательно для больных 25-35 лет. Хирургическое лечение должно решать не только проблемы, обусловленные заболеванием, но и социально-трудовой реабилитации.

Одним из современных достижений хирургической колопроктологии является разработка и широкое использование циркулярно-сшивающих аппаратов (ЦСА) для наложения межкишечного анастомоза в глубине малого таза. Их использование позволяет формировать межкишечный анастомоз на любом расстоянии от края ануса, включая анальный канал.

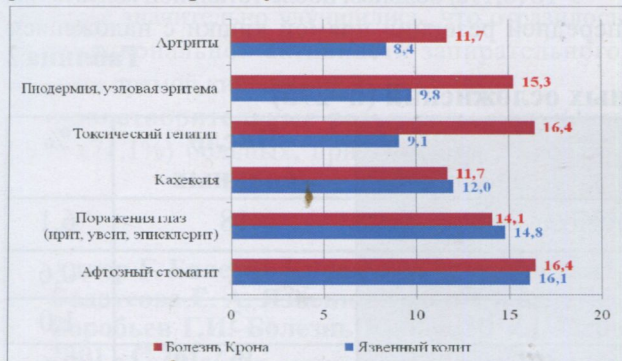


Рис. 6. Частота и характер осложнений при язвенном колите и болезни Крона

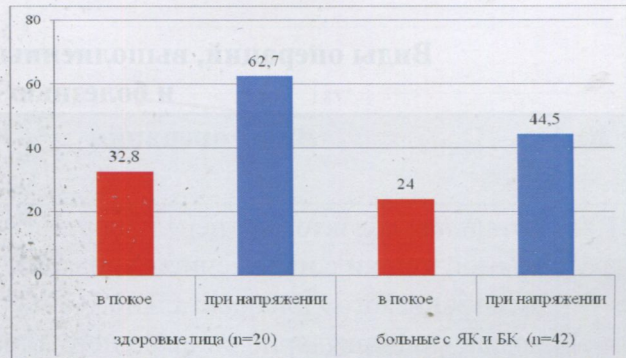


Рис. 7. Сфинктерометрия (mA) при язвенном колите и болезни Крона до операции.

В настоящем исследовании изучены истории болезни больных, которым проведены различные хирургические вмешательства.

Тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением низкого и ультранизкого илеоректального анастомоза при помощи ЦСА выполнена 232 (61,7%) больным. Оперативные вмешательства проведены по следующим показаниям: тотальное поражение толстой кишки; псевдополипоз толстой кишки с хроническим кровотечением. У всех больных воспалительно-язвенный процесс в прямой кишке был менее выражен, поэтому превентивную илеостому не накладывали.

26 (8,8%) больным с тотальным поражением язвенным процессом толстой кишки, осложненным стриктурой верхнего отдела прямой кишки, стриктурой ободочной кишки, проведена тотальная колэктомия, частичная передняя резекция прямой кишки с наложением одноствольной илеостомы и формированием культи прямой кишки. В дальнейшем больным проводили общее и местное противовоспалительное лечение культи прямой кишки. После ликвидации воспалительно-язвенного процесса в прямой кишке и улучшения общего состояния больных проводили второй этап операции – наложение низкого илеоректального анастомоза с помощью ЦСА с удовлетворительными результатами.

15 (5,1%) больным с выраженным язвенным процессом ободочной и прямой кишки, хроническим кишечным кровотечением, псевдополипозом,

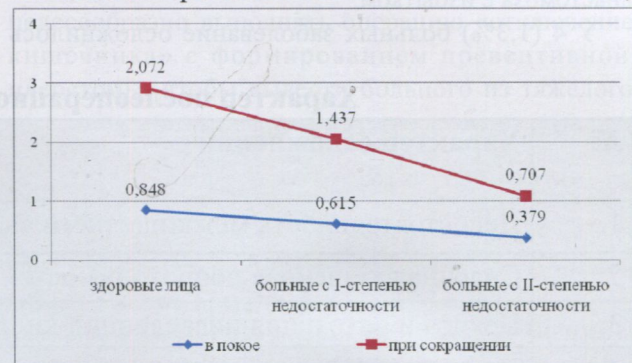


Рис. 8. Электромиография при язвенном колите и болезни Крона до операции



Виды операций, выполненных у больных язвенным колитом и болезнью Крона (n=295)

№	Виды операции	ЯК		БК		всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением «низкого» и «ультранизкого» илеоректального анастомоза с помощью циркулярно сшивающего аппарата	136	46,1	46	15,5	232	61,7
2.	Тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с формированием культи прямой кишки и одноствольной илеостомой	21	7,1	5	1,7	26	8,8
3.	Колпроктэктомия с наложением илеоанального анастомоза	9	3,0	6	2,1	15	5,1
4.	Колопроктэктомия с формированием «пауч»-анального анастомоза	6	2,0	2	0,6	8	2,7
5.	Брюшно-анальная резекция прямой кишки, левосторонняя гемиколэктомия с низведением поперечно-ободочной кишки в анальный канал	46	15,6	-	-	46	15,6
6.	Резекция сигмовидной кишки с наложением одноствольной колостомы, формирование культи прямой кишки	-	-	4	1,3	4	1,3
7.	Наложение двухствольной превентивной илеостомы	7	2,4	7	2,4	14	4,8

протяженной стриктурой всей толстой кишки проведена тотальная колпроктэктомия с наложением илео-анального анастомоза.

8 (2,7%) больным из-за выраженности язвенного процесса ободочной и язвы прямой кишки выполнили тотальную колпроктэктомию с формированием «пауч»-анального анастомоза.

У 46 (15,6%) больных определили левостороннее воспалительно-язвенное поражение толстой кишки, осложненное псевдополипозом и/или протяженным стенозом. Этим больным проведена брюшно-анальная резекция (БАР) прямой кишки, левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзо-анального анастомоза с избытком.

У 4 (1,3%) больных заболевание осложнилось

перфорацией сигмовидной кишки и развитием диффузного гнойного перитонита. Этим больным проведена операция в объеме резекции сигмовидной кишки с наложением одноствольной колостомы и культи прямой кишки.

14 (4,8%) больным вследствие выраженной гипопроотеинемии, нарушения водно-электролитного обмена, анемии и кахексии первым этапом наложили превентивную двухствольную илеостому. После улучшения общего состояния им выполнили радикальную операцию.

В раннем послеоперационном периоде у больных возникли следующие осложнения.

У 18 (6,1%) больных после тотальной колэктомии, передней резекции прямой кишки с наложением

Таблица 2

Характер послеоперационных осложнений (n=295)

№	Характер осложнений	Число больных	%
1.	Несостоятельность межкишечного анастомоза	18	6,1
2.	Спаечная кишечная непроходимость	2	0,6
3.	Некроз и ретракция низведенной кишки	3	1,0
4.	Несостоятельность культи прямой кишки	2	0,6
Всего		25	8,3

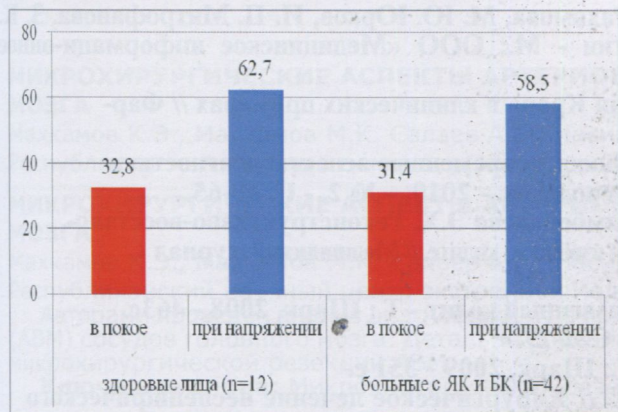


Рис. 9. Сфинктерометрия (МА) при язвенном колите и болезни Крона после операции.

ультразвукового илеоректального анастомоза на 6-7 сутки после операции наблюдали частичную несостоятельность илеоректального анастомоза. У 15 из них - дефект межкишечного анастомоза закрылся без повторной операции. 3 больным произведены релапаротомия, разобщение анастомоза с формированием одностольной илеостомы и короткой культы прямой кишки. Состояние 2 больных улучшилось, через 4-6 месяцев им проводили восстановительные оперативные вмешательства. 1 больной несмотря на релапаротомию с формированием одностольной илеостомы, санацию брюшной полости умер. У 2 (0,6%) больных в послеоперационном периоде возникла ранняя спаечная кишечная непроходимость. После релапаротомии они были выписаны в удовлетворительном состоянии. Такие осложнения, как некроз и ретракция низведенной кишки наблюдались у 3 (1,0%) больных. Им производили релапаротомию с частичной резекцией низведенной кишки и формированием одностольной колостомы. У 2 (0,6%) пациентов наблюдали частичную несостоятельность культы прямой кишки, им проведено дренирование пресакральной области и промывание озоновой жидкостью, антибиотикотерапия с благоприятным исходом.

Результаты хирургических вмешательств оценивали у 212 больных за 5-летний период. Данные сфинктерометрии и электромиографии в динамике значительно улучшились, что отразилось на функциональной активности запирающего аппарата прямой кишки (рис.9).

Удовлетворительные результаты получены у 152 (71,1%) больных, при этом отсутствовали

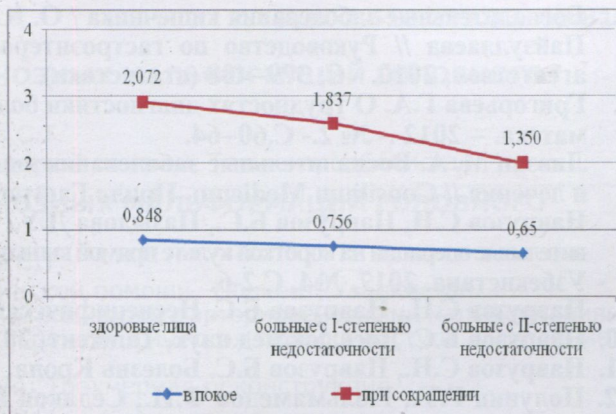


Рис. 10. Электромиография при язвенном колите и болезни Крона после операции

жалобы и клинические проявления, нормализовался регулярный стул 3-4 раза в день, восстанавливались показатели гомеостаза, трудоспособность, что повысило качество их жизни. Удовлетворительные результаты отмечены у 54 (25,5%) пациентов, жалобы которых включали: жидкий стул 4-6 раз в сутки, иногда - с выделением слизи и крови, общую слабость, но, следует особо подчеркнуть достигнутое восстановление трудоспособности.

Неудовлетворительными результатами считали незначительный эффект от лечения без восстановления трудоспособности у 6 (2,8%) больных.

#### Заключение

Показаниями к операции при ЯК и БК являются тотальное поражение воспалительно-язвенным процессом, наличие кишечных и внекишечных осложнений, неэффективность консервативной терапии и прогрессирование заболевания.

Операцией выбора при ЯК и БК являются тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением «низких» и «ультранизких» илео-ректальных анастомозов с помощью ЦСА.

Использование ЦСА в создании илео-ректальных анастомозов сокращает продолжительность операции на 30 мин., объем кровопотери на 110 мл., послеоперационные осложнения до 8,3%.

При крайне тяжелом состоянии больным целесообразно выполнять операцию «отключение кишечника» с формированием превентивной илеостомы, чтобы вывести больного из тяжелого состояния, а позже выполнить радикальную операцию.

#### Список литературы

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. – М.: «Гэотар-Мед», 2001.
2. Белоусова Е. А. Язвенный колит и болезнь Крона. - Тверь: Триада, 2002. - 128 с.
3. Воробьев Г.И. Болезнь Крона. /В кн. Основы колопроктологии. - Ростов-на Дону: Феникс, 2001 - С.261-279.
4. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. – М. Миклош, 2008.

5. Воспалительные заболевания кишечника / О. Ю. Рахимова, М. Ю. Юрков, И. П. Митрофанова, З. К. Пайзуллаева // Руководство по гастроэнтерологии - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. - С. 379-408 (статистика).
6. Григорьева Г.А. О трудностях диагностики болезни Крона в клинических примерах // Фарматека. - 2012. - № 2. - С.60-64.
7. Ливзан М. А. Воспалительные заболевания кишечника: современные аспекты диагностики и лечения // Consilium Medicum. Прил.: Гастроэнтерология. - 2010. - № 2. - С. 60-65.
8. Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Пазылова Д.У., Эгамбердиева Э.Х. Реконструктивно-восстановительные операции на короткой культе прямой кишки при язвенном колите. // Медицинский журнал Узбекистана. 2017. №4, С.2-6.
9. Наврузов С.Н., Наврузов Б.С. Неспецифический язвенный колит - Т.: Шарк, 2008.- 463с.
10. Наврузов Б.С. Дисс.док.мед.наук, Ташкент, 2011. С22-27.
11. Наврузов С.Н., Наврузов Б.С. Болезнь Крона. -Т.: Шарк, 2009 - 351 с.
12. Полунин Г.У., Гюльмамедов Ф.И., Седаков И.Е. // Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита и болезни Крона. Газета «Новости медицины и фармации» Гастроэнтерология (407) 2012 (тематический номер)
13. Садыгова Г.Г. Внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника: артриты, артропатия. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016.№6, С.101-106.
14. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Клиника, диагностика и лечение. - М.: «Миклош», 2004. С.88.
15. Rullier E, Laurent C, Bretagnol F, et al. Sphinctersaving resection for all rectal carcinomas the end of the 2-cm distal rule// Ann. Surg. - 2005/ -Vol. 241.N 3/-P.465-9.
16. Mearin F., Lacy B.E., Chang L., Chey W.D., Lembo A.J., Simren M., Spiller R. Bowek Disorders. Gastroenterology. 2016;150(6):1393-407.
17. McRorie J.W. Jr, McKeown N.M. Understanding the Physics of Functional Fibers in the Gastrointestinal Tract: An Evidence-Based Approach to Resolving Enduring Misconceptions about Insoluble and Soluble Fiber. J Acad Nutr Diet.2017;117(2):251-64.