

616.34
y 900



**ЎТКИР ИЧАК
ТУТИЛИШНИ
ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШДА ЯНГИ
ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ
ҚЎЛЛАШ**

МОНОГРАФИЯ

САМАРҚАНД

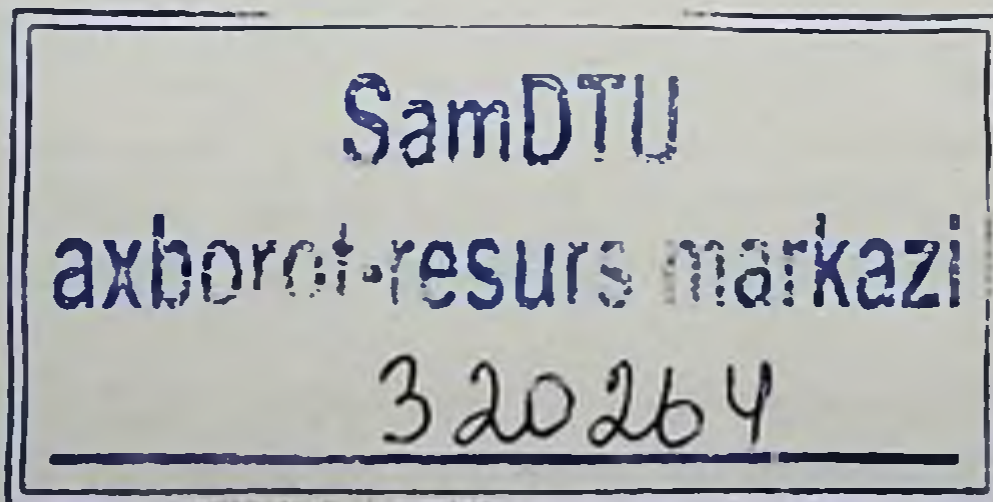
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

Т.Т. МАНСУРОВ, Н.А. ҚУРБОНОВ,

Р.Ф. АХМЕДОВ, Б.А. ЯНГИЕВ

ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ЯНГИ
ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ

Монография



САМАРҚАНД- 2024

UO'K: 616-002.1:004.9(075)

Ў90

КВК: 54.1

Мансуров Т.Т., Курбонов Н.А., Ахмедов Р.Ф., Янгиев Б.А.

Ўткир ичак тутилишини ташхислаш ва даволашда янги технологияларни қўллаш [Матн]: монография / Самарқанд давлат тиббиёт университети – Самарқанд.: "STEP-SEL" МЧЖ нашриёти, 2024 - 128 бет.

Такризчилар:

Рахманов К.Э. - Самарқанд давлат тиббиёт университети хирургик касалликлар №1, трансплантология ва урология кафедраси доценти, DSc.

Давлатов С.С. - Бухоро давлат тиббиёт институти факультет ва госпитал хирургия кафедраси доценти, PhD.

Монографияда ўткир ичак тутилишини ташхислаш, даволашда янги технологияларни қўллаш билан боғлиқ асосий назарий масалалар келтирилган. Ушбу касаллик хирургик даволаш усуллари танловининг кенглигига қарамасдан, бугунги кунда даволаш натижалари ҳали ҳам кониқарли бўлмай қолмоқда. Қорин бўшлиғи аъзоларида операциялар сонининг барқарор ўсиши ва уларнинг ҳажмининг кенгайиши ўткир ичак тутилиши бўлган беморлар сонининг тобора кўпайиши билан бирга келади. Ўткир ичак тутилишининг странгуляцион шаклларида ичак деворидаги қайтмас ўзгаришларнинг оғирлиги ва ривожланиш тезлиги, турли хил клиник кўриниш фонида ташхис қўйиш қийинлиги, жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш қийинлиги ва битишмалар олдини олиш учун самарали чора-тадбирлар етишмаслиги туфайли шошилиш корин жарроҳлигининг энг қийин муаммоларидан бири ҳисобланади. Ўткир ичак тутилишини диагностикасининг замонавий усуллариининг тадбик этилиши, хирургик тактикасини ишлаб чиқилиши ва касалликнинг профилактикаси беморларнинг даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради.

Монография хирурглар, комбустиологлар, магистрлар, клиник ординаторлар ва тиббиёт институти талабалари учун мўлжалланган.

Монография университет Кенгашининг 2024 - йил 16 - февралдаги 4 - сон мажлисида муҳокама қилинган ва нашрга тавсия этилган.

ISBN: 978-9910-720-03-1

© Т.Т. Мансуров ва бошқ, 2024 й.
© "STEP-SEL" МЧЖ нашриёти, 2024 й.

MUNDARIJA

МУҚАДДИМА	5
I БОБ. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШНИ ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШНИНГ ҲОЗИРГИ ТЕНДЕНЦИЯЛАРИ	8
1.1. Ўткир ичак тутилиши эпидемиологияси	8
1.2. Ўткир ичак тутилиши диагностикаси масалалари.....	10
1.2.1. Қорин бўшлиғининг маҳаллий рентгенографияси	10
1.2.2. Ошқозон-ичак тракти рентгеноконтраст текшириш	11
1.2.3. Қорин бўшлиғини ультратовуш текшируви.....	14
1.2.4. Компьютер томография	16
1.2.5. Магнит-резонанс томография	17
1.2.6. Колоноскопия	17
1.3. Ўткир ичак тутилишини даволашда замонавий ёндашувлар ..	17
1.3.1. Консерватив даволаш	17
1.3.2. Ўткир ичак тутилишини хирургик даволаш усуллари	20
II БОБ. КЛИНИК МАТЕРИАЛЛАР ВА ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ	24
2.1. Клиник материалнинг умумий хусусиятлари	24
2.2. Қўлланилган тадқиқот усулларининг умумий хусусиятлари ..	30
2.2.1. Жисмоний ва лаборатория тадқиқот усуллари	30
2.2.2. Инструментал диагностика усуллари	31
2.3. Ўтказилган даволаш тадбирларнинг хусусиятлари	33
2.4. ЎИТ да лапароскопик аралашувларни амалга ошириш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.....	35
2.5. ЎИТ да видеолапароскопик аралашувларни амалга ошириш техникаси	36
2.5. РНЦЭМП усули билан ичаклараро анастомозларни бажариш техникаси	41
2.6. Маълумотларни статистик қайта ишлаш ва таҳлил қилиш	43
III БОБ. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ ДИАГНОСТИКАСИ МАСАЛАЛАРИ	46
3.1. ЎИТ нинг турли шакллари клиник кечишининг хусусиятлари	46
3.2. ЎИТ турли шакллари нинг рентгенологик семиотикаси	50
3.2.1. Қориннинг умумий рентгенографияси	51
3.2.2. Ошқозон-ичак трактини рентгеноконтраст текшириш	57
3.2. ЎИТ нинг ультратовуш семиотикаси	59

3.3. ЎИТ да ичак деворининг шикастланишининг ультратовуш мезонлари.....	65
IV БОБ. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ	84
4.1. ЎИТ турли шаклларининг видеолапароскопик семиотикаси ..	84
4.2. Ўткир ичак тутилиши бўлган беморларда видеолапароскопияни қўллаш натижалари.....	88
V БОБ. ТАДҚИҚОТНИНГ АСОСИЙ НАТИЖАЛАРИ МУҲОКАМАСИ.....	98
ХОТИМА	107
АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	111
ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ.....	126

МУҚАДДИМА

Қорин бўшлиғи органларида операциялар сонининг барқарор ўсиши ва уларнинг ҳажмининг кенгайиши кузатилмоқда, бу табиий равишда ўткир ичак тутилиши (ЎИТ) бўлган беморлар сонининг тобора кўпайиши билан бирга келади. Ривожланган мамлакатларда ичак тутилишининг асосий сабаби битишма касаллиги бўлиб, ривожланаётган мамлакатларда ЎИТнинг нисбати тахминан ушбу касаллик этиологияси таркибидаги қисилган чурра билан тенглашади [1,2,3,4]. Шу билан бирга, 1994 йилда АҚШда ЎИТ ни жарроҳлик аралашуви ва стационар даволашнинг молиявий қиймати йилига 1,3 миллиард АҚШ долларига баҳоланди ва нисбатан "янги" нашрларда бу кўрсаткич йилига 2 миллиард АҚШ долларига баҳоланади [5,6,7]. Ўзбекистон Республикаси Соғликни Саклаш Вазирлигининг Саломатлик ва тиббий статистика институти маълумотларига кўра, мамлакатда ҳар йили 3-3,5 минг дан ортиқ бемор ўткир ичак тутилиши учун операция қилинади ва операциядан кейинги ўлим даражаси турли йилларда 5,7 дан 7,4% гача кузатилади [8].

1971 йилдаёқ Ю.М. Дедерер "ўткир ичак тутилиши жуда оғир кечиши, ташхис қўйиш қийинлиги ва касаллик оқибати нохушлиги жиҳатидан қайғули машҳурликка эга бўлди", деб ёзган [9]. Дарҳақиқат, ЎИТ нинг странгуляцион шаклларида ичак деворидаги қайтмас ўзгаришларнинг оғирлиги ва ривожланиш тезлиги, турли хил клиник кўриниш фонида ташхис қўйиш қийинлиги, жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш қийинлиги ва битишмалар олдини олиш учун самарали чора-тадбирлар етишмаслиги туфайли шошилиш қорин жарроҳлигининг энг қийин муаммоларидан бири ҳисобланади.

Сўнгги ўн йилликларда ЎИТ патогенезини тушуниш чуқурлашди, диагностика ва даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқилди ва анестезиологик таъминлаш ва экстракорпорал детоксификация усуллари яхшиланди. Кўплаб тадқиқотларда қорин парда жароҳатланиши, инфекция ва ёт жисмлар бўлиши қорин бўшлиғида битишмалар ривожлантириши жараёнидаги роли

кўрсатилди, битишмалар олдини олишнинг кўплаб турли усуллари таклиф қилинди ва синовдан ўтказилди [10]. Кундалик амалиётта корин бўшлиғининг ультратовуш текшируви, лапароскопия ва компьютер томографияси каби ичак тутилишини аниқлаш усуллари киради. Ўткир ичак тутилишининг даволаш-диагностик тактикаси такомиллаштирилмоқда. Операцияларнинг катта қисми касаллик бошланишидан кеч бажарилади, ЎИТ бўлган беморларни даволашда диагностик ва тактик хатолар тез-тез учраб туради, оптимал даволаш натижаларини таъминлаш учун ягона терапевтик ва диагностик тактика ишлаб чиқилмаган [11]. Леталликни таҳлил қилиш кўпинча кам сонли материаллар билан чекланади, салбий натижаларга олиб келадиган хавф омилларини аниқлаш ва баҳолашсиз, уларнинг олдини олиш учун самарали тизимни ишлаб чиқиш қийин. Видеолапароскопик технология кенг тарқалган ва кенг жорий қилиниши абдоминал жарроҳликда янги имкониятларни очиб берди, шунга қарамай, ЎИТ да лапароскопик аралашувларни ўтказишга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, уларни амалга оширишнинг техник жиҳатлари ва асоратларини олдини олиш юзасидан масалалар ҳал этилмаган.

Шу муносабат билан, видеолапароскопик техниканинг самарадорлигини ва хавфсизлигини ошириш мақсадида мавжуд анъанавий даволаш-диагностик тактикани ва видеолапароскопик техникадан фойдаланишда сўнгги йилларда орттирилган дастлабки тажрибани танқидий баҳолаш эҳтиёжи туғилди.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат: Амалий фойдаланиш учун ЎИТ турли хил клиник шакллариининг тўғридан-тўғри ва билвосита рентгенологик, МСКТ ва ультратовуш белгиларининг батафсил тасвирланган тавсифи, шунингдек, қисилган ичак ҳалқасининг ҳаётлийлигини баҳолашда тубдан янги ёндашув таклиф қилинган;

ЎИТ ни ташхислашда ва қисилган ичак деворининг морфо-функционал ҳолатини баҳолашда кенг клиник қўлланилиши учун ишлаб чиқилган ва таклиф қилинган ичак ҳаётлийлигини ультратовуш мезонларининг юқори амалий қиймати кўрсатилган,

ушбу мезонлар барча шошилиш тиббий ёрдам клиникаларида қўлланилиши мумкин, беморнинг тушагида фойдаланиш учун нисбатан арзон ва қулай текширув усули бўлиб, бу бемор ва тиббиёт ходимлари учун нурланиш таъсирига эга эмас;

Клиник фойдаланиш учун "ЎИТ бўлган беморларни ичак ҳолатини ультратовуш текшируви асосида бошқариш тактикасини танлаш" компьютер дастури таклиф этилган, бу дастур амалиёт ўтаётган жарроҳлар ва функционал диагностика бўйича мутахассислари учун қимматли қўлланма бўлиб, уларга текширув ва ушбу оғир жарроҳлик беморлари гуруҳига даволаниш тактикасини танлаш жараёнида интеллектуал ёрдам кўрсатади, бу патологияда видеолапароскопиядан фойдаланиш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни аниқлашда кўмаклашади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий ва ундан кам бўлмаган амалий аҳамиятини ЎИТ бўлган беморларда қисилган ичак деворининг ҳаётийлигини операциядан олдин баҳолашга тубдан янги услубий ёндашувни ишлаб чиқиш ташкил қилади. Ичакнинг морфо-функционал ҳолатини баҳолаш учун ушбу усулдан фойдаланиш қўшимча ускуналарни талаб қилмайди, бугунги кунда мунтазам равишда қўлланиладиган трансабдоминал ультратовуш муолажасини мураккаблаштирамайди ёки узайтирамайди, энтерал етишмовчилик синдроми билан кечадиган бошқа патологик ҳолатларда фойдаланиш учун кўп қирралиги билан ажралиб туради. ЎИТ да видеолапароскопияни қўллаш бўйича кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни аниқлаштириш ва даволаш тактикасини танлаш жараёнини "ЎИТ бўлган беморларни ичак ҳолатини ультратовуш текшируви асосида бошқариш тактикасини танлаш" компьютер дастури ёрдамида соддалаштириш ушбу оғир жарроҳлик беморлари гуруҳини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам беради.

І БОБ. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШНИ ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШНИНГ ҲОЗИРГИ ТЕНДЕНЦИЯЛАРИ

(адабиётлар шархи)

1.1. Ўткир ичак тутилиши эпидемиологияси

Ўткир ичак тутилиши (ЎИТ) ҳақи равишда 5 минг аҳолига тахминан 100 ҳолатда касалланиш даражаси билан шошилиш жарроҳликнинг энг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Фақатгина Қўшма Штатларда ЎИТлар улушига 30,000 дан ортиқ ўлим ва йилига 3 миллиард доллардан ортиқ тиббий харажатлар тўғри келади. Ичак тутилиши ўткир қорин билан касалхонага ётқизилган беморларнинг 15% да ташхис қўйилади, шошилиш жарроҳлик аралашувлар таркибида бу беморлар 20%га яқинни эгаллайди [15,27].

ЎИТ ни даволаш катта молиявий харажатлар билан боғлиқ. Krielen ва бошқ. [26] маълумотларига кўра битишмали ичак тутилишини консерватив даволашнинг ўртача нархи 2000 евродан ошади ва жарроҳлик даволаш – 16000 евродан ошади. Colonna ва бошқ. [24] ЎИТ нинг такрорий эпизодлари учун амалга оширилган операция қимматроқ, аммо айна пайтда самаралироқ эканлиги кўрсатишди. Аслида, битишмали ичак тутилишининг 1 ва 2-эпизодидан кейин жарроҳлик қиймати фарқи 1 643 АҚШ долларини ташкил қилди, бу кўрсаткич ҳаёт ҳар бир кейинги йил учун ҳаёт сифати ортиши билан 0,135 га ортиб боради (QALY).

Юқори касалланиш даражаси билан бир қаторда ЎИТ ўлим кўрсаткичлари билан ҳам ажралиб туради, тахминан 9-13% ни ташкил қилади ва бепарволик қилинган оғир ҳолатларда у 50-70% га етиши мумкин. Сўнгги йилларда ўлим даражасининг пасайиши кузатилган бўлса-да, шунга қарамай, ушбу кўрсаткичга кўра, ЎИТ абдоминал жарроҳликнинг барча ўткир шошилиш шароитлари орасида етакчи ўринни эгаллайди [28,29,30].

Механик ва динамик ичак тутилиши фаркланади. Биринчиси, ичак бўшлиғининг ички обструкцияси ёки унинг бирон соҳасини

ташки томондан компрессияси натижасида келиб чиқади, динамик ичак тутилиши дорилар таъсирида ичак перистальтикаси бостирилганда, жароҳатлар, операциядан кейинги эрта даврда, интоксикация ва бошқа ҳолатларда кузатилади [31,32].

90% ҳолларда ЎИТ сабаби битишмалар, вентрал чурралар ва ўсмалардир [33]. Жумладан, ингичка ичак тутилишининг барча ҳолатларининг 55-75% битишмали жараён туфайли келиб чиқади [34], ингичка ичак тутилишининг қолган ҳолатлари эса чурралар ва ўсмалар асосида ривожланади [15]. 60% ҳолларда йўгон ичак тутилишининг сабаби ўсма билан ичак тутилиши ҳисобланади [35], 30% ҳолларда – ичак буралиши ва дивертикулози [9]; қолган 10-15% ҳолларда бошқа патологик ҳолатлар аниқланади (карциноматоз, эндомиомиоз, ичак сегментининг чандикли стенози ва ҳоказо).

Битишмали ичак тутилиши хавфи колоректал, онкологик, гинекологик ёки педиатриядаги операциялардан кейин энг юқори бўлади [34,36]. Мисол учун, колектомия сўнг кейинги 3 йил ичида, ҳар ўнинчи беморда ЎИТ нинг камида бир эпизоди ривожланади [37]. Болаларда абдоминал операцияларидан кейин битишмали ЎИТ учун такрорий операциялар беморларнинг 4,2–12,6% да, йўгон ичак ўсмалари операцияларидан кейин эса 3,2% ҳолларда амалга оширилади [9,38].

Қайталаниш даражаси 19 дан 53% гача ўзгариб турадиган битишмали ичак тутилишининг қайталаниши жиддий клиник муаммодир [39,40]. ЎИТ консерватив ҳал қилингандан кейин 1-йил давомида битишмали ичак тутилишининг қайталаниши беморларнинг 12% да қайд этилади ва 5 йилдан кейин бу кўрсаткич 20% гача ошади. Шу ўринда кузатувларга кўра, битишмали ЎИТ жарроҳлик йўли билан даволангандан сўнг қайталаниш хавфи консерватив даволанишга қараганда нисбатан пастлиги аниқланди: 8 йилдан кейин 1% ва 5 йилдан кейин 16% [41].

Ҳар қандай абдоминал жарроҳликдан сўнг, беморда бутун умр битишмали ЎИТ ривожланиш хавфи қолади, аммо, бу асорат

кўпинча аралашувидан кейин биринчи 2 йил давомида ўзини намоён қилиши мумкин, такрорий эпизодлар операция қилинган беморнинг ҳаётида ҳар қандай вақтда кузатилиши мумкин [34,42,43], лекин ҳали ҳам ЎИТ рецидиви частотаси ёш беморларда юқори бўлиб қолмоқда [44]. Операция қилинган болаларда эрта ёшдан бошлаб битишмали асоратлар хавфи юқори бўлади [34]. Шундай қилиб, нисбатан яқинда нашр этилган тадқиқот шуни кўрсатдики, болалигида турли хил абдоминал операцияларини ўтказган ва кейинчалик ўртача 14,7 йил кузатилган 12,6% беморларда битишмали ингичка ичак тутилишининг ривожланишини қайд этилган [45].

Кекса беморларда ЎИТ билан боғлиқ яна бир муаммо биринчи ўринга чиқади. Қандли диабет билан оғриган кекса беморларда операцияни 24 соатдан кўпроқ вақтга кечиктириш 7,5% ҳолларда ўткир буйрак етишмовчилиги ва 4,8% ҳолларда ўткир миокард инфаркти ривожланишига олиб келиши таъкидланган [46]. Ушбу асоратларнинг частотаси 24 соат ичида операция қилинган шунга ўхшаш беморларга ва қандли диабетдан азият чекмайдиган одамларга нисбатан анча юқори эди.

1.2. Ўткир ичак тутилиши диагностикаси масалалари

1.2.1. Қорин бўшлиғининг маҳаллий рентгенографияси

ЎИТ да шикастланиш сабаби, даражаси ва оғирлигини ўз вақтида ва аниқ ташхислаш даволаш натижаларини белгилаб бериши умум эътироф этилган [47,48]. Касаллик бошланганидан 24 соат ўтгач операция қилинган шахсларда ўлим даражаси 30% дан ортиқ бўлиши мумкин [49]. Бундан ташқари, 8,5-24,4% ҳолларда операциядан олдинги ташхис ва операция вақтидаги топилмалар ўртасида тафовутлар бўлади [47]. Шу билан бирга, ушбу патологияни жарроҳлик даволашнинг қониқарсиз натижаларида аниқ клиник ва объектив диагностикадаги хатоликлар асосий рол ўйнайди [50].

Бугунги кунда ЎИТ диагностикасида етакчи рол рентген текширувига тегишли бўлиб, аксарият ҳолларда унинг

мавжудлигини тасдиқлаш ёки истисно қилиш, ошқозон-ичак тракти зарарланишининг сабаби, даражаси ва хусусиятини аниқлаш имконини беради [51,52].

Қорин бўшлиғи рентгенографияси ЎИТ га шубҳа қилинган беморларни инструментал текширишнинг дастлабки усули ҳисобланади. Ингичка ичак тутилиши бўлса, умумий рентгенография беморларнинг 50-60% да илеуснинг аниқ белгиларини олиш имконини беради, беморларнинг яна 20-30% да касалликнинг билвосита белгиларини кўрсатади ва фақат 10-20% ҳолларда тадқиқот маълумотсиз бўилиши мумкин [53,54].

Van Randen A. ва бошқ. [55] ЎИТ белгиларини аниқлашда қорин бўшлиғи рентгенографиясининг сезгирлиги касалликнинг фақат клиник кўринишини баҳолаш билан таққослаганда анча юқорилигини кўрсатишган: мос равишда 74% ва 57% ($p < 0,01$). Бироқ, ушбу усулларнинг ижобий натижасининг прогностик қиймати бир-биридан сезиларли даражада фарқ қилмади.

Йўғон ичак тутилишига шубҳа қилинган 140 беморда рентгенографиянинг диагностик қиймати баҳоланган бошқа бир тадқиқотда усулнинг сезгирлиги 84% ни, ўзига хослиги эса 72% ни ташкил этган [56].

1.2.2. Ошқозон-ичак тракти рентгеноконтраст текшириш

Ошқозон-ичак тракти рентгенологик текширувининг аниқлиги ичак бўшлиғига рентгенконтрастли восита киритилганда сезиларли даражада ошади. Энг қадимги ва энг кенг тарқалган усул 1911 йилда Г. Шварц томонидан таклиф қилинган барий сульфатнинг сувли суспензиясини ичак орқали ўтиш усули эди. Ҳозирги вақтда маълумотлилиги камлиги, узок давом этиши, нисбатан юқори нурланиш юки олиш [57] ва ичакнинг торайган қисмини қотиб қолган контраст модда билан тўсилиш хавфи туфайли бу усул анча кам қўлланилади [58].

Бугунги кунда битишмали ингичка ичак тутилишига шубҳа қилинган беморларда кенг қўлланиладиган сувда эрувчан контраст моддани пассаж усули энг кенг тарқалган ҳисобланади [59,60,61].

Шу билан бирга, агар контрастли восита препаратни кўллашдан 24 соат ўтгач олинган рентген тасвирларда йўғон ичакка етиб бормаса, унда жарроҳлик аралашуви зарурлиги масаласи кўтарилади [22]. Кўплаб тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ЎИТ да сувда эрувчан контраст моддалардан фойдаланиш жарроҳлик даволашга кўрсатмаларини аниқ аниқлашга имкон беради [59,60,62,63].

Ингичка ичакнинг битишмали тутилишида сувда эрувчан контраст моддаларни киритиш хавфсиз усул ҳисобланади, аммо улардан фойдалангандан кейин аспирацион пневмония ва ўпка шиши ҳолатлари тўғрисида алоҳида хабарлар эълон қилинди. Ушбу асоратларнинг олдини олиш учун муаллифлар назогастрал зонд билан ошқозон тўлиқ бўшатиладигандан сўнг контрастли воситани қабул қилишни маслаҳат беришади. Сувда эрувчан контраст моддаларнинг ошқозон-ичак тракти орқали ўтишининг яна бир потенциал ножўя таъсири ушбу дориларнинг юқори осмолярлиги билан боғлиқ бўлиб, бу ингичка ичак тутилиши бўлган беморнинг сувсизланишини янада кучайтириши ва ичак бўшлиғидаги суюқликнинг секвестрациясини ошириши мумкин. Ушбу омил, айниқса, ёш болалар ва кекса беморларда намоён бўлади, уларда плазма суюқлигининг йўқолиши гиповолемик шокка олиб келиши учун етарли бўлиши мумкин [64].

Перорал контраст моддаларни қабул қилгандан кейин камдан-кам учрайдиган анафилактик реакциялар ҳақида хабарлар эълон қилинган [64]. Гастропатия хавфи юқори бўлган беморларда контраст модда пассажини буюришда эҳтиёт бўлиш тавсия этилади [65].

Контрастли модданинг тавсия этилган дозаси 50-150 мл бўлиб, перорал ёки назогастрал зонд орқали амалга оширилади, бу микдор динамик кузатув ва даволаш жараёнининг бошида, шунингдек 48 соат давомида дастлабки анъанавий консерватив даволаш пайтида бир вақтнинг ўзида киритилиши мумкин. Консерватив даволаш пайтида сувда эрувчан контраст моддани киритиш амалиёти аспирацион пневмония ва сувсизланиш

хавфини камайтиришга ёрдам беради, чунки препарат адекват регидратациядан кейин бемор томонидан қабул қилинади [64,66].

Йўгон ичак тутилишига шубҳа қилинган беморларда барий сульфатнинг сувли суспензияси билан ирригография кўпроқ қўлланилади [67]. Ўткир йўгон ичак тутилишида ирригографиянинг диагностик аниқлиги 40-60% ни ташкил қилади [57], бу полипозицион тасвирларни олиш қийинчиликлари, фавқулодда вазиятларда ичакни тайёрлаш қоникарсизлиги билан боғлиқ.

Барқарор ҳолатда бўлган беморларда ичакни етарли даражада тайёрлашдан кейин умумий қабул қилинган усул бўйича икки томонлама контрастли ирригография ўтказиш мумкин [58]. Бирламчи кўш контрастлашнинг информативлиги сунъий ичак гипотонияси шароитида ортади ва йўгон ичак тутилишида 89,6-98% га етади, сувда эрувчан контрастли ирригографияда эса усулнинг сезгирлиги 96%, ўзига хослиги 98% ни ташкил этади [56]. Бирок, бу усул йўгон ичак тутилишининг турли сабабларини аниқ фарқлашга имкон бермайди.

Беморнинг аҳволи оғирлиги, ностабил гемодинамика, ичи бўш органи перфорацияси белгиларининг мавжудлиги рентген контрастли тадқиқотлар учун қарши кўрсатмалардир. Бундан ташқари, йўгон ичак тутилишида обструкция жойидан проксимал равишда барий сульфат аралашмасининг ўтиши патологик жараённинг кечишини оғирлаштириши мумкин [46]. Ультратовуш ёки КТ ни ўрганаётганда, ичакларда барий сульфат қолдиклари мавжудлиги текширув натижаларини бузиб мумкинлигини ёдда тутиш лозим [50].

Ушбу тоифадаги беморларда пневмоколонография ҳам қўлланилади, фақат контрастли восита сифатида ҳаво киритилади, аммо бу усул етарли даражада маълумотга эга эмас [47].

Баъзи мутахассислар ЎИТ рентгенодиагностикасида ичакка контраст модда юборишдан фойдаланиш ҳар доим ўзини оқламайди ва фақат диагностика жараёни давомийлигини узайтиради ва беморга радиация юқини оширади [50], шунинг

учун, улар бу усулни чекланган кўрсатмаларга кўра қўллашни тавсия қилишган [68].

1.2.3. Қорин бўшлиғини ультратовуш текшируви

Ультратовуш текшируви (ультратовуш) ЎИТ диагностикасида тобора кўпроқ қўлланила бошлади, ушбу усул соддалиги, қулайлиги, нисбатан арзонлиги, ноинвазивлиги, самарадорлиги билан ажралиб туради ва радиация таъсирига боғлиқ эмас, ичак перисталтикасини реал вақтда баҳолашга имкон беради [19]. Ичак тутилиши даражасига қараб, усулнинг сезгирлиги 69-98% гача ва ингичка ичак ҳамда йўгон ичакнинг ўнг қисмининг ўткир механик тутилишида максимал даражада бўлади. Ультратовушнинг сезгирлигига ЎИТ да ошувчи ичак пневматози даражаси салбий таъсир қилади, бу билан йўгон ичакнинг чап ярмини адекват визуализацияни қийинлаштиради, шунингдек семириш ва қорин бўшлиғида илгари ўтказилган операциялардан кейин чандиқларни УТ сезгирлигини камайтиради [69,70].

Ингичка ичак тутилишининг ультратовуш белгилари ичак туткичларининг кенгайиши, уларнинг перистальтик фаоллиги сезиларли даражада пасайиши ёки йўклиги ҳисобланади [71,72]. Ингичка ичак тутилиши диагностикасида сонография 90% сезгирликни ва 96% ўзига хосликни ҳам кўрсатади [73].

Ультратовуш жуда камдан-кам ҳолларда диаметри 3-4 см дан кичик бўлган ичак ўсмаларини визуализация қилишга имкон беради, чунки ёмон сифатли ўсмалар ва ичак деворларининг эхогенлиги кам фарқ қилади [74]. Йўгон ичакнинг бўшлиғига махсус диагностик аралашмаларини олдиндан киритилганда диаметри 3 см дан кичик бўлган ўсмаларни аниқлашда ва йўгон ичак айланасининг $\frac{1}{2}$ дан кам қисмини зарарлаганда ультратовушнинг маълумотлилик қиймати 86% га етиши мумкин, аммо бу усул мураккаблиги, текширув давомийлиги узоклиги, беморлар яхши қабул қилмасликлари туфайли кенг қўлланилмади [75].

Ультратовуш ёрдамида йўгон ичак тутилишини визуализация қилиш сифати компьютер томографияси каби деярли яхши, аммо иккинчиси ультратовушга қараганда ингичка ва йўгон ичак тутилишининг сабабини аниқлашда аниқ афзалликларга эга [16,76]. Бирок, ультратовуш текшируви йўгон ичак тутилишини ташхислашда қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси билан солиштирганда кўпроқ маълумотли ҳисобланади [77]. Ультратовушнинг классик рентгенологик усулларга нисбатан афзаллиги дуплекс сканерлаш ва рангли доплер хариталаш ёрдамида ичак деворидаги қон оқимини ўрганиш имкониятидир.

Бундан ташқари, ультратовуш баъзи ҳолларда паренхимал органлар, қорин парда орти ва висцерал лимфа тугунларида мавжуд метастазларни визуализация қилиш мумкин [78]. Трансабдоминал, трансректал, трансвагинал ва эндоскопик ультратовуш усуллари биргаликда қўллаш билан жигар метастазларини аниқлашда усулнинг сезгирлиги 80% га етиши мумкин, аммо лимфа тугунлари метастазларини ташхислашда бу кўрсаткич 32% дан ошмайди [78,79].

Balthazar E.J. et al. маълумотларига кўра ультратовуш ёрдамида ЎИТ этиологиясини қам ҳолатларда (35,7% гача ҳолларда) аниқлаш мумкин [80]. Шунинг учун текширув натижалари ва уларни талқин қилиш мутахассиснинг тажрибасига ва бошқа бир қатор субъектив омилларга боғлиқ [81].

Шундай қилиб, турли хил ультратовуш усулларида фойдаланиш ЎИТ мавжудлигини шубҳа қилиш ёки тасдиқлаш, баъзи ҳолларда шикастланиш даражасини баҳолаш ва шикастланиш сабабини тақлиф қилиш, лимфа тугунлари ва паренхиматоз органларнинг метастатик шикастланишларини аниқлаш имконини беради, аммо шунга қарамай бошқа тадқиқот усуллари билан тасдиқлашни талаб қилади, хусусан компьютер томографияси билан.

1.2.4. Компьютер томография

Вена ичига юбориладиган контрастли компьютер томографиясининг диагностика аниқлиги қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси ва ультратовуш текширувининг аниқлигидан сезиларли даражада ошади. Юқори сезувчанлик ва ўзига хосликдан ташқари, компьютер томографиясининг муҳим афзаллиги унинг ичак тутилишининг асосий сабаби ҳақида маълумот бериш ёки ЎИТ ни истисно қилинганда муқобил патологияни аниқлаш қобилиятидир. Компьютер томография беморни бошқариш тактикасини янада аниқ танлаш ва бўлажак операция ҳажми ва характерини янада оқилона режалаштиришга хисса қўшади [54].

Ингичка ичак тутилишига шубҳа қилинган беморларда МСКТ тадқиқотлари давомида контрастли воситани перорал юборишга эҳтиёж бўлмайди, чунки ичакнинг кенгайган ҳалқаларида мавжуд бўлган бўшлиғ ичидаги суюқлик ва газ жуда яхши контраст моддалардир [82]. Агар йўгон ичак тутилиши борлигига шубҳа туғилса, ташхис МСКТ колонографияси билан сувда эрувчан контраст моддани трансанал қўлланилиши билан осонлашади [83,84,85].

Компьютер томографияси шунингдек ўсимали ичак тутилиши босқичини аниқлаш ва ичак перфорацияси ҳамда перитонит каби ривожланган асоратларни аниқлаш имконини беради [86]. ЎИТ бўлган беморларда даволаш тактикасини аниқлашда, айниқса битишмали ингичка ичак тутилиши ва сигмасимон ичак буралишида ишемия ва ичак некрозини ўз вақтида аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Компьютер томографияси ичак девори, унинг томирлари, ичак туткичи ва катта чарви ҳолатини аниқ баҳолашга имкон беради. МСКТ нинг сезгирлиги 75 дан 100% гача, ўзига хослиги эса 61 дан 93% гача ўзгаради [87].

ЎИТ клиникаси бўлган беморларда ички қисилган чурралар диагностикаси уларнинг характерли клиник белгилари йўқлиги сабабли қийин вазифа ҳисобланади [88]. Бундай ички чурраларни

операциядан олдин фақат компьютер томографияси ёрдамида аниқ ташхислаш мумкин [89].

1.2.5. Магнит-резонанс томография

ЎИТ бўлган болалар ва ҳомиладор аёлларда ионлаштирувчи нурланиш таъсирини минималлаштириш учун компьютер томографиясига самарали алтернатив сифатида магнит-резонанс томография қўлланилади [90], бу истиқболли тадқиқот 95% сезгирлик ва 100% ўзига хосликни намойиш этган [91].

1.2.6. Колоноскопия

Агар ЎИТ га шубҳа қилинган бўлса, колоноскопиянинг роли йўғон ичак тутилишини ташхислаш билан чекланади. Техника йўғон ичак тутилишининг бошқа сабабларини истисно қилиш, хавфли ўсмага шубҳа қилинган тақдирда биопсия материалини олиш учун, шошилиш операцияга кўрсатма бўлмаса ёки эндоскопик стент ўрнатиш режалаштирилган бўлса, ишлатилади [41]. Колоноскопияни амалга ошираётганда карбонат ангидриднинг инсуффляциясига интилиш керак, бу оддий ҳаво инсуффляциясига нисбатан яхшироқ альтернатив бўлиб, маълумки ҳаво узок вақт давомида қорин шиши, оғриқлар юзага келиши ва ноқулайлик пайдо қилади. Бундан ташқари, CO₂ йўғон ичакдан ҳавога қараганда 150 марта тезроқ сўрилади ва ичак ишемияси хавфини камайтиради, бу эса спазм ва оғриқнинг камайишига олиб келади [92].

1.3. Ўткир ичак тутилишини даволашда замонавий ёндашувлар

1.3.1. Консерватив даволаш

Консерватив даво ичакнинг ишемияси/тешилишининг аниқ белгилари бўлмаса, битишмалли ингичка ичак тутилишини бўлган барча беморларда операциясиз даволаш мумкин бўлиши асосидир. Ҳозирги вақтда операциядан олдинги даволашнинг мақбул давомийлиги тўғрисида келишув мавжуд эмас. **SanDTU** ахборот-ресурс маркази

соатлик фаол кутиш тактикасини хавфсиз ва мақбул деб ҳисоблашади [22]. ЎИТ консерватив даволашнинг асосий элементи назогастрал аспирация ёки узун ичак зонди ёрдамида дорилар ва суюқликларни перорал юбориш ва ошқозон-ичак трактининг декомпрессиясини истисно қилишдир. Адабиётларда назогастрал найчаларга нисбатан узун уч тешикли назоинтестинал зондларнинг афзалликларини кўрсатиб, битишмали ингичка ичак тугилишда узун ичак найчаларини қўллаш натижалари муҳокама қилинган хабарлар мавжуд, аммо уларни ўрнатиш эндоскопик киритишни талаб қилади [93].

Сувда эрийдиган контрастли моддаларни бошқариш самарадорлиги ва хавфсизлиги тўғрисидаги маълумотлар эълон қилинган, бу битишмали ингичка ичак тугилиши бўлган беморларда жарроҳлик аралашувига бўлган эҳтиёжни сезиларли даражада камайтириш, шунингдек, ЎИТ ни ҳал қилиш вақтини ва стационарда бўлиш давомийлигини сезиларли даражада камайтириш билан боғлиқ. Сувда эрувчан контрастнинг киритилиши асоратлар ёки ўлим ҳолатларига салбий таъсир кўрсатмайдиган хавфсиз даволаш усули эканлиги кўрсатилди [59,60].

Консерватив даволашдан кейин 1 йил ичида битишмали ингичка ичак тугилишининг қайталаниш даражаси 12% ни ташкил қилади ва 5 йилдан сўнг бу кўрсаткич 20% га ошади [41].

Қисилган чурра туфайли ЎИТ бўлса, уни дарҳол қўлда тўғрилашга уриниш тавсия этилади. Чурра репозицияси муваффақиясиз ўтказилган такдирда шошилиш операция кўрсатилади [94,95]. Қисилган чуррани қўлда тўғрилашга муваффақ бўлинган барча беморларда режалаштирилган ҳолда чуррани кесиш операцияси ўтказилади.

ЎИТ нинг махсус шакли дивертикуляр тугилиш бўлиб, дивертикулитнинг кўплаб хуружларидан сўнг ичак девори фибрози ривожланиши ва йўғон ичак бўшлиғининг торайиши туфайли юзага келади; бошқа баъзи ҳолларда йўғон ичак тугилиши ўткир дивертикулит фониди ичак деворининг

яллиғланишли шиши туфайли бўлиши мумкин. Шикастланиш даражаси одатда сигмасимон ичакда жойлашади, коида тарикасида окклюзия тўлик эмас ва консерватив чоралар билан ҳал қилинади [96].

Сигмасимон ичак буралишида колоноскопиядан фойдаланиш нафақат ичакнинг ҳаётийлигини баҳолашга, балки унинг деторсиясига эришишга ҳам имкон беради. Йўғон ичак некрози аникланса, бемор шошилиш операция қилинади. Йўғон ичак некрози бўлмаса, муваффақиятли эндоскопик деторсия шошилиш вазиятни худди шу госпитализацияда режалаштирилган ҳолатга айлантириши мумкин. Колоноскопик деторсия оддий ва минимал инвазив муолажа бўлиб, самарадорлиги 70 дан 95% гача ва асорат даражаси 4% дан ошмайди. Бирок, яқинда чоп этилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бу муолажадан кейин ўлим даражаси тахминан 3% ни ташкил қилади ва такрорланиш даражаси 71% га етади [97,98].

Йўғон ичак тутилишини консерватив даволаш арсеналида колостомия билан солиштирганда афзалроқ бўлган ўз-ўзини кенгайтирувчи металл стентлар ҳам қўлланилади, чунки улар ҳаёт сифатининг сезиларли яхши кўрсаткичлари, ўлим ва асоратларнинг ўхшаш кўрсаткичлари ва стационарда қолиш муддатининг қисқариши билан боғлиқ [99]. Бундан ташқари, йўғон ичакнинг чап ярмида ўсмали обструкцияси ҳолатида ўз-ўзини кенгайтирувчи металл стентлар ўрнатиш беморни режалаштирилган радикал жарроҳлик учун тайёрлаш имкони беради. Режалаштириш асосда амалга оширилган жарроҳлик аралашувлар шошилиш операцияларга қараганда операциядан кейинги даврнинг тезроқ яхши натижалари бериши, ташқи ичак стомалари шаклланишининг частотаси пастлиги билан тавсифланади. Бирок, шошилиш ва режалаштирилган операцияларнинг узок муддатли натижалари таққосланиши мумкин, аммо онкологик маълумотлар ҳали ҳам етарли эмас. Шундай қилиб, ўз-ўзини кенгайтирувчи металл стент ўрнатишни йўғон ичакнинг чап ярмида ўсмали тутилишни даволаш учун

танлов усули сифатида кўриб керак эмас, ушбу усулни алоҳида ҳолларда ва катта тажрибага эга марказларида қўллаш мақсадга мувофиқ [100,101,102,103].

1.3.2. Ўткир ичак тутилишини хирургик даволаш усуллари

Тарихан кенг лапаротомия йўли билан очик абдоминал адгезиолиз узок вақтдан бери битишмали ЎИТ бўлган беморларда перфорация ёки ичак некрози юз берганда, шунингдек, консерватив даво самарасиз бўлганда стандарт жарроҳлик даволаш усули бўлиб келган [34,104]. Жарроҳлик даволаш сўнг ЎИТ рецидивланиши хавфи 1 йилдан кейин 8% ва 5 йилдан кейин 16% лиги, бу консерватив даволашга нисбатан бир оз паст эканлигини қайд этилган [105].

Сўнгги ўн йилликларда битишмали ингичка ичак тутилиши бўлган беморларда операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтиришга ҳисса қўшган адгезиолизнинг лапароскопик усули жорий этилди. Аммо лапароскопик операцияда ятроген ичакнинг шикастланиш хавфи юқори бўлиб қолмоқда. Шунинг учун лапароскопик жарроҳлик учун кўрсатмалар ва ушбу аралашув учун беморларни синчковлик билан танлаш масалалари очик қолмоқда ва ҳозирги вақтда ушбу йўналишда бир қатор рандомизацияланган тадқиқотлар олиб борилмоқда [61,106,107].

Quah G.S. ва бошқ. [108] нинг мета-таҳлилида, ингичка ичак битишмали ичак тутилиши бўлган 38927 нафар беморларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини ўз ичига олган 18 та ҳолат-назорат тадқиқотлар натижаларини сарҳисоби келтирилган бўлиб, битишмали ЎИТ нинг лапароскопик адгезиолизида ўлим даражаси пастлиги (1,6% га нисбатан очик операцияда 4,9%, $p < 0,001$) ва асоратлари камлиги (11,2% га нисбатан 30,9%, $p < 0,001$) кўрсатилган. Лапароскопик аралашувлардан сўнг такрорий операцияларнинг частотаси паст (,5% нисбатан очик операцияда 6,5%, $p = 0,017$), операциянинг ўртача вақти қисқарок (89 дақиқага нисбатан 104 дақиқа, $p < 0,001$) ва стационарда даволаниш муддатлари қисқарок (6,7 кунга нисбатан 11,6 кун, $p < 0,001$).

Pei K.Y. va бошқ. Америка жарроҳлик коллежининг жарроҳлик ёрдам сифатини оширишнинг Миллий лойиҳасининг маълумотлар базаси асосидаги ингичка ичак тутилишини лапароскопик даволаш усуллари тенденцияларини ва лапароскопик усулларни жорий этиш суръатларини ўрганишган [109]. 2005 йилдан 2013 йилгача ингичка ичак тутилиши юзасидан ўтказилган 9920 та лапароскопик ва 3269 та очик операциялар натижаларини ретроспектив таҳлили шуни кўрсатдики, миллий масштабда лапароскопик аралашувлар улуши ўртача 1,6% ($R^2=0,87$) гача ошди – 2006 йилда - 17,2% дан 2013 йилда 28,7%. Очик операциялар лапароскопик аралашувларга қараганда жарроҳлик муолажасининг давомийлиги ошиши (66 га нисбатан 60 мин, $p<0,001$), стационарда даволаниш муддатининг чўзилиши (8, га нисбатан 4,2 кун, $p<0,001$) ва операциядан кейинги асоратларнинг частотаси юқорилиги (ОШ=2,73; 95%ДИ 2,36–3,15; $P<0,001$) билан характерланди.

Нашрларга қараганда, бугунги кунда ЎИТ ни жарроҳлик даволаш тактикасини танлашдаги асосий карама-қаршилик аралашув вақти билан боғлиқ. Ичак тутилиши бўлган беморларни узок муддатли консерватив даволашда асосий хавф ичак странгуляцияси ва шу билан боғлиқ асоратларни ривожланиш хавфи бўлиб, шу сабабли консерватив даволанишнинг рухсат этилган давомийлиги масаласи фаол муҳокама қилинмоқда. Баъзи муаллифлар даволанишни консерватив чоралар билан бошлашни афзал кўришади [110,111,112,113], бошқалари эса [114,115] бу операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтиришга ёрдам беради деб ишониб, ЎИТ учун эрта аралашувларни тавсия қилади. Бироқ, Najibandeh S. et al. [116] ўлим, асоратлар частотаси ва такрорий жарроҳлик аралашувлар ва стационар даволаниш давомийлиги бўйича кўрсатилган икки стратегия ўртасида сезиларли фарқни аниқламади, аммо шунга қарамай, эрта жарроҳлик аралашувлар гуруҳида рецидив хавфи паст бўлди.

ЎИТ рецидивининг частотаси пастлиги фаол жарроҳлик тактикасининг ягона афзаллиги бўлиб туюлади, аммо ушбу

мезонни баҳолашга кузатув давомийлиги ва такрорий хуружлар сонини ҳисобга олган ҳолда муурожаат қилиш керак. Биз ўрганган нашрлар, қонда тарикасида, ЎИТ ни бошқариш бўйича турли хил стратегияларга эга бўлган гуруҳлардаги рецидивлар сони кўрсатилган, аммо ҳар бир гуруҳда ўртача кузатув даври кўрсатилмаган. Шу муносабат билан ЎИТ ни жарроҳлик йўли билан даволашнинг афзалликлари операция билан боғлиқ маълум хавфлар билан таққосланиши керак, айниқса йўлдош касалликларга чалинган беморларда ва қарияларда. Операциядан кейинги асоратлар беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтириши мумкин [117]. Бундан ташқари, ЎИТ бўлган беморнинг йўлдош касалликлари ва бошқа тиббий хусусиятлари операциядан кейинги асоратларни ривожланиши учун муҳим хавф омиллари бўлиб хизмат қилиши мумкин. Јерресен ва бошқ. [118] сурункали нефропатия, ўпка обструктив касаллиги ва стероидлар билан даволаш ЎИТ бўлган беморларда операциядан кейинги асоратларни юқори кўрсаткичлари билан боғлиқ, деб топишди. Бундан ташқари, худди шу тадқиқот шуни кўрсатдики, паст жисмоний фаоллик, метаболик синдром ва операциядан олдин қон қуйиш ўлим учун мустақил хавф омиллари бўлган.

Боб бўйича хулоса

Операциядан кейинги асоратларни ва ўлим частотасининг юқори кўрсаткичларини ҳисобга олган ҳолда, ЎИТ муаммолари замонавий жарроҳликда ўз долзарблигини саклаб қолмоқда. Ҳозирги вақтда тадқиқотчилар ушбу хавфли жарроҳлик касаллигини ташхислашнинг янги истиқболли усулларига жуда қизиқишмоқда, жумладан ичак ўсмалари биомаркерларини аниқлаш ва патологик жараённи эндовизуализация қилишнинг юқори технологик усуллари, масалан, компьютер томографияси ва магнит-резонанс томография. Шу билан бирга, кундалик клиник амалиётда ультратовуш, қорин бўшлиғи рентгенографияси ва беморни текширишнинг классик усуллари – шикоятлар, анамнез

йиғиш ва объектив ҳолатни аниқлаш каби мунтазам тадқиқот усуллари ўз аҳамиятини сақлаб қолади.

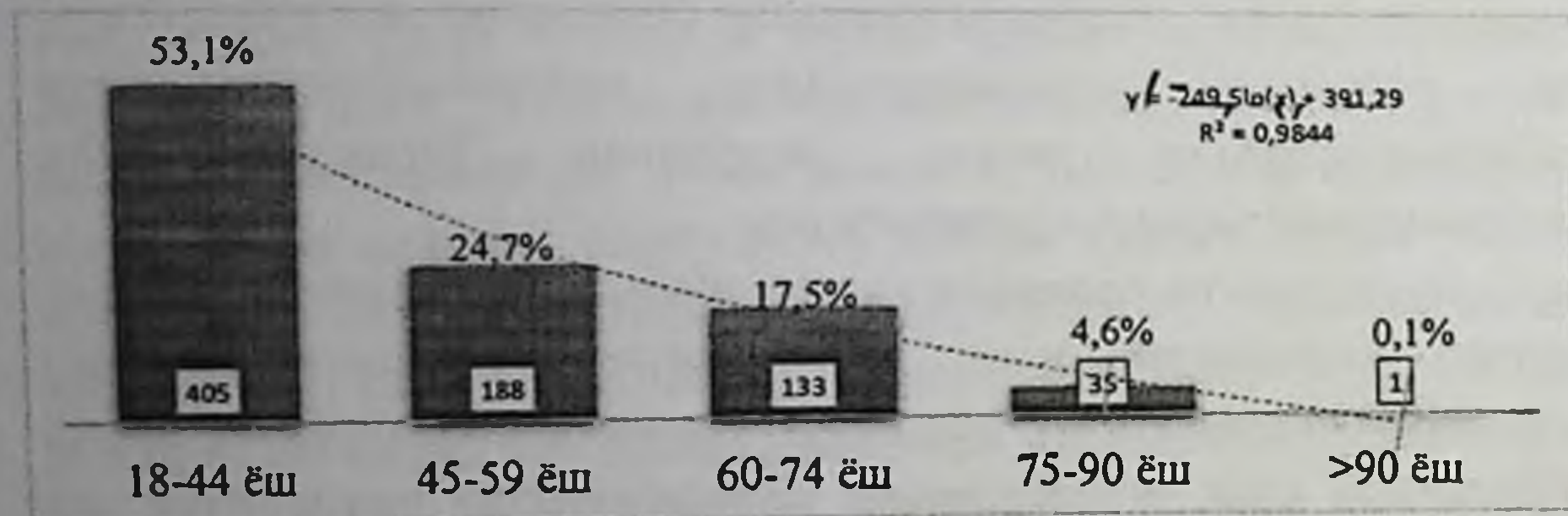
ЎИТ бўлган беморлар учун асосий бошқарув стратегиясини – консерватив даволаш ёки эрта жарроҳлик аралашувини танлаш ҳали ҳам мунозарали бўлиб қолмоқда. Ичак тугилишини жарроҳлик ва консерватив даволашга оид замонавий адабиётлар куйидаги камчиликларга эга: 1) жарроҳлик ва консерватив гуруҳлардаги популяциялар страгуляцияга шубҳа қилиш каби дастлабки хусусиятлар жиҳатидан таққосланмайди; 2) кўпгина мавжуд нашрларда жарроҳлик аралашуви вақти (эрта ёки кечиктирилган операция) ҳар доим ҳам кўрсатилмайди; 3) ЎИТ нинг рецидивгача бўлган вақт ва рецидивлар сони каби муҳим даволаш натижалари тўғрисида етарли маълумот йўқ; 4) мавжуд тадқиқотларнинг аксарияти далиллар базасининг ишончлилигини ва статистик маълумотларнинг минималлаштирилишини таъминламайдиган кичик намунавий ўлчамларга эга рандомизацияланмаган дизайнга эга.

Бу патологик ҳолатини илдиз сабаби аниқ олдинги операция, чунки битишмали ичак тугилишини жарроҳлик даволаш парадоксал ёндашувдек кўринади. Аммо шунга қарамай, қорин бўшлиғида ичак тугилишининг муваффақиятли консерватив ҳал қилинганда ушбу илеус эпизодига сабаб бўлган ва рецидивга олиб келиши мумкин бўлган битишмалар сақланиб қолмоқда. Аммо, бошқа томондан, ҳар бир кейинги жарроҳлик аралашув тобора кўпроқ битишмалар манбаи бўлиши мумкин. Бу ечими қийин дилемма ЎИТ бўлган беморларни бошқаришда бир стратегия танлашдаги мезонлар жарроҳлар орасида ноаниқлик учун асосий сабаб ҳисобланади, битишмали касаллик бўлган беморларда профилактик жарроҳлик учун ҳеч қандай аниқ тавсиялар мавжуд эмас, консерватив даволашнинг хавфсиз муддати ва жарроҳлик даволашни бошлашнинг оптимал муддати аниқланмаган.

II БОБ. КЛИНИК МАТЕРИАЛЛАР ВА ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

2.1. Клиник материалнинг умумий хусусиятлари

Диссертация иши РНЦЭМП Самарканд филиалида 2010 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда операция қилинган ўткир ичак тутилиши билан оғриган 762 нафар беморни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари таҳлиliga асосланган. Бизнинг кузатишларимиз шунинг кўрсатадики, ўИТ касаллиги ёшга тескари пропорционалдир ($R^2 = 0,9844$): беморларнинг ярмидан кўпи (53,1%) ёш, ўрта ёшдаги одамлар барча беморларнинг чорак қисмини (24,7%), ҳатто ундан камроғини кекса ва қари беморлар ташкил этди, мос равишда 17,5 ва 4,6%. Ва фақат 1 (0,1%) бемор 92 ёшда эди.

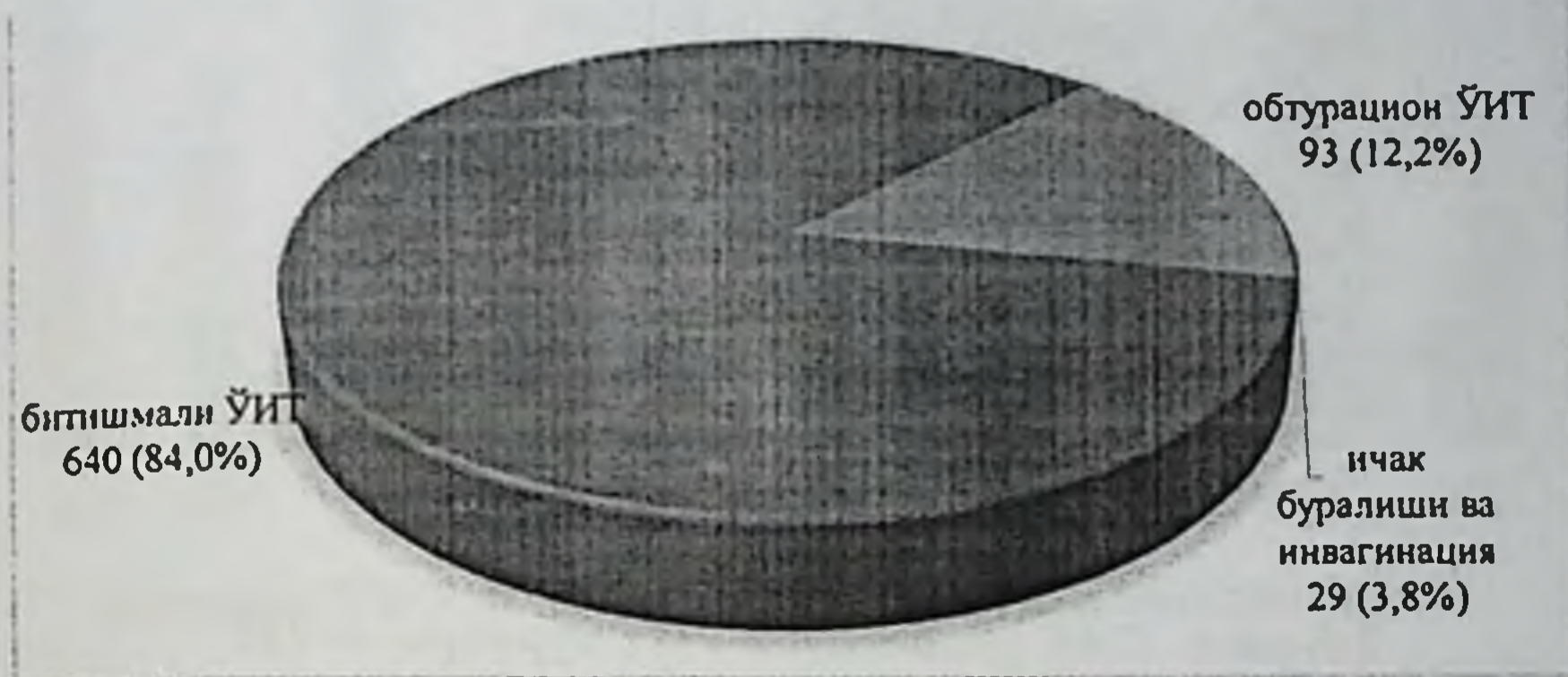


2.1-расм. ўИТ бўлган беморларнинг ёшига кўра тақсимланиши

ўИТ структурасида 640 (84,0%) беморларда ташхис қўйилган битишмали ичак тутилиши устун бўлди. Обтурацион ўИТ нисбатан кам кузатилди - 93 (12,2%) беморларда, шунингдек долихосигма буралиши ва инвагинациянинг турли шакллари сезиларли даражада кам кузатилди (29 (3,8%) ҳолатларда) (2.2-расм).

Операция қилинган барча беморлардан ($n=762$) бирламчи очик жарроҳлик аралашиви 529 (69,4%) беморда ўтказилди (2.1-жадвал). 233 (30,6%) ҳолатда жарроҳлик аралашуви лапароскопик усул қўлланилиши билан бошланди, жумладан 192 (25,2) беморда

– битишмали ичак тугилиши, 31 (4,1%) – обтурацион ЎИТ ва 10 (1,3%) – ичаклар буралши ва инвагинации.



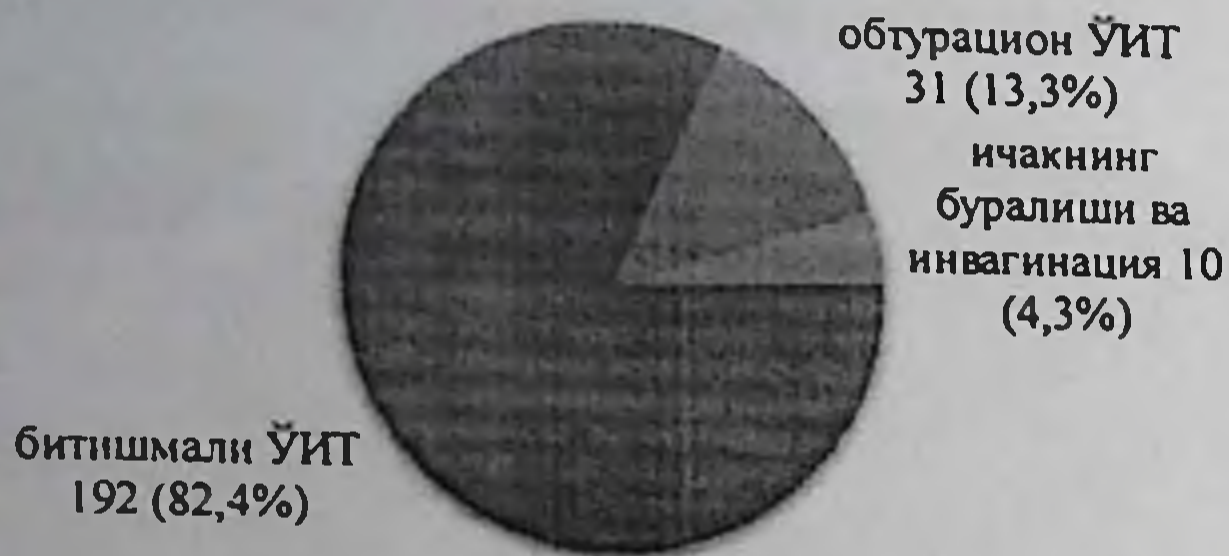
2.2-расм. ЎИТ этиологик структураси, n=762.

2.1-жадвал

ЎИТ турли шакллари юзасидан очик ва лапароскопик аралашув улуши

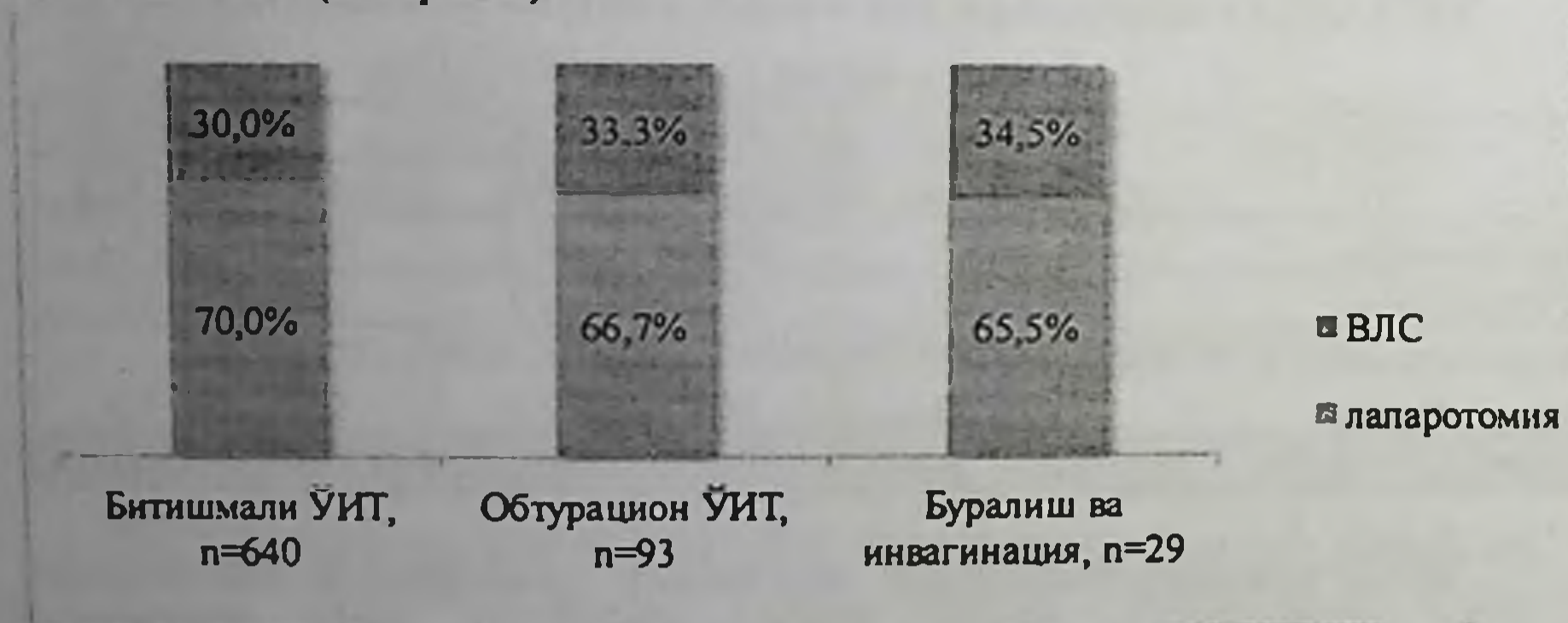
ЎИТ тури	Жами бемор	Лапаротомия		ВЛС	
		абс.	%	абс.	%
Битишмали	640	448	58,8	192	25,2
Обтурацион	93	62	8,1	31	4,1
Буралши ва инвагинация	29	19	2,5	10	1,3
Жами	762	529	69,4	233	30,6

ВЛС аралашувларининг этиологик тугилишида битишмали ичак тугилиши учун қилинган операциялар билан мутлако устунлик қилди-192 (82,4%) беморларда, обтурацион ЎИТ бўлган беморларда структурив ОСН (31; 13,3%) ва ичакнинг инверсияси ва инвагинацияси бўлган беморларда (10; 4,3%) лапароскопик операциялар жуда кам учради (2.3-расм), бу кўп жиҳатдан жарроҳлик аралашуви ўтказган беморларда ЎИТ сабабларининг умумий структурасида акс этади.



2.3-расм. ВЛС ўтказилган ҶИТ турлари, n=132

ҶИТ нинг барча этиологик шаклларида лапароскопик аралашувларнинг улуши тахминан бир хил бўлди ва 30,0-34,5% ни ташкил этди (2.4-расм).



2.4-расм. ҶИТ нинг барча этиологик шаклларида ВЛС аралашувларнинг улуши, n=762

Шу билан бирга, ичак тутилиши бўлган беморларда ВЛС операцияларининг улуши сўнгги бир неча йил ичида сезиларли даражада ошиб, ушбу технологияни жорий этишнинг биринчи 2010 йилида 8% дан 2019 йилгача 66% га етди (2.5-расм).



2.5-расм. ЎИТ да очик ва ВЛС операцияларининг сони

Бизнинг кузатишларимиз шуни кўрсатадики, битишмали ичак тутилишида (n=640) ичак найчасининг блоки кўп ҳолларда (74,5%) ингичка ичак даражасида жойлашади, обтурацион ичак тутилиши (n=93) ва ичак буралишида (n=29) йўгон ичак илеуси қайд этилади (мос равишда 82,8 ва 65,5%, $p < 0,001$) (2.2-жадвал).

2.2-жадвал

Беморларни ЎИТ нинг табиати ва даражаси бўйича тақсимланиши

Тутилиш тури	Зарарланиш даражаси			
	Ингичка ичак		Йўгон ичак	
	абс.	%	абс.	%
Битишмали ЎИТ, n=640	477	74,5	163	25,5
Обтурацион ЎИТ, n=93	16	17,2	77	82,8
Буралиш ва инвагинация, n=29	10	34,5	19	65,5
χ^2 -тест	df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=132,294$, $\chi^2_{\text{крит}}=9,21$, $p < 0,001$			
Жами, n=762	503	66,0	259	34,0

Ушбу диссертация тадқиқотининг дизайни ЎИТ нинг турли шакллари бўлган беморларда очик ва лапароскопик аралашувлар натижаларини қиёсий таҳлил қилишга асосланган. Шу муносабат билан ЎИТ ташхиси билан барча операция қилинган 762 бемор,

ишлатиладиган бирламчи жарроҳлик ёрдамига қараб, 2 гуруҳга бўлинди (2.3-жадвал):

1) бирламчи лапаротомия аралашуви ўтказилган гуруҳ, 529 (69,4%) беморларни ўз ичига олди;

2) диагностик лапароскопия билан жарроҳлик аралашуви бошланган гуруҳ, 233 (30,6%) беморлардан иборат.

Иккала гуруҳдаги эркаклар ва аёлларнинг нисбати тахминан 1:1 (399 (52,4%) эркаклар ва 363 (47,6%) аёллар) ни ташкил этди, ВЛС гуруҳидаги аёллар ва очик аралашув гуруҳидаги эркаклар нисбатан устунлиги кузатилди ($p=0,028$).

Биз оғир юрак-қон томир тизими ва бошқа йўлдош касалликларга чалинган беморларда ВЛС аралашувида кўрсатмаларини чеклашга ва ушбу усулни жарроҳлик даволашнинг косметик натижаларига нисбатан жуда юқори талабларга эга бўлган ёшларда фаолроқ ишлатишга ҳаракат қилдик. Ушбу ҳолатлар туфайли ВЛС аралашувлар гуруҳидаги беморларнинг ўртача ёши бироз ёшроқ бўлди – $41,8 \pm 14,2$ га қарши $45,7 \pm 18,1$ ёш ($p < 0,05$), шунингдек уларда йўлдош касалликларнинг частотаси пастлиги билан фарқ қилди ($p < 0,01$) (2.3-жадвал).

Бундан ташқари, лапароскопик аралашувлар учун беморларни янада қатъий танлаш SAPS-РНЦЭМП таснифи ёрдамида баҳоланган беморларнинг умумий ҳолатининг оғирлигига ҳам таъсир кўрсатди (2.3-жадвал). ВЛС аралашувлари гуруҳида оғир ҳолатдаги беморлар сони (43,0-57,0 балл) атиги 3,4% ни ташкил этди, бирламчи кенг лапаротомияга учраган беморлар гуруҳида эса бу кўрсаткич 12,3% ни ташкил этди ($p < 0,001$).

Биз ЎИТ табиатидан қатъи назар, видеолапароскопик техникадан фойдаланишга ҳаракат қилдик ва шунинг учун ушбу гуруҳдаги беморларда касалликнинг этиологик тузилиши тахминан лапаротомия аралашуви гуруҳининг ўхшаш кўрсаткичига ($p=0,726$) ва тадқиқотга киритилган беморларнинг умумий когортига тўғри келди.

2.3-жадвал

Очик ва лапароскопик операция қилинган ЎИТ бўлган
беморларнинг демографик ва клиник хусусиятлари

Кўрсаткич	Лапаротомия, n=529	ВЛС, n=233	Всего, n=762
Жинси, абс. (%):			
эркаклар	291 (55,0)	108 (46,4)	399 (52,4)
аёллар	238 (45,0)	125 (53,6)	363 (47,6)
χ^2 -тест	$\chi^2=4,860, p=0,028$		
Ёши:			
Max	92	70	92
Min	16	18	16
M±σ	45,7±18,1	41,8±14,2	45,8±18,1
t-тест	t-стат=2.9148, t-крит=1,9631, p=0,0037		
SAPS-РНЦЭМП бўйича оғирлик даражаси			
I даража – 18,0-30,0 балл, абс. (%)	247 (46,7)	145 (62,2)	392 (51,4)
II даража – 31,0-42,0 балл, абс. (%)	217 (41,0)	80 (34,3)	297 (39,0)
III даража – 43,0-57,0 балл, абс. (%)	65 (12,3%)	8 (3,4)	73 (9,6)
χ^2 -тест	df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=22,684, \chi^2_{\text{крит}}=9,21, p<0,001$		
Йўлдош касалликлар, абс. (%)			
Юрак-қон томир касалликлари	145 (27,4)	33 (14,2)	178 (23,4)
ЎСОК	52 (9,8)	34 (14,6)	86 (11,3)
Сурункали гепатит, жигар циррози	59 (11,2)	30 (12,9)	89 (11,7)
СБЕ	6 (1,1)	5 (2,1)	11 (1,4)
Қандли диабет	64 (12,1)	18 (7,7)	82 (10,8)
бошқалар	123 (23,3)	47 (20,2)	170 (22,3)
χ^2 -тест	df=5, $\chi^2_{\text{стат}}=18,299, \chi^2_{\text{крит}}=15,086, p<0,01$		
ЎИТ тури, абс. (%):			
Битишмали	448 (84,7)	192 (82,4)	640 (84,0)
Обтурацион	62 (11,7)	31 (13,3)	93 (12,2)
Буралиш ва инвагинация	19 (3,6)	10 (4,3)	29 (3,8)
χ^2 -тест	df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=0,642, \chi^2_{\text{крит}}=5,991, p=0,726$		

Шунга қарамай, жарроҳлик нуктаи назаридан, икки гуруҳни – бирламчи лапаротомик аралашув ўтказилган гуруҳни ва операция лапароскопик усулда бошланган гуруҳни – бир-бири билан таққослаганда нисбий репрезентивлигига ушбу диссертация тадқиқотидан қуйидаги тоифадаги беморларни чиқариб ташлаш орқали эришилди:

- қисилган вентрал чурралар оқибатидаги ичак тутилиши;
- ЎИТ нинг кечки босқичларида диффуз фекал перитонит ва/ёки абдоминал-компаратмент синдроми клиникаси билан қабул қилинган;

– ASA бўйича IV ва ундан ортиқ синфдаги операцион-анестезиологик хавфи мавжуд;

– хомиладорликнинг II-III триместридаги аёллар.

Маълумки, ЎИТ бўлган беморларнинг ушбу тоифасида операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратлар хавфи юкори, айниқса лапароскопия қўлланилганда.

2.2. Қўлланилган тадқиқот усулларининг умумий хусусиятлари

2.2.1. Жисмоний ва лаборатория тадқиқот усуллари

ЎИТ га шубҳа билан клиникага ётқизилган барча беморлар "Ўзбекистон Республикаси шошилинич тиббий хизматининг тиббий ва диагностика стандартлари" (2010) ва "Шошилинич тиббий ёрдам кўрсатмалари (клиник протоколлар)" га кўра комплекс текширувдан ўтказилди (2018) [119].

Беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, касалликнинг клиник кўринишлари, лаборатория тадқиқотлари натижалари, эндоскопик, рентгенологик (шу жумладан МСКТ) ва корин бўшлиғи органларининг ультратовуш текширувлари натижасида олинган маълумотлар ҳисобга олинди. ВЛС гуруҳида диагностика лапароскопия текширувнинг якуний босқичи бўлиб хизмат қилди.

Беморнинг шикоятларини ўрганаётганда оғрик синдроми, нажас ва газ чиқмаслиги, кўнгил айниши ва қайт қилиш, қусиш ва нажаснинг табиати, корин бўшлиғи органларида илгари ўтказилган жаррохлик аралашувлар, йўлдош патологиянинг мавжудлиги ва хусусиятига алоҳида эътибор қаратилди.

ЎИТ га шубҳа қилинган беморларнинг коринни текширишда симметриклиги (Валя, Шиман, Шланг ва бошқа симптомлар) ва корин дамлашининг даражаси баҳоланди, коринни палпация қилишда корин бўшлиғида ўсмага ўхшаш ҳосилалар, оғрик жойлари, корин парданинг таъсирланиш симптомлари мавжудлигига эътибор қаратилди, перкуссияда –кориннинг қия жойларида тўмтоқлик мавжудлигига (ён каналларда суюқлик

белгиси), "сув чайкалиши" (Скляров симптоми) ва бошқаларга эътибор қаратилди, аускултацияда – Валя симптоми борлиги, перистальтик фаоллик ва бошқалар текширилди. Барча беморлар бармоқ билан ректал текширувдан ўтдилар.

ЎИТ бўлган беморларни лаборатория текширувининг мажбурий усуллари қуйидагилардан иборат бўлди: умумий қон таҳлили, гематокрит, ҚИВ; умумий сийдик таҳлили; қон электролитлари; мочевино; креатинин; диастаза, АСТ, АЛТ; коагулограмма; қон гуруҳи ва резус-омили.

Беморларнинг айрим тоифаларида қўшимча лаборатория текширувлари сифатида қуйидагилар қўлланилди: қоннинг биокимёвий таҳлили (билирубин, жигар ферментлари; умумий оксил; қонда қанд миқдори; перитонит ва эндотоксикоз клиникаси мавжуд бўлганда ўрта молекулалар текширилди.

Лаборатория текширувлари кўрсаткичларининг ўзгариши ўткир ичак тутилиши учун специфик эмас, чунки улар деярли ҳар қандай шошилиш жарроҳлик патологиясида, кўплаб жарроҳлик бўлмаган ўткир ва сурункали касалликларда учрайди. Олинган маълумотлар яллиғланиш ҳодисалари даражасини, патологик жараённинг оғирлигини, сув-электролит ва оксил балансининг бузилишини баҳолаш ва беморни операциядан олдин тайёрлашнинг тўғри тактикасини шакллантиришга ёрдам бериш учун зарурдир.

2.2.2. Инструментал диагностика усуллари

ЎИТ га шубҳа қилинган беморларни текширишнинг протокол усули тик турган ҳолатда қорин рентгенографияси бўлиб, у стационар MERATEL (Испания) рентген тизимида 754 (99,2%) беморда бажарилди. 6 (0,8%) беморда маҳаллий рентгенографиядан фойдаланилмади, жумладан 4 ҳолатда умумий ҳолатнинг оғирлиги ва 2 ҳолатда ҳомиладорликнинг биринчи триместридалиги туфайли.

ЎИТ нинг асосий рентгенологик белгиси ингичка ичакнинг пневматозидир. Оғир пневматоз фонида кўпинча зарарланишнинг

тахминий даражасини аниқлаш мумкин: ичакнинг бутун диаметрини эгаллаган шиллик қаватнинг спирал бурмалари (Керкринг бурмалари) борлиги ингичка ичакка хосдир. Чўзилган ингичка ичак даражасида бундай бурмалар "сельд скелети" га ўхшаш думалок қовурғалар ҳосил қилади (Кейси симптоми). Ёнбош ичак даражасидаги шикастланишда бурмалар сийрак, текис ва қалин бўлади. Йўғон ичак тугилиши рентген тасвирларида ичак диаметрининг фақат бир қисмини эгаллаган гаустерларнинг кўриниши билан тавсифланади.

Операция қилинган беморларнинг (ушбу тадқиқотга киритилган) барий аралашмасини пассажи фақат шубҳали рентгенологик маълумотлар ва ЎИТ клиник манзараси бўлган 149 (19,6%) беморларда, шунингдек странгуляция ва перитонит белгиларисиз ингичка ичак тугилишининг клиник ва рентгенологик кўриниши бўлган шахсларда амалга оширилди.

Қатъий кўрсатмаларга кўра, обтурацион йўғон ичак тугилишига шубҳа қилинган тақдирда ирригография амалга оширилди.

ЎИТ га шубҳа қилинган беморларни текширишнинг яна бир протокол усули трансабдоминал ультратовуш текшируви бўлиб, у «Mindray DC-40» (КНР) апаратида 3,5 Мгц конвекс датчик ва 5 Мгц ва 7,5 Мгц чизикли датчиклар ёрдамида беморни олдиндан тайёрлашсиз амалга оширилди. Трансвагинал ва трансректал сонография ишлатилмади. Клиникада даволаниш вақтида барча беморлар учун бирламчи ультратовуш текшируви ўтказилди, дастлабки 6 соат давомида ҳар 24 соатда динамик сонография такрорланди.

ЎИТ да ультратовуш текшируви оддий, имкониятли, нисбатан арзон, инвазив бўлмаган, самарали ва нурланишли зўриқишга боғлиқ эмас, ичак перистальтикасини реал вақтда баҳолаш имкон беради. Усулнинг сезгирлиги ингичка ичак ва йўғон ичакни ўнг ярмининг ўткир механик тугилишида максимал бўлади. Кучли ичак пневмотози, шунингдек, семириш ва қорин бўшлиғидаги олдинги операцияларидан кейинги чандиклар йўғон

ичакнинг чап ярмини етарли даражада кўришга қаршилик кўрсатади. Ингичка ичак тутилишининг сонографик белгиси ичак диаметрининг кенгайиши, уларнинг перистальтик фаоллигининг сезиларли пасайиши ёки йўқлиги ҳисобланади.

Беморларнинг ультратовуш текшируви беморнинг ётган ҳолатида ўтказилди, корин деворига датчик ёрдамида дозаланган компрессия билан корин бўшлиғи эпи-, мезо - ва гипогастрал соҳалари босқичма-босқич сканерланди ва корин бўшлиғи ён бўлимлари томонидан фронтал ва қия кесимларда сканердан ўтказилди. Кетма-кет ичак бўшлиғининг диаметри ўлчанди, ичак девори ва шиллик қават бурмаларининг сонографик тузилиши, ичак таркибининг характери баҳоланди, перистальтиканинг фаоллиги ва кенгайган сегментларнинг бўшлиғидаги ичак таркиби ҳаракатининг характери ўрганилди, шунингдек ичак ҳалқаларининг бир-бирига ва корин олд деворига нисбатан ҳаракатланиш амплитудаси ва йўналиши баҳоланди, кенгайган ичак ҳалқалари кўринадиган кориннинг анатомик соҳалари сони ўлчанди.

Йўғон ичак тутилиши белгилари бўлган гемодинамик жиҳатдан барқарор беморларда баъзи ҳолларда «Olympus» ускунаси ёрдамида фиброколоноскопия амалга оширилди, бу ЎИТ этиологиясининг ўсма характерини аниқлаштиришга, ўсма жараёнининг локализациясини, ичак бўшлиғи стенози даражасини аниқроқ аниқлашга ва гистологик текширув учун материал олишга имкон берди.

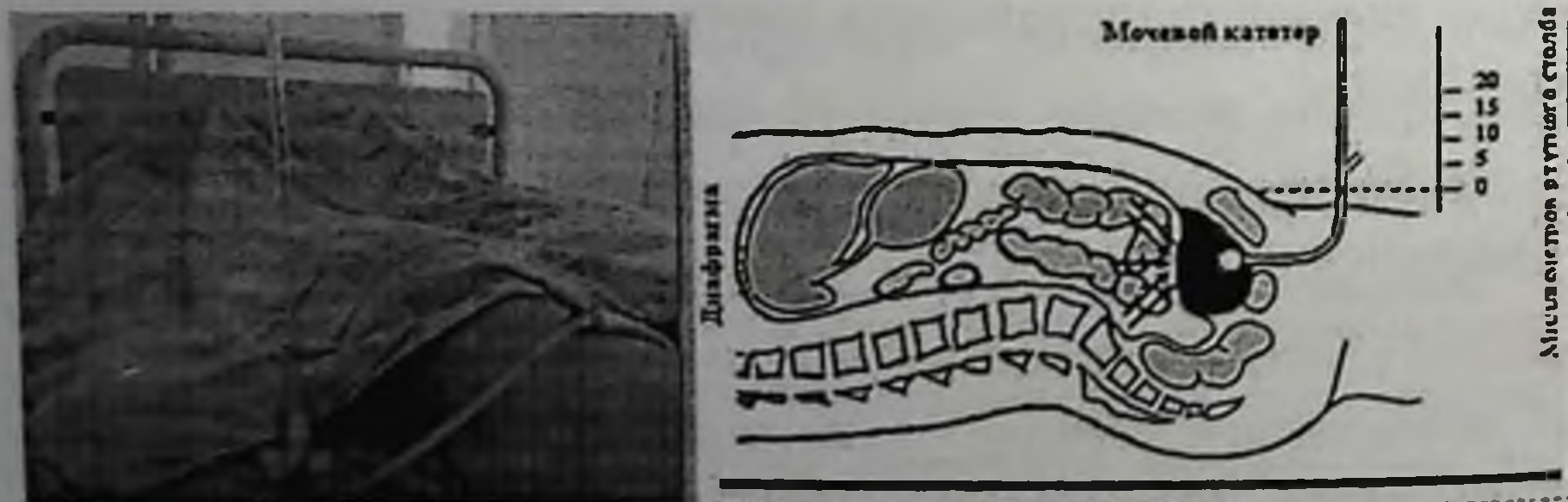
2.3. Ўтказилган даволаш тадбирларнинг хусусиятлари

Даволаш тадбирлари диагностика муолажалари билан параллел равишда бошланди. Консерватив даволашнинг характери ва давомийлиги бемор аҳволининг оғирлигига, йўлдош патологиянинг мавжудлигига, перитонит белгиларига, энтерал етишмовчилик ва эндотоксикозга, ичак найчасининг обтурация даражасига боғлиқ бўлди.

ЎИТ да консерватив чора-тадбирлар учта катетер ўрнатиш (назогастрал зонд, сийдик катетери, марказий вена катетеризацияси), инфузион терапия ўтказиш, унинг хажми МВБ ни ўлчаш ва динамик назорат қилишасосида аниқланди, сув-электродитлар, оксил мувозанатини коррекциялаш, тозаловчи клизмалар, яллиғланишга қарши, спазмолитик терапия, йўлдош патологияни даволашдан иборат бўлди.

4-24 соат давомида консерватив даволаш фонидида ижобий клиник ва рентгенологик динамика бўлмаса, беморларга шошилишч операция учун кўрсатма берилди. Странгуляцион ичак тутилиши ва перитонит белгилари, ишемия / ичак тешилишининг аниқ белгилари мавжуд бўлганда, операциядан олдинги тайёргарлик 1,5-2,0 соатдан ошмади.

Операциядан олдинги даврда қорин ичидаги босим кўрсаткичлари билвосита усул билан назорат қилинди – сийдик пуфагидаги босимни ўлчаш (2.6-расм). Ушбу усул сийдик пуфагининг бўшлиғига Фолей уретрал катетерини ўрнатиш ва катетер орқали метилен кўк билан бўялган 100 мл илик физиологик эритмани киритишни ўз ичига олади. Кейин сув устунининг даражасини см.сув.уст да ўлчаймиз (бошланғич нуқтадан – қов симфизидан) ва калкулятор конверторидан фойдаланиб олинган кўрсаткични мм.сим.уст. га ўтказамиз (1 см.сув.уст. = 0,7356 мм.сим.уст.).



2.6-расм. Сийдик пуфаги орқали қорин бўшлиғи босимининг билвосита тензиометрияси

Қорин бўшлиғи босимининг олинган кўрсаткичлари 4 даража оғирликда баҳоланди:

I даража – 12–15 мм сим.уст.

II даража – 16–20 мм сим.уст.

III даража – 21–25 мм сим.уст.

IV даража – более 25 мм сим.уст.

2.4. ЎИТ да лапароскопик аралашувларни амалга ошириш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

ВЛС гуруҳида жарроҳлик аралашувлар диагностик лапароскопия билан бошланди. Лапароскопик аралашувни амалга оширишнинг асосий шартлари қуйидагилар бўлди:

- асосий органлар ва тизимларнинг етишмовчилиги белгилари бўлмаган ҳолатдаги барқарор гемодинамика;
- оғир йўлдош патологиянинг мавжуд эмаслиги;
- анамнезида кўпи билан 1 та кенг (ўрта чизик узунлигининг учдан бир қисмидан кўп бўлмаган) ўрта лапаротомиянинг мавжудлиги. Чекланган узунликда лапаротомия қилинган беморларга афзаллик берилди (Волкович-Дьяконов, Кочер, Пфанненштилл бўйича лапаротомия).

Ностабил гемодинамик кўрсаткичларга эга бўлган беморнинг ўта оғир ҳолати, оғир йўлдош патологиянинг мавжудлиги каби карбоксиперитонеумни узок вақт кўйишга сабаб бўлувчи ҳолатлар беморнинг аҳволи ёмонлашиши хавфини туғдиради, анамнезида 2 ва ундан кенг ўрта лапаротомиялар мавжудлиги, операцион гуруҳ аъзоларида лапароскопик операцияларни бажариш учун етарли техник кўникмаларнинг етишмаслиги ВЛС аралашувларга қарши кўрсатмалар бўлди.

Диагностик лапароскопия боскичида кенг лапаротомияга конверсия учун кўрсатмалар лапароскопик асбоблар билан муолажаларни бажаришга қаршилик кўрсатувчи ичак ҳалқаларининг оғир дилатацияси, анатомик дифференциацияни бузувчи массив битишма жараёни ва ичак герметиклиги бузилиш хавфи юқорилиги деб ҳисобланди.

2.5. УИТ да видеолапароскопик аралашувларни амалга ошириш техникаси

Операцион гуруҳ 2 жарроҳ ва операцион ҳамширадан иборат бўлди. Жарроҳнинг жойлашиши танланган жарроҳлик кириш жойига ва кейин ичак тутилишини келтириб чиқарадиган тўсиқнинг локализациясига боғлиқ эди. Бемор операция столига елкаси билан горизонтал ҳолатда, оёқларини кериб жойлаштирилади. Зарурият туғилганда интраоперацион вазиятга қараб экспозицияни яхшилаш учун операция столини турли йўналишларда $15-20^{\circ}$ га қийшайтиришга мурожаат қилдик.

Агар беморни анамнезида ўрта лапаротомия бўлмаса, дастлабки 10 мм троакар киндик соҳасида киндикдан юқоридан ёки пастдан киритилди. Агар беморни анамнезида ўрта лапаротомия бўлса, биринчи троакар Hasson бўйича очик усулда (2.7-расм), иложи бўлса, ўрта чизикдан узок ва операциядан кейинги чандикларсиз – ёнбош, мезогастрал, қовурға ёйи ости соҳаларида киритилди. Сўнгги йилларда, биз биринчи троакарни ўрнатиш нуктасини аниқлаш учун битишмали жараёндан холи париетал қорин парда соҳаларини аниқлашда ультратовуш текширувини фаол қўлламоқдамиз.

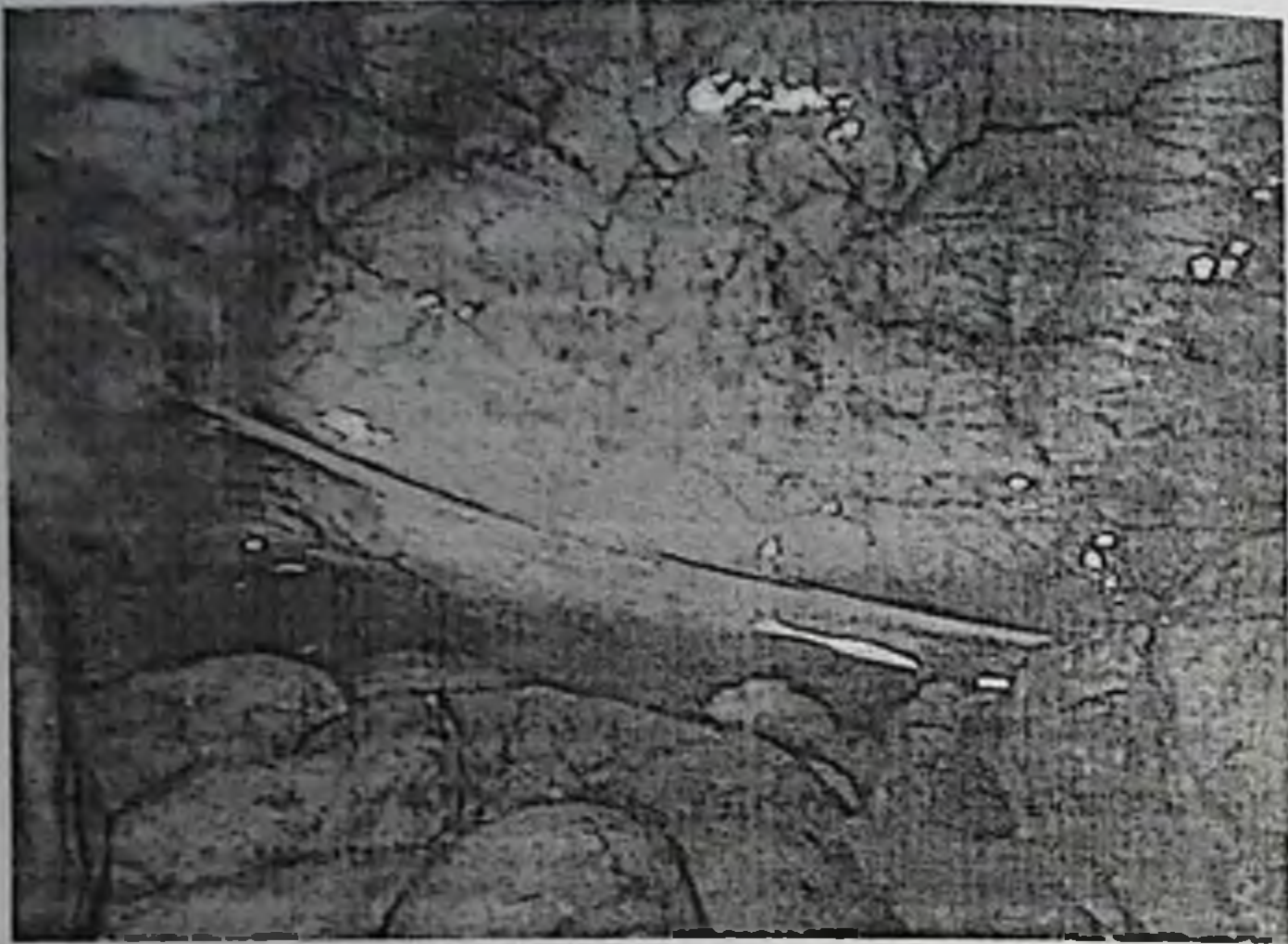


2.7-расм. Операциядан кейинги чандикдан пастда инфрамбликал зонада Hasson бўйича биринчи лапаропортни ўрнатиш

Бизнинг фикримизча, операцион жарроҳ, асосий троакарлар ва мониторинг жойлаштиришнинг оқилона схемаси қуйидагича: асосий оптик ўк (операцион жарроҳ ва монитор ўртасидаги ўк) лапароскопик муолажанинг асосий зонаси (ЎИТ га олиб келган битишма ёки ўсма жараёни зонаси) орқали ўтиши керак. Манипуляцион асбобларни киритиш учун иккита қўшимча лапаропортни шундай ўрнатиш керакки, юқорида кўрсатилган лапароскопик муолажанинг асосий зонасида улар орасидаги операцион ҳаракат бурчаги $45-90^{\circ}$ бўлиши керак, оптик ўк операцион ҳаракат бурчагининг биссектрисасини ташкил қилиши керак. Троакарларнинг тавсифланган жойлашуви жарроҳга ичакни обтурация соҳасида асбобларни қулай тарзда бошқариш ва қорин бўшлиғи ҳамда ингичка ичак ревизиясини эркин амалга оширишга имкон беради. Қоида тариқасида, 3 та троакар ишлатдик – 1 та оптик 10 мм ва 2 манипуляцион – кўпинча, диаметри 5 мм. Баъзида, экспозицияни яхшилаш учун қорин бўшлиғига эндожарроҳлик асбоби учун 3-манипуляцион 5 ёки 10 мм троакар киритилди.

Hasson очиқ техникаси бўйича қорин бўшлиғига кириш қуйидагича амалга оширилди: акустик ойна соҳасида 2 см узунликдаги тери кесмаси амалга оширилади, шундан сўнг визуал назорат остида апоневроз, қорин парда ажратилади ва троакар қорин бўшлиғига киритилади. Қорин бўшлиғи органларини лапароскопик ревизияси учун қорин бўшлиғи босимини 12 мм сим.уст. дан юқори бўлмаган ҳолда яратиш кифоя қилади.

Лапаропортга тегиб турган органларни дастлабки лапароскопик ревизияси орқали биз битишмали жараённинг тарқалганлигини баҳолаймиз, қўшимча лапаропортларни ўрнатиш нуқталарини аниқлаймиз. Шу билан бирга, биз ичак ҳалқалари ҳолатига алоҳида эътибор берамиз, органларнинг ўлчами ўзгаришининг характери ва оғирлигини, органлар шакли ва ранги ўзгаришини, уларнинг сероз қопламаси ҳолатини баҳолаймиз (2.8-расм).



2.8-расм. Қўшимча лапаропортларни киритиш нуктасини аниқлаш учун қорин бўшлиғини бирламчи лапароскопик текшируви

Лапароскопик ревизия ичак тутилишининг соҳаси ва даражасини аниқлаш билан яқунланади. Мисол учун, агар текширув пайтида кўричак чўккан, ингичка ичакнинг ҳалқалари шишган бўлса, унда ўткир ингичка ичак тутилиши ташхиси қўйилади.

Диагностик лапароскопия натижалари асосида, биз ЎИТ ташхисини текширамыз ва кейинги жарроҳлик тактикасини аниқлаймыз – операцияни лапароскопик ёки видео-ёрдам усули билан давом эттириш, ёки кенг лапаротомияга конверсияга ўтказиш.

Агар операцияни лапароскопик усулда давом эттиришга қарор қилинган бўлса, унда илеоцекал бурчакдан бошлаб проксимал йўналишда ингичка ичакнинг тўлиқ инструментал ревизиясини бошладик. Ингичка ичакнинг шикастланиш даражаси ингичка ичакнинг шишган ва пучайган қисмларининг чегараси сифатида намоён бўлди (2.9-расм).



2.9-расм. Ингичка ичакнинг қисилиш соҳаси

Агар ичак тутилишига текисликли ёки шнурга ўхшаш битишма сабаб бўлганлиги аниқланса, унда лапароскопик қайчи ёрдамида ушбу битишмаларни лапароскопик кесиш бошланди. Иложи борича биз битишмани ажратишда электрокоагуляциядан фойдаланмасликка ҳаракат қилдик. Шу билан бир вақтда, очик жарроҳлик каби, ичакни "тортиш/қарши тортиш" техникасидан фойдаланиш (2.10-расм) муваффақиятли ишнинг асосий элементиدير ва нафақат кўшимчаларни яхши кесишга, балки уларни қон томир бўлмаган зонада хавфсиз кесиб ўтишга имкон беради. Юқори частотали электр асбобларидан фойдаланганда қуйидаги асосий қоидаларга риоя қилиш керак:



2.10-расм. Битишмаларни ажратиш учун битишмани электрокоагуляция қилиш пайтида ичакни "тортиш/қарши тортиш" техникаси

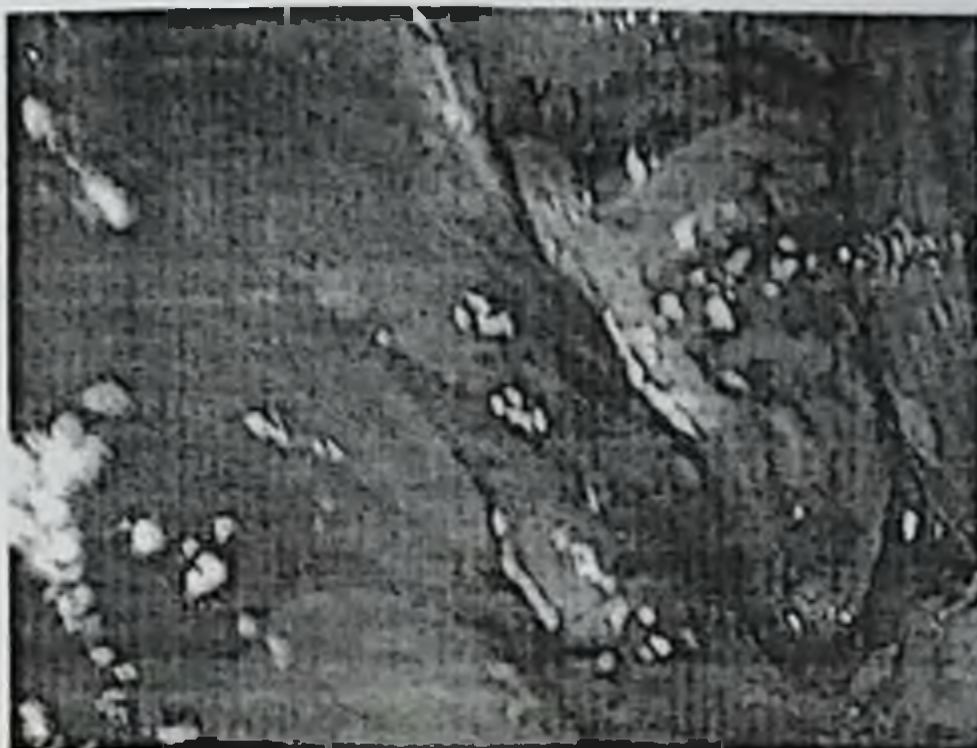
- асбоб тармоклари тўғридан-тўғри ичакка ёпилмаслиги ва ҳар доим оператор кўрув майдонида бўлиши керак;
- оператор бўшлиқда ва вақтда аниқ ориентир ола билиши керак;
- битишмалар иложи борича ичак деворидан узокрокда, парнетал қорин пардага яқин кесиш керак (2.11-расм).



2.11-расм. Битишмани парнетал қорин пардага яқинрок электрокоагуляцияси

Санаб ўтилган техник қоидалар ортикча қуйиш ва ичакнинг тешилиши ҳавфисиз коагуляцияни таъминлайди. Лапароскопик адгезиолизис вақтида операция пайтида ишончли гемостаз муҳим аҳамиятга эга. Операция пайтида "қонли шудринг" нинг доимий пайдо бўлиши (2.12-расм) операторнинг ишини сезиларли даражада мураккаблаштиради ва жарроҳлик майдонининг умумий кўринишини бузади.

Битишмалар муваффақиятли кесилгандан ва ингичка ичак тутилиши бартараф этилгандан сўнг, ингичка ичак Трейцев бойламигача кўриб чиқилди, қорин бўшлиғи экссудатдан тозаланди. Ингичка ичак деворининг қўпол сероз қаватсиз қолган жойлари аниқланганда, улар 3-0 атравматик игнада полигликолид ип билан тикилди. Ичак декомпрессияси учун назогастрал зонд билан чекландик.

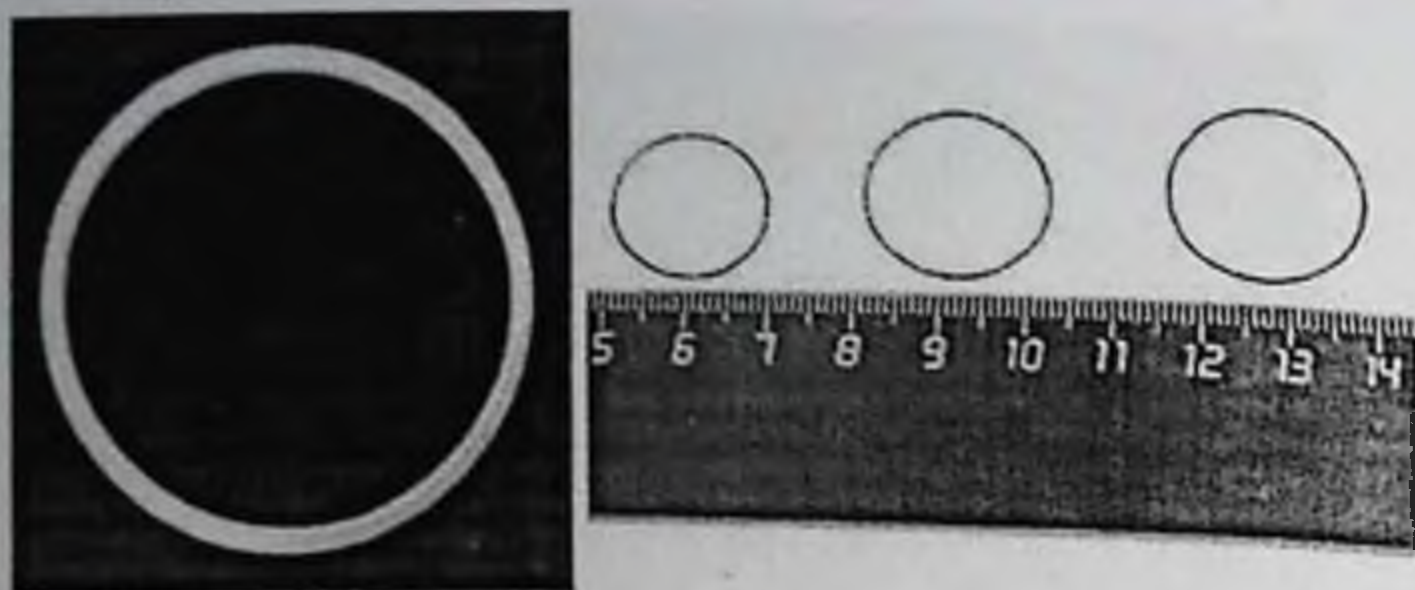


2.12-расм. Кесилган битишмалар соҳасида "қонли шудринг"

Операция қорин бўшлиғини кичик чанок бўшлиғига ўрнатилган диаметри 0,8-1,0 см бўлган найчали дренаж ёрдамида дренажлаш билан яқунланди.

2.5. РНЦЭМП усули билан ичаклараро анастомозларни бажариш техникаси

Ичакнинг яшовчан бўлмаган сегментларини резекциялашда биз проф. А.М. Хаджибаев ва бошқалар томонидан ишлаб чиқилган ичаклараро анастомозларни шакллантириш усулини қўладик [120,121]. Ушбу усул кейинчалик анастомоз етишмовчилиги ривожланишига олиб келувчи ичак ичидаги босимнинг сезиларли даражада ошиши хавфи юқори бўлганида, қорин бўшлиғининг "бузилган" фонида, ичакнинг тайёрланмаганлигида бирламчи ичаклараро анастомозларни шакллантириш учун махсус таклиф қилинган. Усулнинг моҳияти титан қотишмасидан ясалган металл ҳалқа ёрдамида ичаклараро бирикма ҳосил қилишдир. Диаметри 2 дан 4 см гача, кенглиги 0,6-0,8 мм бўлган каркасли ҳалқани (2.13-расм) ичаклараро анастомозга ичкаридан ҳам, ташқаридан ҳам фиксациялаш мумкин. Бу анастомоз соҳасини барқарорлаштириш ва бўшлик ичидаги босимнинг чок соҳасига таъсирини камайтириш орқали ичаклараро анастомозлар етишмовчилигининг ривожланиш хавфини камайтиришга имкон беради.



2.13-расм. Титан ҳалқа, ичаклараро анастомозларда каркас сифатида қўлланилади

Таклиф килинган усул қуйидаги босқичлардан иборат [8]:

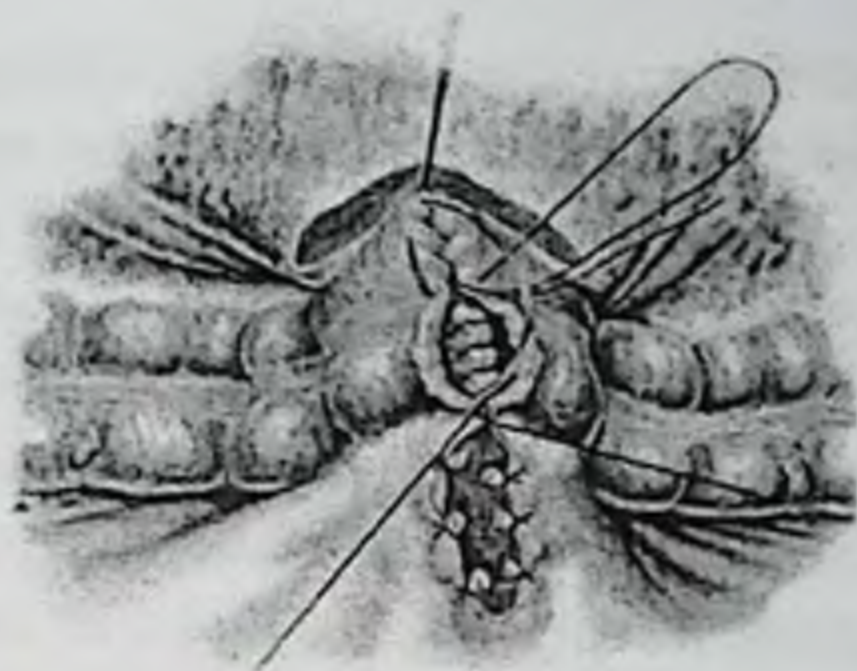
- анастомознинг орқа лабида сероз-мушкул каватини устма-уст тикиш;
- анастомознинг орқа лабига ҳалқани қўллаш ва иккита тугунли сероз-мушак чоклари билан маҳкамлаш;
- ҳалқанинг устида анастомознинг орқа лабини иккинчи қатор чоклари тикилади (2.14-расм);
- анастомознинг олдинги лабида биринчи қатор барча қатламлар орқали ҳалқа остидан тикилади (2.15-расм);
- олд лабнинг сероз-мушак чокларининг иккинчи қатори ҳалқа устидан тикилади (2.16-расм).



2.14-расм. Анастомознинг орқа лабида "учи учига" чокларининг иккинчи қаторини шакллантириш



2.15-расм. Анастомознинг олдинги лабида "учи учига" чокларининг биринчи қаторини шакллантириш



2.16-расм. Анастомознинг олдинги лабида "учи учига" чокларининг иккинчи қаторини шакллантириш

Ушбу техникага кўра, турли хил анастомозларни бажариш мумкин: "учи учига", "учи ёнбошига", "ёнма-ён". Экспериментал ва клиник тадқиқотларда усул муаллифлари ҳалқанинг ўзи ҳеч қандай ўзгаришларга дуч келмаслигини, текис силлиқ юзага эга эканлигини, тўқималар билан контактида ҳалқага туташган биологик тузилмаларда патологик ўзгаришларга олиб келмаслигини кўрсатди. Бундан ташқари, экспериментал ҳайвонларда ичак тутилиши ҳодисалари кузатилмаган, шунингдек ичак чоклари етишмовчилиги ҳолатлари қайд этилмаган [122,123].

2.6. Маълумотларни статистик қайта ишлаш ва таҳлил қилиш

Олинган натижаларни автоматлаштирилган статистик қайта ишлаш Statistica-бдастури ёрдамида, шунингдек параллел қийматларни кўпайтириш ва ҳисоблаш мақсадида, Windows учун Excel-2016 дастурий таъминот тўпламидан фойдаланган ҳолда амалга оширилди. Дастлаб, ҳар бир статистик таҳлилдан олдин, ҳар бир гуруҳнинг вариацион қаторида олинган натижаларни тақсимлашнинг нормаллиги аниқланди. Тақсимотнинг нормаллиги Колмогоров-Смирнов критерийси ёрдамида, шунингдек, икки ва уч сигма (σ) қоида сига кўра аниқланди. Фақат иккала ҳисоб-китоб бир-бирига тўғри келадиган бўлса, вариацион қаторни тўғри ёки нотўғри тақсимот билан олинган деб қабул қилдик.

Кўрсаткичларни тақсимлаш шаклини аниқлаш учун гистограммаларни куриш ва частоталарни таҳлил қилиш усули қўлланилди. Колмогоров-Смирнов мезони ва икки ва уч сигма қондасига кўра нормал (гауссов) тақсимот қонунига бўйсунмаган маълумотлар статистик жадвалларда медиана (Me) ва квантиллараро диапазон (25 ва 75 фоиз) кўринишида келтирилди.

Нормал тақсимот қонунига (Колмогоров-Смирнов мезонига ва икки ва уч сигма қондасига мувофиқ) бўйсунган иккита таҳлил қилинган боғлиқ бўлмаган намуналар тўпламининг миқдорий параметрларини статистик таққослашда Стюдентнинг t -мезони фаркларнинг ишончилиги мезонларидан энг кучлиси сифатида ишлатилди. Икки боғлиқ (жуфтланган) мезон намуналарини таққослашда Стюдентнинг жуфт t -мезони ишлатилди. Агар бир-бирига боғлиқ бўлмаган намуналарнинг тўпламлари таққосланганда нормал тақсимот қонунига бўйсунмаса, уларни таққослаш учун Манн-Уитни мезонидан фойдаланилди. Иккита бир-бирига боғлиқ намунани статистик жиҳатдан таққослашда Вилкоксон мезонидан фойдаланилди. Сон қийматида ифодалаб бўлмайдиган сифат хусусиятларини таққослашда, χ^2 қўлланилди. Ўтказилган диссертация тадқиқотида таҳлил қилинган статистик гипотезаларнинг ишончли аҳамиятлилигининг критик даражаси 0,05 дан кам деб қабул қилинди, чунки бу даражада ўрганилган мезонлар орасидаги фарк эҳтимоли 95% дан ортиқ бўлди.

Бир қатор кўрсаткичлардаги ўзгаришлар ўртасидаги муносабатлар мавжудлигини тасдиқлаш/рад этиш учун биз корреляцион таҳлилдан фойдаландик. Бизнинг тадқиқотимиздаги кўрсаткичларнинг корреляцион таҳлили барча ҳолатларда Спирмен корреляция коэффициентини аниқлаш орқали олинган коэффициент қийматининг ишончилигини мажбурий ҳисоблаш орқали амалга оширилди. Таҳлил қилинаётган қийматлар орасида ҳеч қандай корреляциянинг йўқлиги биз томонимиздан $0 \pm 0,25$ қийматли корреляция коэффициенти билан қайд этилди, тўғридан-тўғри корреляция r нинг ижобий қийматлари мавжудлиги билан, тесқари корреляция r нинг салбий қийматлари билан тавсифланди.

Такқосланган параметрлар ўртасидаги аниқланган корелляцияцион боғлиқлик (тўғри ёки тесқари) аҳамияти қуйидагича баҳоланди:

- $r=0,76-1,0$ (-0,76 дан -1,0 гача) – кучли;
- $r=0,51-0,75$ (-0,51 дан -0,75 гача) – ўртача;
- $r=0,26-0,5$ (-0,26 дан -0,5 гача) – яхши;
- r -0,25 дан 0,25 гача – боғлиқлик йўқ.

Боб юзасидан хулоса

Бизнинг кузатишларимизга кўра, ЎИТ ($n=762$) бўлган беморларда эрқаклар ва аёллар нисбати тахминан 1 га 1 ни ташқил қилди (мос равишда 52,4% ва 47,6%). Бундан ташқари, беморларнинг ўртача ёши $45,8 \pm 18,1$ бўлганлиги қайд этилди, ушбу касаллик билан касалланиш ёшга тесқари пропорционал ($R^2 = 0,9844$): беморларнинг ярмидан кўпи (53,1%) ёш, ўрта ёшдагилар барча беморларнинг $\frac{1}{4}$ қисмини (24,7%) ташқил этди, кекса ва қари ёшдаги беморлар янада кам эди - мос равишда 17,5 ва 4,7%. ЎИТ этиологик структурасида битишмали ичак тутилиши мутлақо устун бўлди – беморларнинг 84,0% да. Учраш частотасига кўра кейинги ўринларда обтурацион ЎИТ (12,2%), долихосигма буралиши ва инвагинациянинг турли шакллари (3,8%) кузатилди.

Клиникамизда ЎИТ нинг турли шаклларида ўтказилган очик ва видеолапароскопик аралашувларнинг улуши мос равишда 69,4 ва 30,6% ни ташқил қилди. Шу билан бирга, ВЛС аралашувлари кўп ҳолларда беморларнинг битишмали ичак тутилишида (82,4% ҳолларда) ўтказилди, обтурацион ЎИТ (13,3%) ва ичакнинг буралиши ва инвагинациясида (4,3%) камроқ амалга оширилди, бу тахминан ЎИТ сабабларининг умумий структурасини акс эттиради. Касалликнинг барча этиологик шаклларида беморларнинг тахминан $\frac{1}{3}$ қисмида лапароскопик аралашувлар қўлланилди. 2010 йилда ВЛС ни жорий этишнинг биринчи йилидан 2019 йилда бизнинг тадқиқотимиз тугагунига қадар ЎИТ да лапароскопик аралашувларнинг улуши 8 дан 66% гача ошди.

Беморларнинг кўпчилигида (74,5%) битишмали ичак тутилишида ($n=640$) ичак найчаси блокиннинг даражаси ингичка ичак даражасида аниқланди, обтурацион ичак тутилиши ($n=93$) ва ичак буралишида ($n=29$) йўғон ичак илеуси кўп кузатилди (мос равишда 82,8 ва 65,5%, $p < 0.001$).

III БОБ. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ ДИАГНОСТИКАСИ МАСАЛАЛАРИ

3.1. ЎИТ нинг турли шакллари клиник кечишининг хусусиятлари

Иккинчи бобда биз ЎИТ бўлган беморларнинг умумий когортасида беморлар ёши ва ушбу жарроҳлик патологиясини ривожланиш хавфи ўртасида тескари статистик жиҳатдан муҳим корелляция мавжудлигини таъкидладик (2.1-расмга қаранг), бу асосан битишмали ичак тутилиши бўлган беморларнинг характерли ёш структураси билан боғлиқ эди ($R^2=0,8545$) – бу тадқиқотга киритилган беморларнинг сони бўйича устун гуруҳ (84,0% - 640/762). Шу билан бирга, обтурацион ЎИТ ($n=93$) бўлган беморларда, шунингдек буралиш ва инвагинация ($n=29$) бўлган беморларда биз беморлар ёши ва илеус ривожланиш частотаси ўртасидаги боғлиқликни қайд этмадик (мос равишда $R^2=0,2825$ ва $0,036$). Битишмали ичак тутилиши гуруҳида ёшлар улуши (18-44 ёш) беморларнинг ярмидан кўпини (58,9%) ташкил қилган бўлса, бошқа икки турдаги обтуратион ва буралиш/инвагинатицияли ичак тутилиши гуруҳида – кекса ва қари беморлар сони сезиларли даражада устун бўлди (мос равишда 54,8 ва 65,5%,) (3.1-жадвал).

3.1-жадвал

ЎИТ турли этиологик шаклларида беморлар ёши структураси,
 $n=762$

Беморлар ёши	Битишмали, $n=640$		Обтурацион, $n=93$		Буралиш+инвагинация, $n=29$	
	1		2		3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18-44 ёш	377	58,9	25	26,9	3	10,3
45-59 ёш	164	25,6	17	18,3	7	24,1
60-74 ёш	73	11,4	46	49,5	14	48,3
75-90 ёш	26	4,1	4	4,3	5	17,2
>90 ёш	-	-	1	1,1	-	-
R^2	0,8545		0,2825		0,036	
χ^2 -тест	$^{1-2}df=4, \chi^2_{\text{свт}}=96,290, \chi^2_{\text{эит}}=13,277, p<0,001$					
	$^{1-3}df=3, \chi^2_{\text{свт}}=50,940, \chi^2_{\text{эит}}=11,345, p<0,001$					
	$^{2-3}df=4, \chi^2_{\text{свт}}=8,356, \chi^2_{\text{эит}}=9,488, p=0,080, p>0,05$					

Ушбу тадқиқот фақат механик ЎИТ бўлган беморларни қамраб олди, бу барча беморларда хуружли (551; 72,3%) ёки доимий (211; 27,7%) характердаги қорин оғриғи билан намоён бўлди. Механик ичак тугилишининг бошқа энг кўп учрайдиган симптоми кўнгил айланиш бўлиб, 680 (89,2%) бемор шикоят қилган, шу жумладан 368 (48,3%) беморда кўнгил айланиш такрорий қусиш билан бирга келган. Бизнинг кузатишларимизда ЎИТ нинг кейинги энг кўп учрайдиган клиник белгилари қорин дамлаши бўлиб, у 626 (82,2%) беморда аниқланди. Кўпинча ушбу туркумга кирувчи беморларда биз нажас ва газлар чиқмаслиги (486; 63,8%), шунингдек, «сув чайқалиши» симптоми (385; 50,5%) ва қорин асимметрияси (316; 41,5%) ҳам аниқладик. ЎИТ бўлган беморларда клиникага қабул қилинганда қорин парда таъсирланиши белгилари фақат 114 (15,0%) беморларда қайд этилди. Жуда камдан-кам ҳолларда (18; 2,4%) пальпацияда қорин бўшлиғида пайпаслаб кўриладиган ўсма борлиги аниқланди (3.2-жадвал).

3.2-жадвал

Ўткир ичак тугилиши клиник белгилари, n=762

Клиник белгилар	Беморлар сони	
	абс.	%
Қоринда оғрик	762	100
– хуружли	551	72,3%
– доимий	211	27,7%
Кўнгил айланиши	680	89,2
Қусиш	368	48,3
Қорин дамлаши	626	82,2
Газлар ва нажас ушланиши	486	63,8
«Сув чайқалиши»	385	50,5
Қорин асимметрияси	316	41,5
Щеткин-Блумберг симптом	114	15,0
Ўсма пайпасланади	18	2,4
Тўғри ичак ампуласи бўшлиғи	163	21,4
Тўғри ичакдан патологик ажралма (шиллик, қон, йиринг)	45	5,9
Анемия	410	53,8
Гана вазни камайиши	82	10,8
Иситма	64	8,4

Дастлабки текширув пайтида барча беморларда *per rectum* текшируви ўтказилиб, 163 (21,4%) ҳолатда тўғри ичак ампуласи бўшлиғи аниқланди ва жуда камдан-кам ҳолларда – 45 (5,9%) ҳолатда – тўғри ичакдан шиллик, қон ёки йиринг шаклида патологик ажралма аниқланди.

Бизнинг минтақамиздаги беморларда кўпинча-410 (53,8%) беморларда, биз анемия мавжудлигини аниқладик, бу аёл беморлар учун ва биз ЎИТ нинг ўсмаси этиологияси аниқлаган шахслар учун кўпроқ характерли бўлди. Бундан ташқари, ўсмали ичак тутилиши бўлган беморларда кўпинча тана вазнининг камайиши кузатилган, бу бизнинг беморларимизнинг 82 (10,8%) тасида қайд этилди. Баъзида (64 (8,4%) ҳолларда) беморлар тана ҳароратининг кўтарилишидан шикоят қилдилар, бу одатда перитонит ёки ўсма интоксикацияси ҳодисалари билан боғлиқ (3.2-жадвал).

Шундай қилиб, механик ЎИТ қорин оғриғи (100% ҳолларда), кўнгил айланиш (89,2%), қорин дамлаши (82,2%) ва кўпинча нажас ва газлар чиқмаслиғи (63,8%) билан намоён бўлиб, жуда ёрқин ва характерли клиник кўринишга эга, бу дастлабки клиник ташхисни эрта қўйишга ва мақсад рўйхати диагностика чора-тадбирлар таърифи ёрдам беради.

Оғрик синдромининг оғирлиғи ва ЎИТ нинг ёрқин клиник кўриниши кўпчилик беморларни касаллик бошланишидан бошлаб дастлабки боскичда мутахассисга мурожаат ёилишларига ундайди. Қоида тариқасида, механик ЎИТ бўлган беморлар оғрик синдроми бошланганидан дастлабки 24 соат ичида клиникага ётқизилган ва фақат 90 (11,8%) беморлар, асосан битишмали (60) ва обтурацион (30) тутилишда, хуруж бошланганидан кейин 1 кун ичида клиникага мурожаат қилишган (3.3-жадвал). Шунга карамай, ичак буралиши ва инвагинаци бўлган беморлар (n=29) кўп ҳолларда (26; 89,7%), уларда оғрик синдроми одатда анча кучли бўлганлиғи сабабли, касаллик бошланганидан дастлабки 12 соат ичида клиникага мурожаат қилишган. Худди шу муддатда битишмали ичак тутилиши бўлган беморларнинг деярли 2/3 қисми

(414; 64,7%) клиникага ёткизилади. Нисбатан кечи муддатларда клиникага мурожаат қилиш обтурацион ичак тутилиши бўлган беморлар учун одатий ҳолдир, мурожаатларнинг 2/3 қисмидан кўпроғи (64; 68,8%) оғрик хуружи бошланганидан кейин 12 соат ўтгач бўлган.

3.3-жадвал

ЎИТ бўлган беморларни клиникага қабул қилиниш муддатига кўра тақсимланиши

Тутилиш тури	Хуруж бошланишидан ўтган вақт, соатларда							
	<6		7-12		13-24		>24	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Битишмали ЎИТ, n=640	141	22,0	273	42,7	166	25,9	60	9,4
Обтурацион ЎИТ, n=93	8	8,6	21	22,6	34	36,6	30	32,3
Буралиш ва инвагинация, n=29	15	51,7	11	37,9	3	10,3	-	-
Жами, n=762	164	21,5	305	40,0	203	26,6	90	11,8

Юқоридаги клиник кўринишга эга бўлган беморда шунингдек, анамнезидаги қорин бўшлиғидаги олдинги жарроҳлик аралашувлари тўғрисидаги кўрсатмалар ҳам ўткир битишмали ичак тутилишига шубҳа қилишга олиб келади. Бизнинг кузатишларимизда ушбу ЎИТ шакли ривожланишининг энг кўп тарқалган сабаби беморларда илгари аппендектомия (150 (23,4%), холецистектомия (93; 14,5%), кичик чанок аъзоларида операциялар (74; 11,6%), тешилган гастродуоденал яраларни тикиш (63; 9,8%) ва чурралар (58; 9,1%) бўлди (3.4-жадвал).

Кузатилган даврда (2010-2019 йй.) битишмали ичак тутилишининг рецидиви юзасидан 50 (7,8%) беморларда бирламчи операция ўтказилди. Беморларга кўпинча илгари ичак сегментини резекция қилиш (38; 5,9%), лапаротомия (26) ёки лапароскопик (5) қорин шикастланиши оқибатларини бартараф этиш (31; 4,8%), сигмасимон ичак буралишининг деторсияси (26; 4,1%) ва эхинококкэктомиядан (22; 3,4%) сўнг мурожаат қилишди.

Айрим ҳолларда, битишмали ичак тутилиши илгари ошқозон резекцияси/гастрэктомия (8), эксплоратив лапароцентез (7) ва нефрэктомия (1) сабабли рўй берган. 19 (3,0%) ҳолатларда илгари қорин бўшлиғида аралашуви ўтказилмаган беморларда битишмали илеус ривожланган (3.4-жадвал).

3.4-жадвал

Битишмали ўИТ бўлган беморларда қорин бўшлиғидаги бирламчи жарроҳлик аралашувлари характери, n=640

Бирламчи операция характери	Беморлар сони	
	абс.	%
Аппендэктомия	150	23,4
Холецистэктомия	93	14,5
Қорин бўшлиғидаги гинекологик операциялар	74	11,6
Ошқозон ва 12 бармоқли ичак перфоратив яраларини тикиш	63	9,8
Чуррани кесиш	58	9,1
Битишмали ўИТ ни баргараф этиш	50	7,8
Ингичка ва йўгон ичак резекцияси	38	5,9
Қорин травмалари юзасидан	31	4,8
Сигмасимон ичак деторсияси	26	4,1
Эхинококкэтомия	22	3,4
Гастрэктомия/ошқозон резекцияси	8	1,3
Лапароцентез	7	1,1
Қорин бўшлиғи орқали нефрэктомия ом	1	0,2
Анамнезида операция бўлмаган	19	3,0

3.2. ўИТ турли шаклларининг рентгенологик семиотикаси

ўИТ га шубҳа қилинган беморларни дастлабки текширишнинг асосий протокол усуллари сифатида биз ультратовуш текширувидан (барча 762 (100%) беморларда ўтказилган) ва умумий рентгенографиядан (756 (99,2%) фойдаландик. Чекланган кўрсатмаларга кўра баъзи ҳолларда ЭГДФС, ирригография, колоноскопия ва МСКТ қўлланилди.

3.2.1. Қориннинг умумий рентгенографияси

Маълумки, одатда натив қорин рентгенографиясида чамбар ичакнинг проекциясида газ мавжудлигини аниқлаш мумкин. Бирок, бизнинг ЎИТ бўлган беморларимизда касалликнинг асосий рентгенологик белгиси ингичка ичакнинг пневматози бўлди. Газ билан шишган ингичка ва йўғон ичакнинг илмоқлари одатда характерли рентгенологик хусусиятларга эга бўлиб, бизга ичакнинг қайси илмоқлари газ билан кенгайганлигини аниқлашга имкон берди. Газ билан шишган ингичка ичак фонида шиллик қаватнинг спирал бурмалари (Керкринг бурмалари) аниқ кўринади, улар ичакнинг бутун диаметрини эгаллайди. Чўзилган ингичка ичакда бундай бурмалар "сельд скелети" га ўхшаш думалок қовурга ҳосил қилади (Кейси симптоми), ёнбош ичакда улар камрок, тўғри ва қалин (3.1-расм).



3.1-расм. Қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси:
ингичка ичакнинг тутилиши

Йўғон ичак тутилишида рентгенограммада Керкринг бурмаларидан фарқли равишда ичак диаметрининг фақат бир қисмини эгаллаган гаустралар кўринади (3.2-расм).



**3.2-расм. Қорин бўшлигининг умумий рентгенографияси:
йўгон ичакнинг тутилиши**

ЎИТ нинг эрта боскичларида ичак ичидаги газ тўпланиши ичак ҳалқасида суюклик сатҳининг йўқлиги билан тавсифланади – Гинтце (Hintze) симптоми деб аталади (3.1-расм). Кечки даврларда биз Штирлин симптоми деб номланувчи арка шаклида (3.3-расм) ёки "Клойбер косачалари" шаклида (3.4-расм) газ тўпланишини аниқладик.



3.3-расм. Қорин бўшлигининг умумий рентгенографияси: ингичка ичакнинг тутилишида арка шаклида газ тўпланиши.



3.4-расм. Қорин бўшлигининг умумий рентгенографияси: ингичка ичакнинг тутилишида Клойбер косачалари.

Ингичка ичакнинг обструкциясида йўгон ичакнинг проекциясида газ кам ёки умуман йўқ эди. Йўгон ичак даражасида блок бўлганда ва илеоцекал клапан етишмовчилиги бўлмаса, ингичка ичакда газ йўқлиги фонида йўгон ичакнинг алоҳида шишиши қайд этилади (3.2-расм). Агар илеоцекал клапан етишмовчилиги бўлса, унда ингичка ва йўгон ичакнинг кенгайиши кузатилди (3.5-расм).

Странгуляцион ичак тутилишида Клойбер косачалари касаллик бошланганидан 1-2 соат ўтгач, обтурацион ичак тутилишида эса 3-5 соат ичида пайдо бўлишини аниқладик.

Клойбер косачаларининг катталиги, шакли ва локализацияси тахминан тутилиш даражасини кўрсатади. Шундай қилиб, кичик ўлчамли Клойбер косачалари ингичка ичак тутилишига хос бўлиб, горизонтал суюқлик сатҳи кенглиги унинг устидаги газ устуни баландлигидан каттароқ (3.4-расм). Шу билан бирга, ушбу горизонтал сатҳлар одатда кўп сонли бўлиб, такрорий тасвирларда уларнинг жойлашуви ўзгариши ва суюқликнинг бир ҳалкадан иккинчисига ҳаракатланиши қайд этилади.



**3.5-расм. Қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси:
ингичка ва йўгон ичак кенгайиши**

Ингичка ичакдаги горизонтал суюклик сатҳи одатда текис. Газ фонда ингичка ичак шиллик қаватининг бурмалари (Керкринг бурмалари) чўзилган спирал сифатида яхши кўринади (3.1-расм). Чамбар ичак тутилишига чап ковурға ости ва эпигастрал соҳада горизонтал суюклик сатҳларининг бўлиши характерли (3.6-расм).



3.6-расм. Қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси: чамбар ичак тутилиши белгилари (чап ковурға ости ва эпигастрал соҳада горизонтал суюклик сатҳлари)

Ёнбош ичакнинг терминал қисми блокида Клойбер косачалари мезогастрал соҳада жойлашган. Клойбер косачаларидан ташқари, рентгенограммаларда тесқари J ва U ҳарфларларига ўхшаш “аркадалар” ёки “орган трубалари” кўринишидаги газ билан кенгайган ингичка ичак ҳалқалари кўринади (3.7-расм).



**3.7-расм. Қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси:
ёнбош ичакнинг терминал қисми блоки белгилари**

Қориннинг ён қисмларида жойлашган горизонтал суюқлик сатҳлари йўғон ичак тутилишига хос, уларнинг сони ингичка ичак тутилишига қараганда камроқ. Клойбер косачаларининг баландлиги кенглигидан устун туради (3.2-расм). Газ фонида йўғон ичакнинг гаустралари аниқ кўринади. Йўғон ичак бўшлиғида зич нажас бўлаклари борлиги туфайли (3.8-расм), суюқлик сатҳлари текис юзали бўлмайди.

Динамик ичак тутилишининг дифференциал диагностик белгилари ингичка ва йўғон ичакда бир вақтнинг ўзида горизонтал суюқлик сатҳининг мавжудлиги ҳисобланади, аммо бу суюқликлар ичакнинг бир ҳалқасидан бошқасига ҳаракатланмайди. Бундан ташқари, ичаклар парезида рентгенограммаларда ингичка ичак бўйлаб юқоридан пастга ва ўннга қараб занжирли жойлашган кичик Клойбер косачалари кўринади (3.9-расм).



**3.8-расм. Қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси:
қорин бўшлиғи периферияси бўйлаб йўғон ичак аркалари,
ичакларда зич нажас бўлаклари (стрелка билан кўрсатилган)**



**3.9-расм. Қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси:
ингичка ичак бўйлаб юқоридан пастга ва ўннга қараб
занжирли жойлашган кичик Клойбер косачалари**

Механик ЎИТ юзасидан операция қилинган беморларда ичак тутилишининг юқорида кўрсатилган рентгенологик белгиларини аниқлаш частотаси ўртача 92,9% ни ташкил этади (3.6-жадвал). Шу билан бирга касалликнинг рентгенологик сурати энг кўп ингичка (100%) ва сигмасимон (84,6%) ичакларнинг буралиши, битишмали ичак тутилиши (95,3%) ва ўсма этиологияли обтурацион ЎИТ (83,8%) га хос бўлиб, ингичка ичакнинг фитобезоарида ва ичаклар инвагинациясида горизонтал суюклик сатҳи ва Клойбер косачалари жуда кам учрайди (мос равишда 46,2 ва 66,7% ҳолларда).

3.6-жадвал

Механик ЎИТ юзасидан операция қилинган беморларда горизонтал суюклик сатҳини ва Клойбер косачаларини аниқланиш частотаси, n=756

Тутилиш тури	Текширилган беморлар	Аниқланган ҳолатлар сони	
		абс.	%
Битишмали	634	604	95,3
Ўғон ичак ўсмаси	80	67	83,8
Ингичка ичак фитобезоари	13	6	46,2
Инвагинация	6	4	66,7
Ингичка ичак буралиши	10	10	100
Сигмасимон ичак буралиши	13	11	84,6
Жами	756	702	92,9

3.2.2. Ошқозон-ичак трактини рентгеноконтраст текшириш

Ошқозон-ичак трактини рентгеноконтраст текшириш ЎИТ да рентгенологик текширишнинг информативлигини сезиларли даражада оширади. Шошилиш жарроҳликда ушбу усул тадқиқотнинг узок давомийлиги, нисбатан юқори нурланиш юки ва ичакнинг торайган қисмини қотиб қолган контрастли восита билан тўсиб қўйиш хавфи туфайли жуда кам қўлланилади.

Диссертация ишига киритилган кузатишларимизда 149 (19,6%) беморда ошқозон-ичак трактини рентгеноконтраст текшируви ўтказилди, шу жумладан 98 (65,8%) – барийнинг ошқозон – ичак тракти орқали пассажи (Шварц пробаси) ва 51 (34,2%) – ирригография.

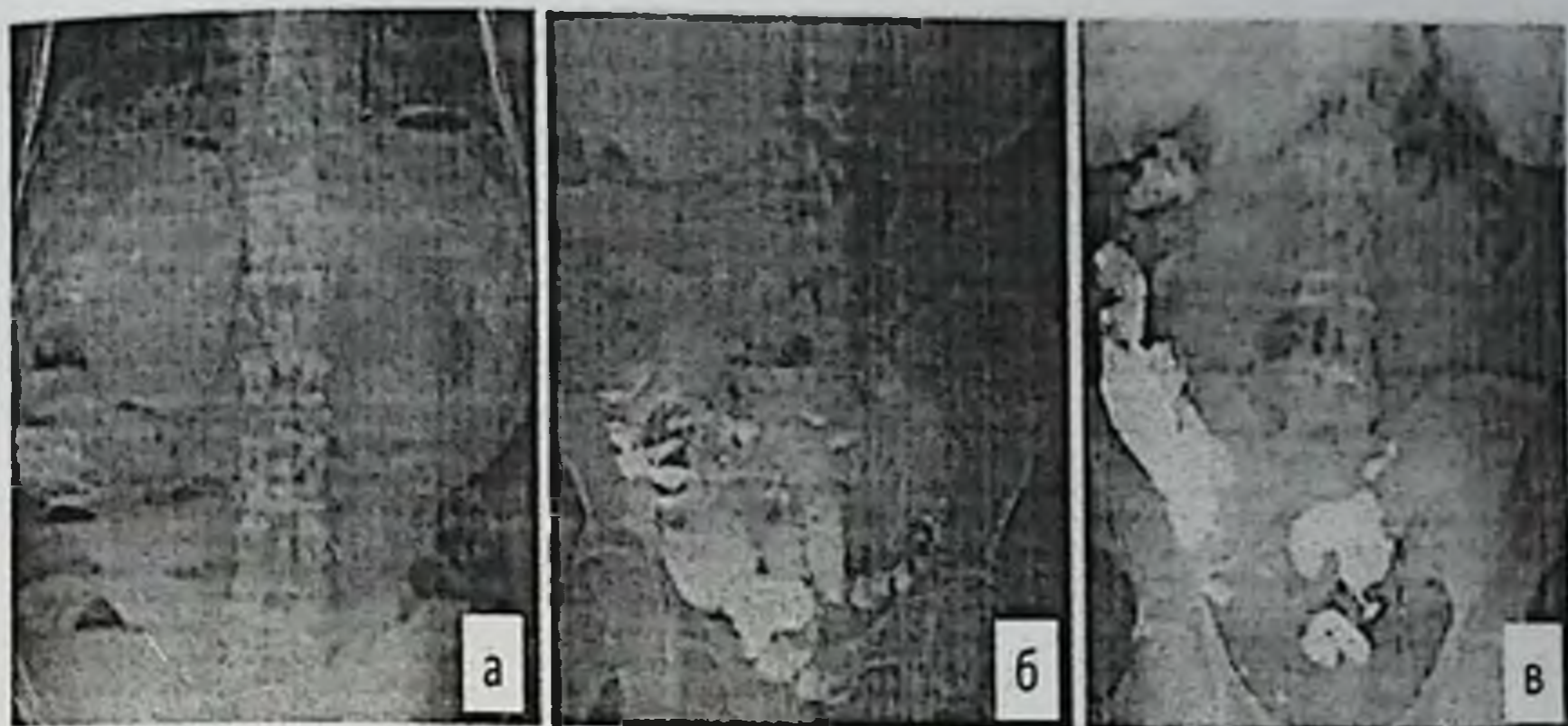
Шварцнинг перорал барийли пробасини ўтказишнинг асосий шартлари:

- қисилган вентрал чурранинг йўқлиги;
- перитонитнинг белгилари йўқлиги;
- ичи бўш органнинг перфорацияси белгилари йўқлиги;
- странгуляцион ўИТ га шубха йўқлиги;
- энтерал етишмовчилик синдроми белгиларининг йўқлиги;
- йўғон ичак ўИТ белгилари йўқлиги;
- биринчи триместрдаги хомиладорликнинг йўқлиги;
- барқарор гемодинамика.

Қуйидаги ҳолатлар (n=98) Шварц рентгенологик пробасини ўтказишга кўрсатма бўлиб хизмат қилди:

– ўИТ клиникаси шубхали бўлган беморларда консерватив терапия фонида дифференциал ташхис қўйиш мақсадида.	66 (67,3%)
– ингичка ичак тутилишининг барча шаклларида 24 соат давомида консерватив чора-тадбирлар ўтказиш даврида.	32 (32,7%)

Кўрсатилган ҳолларда Шварц пробаси консерватив чораларнинг самарадорлиги/самарасизлигини объектив тасдиқлаш учун ишлатилган. Ингичка ичакда контраст модда ҳаракатининг 6 соатдан ортиқ вақт давомида тўхташини жарроҳлик аралашуви учун кўрсатма деб ҳисобладик (3.10-расм).



3.10-расм. Шварц перорал барийли пробаси: а) барий эритмаси кабул қилингунча; б) 6 соатдан сўнг; в) 12 соатдан сўнг – контраст моддани ҳаракати чамбар ичакнинг ўнг қисмида тўхтаган

Бундан ташқари, агар контраст массаси ўтишини ва касаллик клиникасининг динамик кузатиш пайтида ичак тутилиш белгиларининг кучайиши ёки эндотоксикоз белгилари пайдо бўлса, ичакдаги контрастнинг ҳаракати характеридан қатъи назар, шошилиш операция учун кўрсатмалар берилди. Барий эритмасининг ичак орқали ўтишини динамик кузатиш даврида ичак тутилишининг динамик компонентини йўқотишга қаратилган терапевтик тадбирларни фаол амалга оширдик (атропин, метаклопрамид ва спазмолитиклардан фойдаланиш, тозаловчи клизмалар, назогастрал зонд билан ошқозон-ичак декомпрессияси, инфузион терапия).

3.2. ЎИТ нинг ультратовуш семиотикаси

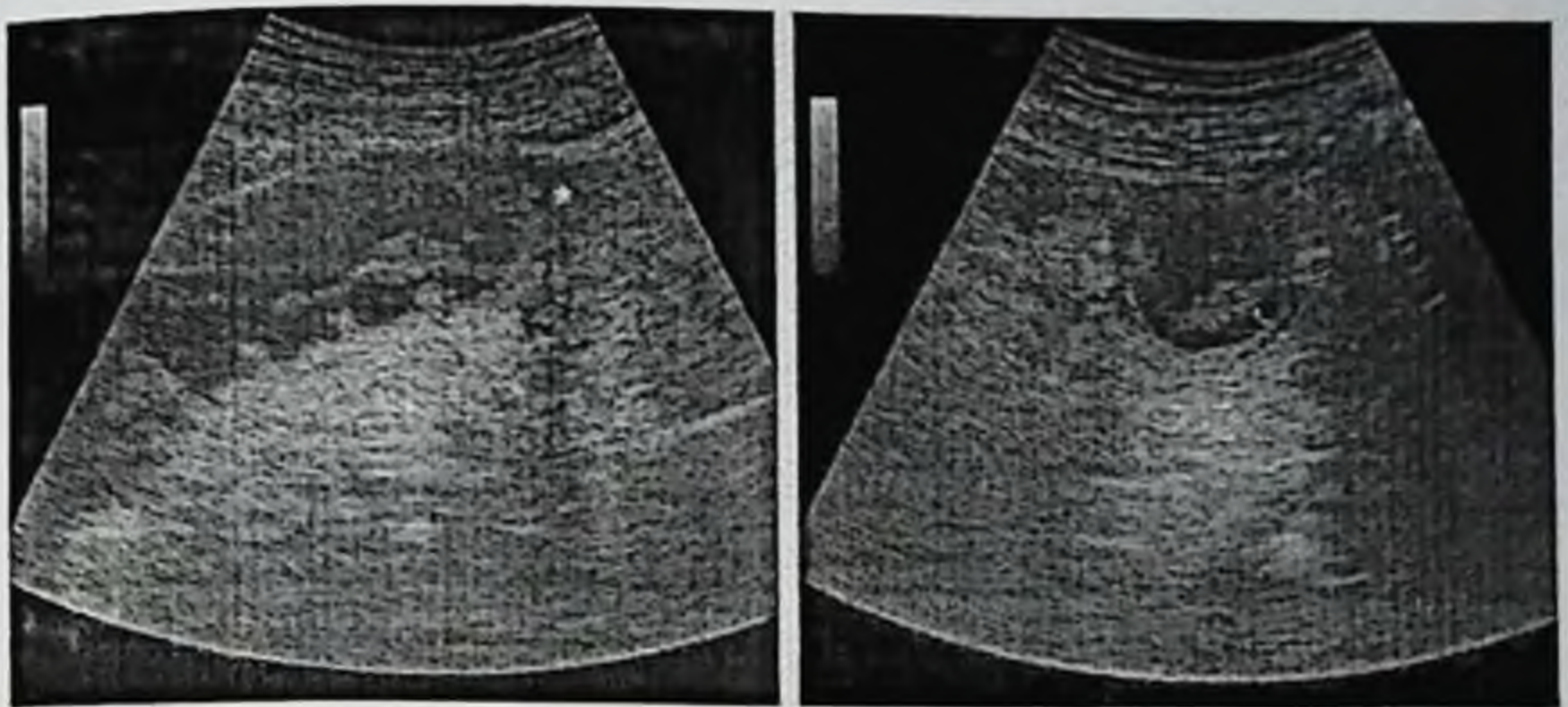
Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, ЎИТ диагностикасида ультратовуш текшируви соддалиги, қулайлиги, ноинвазивлиги, усул бемор ва тиббиёт ходимларининг нурланиш юки билан боғлиқ эмаслиги туфайли ушбу тадқиқотга киритилган барча 762 беморларда қўлланилди, ва маълум бўлишича, ичак тутилиши белгиларини аниқлашда етарлича юқори диагностик

самарадорликка эга ва ичакларни перистальтикасини реал вақтда динамик баҳолашга имкон беради.

Бизнинг трансабдоминал ультратовушни қўллаш тажрибамиз шунни кўрсатадики, бемор елкаси билан ётганида қорин олд қисмидан сканерлашда ичаклардаги газнинг суюқлик сатҳидан юқори қисмида ҳаракатланиши туфайли ичак ҳалқаларини аниқ тасаввур қилишга ҳар доим ҳам эришилмайди. Шунинг учун оғир ичак пневматози бўлган беморларда қорин бўшлиғининг сонографиясини қорин бўшлиғини ён томонидан, қурилма сенсори билан қорин деворини енгил сиқиб ва сканерлаш жойидан ҳавони сиқиб чиқариш ҳаракати ёрдамида амалга оширишга ҳаракат қилинди.

ЎИТ ни ультратовуш ёрдамида ташхислашда биз суюқлик билан тўлган кенгайган ичак илмоқлари мавжудлигини, перистальтиканинг бузилишини ва ичак деворининг эхоструктурасининг ўзгаришини касалликнинг асосий сонографик белгилари сифатида қўладик.

Зарарланиш даражаси ва муддатига қараб, ультратовушда суюқлик билан тўлган ичак ҳалқалари қориннинг алоҳида анатомик зоналарда ҳам, қориннинг барча қисмларида ҳам аниқланиши мумкин. Ичакнинг бир қисмини узунасига сканерлашда у аниқ контурли ва таркиби бир хил бўлмаган суюқликка эга цилиндр кўринишида бўлади. Ичакнинг суюқлик билан тўлганлиги фонида шиллик қаватининг бурмалари аниқ кўринади, улар сонограммаларда чизикли, ичак деворига перпендикуляр, бир-биридан 3-4 мм масофада жойлашган эхопозитив тузилмалар шаклида пайдо бўлади (3.11а-расм). Кўндаланг сканерлаш пайтида суюқлик билан тўлган ичак ҳалқалари аниқ контурли думалок ҳалқа шаклидаги ҳосилалар сифатида пайдо бўлади, аммо, қоида тариқасида, бу сканерларда шиллик қават бурмалари кўринмайди (3.11б-расм).



а

б

3.11-расм. Ингичка ичак тутилишини УТТ-кўриниши: бўйлама (а) ва кўндаланг (б) сонография пайтида ичида гиперэхоген сузувчи маҳсулотли ингичка ичакнинг шишган ҳалқасининг кўриниши. Ичак деворлари ва шиллик қаватининг бурмаларининг нисбатан қалинлашиши мавжуд. Ичак қовузлоқлари орасидаги эркин суюқлик аниқланади (* билан белгиланган)

ЎИТ да сонограммаларда ингичка ичак деворининг қалинлиги 3-4 мм ни ташкил қилади ва камдан-кам ҳолларда 5 мм дан ошади. Ичак ҳалқалари некрози ривожланган беморларда девор қалинлиги 7-10 мм гача ошди, унинг тузилиши эса ингичка эхонегатив чизиқлар кўринишидаги қўшимчалар билан бир хил бўлмаган характерга эга бўлди (3.12-расм).

ЎИТ да ультратовушнинг муҳим афзалликларидан бири зарарланган ичакнинг перистальтикасини баҳолаш қобилиятидир. Ичак странгуляцияси бўлмаган тақдирда, коида тарикасида, перистальтик ҳаракатларнинг кучайиши кузатилади, странгуляцион тутилиш бўлган беморларда кўпинча ичак суюқ маҳсулотининг ҳаракати заифлашиши қайд этилди. Шунини таъкидлаш керакки, ичак парези бўлган беморларда перистальтик ҳаракатларнинг сезиларли пасайиши ёки тўлиқ йўқлиги кузатилади.



3.12-расм. УТТ: ингичка ичакнинг шишган халқаси, ичак девори қалинлашган ва ингичка эхонегатив чизикли (ўк билан белгиланган) бир хил бўлмаган тузилиши. Ичак қовузлоқлари орасидаги эркин суюқлик аниқланади (*билан белгиланган)

Сонографиянинг яна бир афзаллиги - бу ичак зарарланиш даражасини тахминий аниқлаш имконияти: ингичка ичак тутилишида кенгайган ичак илмоқлари асосан қориннинг чап ярмида, ёнбош ичак зарарланишида эса ичак илмоқларини патологик кенгайиши қориннинг барча қисмларида аниқланади.

Тўғри ёки сигмасимон ичакнинг тутилиши бўлган беморларда ультратовуш текшируви кўпинча йўғон ичакнинг ўнг ва чап қисмларининг кенгайишини аниқлади. Шу билан бирга, бўйлама сканерлашда йўғон ичак бир хил бўлмаган таркибга эга аниқ контурли, 5,5-8,5 см гача кенгайган цилиндр кўринишига эга бўлади. Шиллик қаватнинг бурмалари ичак бўшлиғига 2-3 мм узунликдаги чизикли эхопозитив тузилмалар шаклида чиқади, ички девор бўйлаб 2,5-3,5 см ораликда жойлашади.

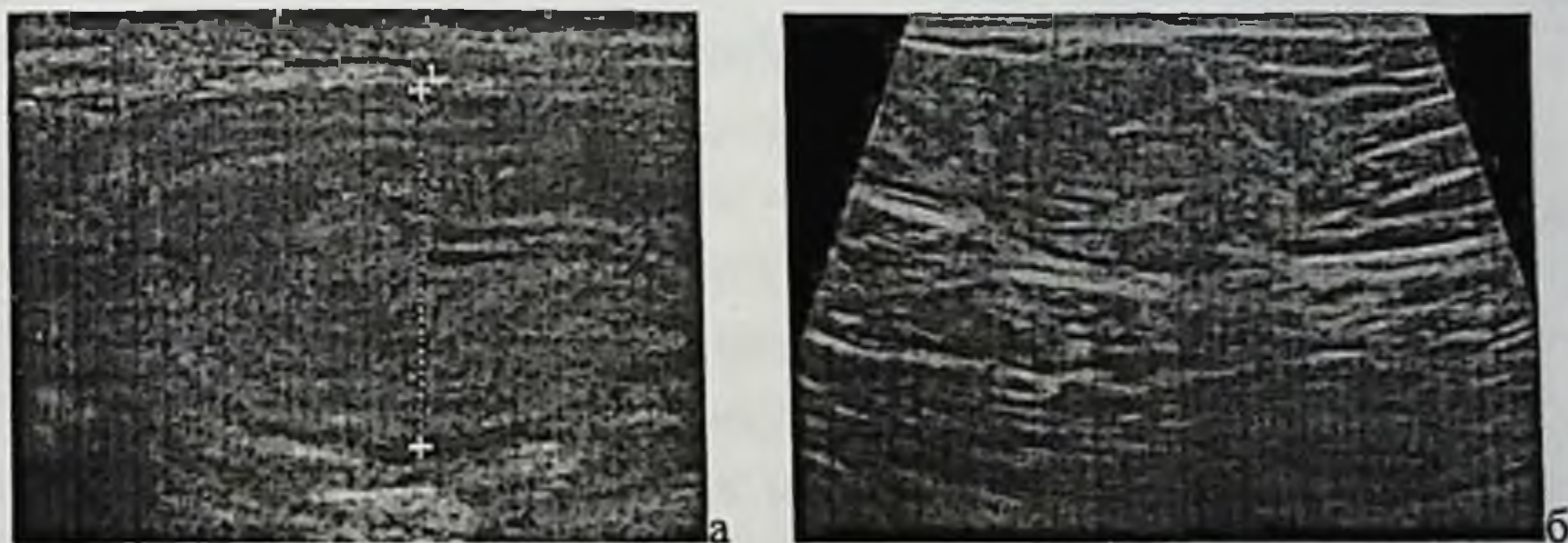
Кўпинча, йўғон ичак тутилиши ультратовуш текширувида қорин бўшлиғининг барча анатомик зоналарида ингичка ичак халқаларининг кенгайиши ва суюқлик билан тўлганлиги билан кечади.

Йўғон ичак ўсмалари, ичак инвагинацияси (3.13-расм), қисилган чурранинг эхо-белгилари (3.14-расм), яллиғланиш

инфилтрати ёки қорин бўшлиғининг абсцесси бу жараёнда ичак деворининг иштирокини кўрсатиб, УИТ даражасини аниқлашга ёрдам беради.



3.13-расм. Бўйлама (а) ва кўндаланг (б) сканерлашда ичак инвагинациясининг УТТ-кўрinishи



3.14-расм. Қисилган чов (а) ва киндик (б) чурраси УТТ-кўрinishи

УИТ бўлган беморларда ультратовуш текшируви мавжудлигини аниқлаш ва перитонитнинг оғирлигини баҳолаш учун ҳам ишлатилди. Қорин бўшлиғининг барча қисмларида кўп миқдордаги эркин суюқликни ультратовушда аниқлаш ичак деворининг некрози ривожланишининг белгисидир. Баугинев тўсиғи етишмовчилиги шаклланиши билан ўткир обтурацион йўғон ичак тутилишининг декомпенсацияси ривожланишида сонограммаларда қориннинг ўнг қисмларида ингичка ичакнинг 35-40 мм дан ортиқ кенгайишини аниқладик. Бундан ташқари, касалликнинг кеч босқичларида ичак некрози ва перитонит фонида ультратовуш тасвири диаметри 30-40 мм бўлган ингичка ичак

ҳалқаларини перисталтик ҳаракатларсиз эхонегатив таркиб билан ва йўгон ичакнинг пневматизацияси ошиши билан характерланди.

Бундан ташқари, ультратовуш консерватив терапия самарадорлигини баҳолашнинг ўта маълумтли усули ҳисобланади. Шундай қилиб, ЎИТ клиникасининг регрессияси бўлган беморларда динамикада сонограммаларда қуйидаги ижобий ўзгаришлар кузатилди:

- илгари кенгайган ичакнинг диаметри камаяди;
- илгари кенгайган ичак илмоқлари аниқланган қориннинг анатомик зоналари сони камаяди;
- ингичка ичакни таркиби бир хил бўлади;
- ичаклар шиллик қаватининг олдин кўринган бурмалари йўқолади;
- ичак перистальтик ҳаракатининг характери нормаллашади;
- қорин бўшлиғи ҳажми камаяди ва ундаги эркин суюқлик аста-секин йўқолиб боради;
- ошқозон ва ўт пуфагидаги димланиш камаяди;

Таърифланган ижобий ўзгаришлардан фарқли ўларок, такрорий ультратовушда ЎИТ нинг ривожланишида қуйидаги ўзгаришлар қайд этилди:

- ичаклар диаметрининг катталашиши;
- кенгайган ичак ҳалқалари кўзга ташланадиган анатомик зоналарнинг сони ортиши;
- ичак бўшлиғидаги суюқлик таркиби бир хил бўлмаган характерга эга бўлди;
- шиллик қаватнинг бурмалари кўрина бошлади ва кенгая бошлади;
- маятниксимон перистальтик ҳаракатлар пайдо бўлди, кейинчалик секинлашди ва бутунлай йўқолди;
- ошқозон ва ўт пуфагидаги димланиш белгилари ошди;
- қорин бўшлиғида эркин суюқлик пайдо бўлди ва тўплана бошлади.

3.3. ЎИТ да ичак деворининг шикастланишининг ультратовуш мезонлари

Тадқиқот мақсадларига мувофиқ, ЎИТ ни ташхислашда ультратовушнинг информацион қийматини баҳолаш учун биз 2018-2019 йилларда ичак тутилишига шубҳа қилинган ва кейинчалик жаррохлик аралашувларга учраган 50 беморни танладик. Ушбу беморларнинг барчасида ультратовуш текширувини битта тажрибали мутахассис – РНЦЭМП Самарканд филиали лаборатория диагностикаси бўлимининг олий тоифали шифокори Ф. Таджиева кундузги иш вақтида бажарди. Клиникага қабул қилингандан сўнг дарҳол қабул бўлимида ультратовуш текшируви ўтказилди. Тадқиқотнинг ушбу фрагментига киритилган беморларнинг ўртача ёши $42,2 \pm 17,5$ ёшни ташкил этди, эркаклар 30 (60%), аёллар 20 (40%) ни ташкил этди.

Ичак тутилишининг ультратовуш диагностикаси ва ичак туткичларининг тўсиқ устидаги ҳолатини баҳолашда юқорида тавсифланган ЎИТ сонографик семиотикаси рўйхатидан 5 та асосий мезон қўлланилди. Ушбу 5 танланган мезон ичакнинг морфологик ва функционал ҳолатини тавсифлайди:

- кенгайган илмоқларнинг мавжудлиги,
- перисталтик ҳаракатларнинг бузилиши,
- ичак деворининг кенгайиши,
- ичак шиллик қаватининг бурмаларининг пайдо бўлиши ва кенгайиши,
- корин бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлиги.

ЎИТ сонографик белгиларининг оғирлигига қараб, ичак деворидаги морфо-функционал ўзгаришлар уч тоифага бўлинган:

- ўзгармаган ичак девори,
- ичак деворининг қайтар шиши,
- ичак девори некрози.

Беморни текшириш кенгайган ичак ҳалқаларини мақсадли кидириш билан бошланди. Кейинчалик, ичак перистальтик ҳаракатларининг табиати (гиперкинетик ёки заифлашган

перистальтика ёки унинг йўклиги) баҳоланди. ЎИТ бўлган беморларда самарасиз перистальтика аниқланди, бу заиф маятниксимон ҳаракат ёки ичак ичидаги таркибининг айланма ҳаракатлари шаклида намоён бўлди.

Қейин ичак деворининг қалинлашиш даражаси ва характери ўрганилди. ЎИТ бўлган беморларда ичак деворининг қалинлашиши бўлмаса, биз ушбу ҳолатларни морфологик жиҳатдан ўзгармаган ичак деворига киритдик. Сонограммаларда деворнинг қалинлашиши, қоида тариқасида, ичак микроциркуляциясининг бузилиши билан аниқланади ва бу асосан шиллиқости қатламнинг шишиши билан боғлиқ.

Ичак деворининг шикастланиш даражасини белгиловчи тўртинчи мезон ичак шиллик қаватининг бурмаларининг пайдо бўлиши ва прогрессив қалинлашиши эди.

ЎИТ нинг бешинчи ўрганилган белгиси ичакнинг илмоқлари орасида эркин суюқликнинг мавжудлиги ёки йўклиги эди. Эркин перитонеал суюқликнинг мавжудлиги ичакнинг суюқликни ютиш қобилиятининг йўқолишидан келиб чиқади ва ичак деворининг шикастланишидан далолат беради. Маълумки, ЎИТ да ичак девори суюқликнинг эркин қорин бўшлиғига ўтиши учун ўтказувчан бўлади ва унинг мавжудлиги ичак деворига жиддий зарар етказилганлигини кўрсатади.

ЎИТ нинг юқорида келтирилган ультратовуш белгилари касалликнинг оғирлигини аниқлади, бу юқорида айтиб ўтилганидек, асоратланмаган ЎИТ, асоратли ЎИТ ва ичак деворининг некрози деб таснифланди (3.5-жадвал).

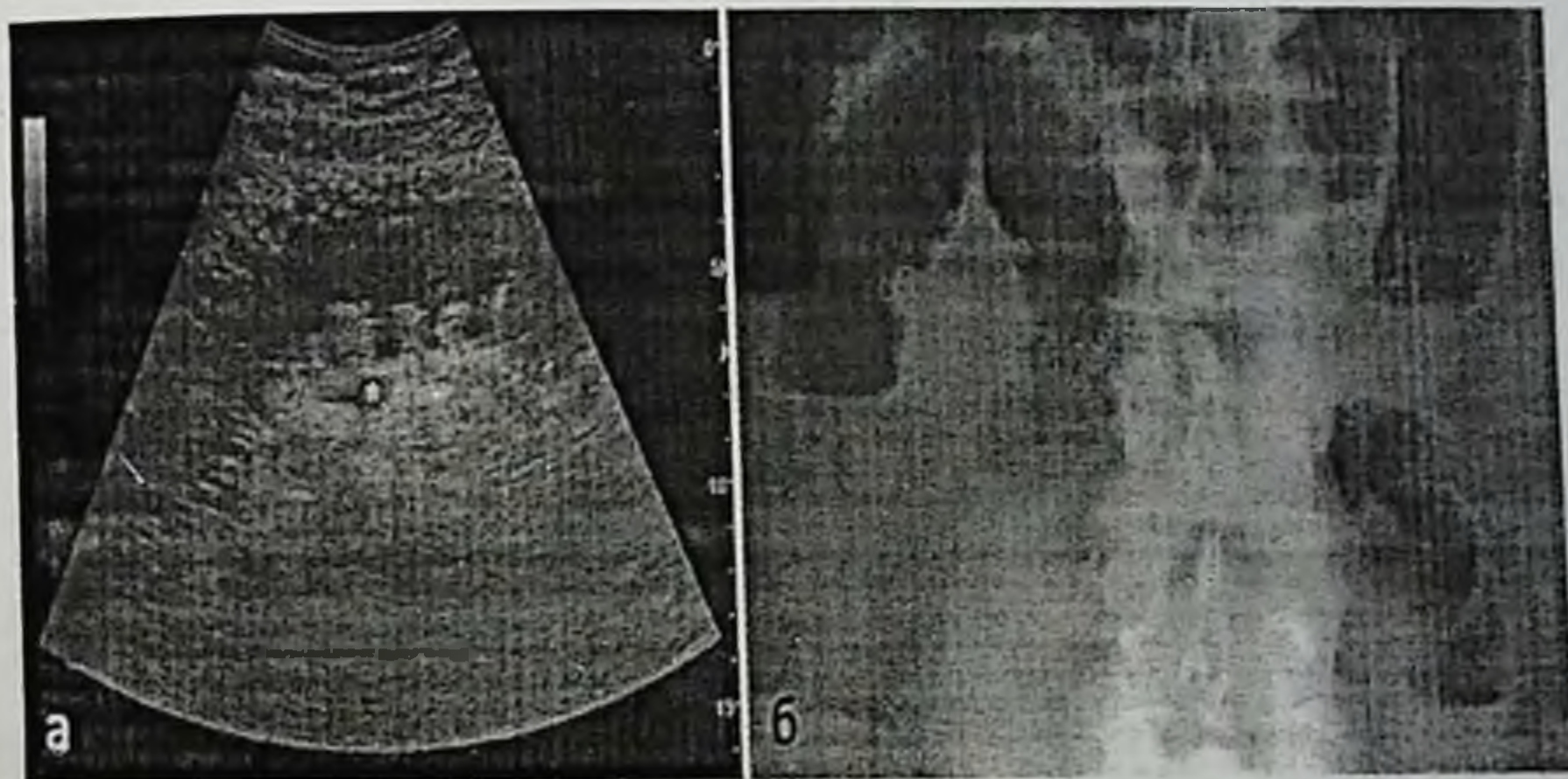
3.5-жадвал

ЎИТ да ичак девори шикастланишининг оғирлигини баҳолаш учун ультратовуш мезонлари

Ультратовуш мезони	ўзгармаган ичак девори	ичак деворининг кайтар шиши	ичак девори некрози
Ичак диаметри	Катталашган	Катталашган	Катталашган
Девор қалинлиги	Одатий	Одатий ёки қалинлашган	Қалинлашган

Ультратовуш мезони	ўзгармаган ичак девори	ичак деворининг қайтар шиши	ичак девори некрози
Шиллик кават бур-маларнинг калинлиги	Қалинлашмаган	Қалинлашмаган	Қалинлашган
Перистальтика	Одатий ёки гиперкинетик	Заифлашган	Йўқ
Эркин суюқлик	Йўқ	Бор	Бор

Қорин бўшлиғининг рентгенограммасида ва операция вақтида (3.16-расм) 50 бемордан 47 (94%) тасида ультратовуш текширувининг натижалари тасдиқланди, шу жумладан ЎИТ борлиги 28 (56%) беморда, ЎИТ йўқлиги 19 (38%) беморда тасдиқланди.



3.15-расм. 51 ёшли беморда ингичка ичак тугилиши: а) ультратовушда ингичка ичакнинг ҳалқаси суюқлик билан тўлган ва диаметри кенгайган, шиллик каватнинг катталашган бурмалари ва кўшни ҳудудда эркин суюқлик кўринади (* билан белгиланган); б) умумий рентгенографияда арка шаклида тўпланган газлар.



3.16-расм. 51 ёшли беморда ингичка ичак тутилишининг операция вақтидаги кўриниши

ЎИТ тасдиқланган 28 бемордан 12 беморда "ўзгармаган ичак девори" (ичакнинг перистальтикаси бузилмасдан ва қон томир пульсацияси ўзгармаган ҳолатда рангининг ўзгариши), 14 беморда "ичак деворининг қайтар шиши" (тутилиш олиб ташлаганидан кейин ичакнинг ранги, перистальтикаси ва пульсацияси тикланиши) ва ичак некрози 2 беморда аниқланди.

Диагностик ВЛСда ультратовуш текширувида ёлғон ижобий натижаси бўлган 1 беморда ЎИТ ходисаларисиз туберкулёзли энтероколит аниқланди. Ультратовуш текширувида ЎИТ нинг сонографик белгилари топилмаган (ёлғон манфий натижа) иккита беморда рентгенологик текширув ва кейинги операцияда ичакнинг ҳаётийлиги бузилмаган битишмали ЎИТ аниқланди.

"Ўзгармаган ичак девори" ультратовуш белгилари билан барча 12 беморда битишмалар муваффақиятли лапароскопик кесилди.

"Ичак деворининг қайтар шиши" бўлган 14 бемордан 6 беморда битишмаларни лапароскопик кесишга муваффақ бўлинди, яна 4 беморда диагностик ВЛС билан операцияни бошлади, сўнгра лапаротомияга ўтказилди ва 4 ҳолатда бирламчи очик операция ўтказилди. "Ичак деворининг қайтар шиши" нинг ҳақиқий ижобий

натижаси бўлган барча 14 ҳолатларда операция ичакни резекция қилмасдан битишмаларни ажратиш билан яқунланди.

Ичак некрозининг ультратовуш белгилари бўлган 2 бемор шошилиш равишда консерватив чораларни қўллагандан операция қилинди. Иккала ҳолатда ҳам ичак некрози тасдиқланди ва органнинг тегишли сегменти резекция қилинди.

ЎИТ сонографик белгиларининг сезгирлиги ва ўзига хослигини бизнинг ҳисоб-китобларимиз шуни кўрсатадики, ультратовуш текшируви ичак тутилишини ташхислашда 93,33% сезгирликка эга (95% ДИ 82,7-96,5%, LR+ 18,67) ва 95,0% ўзига хосликка эга (95% ДИ 79,1-99,7%, LR- 0,07), PPV (ижобий прогностик киймати) 96,6% ва NPV (салбий прогностик киймати) 90,5% (3.6-жадвал).

3.6-жадвал

ЎИТ ни аниқлашда ультратовушнинг информативлиги

Беморлар сони	ДП	ДО	ЛП	ЛО	Ч (95% ДИ)	С (95% ДИ)	LR+ (95% ДИ)	LR- (95% ДИ)	PPV	NPV
50	28	19	1	2	93,33% (82,7-96,5%)	95,0% (79,1-99,7%)	18,67 (3,96-353,67)	0,07 (0,035-0,218)	96,6%	90,5%

Изоҳ: ДП-ишончли ижобий, ДО-ишончли салбий, ЛП-сохта ижобий, ЛО-сохта салбий, Ч-сезгирлик, С-ўзига хослик, 95% ДИ-95% ишонч оралиги, LR+ – ижобий эҳтимоллик нисбати, LR- - салбий эҳтимоллик нисбати, PPV -ижобий башоратли киймат, NPV - салбий башоратли киймати.

LR+ ва PPV кийматлари етарлича юқори бўлган ЎИТ фактини аниқлашда ультратовушнинг юқори маълумотли кийматини ҳисобга олган ҳолда, биз жарроҳлик даволаш тактикасини аниқлашда ичак деворининг шикастланиш даражасини баҳолашда ушбу диагностика усулининг имкониятларидан фойдаланишга қарор қилдик. Шундай қилиб, ўзгармаган ичак деворининг сонографик белгилари бўлган барча 12 беморларда операция ВЛС ёрдамида бошланди. Ушбу гуруҳдаги беморларда конверсия даражаси 25,0% (3 ҳолат), қолган

9 (75,0%) беморларда ЎИТ ни эндовидеохирургик усул билан ҳал қилинди (3.7-жадвал).

Ичак девори шишининг ультратовуш белгилари бўлган беморларда ВЛС ни сезиларли даражада эҳтиёткорлик билан қўладик – бу усул 14 бемордан фақат 6 (42,9%) беморда ишлатилди, аммо шунга карамай, ҳолатларнинг ярмида – 3 беморда – аралашув мини-инвазив усулда яқунланди (3.7-жадвал).

3.7-жадвал

Ультратовуш билан баҳоланган ЎИТ нинг турли морфологик шаклларида ВЛС дан фойдаланиш имконияти, абс (%)

УТТ ичак морфологияси	Жами беморлар	ВЛС		Бирламчи лапаротомия
		Жами ВЛС	Конверсия	
Ўзгармаган ичак девори	12	12 (100)	3 (25,0)	0
Ичак деворининг қайтар шиши	14	6 (42,9)	3 (50,0)	8 (57,1)
Ичак некрози	2	-	-	2 (100)
Жами	28	18 (64,3)	6 (33,3)	10 (35,7)

Ичак некрозининг ультратовуш белгиларини ВЛС дан фойдаланишга қарши кўрсатма деб ҳисоблаймиз ва шунинг учун 2 та шунга ўхшаш ҳолатларда бирламчи кенг лапаротомия ўтказилди (3.7-жадвал).

Шундай қилиб, ЎИТ да (асоратланмаган, асаратланган ва ичак деворининг некрозида) ичак девори шикастланишининг ультратовуш текширувидан фойдаланиш ва уларни баҳолаш мезонлари ВЛС дан фойдаланиш кўрсаткичларини белгилашга имкон беради ва ичак деворининг ҳаётийлиги сақланиб қолганлигининг сонографик белгилари ультратовуш текширувида тасдиқланган беморларда илеуснинг лапароскопик ҳал қилинишини муваффақиятли ҳолатларининг улушини 75% гача оширади. Ушбу қоида ичак ҳолатини ультратовуш текшируви билан баҳолаш асосида ЎИТ бўлган беморларни бошқариш тактикасини танлаш алгоритмимизда акс этади (3.17-расм). Ушбу алгоритм асосида ОС Windows га мос келувчи дастурий маҳсулот ишлаб чиқилди, бунинг учун Ўзбекистон Республикаси патент

ндорасидан компьютер дастури сертификати олинди (№DGU 14090 08.01.2022 й.).

Такдим этилган алгоритмга кўра, ЎИТ клиник манзараси бўлган беморларга қорин бўшлиғининг умумий рентгенограммаси ўтказилади ва агар ичак тутилишининг рентгенологик белгилари аниқланса, ичак странгуляцияси, перитонит ва ичи бўш органнинг перфорацияси белгилари бўлмаса, у ҳолда кенгайган ичак ҳалқалари деворининг морфологик ҳолатини ультратовуш текширувида баҳолаш ўтказилади (3.17-расм).

ЎИТ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

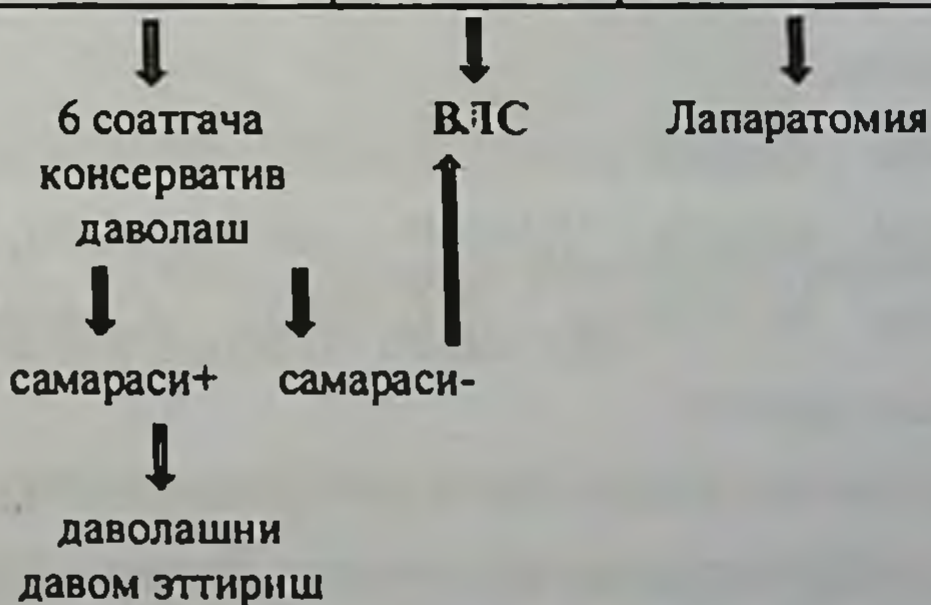
↓ УМУМИЙ РЕНТГЕНОГРАФИЯ

ЎИТ+

ЎИТ-

— бошқа ургент патологияни рад этиш

ИЧАК ҲОЛАТИНИ УЛЬТРАТОВУШ БАҲОЛАШ			
Ультратовуш мезони	ўзгармаган ичак девори	шиш	некроз
Ичак диаметри	+	++	+++
Девор қалинлиги	+	++	++
Шиллик қават бурмаларнинг қалинлиги	+	++	++
Перистальтика	+	+/-	-
Эркин суюқлик	-	+	++



3.17-расм. Ичак ҳолатини ультратовуш текшируви асосида ЎИТ бўлган беморларни бошқариш тактикасини танлаш алгоритми

Асоратланмаган ЎИТ нинг ультратовуш белгилари беморни консерватив бошқариш тактикасини танлаш учун кўрсатма ҳисобланади. Динамик ультратовуш ҳар 4-6 соатда амалга оширилади. Касалликнинг ижобий динамикаси бўлмаса ёки беморнинг аҳволи ёмонлашганда, оғриқ синдроми ва салбий ультратовуш динамикаси "асоратли ЎИТ" га хос сонографик мезонлар ривожланганда беморга ВЛС тавсия этилади. Дастлабки ультратовуш текширувида "асоратланган ЎИТ" ёки "ичак некрози" деб таснифланган мезонлар гуруҳининг мавжудлиги шошилиш операция учун кўрсатма бўлиб, бирламчи жарроҳлик кириш тури ичак деворининг ҳолатини ультратовуш текшируви натижалари билан ҳам аниқланади: "асоратланган ЎИТ"да операцияни ВЛС ёрдамида бошлаш, "девор некрози" да – кенг лапаротомия тавсия этилади (3.17-расм).

"ЎИТ бўлган беморларни ичак ҳолатини ультратовуш текшируви асосида бошқариш тактикасини танлаш" дастурий маҳсулотининг амалий қўлланилиши қуйидаги №1-клиник мисолда келтирилган:

Бемор А., 27 ёшда, к/т №16635/2399/3985, РНЦЭМП Самарқанд филиалига 2018 йил 27 ноябрда қоринда хуружли оғриқлар, кўнгил айниши, қусиш, оғиз қуриши, умумий ҳолсизликка шикоят қилиб келган.

Анамнездан унинг 2 кундан бери касал эканлиги, касалликнинг бошланиши ҳеч нарса билан боғлиқ эмаслиги аниқланди. Бемор уйда бўлган, спазмолитиклар қабул қилиши самарасиз кечган. Кўнгил айниши ва такрор қайт қилиш қўшилиши туфайли РНЦЭМП Самарқанд филиалига ўзи мурожат қилган.

2018 йил 14 августда кесарча кесиш операциясини ўтказган, операция йирингли эндометрит билан асоратланган, шу сабабли 2018 йил 27 августда бачадон экстирпацияси ўтказилган. Операциядан кейинги давр силлиқ кечган, бемор қониқарли ҳолатда чиқарилган. Кейинчалик, қорин оғриги хуружлари кузатилмаган.

Беморнинг умумий ҳолати ўртача оғирликда. Қон босими =110/70 мм.с.м.уст., пульс – 80 зарба/мин. Тили қуруқ. Қорин шишган, ассиметрик, нафас олиш жараёнида чекланган ҳолда иштирок этади, қов устида 15 см узунликгача чизиқли операциядан кейинги чандиқ бор, яллиғланиш белгиларисиз. Пальпацияда юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида ва қов устида оғриқли, шу соҳаларда кучсиз мусбат Шеткин-Блюмберг симптоми ҳам кузатилади. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ичаклар перистальтикаси заифлашган. Газлар чиқмайди. Ректал текширув вақтида тўғри ичакнинг ампуласи бўш.

Қорин органлари умумий рентгенограммасида ингичка ичакнинг пневматози кучли акс этган (3.18-расм).



**3.18-расм. Бемор А., 27 ёш. Умумий рентгенограмма:
ингичка ичак пневматози**

УТТ да: ўнг ёнбош соҳасида ингичка ичакнинг шишган ва пучайган илмоқлари аниқланади, шишган ичакнинг диаметри 4,0 см, шиллик қавати қалинлашган, таркиби бир хил эмас, ичак перистальтикаси моятниксимон, ичак илмоқлари орасида қалинлиги 0,3-0,4 см бўлган эркин суюқлик аниқланади. Хулоса:

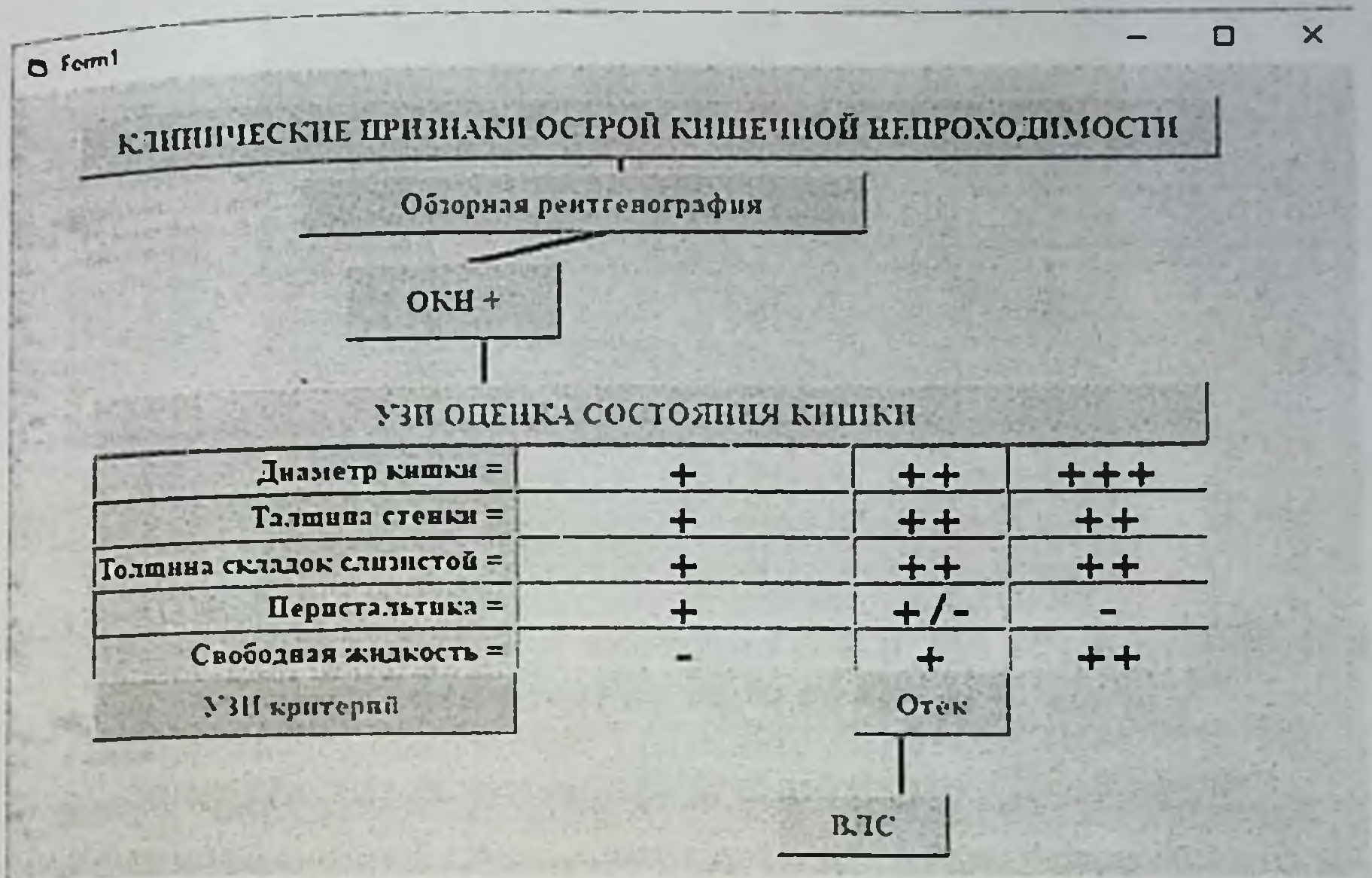
ингичка ичак тутилишининг эхо-белгилари, ичак деворининг кайтар шиши (3.19-расм).

Ишлаб чиқилган "Ичак ҳолатини ультратовуш баҳолаш асосида ЎИТ бўлган беморларни бошқариш тактикасини танлаш" дастурий маҳсулотга умумий рентгенография ва ультратовуш текшируви натижалари киритилгандан сўнг ВЛС бажариш тавсияси чикди (3.20-расм).

Дастурий маҳсулотнинг тавсиясини ҳисобга олган ҳолда, навбатчи гуруҳ томонидан Хассен бўйича кириш билан шошилиш ВЛС ни амалга оширишга қарор қилинди. Лапароскопик ревизия вақтида ўнг ёнбош канали ва кичик чанок бўшлиғида фибринсиз, шаффоф 150,0 мл атрофида сероз геморрагик суюқлик аниқланди. Асосан қорин бўшлиғининг пастки қисмида, кўпроқ текис битишмалар кўринишидаги тарқалган битишмали жараён мавжуд.



3.19-расм. Бемор А., 27 ёшда. Қорин бўшлиғи УТТ: калинлашган девор ва шиллик қаватнинг бурмалари кўринаётган кенгайган ингичка ичак ҳалқаси, таркибининг перистальтик ҳаракатлари маятниксимон. Ичак ҳалқалари орасида эркин суюқлик аниқланади. Ичакнинг ҳаётлигини баҳолаш: "деворнинг кайтар шиши".



3.20-расм. Бемор А., 27 ёш. "Ичак ҳолатини ультратовуш баҳолаш асосида ЎИТ бўлган беморларни бошқариш тактикасини танлаш" дастурий маҳсулотини қўллаш натижаси (дастурнинг интерфейси расми)

Эндовидеохирургик камера назорати остида ўнг ва чап ёнбош соҳаларда қўшимча лапаропортлар ўрнатилди. Битишмалардан холи қорин бўшлиғининг юқори қавати ревизияси давомида: жигар, ўт пуфаги, ошқозон, ўн икки бармоқли ичак пиёзчаси, кўндаланг чамбар ичак патологик ўзгаришларсиз. Ингичка ичакни илеоцекал бирикмадан бошлаб 1 м масофада қайта кўриб чиқиш пайтида ингичка ичакнинг ҳалқасини штранг билан босилганлиги аниқланди, унинг бир учи ўнг ёнбош соҳасининг париетал қорин пардасига, бошқа учи ингичка ичак тутқичига ёпишганлиги аниқланди. Ингичка ичак шишган қовузлоклари кўричак гумбазига ёпишган, қисилган ингичка ичак ҳалқаси баллон каби кенгайган, бинафша рангда, ичак тутқичи гиперемиялашган, перистальтикаси заифлашган (3.21-расм).



3.21. Бемор А., 27 ёш. ВЛС: операция пайтида штранг билан қисилган ингичка ичак ҳалқаси кўриниши

Электрокоагуляция ва қисиб турган битишмаларни кесиш амалга оширилди – битишмали ичак тутилиши ҳал қилинди (3.22-расм). Ингичка ичакни Трейцев бойламигача қайта кўриб чиқишда бошқа патология аниқланмади. Тутилиш ҳал қилингандан сўнг, ичакни сиқилган сегментининг ранги ва перистальтикаси тикланди (3.23-расм), ичак туткичи томирларида аниқ пульсацияси кўринди. Лапароскопик операция қорин бўшлиғи санацияси ва ўнг ёнбош соҳасидаги лапаропорт орқали кичик чанок бўшлиғини дренажлаш билан яқунланди.



3.22-расм. Бемор А., 27 ёш. ВЛС: операция пайтида қисиб турган штранг эндохирургик кесилгандан сўнги қисилган ичакнинг кўриниши



3.23-расм. Бемор А., 27 ёш. ВЛС: қисиб турган штранг эндохирургик кесилгандан сўнги қисилиши очилган ичак ҳалқасининг ранги ва перистальтикаси тикланиши

Операциядан кейинги даврнинг кечиши силлик, дренаж трубкаси 4-кун олиб ташланди, беморга операциядан кейин 7-кун қониқарли ҳолатда уйга жавоб берилди.

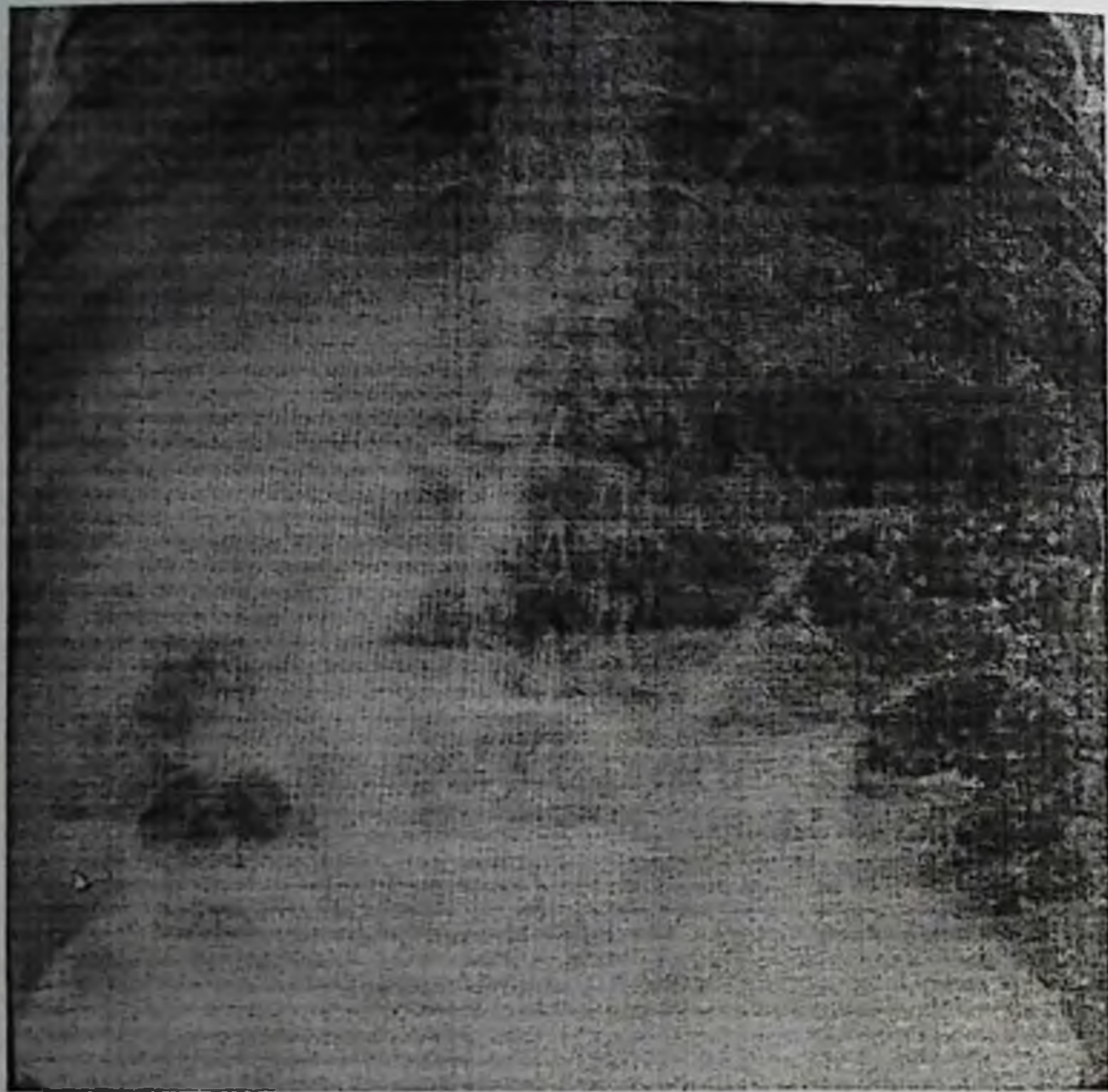
№2-клиник мисол: ультратовуш маълумотларига кўра, ичак некрозининг эхографик белгилари аниқланганда ва компьютер дастури шошилишч бирламчи кенг лапаротомияни амалга оширишни таклиф қилган бошқа ҳолат кўйидагича намоён бўлади:

Бемор Р, 28 ёш, к/т №287/3073, РНЦЭМП Самарқанд филиалига 2018 йил 31 декабрда қорин оғриғи, кўнгил айниш, ичак таркиби билан кўп қусиш, оғир умумий заифлик, оғиз қуриши шикоятлари билан қабул қилинди.

Беморнинг сўзларига кўра, қабул қилинишидан 1 кун олдин ўтқир касал бўлиб қолган, касалликнинг бошланишини касаллик арафасида ортиқча овқатланиш билан боғлайди. Қорин оғриғи билан у Пайариқ ТТБ га мурожаат қилган, у ердан бизнинг клиникага қайта юборилган. 2016 йилда у ўтқир аппендицит билан, 2018 йил октябр ойида – ўтқир битишмали ичак тўтилиши билан операция қилинган.

Қабул қилинганда беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда. Қорин бўшлиғини умумий рентгенографиясида

ингичка ичак тутилиши белгилари кўринади, кўплаб Клойбер косачалари ва ингичка ичак аркалари (3.24-расм).



3.24-расм. Бемор Р., 28 ёшда. Умумий рентгенограмма: қорин бўшлиғининг юқори ва ўрта қисмларида кўплаб ингичка ичакнинг Клойбер косачалари ва аркалари

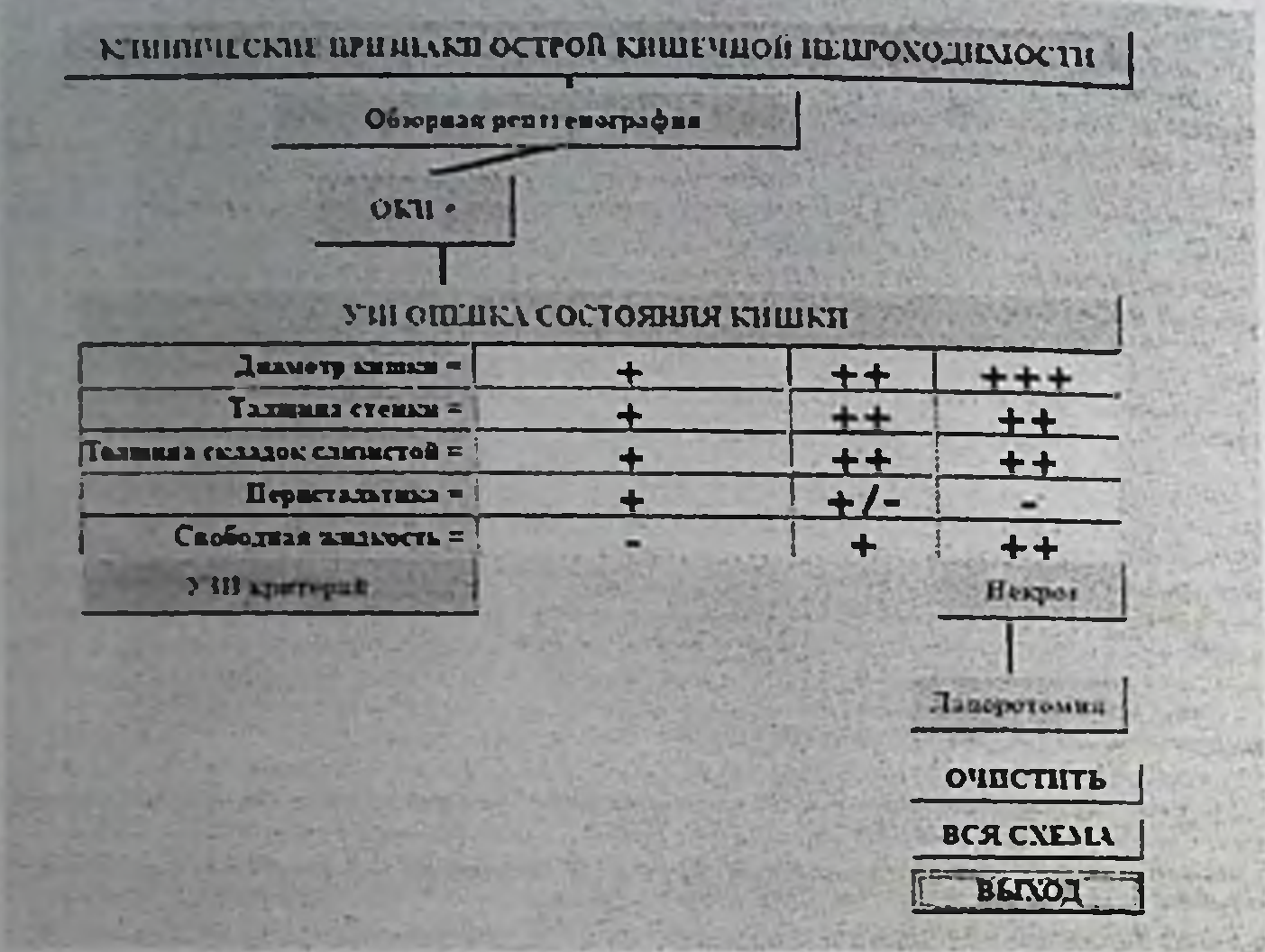
УТТ да: ўнг латерал соҳада ингичка ичакнинг шишган ва пучайган илмоқлари кўринади, шишган ичакнинг диаметри 4,5 см гача, шиллик қават қалинлашган, таркиби бир ҳил, ичак перистальтикаси аникланмайди, ичакнинг илмоқлари орасида қалинлиги 1,0-1,5 см гача бўлган эркин суюқлик аникланади. Хулоса: ингичка ичак тутилишининг эхо-белгилари, ичак деворининг некрози (3.25-расм).



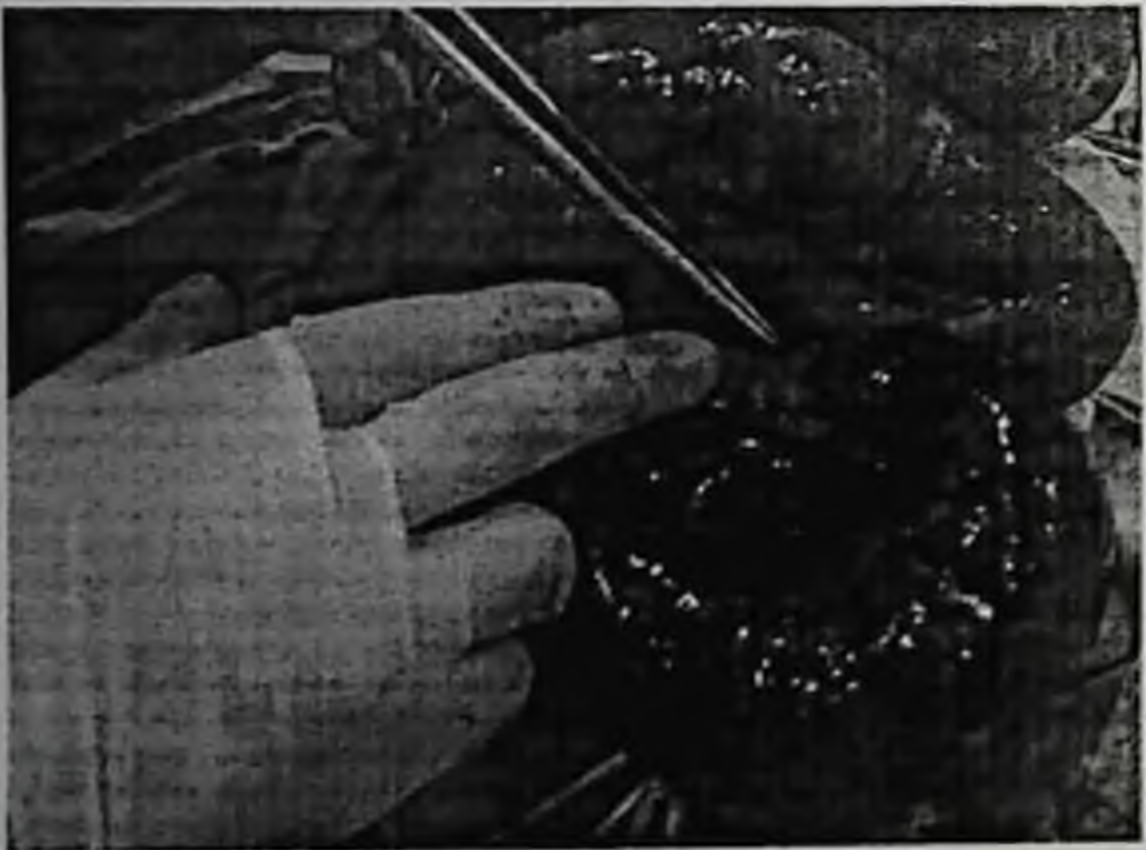
3.25-расм. Бемор Р., 28 ёш. Қрин бўшлиғи УТТ: ингичка ичакнинг девори қалинлашган (*) кенгайган ҳалқаси (оқ ўк), перистальтик ҳаракатлар йўқ. "Калибр сакраши" мавжуд (олиб келувчи (оқ ўк) ва олиб кетувчи (қора ўк) илмоқлар диаметри орасидаги фарқ). Ичакнинг ҳалқалари орасида эркин суюқлик мавжуд. Ичакнинг ҳаётлийлигини баҳолаш: "ичак некрози"

Ишлаб чиқилган "Ичак ҳолатини ультратовуш баҳолаш асосида ЎИТ бўлган беморларни бошқариш тактикасини танлаш" дастурий маҳсулотга умумий рентгенография ва ультратовуш текшируви натижалари киритилгандан сўнг кенг лапаротомия ўтказиш тавсияси чикди (3.26-расм).

Шошилинч ўрта ўрта лапаротомия амалга оширилди, унда бутун қорин бўшлиғини тўлдирган ингичка ичак ҳалқаларининг аниқ шишиши аниқланди, ичак ҳалқалари орасида 300 мл гача лойқа эркин суюқлик мавжуд. Ревизия пайтида илеоцекал бирикмадан 15 см масофада ингичка ичакнинг ҳалқасини қисиб турган штранг аниқланди, ингичка ичакнинг олиб келувчи қисми 30 см узунликда ранги қорайган, перистальтика ва туткич томирларининг пульсацияси йўқ (3.27-расм), ингичка ичак қисилган ҳалқаси некрози аниқланди, ингичка ичакнинг соғлом тўқималар чегарасида резекцияси амалга оширилди ва "ёнма-ён" илеотрансверзоанастомоз шакллантирилди (3.28-расм).



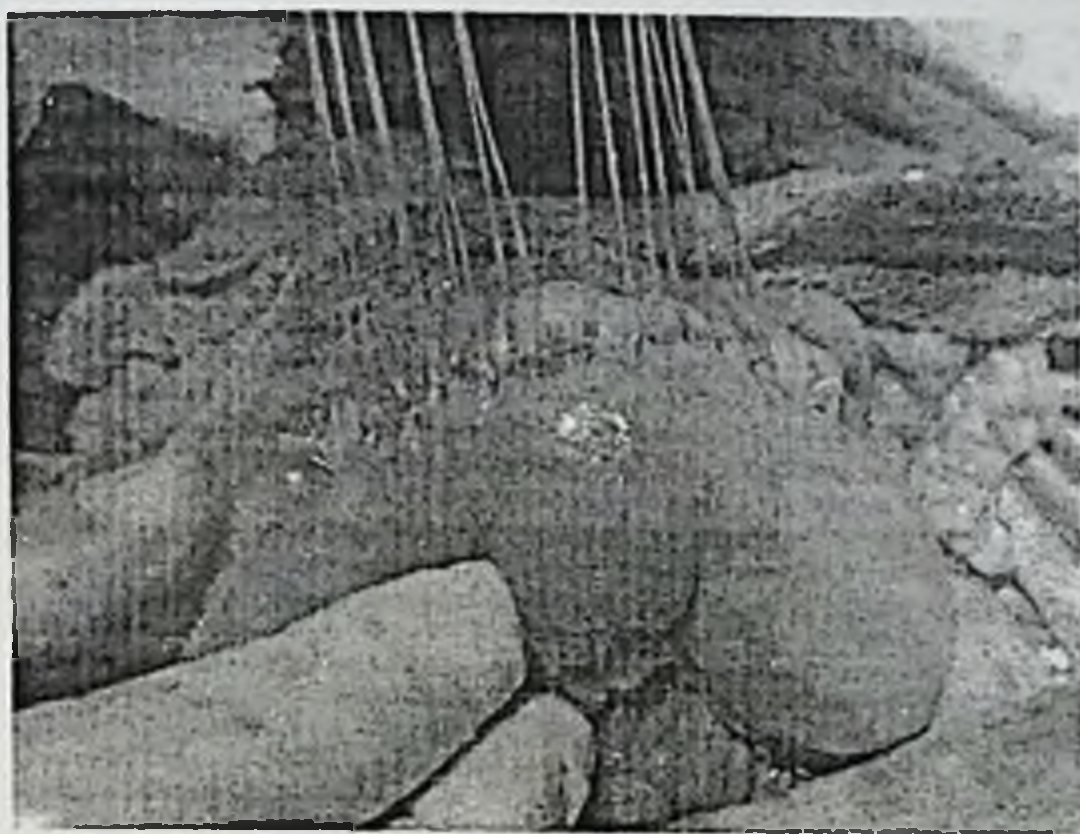
3.26-расм. Бемор Р. учун "Ичак ҳолатини ультратовуш баҳолаш асосида УИТ бўлган беморларни бошқариш тактикасини танлаш" дастурий маҳсулоти интерфейси



3.27-расм. Бемор Р., 28 ёш. Лапаротомия: ингичка ичакнинг некрозланган ҳалқасини кўриниши

Операциядан кейинги давр асоратларсиз давом этди. Бемор инфузион, дезинтоксикацион, яллиғланишга қарши терапия,

анальгетиклар, гемотрансфузия олди. Жароҳат бирламчи чандикланиш билат битди. Беморга 9-куни жавоб берилди.



3.28-расм. Бемор Р., 28 ёш. Лапаротомия: “ёнма-ён” илеотрансверзоанастомоз

Боб юзасидан хулоса

Механик ЎИТ қорин оғриғи (100% ҳолларда), кўнгил айниш (89,2%), қорин дамлаши (82,2%) ва кўпинча нажас ва газлар ушланиши (63,8%) билан намоён бўладиган жуда ёрқин ва характерли клиник кўринишга эга, бу дастлабки клиник ташхисни эрта қўйишга ва диагностика тадбирларининг мақсадли рўйхатини аниқлашга ёрдам беради.

Оғрик синдромининг оғирлиги ва ЎИТ нинг ёрқин клиник кўриниши кўпчилик беморларни касаллик бошланишидан бошлаб дастлабки босқичда мутахассисга мурожаат қилишга ундайди. Қоида тариқасида, механик ЎИТ билан оғриган беморлар оғрик синдроми бошланганидан дастлабки 24 соат ичида клиникага ётқизилади ва беморларнинг атиги 11,8%, асосан битишмали ва обтурацион тутилишда хуруж бошланганидан кейин 1 кун ичида клиникага мурожаат қилишади. Аммо оғрик синдромининг оғирлиги билан ажралиб турадиган буралиш ва ичакнинг инвагинациясида ($n=29$) беморлар кўп ҳолларда (89,7%) касалликнинг дастлабки 12 соатида клиникага мурожаат қилишди.

Шу билан бирга, битишмали ЎИТ бўлган беморларнинг деярли 2/3 қисми (64,7%) клиникага ётқизилган.

ЎИТ бу шаклида энг кенг тарқалган сабаби илгари аппендектомия (23,4%), холецистэктомия (14,5%), кичик чанок бўшлиғи аъзоларидаги жарроҳлик (11,6%), тешилган гастродуоденал яраларни тикиш (9,8%) ва чурраларни кесиш (9,1%) операциялари ўтказганлиги бўлди.

ЎИТ га шубҳа қилинган беморларни дастлабки текширишнинг асосий протокол усуллари сифатида биз ультратовуш текширувидан ва рентгенографиядан фойдаландик.

ЎИТ бўлган беморларда касалликнинг асосий рентгенологик белгиси ингичка ичакнинг пневматози бўлди. Газ билан шишган ингичка ва йўғон ичакнинг илмоқлари одатда характерли рентгенологик хусусиятларга эга бўлиб, қайси ичакнинг илмоқлари газ билан кенгайганлигини аниқлашга имкон берди. ЎИТ юзасидан операция қилинган беморларда ичак тутилишининг рентгенологик белгиларини аниқлаш частотаси ўртача 92,9% ни ташкил этади. Шу билан бирга касалликнинг рентгенологик сурати энг кўп ингичка (100%) ва сигмасимон (84,6%) ичакларнинг буралиши, битишмали ичак тутилиши (95,3%) ва ўсма этиологияли обтурацион ЎИТ (83,8%) га хос бўлиб, ингичка ичакнинг фитобезоарида ва ичаклар инвагинациясида горизонтал суюқлик сатҳи ва Клойбер косачалари жуда кам учрайди (мос равишда 46,2 ва 66,7% ҳолларда).

ЎИТ да ултраторовушнинг муҳим афзалликларидан бири зарарланган ичакнинг перистальтикасини баҳолаш қобилиятидир. Ичак странгуляцияси бўлмаган тақдирда, конда тарикасида, перистальтик ҳаракатларнинг кучайиши кузатилди ва странгуляцияли тутилиш бўлган беморларда кўпинча ичак суюқлиги ҳаракатининг заифлашиши қайд этилди.

Ингичка ичак тутилишида, ичакнинг кенгайтирилган илмоқлари асосан қориннинг чап ярмида аниқланади, ёнбош ичак зарарланганда, ичак ҳалқаларининг патологик кенгайиши қориннинг барча қисмларига тарқалади. Тўғри ёки сигмасимон

ичакнинг тутилиши бўлган беморларда ультратовуш текшируви кўпинча йўгон ичакнинг ўнг ва чап қисмларининг кенгайишини аниқлади. Қорин бўшлиғининг барча қисмларида кўп миқдордаги эркин суюқликни ультратовушда аниқлаш ичак деворининг некрози ривожланишининг белгисидир. Ультратовуш текшируви биз диссертацияда тасвирлаб берган бир қатор ижобий ва салбий сонографик ўзгаришлар ёрдамида консерватив терапия самарадорлигини баҳолашнинг ўта маълумотли усулидир.

Ичак тутилишининг УТТ диагностикаси ва ичак туткичларининг тўсик устидаги ҳолатини баҳолаш пайтида биз ичакнинг морфологик ва функционал ҳолатини тавсифловчи 5 та асосий мезондан фойдаландик: кенгайган илмоқларнинг мавжудлиги, перистальтик ҳаракатларнинг бузилиши, ичак деворининг кенгайиши, ичак шиллик қавати бурмаларининг пайдо бўлиши, қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлиги.

ЎИТ нинг сонографик белгиларининг оғирлигига қараб ичак деворидаги морфофункционал ўзгаришлари уч тоифага бўлинди: 1) асоратланмаган ЎИТ, 2) асоратланган ЎИТ, 3) ичак деворининг некрози. ЎИТ сонографик белгиларининг сезгирлиги ва ўзига хослигини бизнинг ҳисоб-китобларимиз шуни кўрсатадики, ультратовуш текшируви ичак тутилишини ташхислашда 93,33% сезгирликка эга (95% ДИ 82,7-96,5%, LR+ 18,67) ва 95,0% ўзига хосликка эга (95% ДИ 79,1-99,7%, LR- 0,07), PPV (ижобий прогностик қиймати) 96,6% ва NPV (салбий прогностик қиймати) 90,5%.

ЎИТ да ичак деворининг шижастланишининг оғирлигини (асоратсиз, асоратли ва ичак деворининг некрози) тавсия этилган ультратовуш градациясидан фойдаланиш ва уларни баҳолаш мезонлари ВЛС дан фойдаланиш кўрсатмаларини белгилашга имкон беради ва ичак деворининг ҳаётйлигининг сақланиб қолганлигини сонографик белгилари бўлган ультратовуш орқали танланган беморларда илеуснинг лапароскопик ҳал қилинишида муваффақиятли ҳолатларни 75% гача кўпайишига ёрдам беради.

IV БОБ. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

4.1. ЎИТ турли шаклларининг видеолапароскопик семиотикаси

Механик ЎИТ нинг дифференциал диагностик лапароскопик белгиси қорин бўшлиғини ревизияси пайтида бир вақтнинг ўзида шишган ва пучайган ичак ҳалқаларининг мавжудлиги ҳисобланади.

ЎИТ турли шаклларининг видеолапароскопик семиотикалари бир-биридан фарқ қилади, биринчи навбатда ичак ҳалқасининг ички қисилиши сабаби билан.

Иплар (штранг) билан қисилиш ичак тутилишининг ёнбош ичакда ёки кам ҳолларда ингичка ичакнинг ўрта қисмида бўлиши билан тавсифланади. Батафсил лапароскопик ревизия кўпинча ўралган ҳолатдаги штрангларни (бифроз битишмали иплар) кўриш имконини беради. Қоида тариқасида, штрангнинг учларидан бири париетал қорин пардага, иккинчиси ичакка ёки унинг тутқичига бирикади.

Бундай ҳолларда, лапароскопик жарроҳлик штрангни ажратишга қаратилади. У бутун узунлиги бўйлаб топилади, диссектор ёрдамида ажратилади (4.1-расм) ва одатда биполяр ёки монополар когуляциядан (4.2-расм) сўнг ичак деворига яқинроқдан қайчи билан кесилади.



4.1-расм. Штрангни ажратиш.



4.2-расм. Штрангнинг электрокогуляцияси.

Узун штранг мавжуд бўлганда, уни бутун узунлиги бўйлаб ажратиб чиқиш керак. Бу операциядан кейинги даврда янги битишмалар ривожланишининг олдини олиш учун зарур.

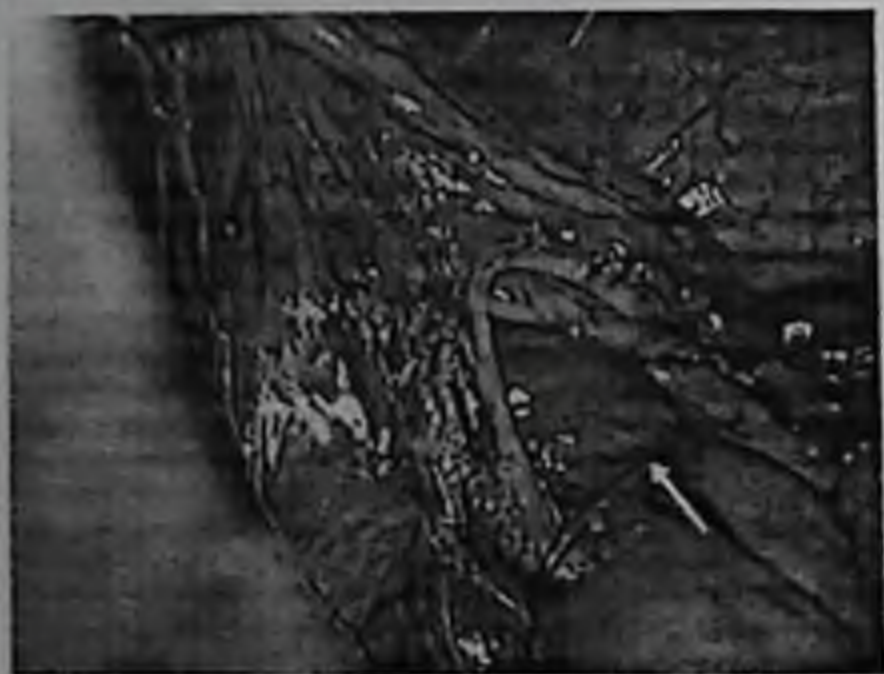
Тешикдаги қисилиш камдан-кам ҳолларда муҳим микроциркуляция бузилишлари билан бирга келади. Шунинг учун, ушбу тешик шаклланишида иштирок этувчи ичак тутқичи ва чарви, ичакнинг қисилган соҳасида ичак қовузлоғи ҳолатини, шунингдек тутилишни чақирган қиска, 1 см гача бўлган битишмани баҳолаш билан пухта ревизиясини амалга ошириш керак (4.3-расм).



4.3-расм. Қисилиш тешиги соҳасининг ревизияси

Дисектор ёрдамида битишма бутун айланаси бўйлаб ажратилгандан сўнг, унинг биполяр электрокоагуляциясини ва қайчи билан кесишни эҳтиёткорлик билан бажариш керак. Қиска битишмаларга ишлов беришда ичак деворининг яқинлиги туфайли монополяр коагуляциядан фойдаланиш хавфлидир. Ичакнинг қисилган ҳалқаси чиқарилгандан сўнг, ажратилган битишма соҳасидаги анатомик ҳосилаларнинг батафсил ревизияси яқунланади.

Ичакни фиксацияланган чарви билан қисилишида лапароскопик техника қисилишни чақирган чарви тутамини ичакка, ичак тутқичига ёки париетал корин пардага (4.4-расм) бириккан жойигача осон ажратишни ҳамда чарвининг шу соҳасини биполяр коагуляцияси (4.5-расм) ва соғлом тўқималар чегарасида қайчилар билан кесиш орқали резекциясини етарлича таъминлайди.



4.4-расм. Ичак қисилишига олиб келган чарви тутамини ажратиш.



4.5-расм. Ичак қисилишига олиб келган чарви тутамини кесиш.

Икки милли милтик шаклида ингичка ичакнинг деформацияси туфайли келиб чиққан ЎИТ да, одатда ичак деворида аниқ қон айланишининг бузилиши бўлмайди. Бундай ҳолларда, кўпинча видеолапароскопик асбоблар ёрдамида ичакнинг деформациясини келтириб чиқарадиган барча битишмаларни тўмтоқ ва ўткир тарзда ажратиш ва ичакни пучайган қисмидан шишган қисмигача бўшатиш етарли бўлади.

Лапароскопик адгезиолизиснинг энг қийин тоифаларидан бири бу ичак ҳалқаларининг бир нечта битишмалар билан деформацияланишидир. Қоида тариқасида, бир-бири билан хаотик тарзда бирикка ичак ковузлокларидан иборат конгломератлар кўпинча операциядан кейинги чандик соҳасида бўлади. Ичак конгломератларини таркибидаги бутун ичакларни дистал пучайган қисмидан бошлаб проксимал йўналишда эҳтиёткорлик билан боскичма-боскич адезиолизи ўтказилиши керак. Биполяр

коагуляциядан фойдаланган маъкул. Ичакларни операциядан кейинги чандикдан ажратишда уни тегиб турган париетал қорин парда соҳаси билан бирга кесиш керак, бу ичак девори зарарланишининг олдини олади.

Фиксацияланган битишма билан ичак буралиши лапароскопияда қорин бўшлиғида бир ёки бир нечта ўралган ичак ҳалқалари мавжудлиги билан намоён бўлади. Ушбу турдаги тутилиш одатда ичакнинг аномал ҳолатига олиб келувчи битта висцеро-висцерал ёки висцеропариетал битишма сабабли келиб чиқади. Агар битишмалар ичак тутқичига уланган бўлса, унда улар ўралган ичак ҳалқаларининг асосида жойлашади.

Ичакни битишма атрофида буралишида, ичакнинг битишмага бириккан қисмига иккита атравматик қисқич ёрдамида эҳтиёткорлик билан яқинлашиб, бу битишмани ажратиш ва кесиш тавсия этилади, шундан сўнг буралиш осон тўғриланади.

Ичак инвагинацияси лапароскопик ҳал қилиш муваффақиятли ўтказилайдагн ЎИТ шаклларида биридир. Лапаропортларни ўрнатиш нуқталарини танлашда инвагинация одатда қориннинг ўнг ярмида жойлашганлигини ҳисобга олиш керак, шунинг учун қов устида ва пастки чап квадрантда иккита қўшимча 5 миллиметрли лапаропортни ўрнатиш тавсия этилади. Патологиянинг жойлашишига ва инвагинация даражасига қараб қўшимча портлар ўрнатилиши мумкин. Лапароскопик дезинвагинация техникаси қуйидагилардан иборат: атравматик қисқичлардан бири билан инвагинатнинг ташқи цилиндри ушланади, иккинчи қисқич билан ичкарига кирган ичак тутқичига карама-қарши томондан ушланади, ичкарига кирган ичакни ташқи цилиндрдан тескари йўналишда бўйлама ўқи бўйлаб эҳтиёткорлик билан тортиш амалга оширилади. Дезинвагинациядан кейин инвагинатдаги ичак ҳалқаларида қон айланишининг бузилиши даражасини, дезинвагинациянинг тўлиқлигини баҳолаш, ичак инвагинацияси рецидивининг анатомик шартларини аниқлаш учун ёнбош ичакни текшириш, қорин бўшлиғидан суюқликни эвакуация қилиш керак.

4.2. Ўткир ичак тутилиши бўлган беморларда видеолапароскопияни қўллаш натижалари

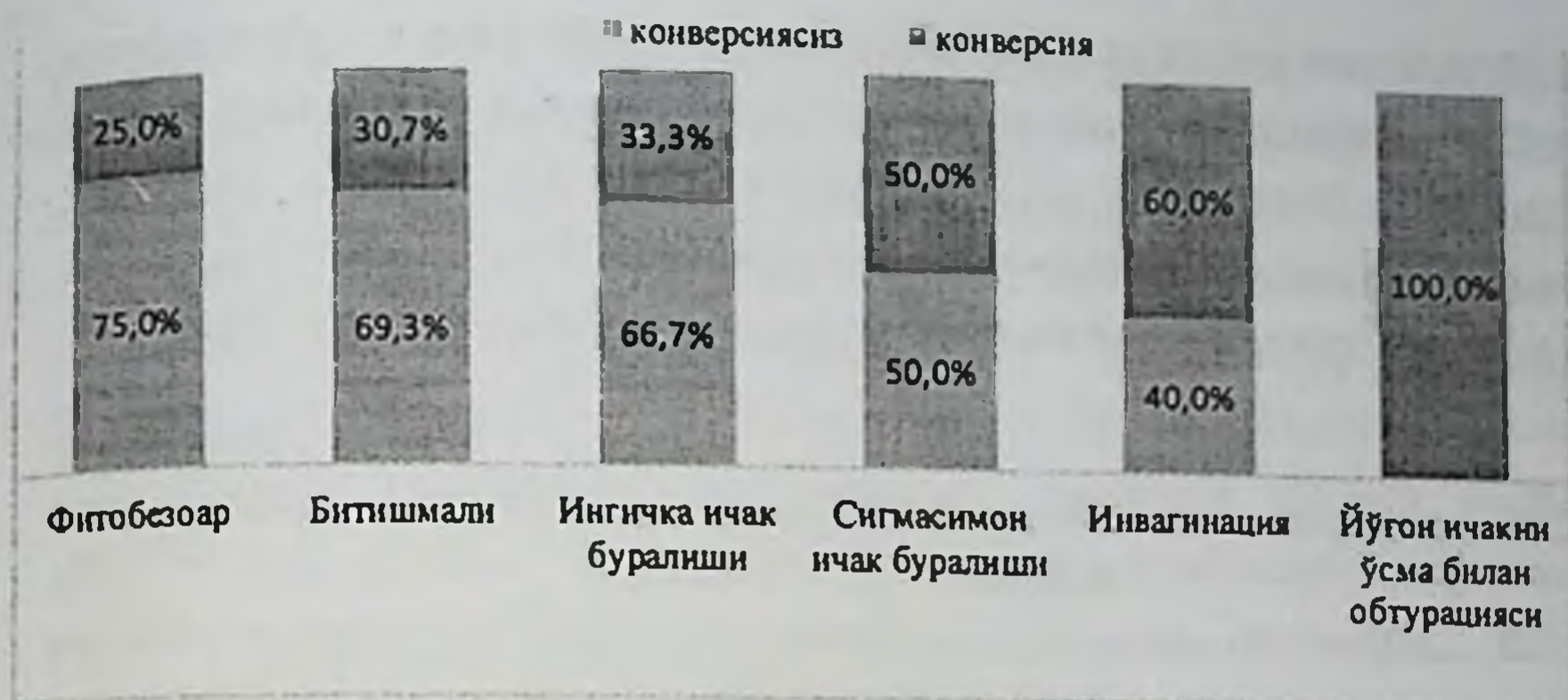
Иккинчи бобда кўрсатилганидек, видеолапароскопик техника ЎИТ турли шакллари ташхислаш ва жарроҳлик даволаш боскичларида ушбу тадқиқотга киритилган 233 (30,6%) беморларда ишлатилган (4.1-жадвал). Ушбу тоифадаги жарроҳлик беморларида ВЛС конверсиясининг умумий улуши 39,5% ни ташкил этди, ўзгариши 25,0% дан (фитобезоарларда) 100% гача (йўгон ичак саратони обтурацияси бўлган беморларда) (4.6-расм).

4.1-жадвал

ЎИТ нинг турли шакллари бўлган беморларда видеолапароскопик аралашувлар пайтида конверсия частотаси

ЎИТ тури	Жами	Лапаротомия		ВЛС					
				Жами		Конверсия -сиз		Конверсия билан	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Битишмали	640	448	70,0	192	30,0	133	69,3	59	30,7
Йўгон ичак саратонининг обтурацияси	80	53	66,3	27	33,8	0	0,0	27	100
Фитобезоар	13	9	69,2	4	30,8	3	75,0	1	25,0
Инвагинация	6	4	66,7	5	83,3	2	40,0	3	60,0
Ингичка ичак буралиши	10	3	30,0	3	30,0	2	66,7	1	33,3
Сигмасимон ичак буралиши	13	12	92,3	2	15,4	1	50,0	1	50,0
Жами	762	529	69,4	233	30,6	141	60,5	92	39,5

ЎИТ да видеоэндохирургик аралашувлар фитобезоар (75,0%), битишмали ичак тутилиши (69,3%), ингичка ичак буралиши (66,7%) ва сигмасимон ичак буралиши (50,0%) бўлган беморларда энг самарали бўлди. Бундан ташқари, инвагинация бўлган беморларнинг 40% да ВЛС дан фойдаланиш кенг лапаротомияга мурожаат қилмасдан, ичак тутилишини бартараф этиш учун минимал инвазив усулга имкон берди (4.6-расм).



4.6-расм. Видеолапароскопик аралашув конверсияси частотасининг ЎИТ турига боғлиқлиги

Шуни таъкидлаш керакки, ЎИТ ни муваффақиятли видеолапароскопик йўқ қилишнинг этиологик тузилишида битишмали ичак тутилиши мутлақо устун келди - ВЛС аралашувларининг умумий сонидан конверсиясиз ($n=141$) битишмали ичак тутилиши билан 133 (94,3%) ҳолатларда операция қилинди, бундай аралашувларнинг бошқа ҳолатлари эса фақат 8 (5,7%) ҳолатга тўғри келди (4.1-жадвал).

Фитобезоарлар, инвагинация ва ичак буралиши бўлган беморларда ВЛС дан муваффақиятли фойдаланиш клиник кузатувлари сони камлиги туфайли биз ЎИТ бўлган беморларда видеоэндохирургик усулларни қўллаш самарадорлигини битишмали ичак тутилиши бўлган беморларнинг мисолида баҳоладик.

Битишмали ичак тутилиши бўйича операциялар, юқорида айтиб ўтилганидек, 640 беморда бажарилган бўлиб, шундан 448 (70,0%) беморда бирламчи лапаротомия, 192 (30,0%) беморда – ВЛС ўтказилди.

Видеолапароскопик операциялар илгари 2 тадан кўп бўлмаган қорин бўшлиғи операциясини ўтказган беморларда бажарилган бўлса, бирламчи кенг лапаротомия ($n=448$) ўтказилган беморлар гуруҳида 2 тадан ортик қорин бўшлиғи операциясини ўтказган беморлар сони 58 (12,9%) кишини ташкил этди ($p<0,001$),

шу жумладан улардан 17 (3,8%) бемор 4 ёки ундан ортик корин бўшлиғи операциясидан сўнг битишмали ичак тутилиши билан клиникага ётқизилган (4.2-жадвал). ВЛС гуруҳида анамнезида олдинги корин бўшлиғи операцияларининг ўртача сони $1,25 \pm 0,43$ ни ташкил этди, лапаротомия гуруҳида - $1,47 \pm 0,84$ ($p < 0,001$).

4.2-жадвал

ВЛС ва бирламчи лапаротомия гуруҳларидаги беморларнинг клиник хусусиятлари

Кўрсаткич	Жами, n=640		Лапароскопия, n=192		Лапаротомия, n=448		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Анамнездан корин бўшлиғи операцияларининг сони	612	95,6	181	94,3	431	96,2	0,003
– 1 операция	442	69,1	136	70,8	306	68,3	<0,001
– 2 операция	112	17,5	45	23,4	67	15,0	
– 3 операция	41	6,4	-	-	41	9,2	
– 4 операция	15	2,3	-	-	15	3,3	
– 5 операция	2	0,3	-	-	2	0,4	
χ^2 -тест			df=4, $\chi^2_{\text{стат}}=30,706$, $\chi^2_{\text{крит}}=13,277$				
Олдинги корин бўшлиғи операцияларининг сони, $M \pm SD$	$1,40 \pm 0,75$		$1,25 \pm 0,43$		$1,47 \pm 0,84$		<0,001
ASA таснифи бўйича беморнинг ахволи оғирлиги :							
ASA I	56	8,8	34	17,7	23	5,1	<0,001
ASA II	244	38,1	107	55,7	141	31,5	
ASA III	282	44,1	50	26,0	232	51,8	
ASA IV	58	9,1	1	0,5	52	11,6	

Бундан ташқари, ВЛС аралашувини оғир йўлдош касалликларга эга бўлмаган беморларда ўтказишга ҳаракат қилдик, шунга кўра ASA (Америка анестезиологлар жамияти) таснифи бўйича беморларнинг жисмоний ҳолати баҳоланганда ушбу гуруҳдаги 141 (73,4%) беморларда ASA I ва ASA II деб баҳоланди. Шу билан бирга, бирламчи лапаротомия қилинган 284 (63,4%) беморлар умумий ахволи ASA III ва ASA IV деб баҳоланди (4.2-жадвал).

Қорин бўшлиғидаги аввалги операцияларнинг мавжудлигини ва сонини ҳисобга олган ҳолда ВЛС аралашуви учун беморларни

танлаш статистик жиҳатдан икки таққосланган гуруҳдаги беморларда битишма жараённинг тарқалиш характерида ($p < 0,001$) ва жарроҳлик аралашувининг давомийлигида ($p < 0,01$) сезиларли даражада акс этди. Шундай қилиб, лапароскопик адгезиолизисдан ўтган 130 (67,7%) беморларда жарроҳ ўИТ га сабаб бўлган ягона битишмали жараён билан шуғулланган бўлса, бирламчи кенг лапаротомия гуруҳидаги ҳолатларнинг ярмидан кўпида – 263 (58,7%) беморларда – бир нечта битишмали жараёнларни ажратиш ва кесиш керак бўлди (4.3-жадвал). Бундан ташқари, ВЛС аралашувга танланган беморларда операция вақтида равишда кам ҳолларда ичак некрози белгилари аниқланиб, бу ҳолат конверсия ва кейин некротик сегментни резекция қилишни талаб қилди (6,3% га нисбатан 10,5%, $p = 0,090$).

ВЛС гуруҳидаги беморларда битишмали жараён камроқ акс этганлиги туфайли уларда хирургик аралашувнинг ўртача давомийлиги ($105,78 \pm 29,04$ мин) очик лапаротомия гуруҳининг худди шу кўрсаткичига ($117,54 \pm 27,70$ мин.) нисбатан анча қисқа бўлди.

ВЛС гуруҳидаги битишмаларнинг кам тарқалганлиги ҳам ичак деворининг операция вақтида шикастланиш частотасига ижобий таъсир кўрсатди (7,8%, бирламчи лапаротомия гуруҳида – 12,1%, $p = 0,113$).

4.3-жадвал

Жарроҳлик аралашувининг операция вақтида хусусиятлари ва натижалари

Кўрсаткич	Жами, n=640		Лапароскопия, n=192		Лапаротомия, n=448		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Битишмаларнинг тарқалганлиги							
– Битта битишма	315	49,2	130	67,7	185	41,3	<0,001
– Кўплаб битишмалар	325	50,8	62	32,3	263	58,7	
Ичак резекцияси	59	9,2	12	6,3	47	10,5	0,090
Операция давомийлиги	$114,01 \pm 28,60$		$105,78 \pm 29,04$		$117,54 \pm 27,70$		<0,01
Ичак деворининг операция вақтида шикастланиши	69	10,8	15	7,8	54	12,1	0,113

Операциядан кейинги асоратлар	220	34,4	25	13,0	195	43,5	<0,001
- жароҳатнинг йиринглаши	68	10,6	-	-	68	15,2	<0,01
- қон кетиш	11	1,7	3	1,6	8	1,8	
- перитонит	28	4,4	8	4,2	20	4,5	
- эрта битишмали ЎИТ	33	5,2	2	1,0	31	6,9	
- пневмония	65	10,2	10	5,2	55	12,3	
- ЎАТЭ	11	1,7	2	1,0	9	2,0	
- ЎМИ	4	0,6	-	-	4	0,9	
χ^2 -тест			df=6, $\chi^2_{\text{стат}}=22,69$, $\chi^2_{\text{крит}}=16,812$				
Реоперациялар шу жумладан реллапароскопия	78	12,2	13	6,8	65	14,5	0,007
Улим	3	0,5	3	1,6	-	-	
Улим	27	4,2	5	2,6	22	4,9	0,184
Стационар даволаниш муддати	8,30±3,32		5,94±1,78		9,31±3,31		>0,05

ВЛС адгезиолизисдан кейинги эрта асоратлар ривожланиши статистик жиҳатдан сезиларли даражада (<0,001) паст бўлди (13,0%, бирламчи лапаротомия гуруҳида – 43,5%). Шу билан бирга, очик аралашувлардан сўнг (n=448) операциядан кейинги ўзига хос асоратлар (ярагинг йиринглаши, қон кетиши, перитонит ва эрта битишмали ЎИТ) ўзига хос бўлмаган асоратлар (пневмония, ЎАТЭ ва ЎМИ) ривожланиш эҳтимоли икки баравар юқори бўлганлиги қайд этилди – 28,3% га нисбатан 15,2%. Шу билан бирга, ВЛС аралашув гуруҳида (n=192), ўзига хос ва ўзига хос бўлмаган асоратлар нисбати 6,8% га нисбатан 6,3% ни ташкил этди (13/12). Шунини таъкидлаш керакки, лапароскопик операциялардан сўнг атиги 2 (1,0%) ҳолатда эрта битишмали ичак тутилишини кузатдик, кенг лапаротомиядан сўнг эса 31 (6,9%) беморда шунга ўхшаш асорат қайд этилди.

Операциядан кейинги ўзига хос асоратларга эга бўлган ВЛС гуруҳининг барча 13 (6,8%) беморларида реоперациялар ўтказилди, шу жумладан 3 (23,1%) ҳолатда операциянинг қорин бўшлиғи асоратлари реллапароскопия ёрдамида бартараф этилди. Бирламчи кенг лапаротомия гуруҳида реоперация/реллапаротомия частотаси 65 (14,5%) ҳолатни ташкил этди (4.3-жадвал).

Битишмали ичак тутилиши бўлган беморларда умумий ўлим даражаси 4,2% ни ташкил этди, ВЛС аралашувидан кейин эса бу кўрсаткич бирламчи лапаротомия гуруҳига нисбатан статистик жиҳатдан аҳамиятсиз паст бўлди (2,6% га нисбатан 4,9%, $p=184$).

Битишмали ичак тутилиши бўлган беморларда адгезиолизисни амалга ошириш учун видеолапроскопик киришдан фойдаланиш стационар даволаниш муддатини $9,31 \pm 3,31$ ётоқ кунидан $5,94 \pm 1,78$ ётоқ кунигача қисқартиришга ёрдам берди ($p > 0,05$) (4.3-жадвал).

Маълумки, битишмали ичак тутилишини жарроҳлик даволашда лапароскопик қўлланманинг самарадорлиги қорин бўшлиғидаги битишмали жараённинг оғирлигига бевосита боғлиқ. Бизнинг кузатишларимиз шуни кўрсатадики, қорин бўшлиғида битта битишмали жараёнда лапароскопик адгезиолизис самарадорлиги 86,9% ни ташкил қилди, кўп битишмали жараёнда эса бу кўрсаткич 32,3% гача пасайди. Шунга кўра, бир нечта битишмалар аниқланганда ($n=62$) 42 (67,7%) ҳолатда конверсияга муурожаат қилиш керак бўлди (4.4-жадвал).

4.4-жадвал

ВЛС қўлланилишининг операция вақтидаги хусусиятлари ва натижалари

Кўрсаткич	Жами ВЛС, n=192	Конверсиясиз, n=133		Конверсия, n=59		p
		абс.	%*	абс.	%*	
Битишмалар тарқалганлиги						
– Битта битишма	130	113	85,0 86,9	17	28,8 13,1	<0,001
– Кўплаб битишма	62	20	15,0 32,3	42	71,2 67,7	
Ичак резекцияси	12	-	- -	12	20,3 100	<0,001
Жарохатланган ичакни тикиш	15	5	3,8 33,3	10	16,9 66,7	0,002
Операция давомийлиги	$105,78 \pm 29,04$	$92,23 \pm 25,53$		$134,07 \pm 10,89$		<0,05
Операциядан кейинги асоратлар	25	7	5,3 28,0	18	30,5 72,0	<0,001
Реоперация	13	4	3,0 30,8	9	15,3 69,2	0,002
Ўлим	5	-	-	5	8,5	<0,001

Стационар даволаниш муддати	5,94±1,78	4,94±0,66	8,20±1,37	<0,05
-----------------------------	-----------	-----------	-----------	-------

Изох: * - касрнинг сифатида % тегишли кичик гуруҳдаги беморларнинг умумий сони ("конверсиясиз" ва "конверсия"), махражда % тегишли кўрсаткич сони.

Лапароскопик ревизия пайтида 12 беморда қисилган ичак ҳалқасининг некроз белгилари аниқланди, барча ҳолатларда конверсия қилинди ва очик усулда ичакни резекция қилишга тўғри келди. Конверсияга кўрсатмалар умумий структурасида битишмали ичак тутилиши бўлган беморларда (n=59) қисилган ичак некрозининг улуши 20,3% ни ташкил этади (4.4-жадвал).

Агар кўпчилик шошилиш жарроҳлик бўлимларида ишлатиладиган мунтазам видеолапароскопик асбобларнинг терапевтик имкониятлари ичак некрози ҳолатларида сезиларли даражада чекланган бўлса, унда лапароскопик адгезиолизис пайтида ичак деворига зарар етганда (n=15), эндовидеохирургик усуллар 33,3% ҳолларда ичак деворининг яхлитлигини минимал инвазив усул билан тиклаш имконини берди.

Лапароскопик адгезиолизис операциялари ўртача 92,23±25,53 дақиқа давом этди, бу конверсияни талаб қиладиган операциялардан тахминан 40,8 дақиқа қисқа бўлди.

Шунингдек, операциядан кейинги эрта асоратлар даражаси (5,3% га нисбатан 30,5%, p<0,001) конверсияга муурожаат қилмасдан лапароскопик адгезиолизисни амалга оширишга муваффақ бўлган беморларда сезиларли даражада паст бўлди (3,0% га нисбатан 15,3%, p=0,002), бу такрорий операциялар частотасига ижобий таъсир кўрсатди.

Бирламчи ВЛС ўтказилган беморлар гуруҳидаги барча 5 ҳолатдаги ўлим ЎИТ оғирлик даражаси ёки техник қийинчиликлар туфайли конверсияни амалга оширишга мажбур бўлган беморларга тегишли бўлди (4.4-жадвал).

Бундан ташқари, видеолапароскопик адгезиолизис бажарилган беморларда стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги конверсия қилинган беморларга нисбатан анча кам бўлди (4,94±0,66 ётоқ-кунга нисбатан 8,20±1,37 кун, p<0,05).

Боб юзасидан хулоса

ЎИТ да ВЛС конверсиясининг умумий улуши 39,5% ни ташкил этди, ўзгариши 25,0% дан (фитобезоарларда) 100% гача (йўгон ичак саратони обтурацияси бўлган беморларда). Видеоэндохирургик аралашувлар фитобезоар (75,0%), битишмали ичак тутилиши (69,3%), ингичка ичак буралиши (66,7%) ва сигмасимон ичак буралиши (50,0%) бўлган беморларда энг самарали бўлади. Бундан ташқари, инвагинация бўлган беморларнинг 40% да ВЛС дан фойдаланиш кенг лапаротомияга мурожаат қилмасдан, ичак тутилишини бартараф этиш учун минимал инвазив усулга имкон беради.

Иккинчи бобда кўрсатилганидек, ВЛС кўпинча битишмали ичак тутилиши бўлган беморларда қўлланилди - 233 дан 192 (82,4%) ҳолатларда. Шунинг учун касалликнинг ушбу шаклидаги лапароскопия натижалари диссертация ишида алоҳида ўрганилди. Видеолапароскопик операциялар илгари 2 тадан кўп бўлмаган қорин бўшлиғи операциясини ўтказган беморларда бажаришга ҳаракат қилдик: ВЛС гуруҳида анамнезида олдинги қорин бўшлиғи операцияларининг ўртача сони $1,25 \pm 0,43$ ни ташкил этди, лапаротомия гуруҳида - $1,47 \pm 0,84$ ($p < 0,001$).

ВЛС қилинган 67,7% беморларда қорин бўшлиғига илгари киришлар сони кам бўлганлиги туфали жарроҳ ЎИТ га сабаб бўлган ягона битишмали жараён билан шуғулланган бўлса, бирламчи кенг лапаротомия гуруҳидаги 58,7% беморларда бир нечта битишмали жараёнларни ажратиш ва кесиш керак бўлди. Бундан ташқари, ВЛС аралашувга танланган беморларда операция вақтида равишда кам ҳолларда ичак некрози белгилари аниқланиб, бу ҳолат конверсия ва кейин некротик сегментни резекция қилишни талаб қилди (6,3% га нисбатан 10,5%, $p = 0,090$). ВЛС гуруҳидаги беморларда битишмали жараён камроқ акс этганлиги туфайли уларда хирургик аралашувнинг ўртача давомийлиги ($105,78 \pm 29,04$ мин) назорат гуруҳининг худди шу кўрсаткичига ($117,54 \pm 27,70$ мин.) нисбатан анча қисқа бўлди. ВЛС гуруҳидаги

битишмаларнинг кам тарқалганлиги ҳам ичак деворининг операция вақтида шикастланиш частотасига ижобий таъсир кўрсатди (7,8%, бирламчи лапаротомия гуруҳида -12,1%, $p=0,113$).

Қорин бўшлиғида битта битишмали жараёнда лапароскопик адгезиолизис самарадорлиги 86,9% ни ташкил қилади, кўп битишмали жараёнда эса бу кўрсаткич 32,3% гача пасаяди. Конверсияга кўрсатмалар умумий структурасида битишмали ичак тутилиши бўлган беморларда ($n=59$) қисилган ичак некрозининг улуши 20,3% ни ташкил этади. Лапароскопик адгезиолизис пайтида ичак деворига зарар етганда ($n=15$), эндовидеохирургик усуллар 33,3% ҳолларда ичак деворининг яхлитлигини мининвазив усул билан тиклаш имконини берди.

ВЛС адгезиолизисдан кейинги эрта асоратлар ривожланиши статистик жиҳатдан сезиларли даражада ($<0,001$) паст бўлди (13,0%, бирламчи лапаротомия гуруҳида – 43,5%). Очик аралашувлардан сўнг операциядан кейинги ўзига хос асоратлар (яраинг йиринглаши, қон кетиши, перитонит ва эрта битишмали ЎИТ) ўзига хос бўлмаган асоратлар (пневмония, ЎАТЭ ва ЎМИ) ривожланиш эҳтимоли икки баравар юқори бўлганлиги қайд этилди – 28,3% га нисбатан 15,2%. ВЛС аралашув гуруҳида ўзига хос ва ўзига хос бўлмаган асоратлар нисбати 6,8% га нисбатан 6,3% ни ташкил этди. Лапароскопик операциялардан сўнг атиги 1,0% ҳолатда эрта битишмали ичак тутилишини кузатдик, кенг лапаротомиядан сўнг эса 6,9% ҳолатда шунга ўхшаш асорат қайд этилди.

ВЛС дан кейинги 13 (6,8%) ўзига хос асоратлар реоперациялар ёрдамида бартараф этилди, шу жумладан 3 (23,1%) ҳолатда – релапароскопия йўли билан. Бирламчи кенг лапаротомиядан сўнг релапаротомия частотаси 14,5% ни ташкил этди. Битишмали ичак тутилиши бўлган беморларда адгезиолизисни амалга ошириш учун видеолапароскопик киришдан фойдаланиш стационар даволаниш муддатини $9,31\pm 3,31$ ётоқ кунидан $5,94\pm 1,78$ ётоқ кунигача қисқартиришга ёрдам берди ($p>0,05$). Битишмали ичак тутилиши бўлган беморларда умумий

леталлик 4,2%, жумладан ВЛС дан сўнг ушбу кўрсаткич 2,6% ни ташкил қилди, кенг лапаротомиядан сўнг – 4,9% (p=184). Бирламчи ВЛС ўтказилган беморлар гуруҳидаги барча 5 ҳолатдаги ўлим ЎИТ оғирлик даражаси ёки техник қийинчиликлар туфайли конверсияни амалга оширишга мажбур бўлган беморларга тегишли бўлди.

V БОБ. ТАДҚИКОТНИНГ АСОСИЙ НАТИЖАЛАРИ МУҲОКАМАСИ

Ушбу диссертация ишида ЎИТ бўлган 762 беморни жарроҳлик даволаш натижалари ўрганилган. Бизнинг кузатишларимизга кўра, ЎИТ ($n = 762$) бўлган беморларда эркаклар ва аёллар нисбати тахминан 1 га 1 ни ташкил қилди (мос равишда 52,4% ва 47,6%). Бундан ташқари, беморларнинг ўртача ёши $45,8 \pm 18,1$ бўлганлиги қайд этилди, ушбу касаллик билан касалланиш ёшга тесқари пропорционал ($R^2 = 0,9844$): беморларнинг ярмидан кўпи (53,1%) ёш, ўрта ёшдагилар барча беморларнинг $\frac{1}{4}$ қисмини (24,7%) ташкил этди, кекса ва қари ёшдаги беморлар янада кам эди - мос равишда 17,5 ва 4,7%. ЎИТ этиологик структурасида битишмали ичак тутилиши мутлақо устун бўлди – беморларнинг 84,0% да. Учраш частотасига кўра кейинги ўринларда обтурацион ЎИТ (12,2%), долихосигма буралиши ва инвагинациянинг турли шакллари (3,8%) кузатилди.

Клиникамизда ЎИТ нинг турли шаклларида ўтказилган очик ва видеолапароскопик аралашувларнинг улуши мос равишда 69,4 ва 30,6% ни ташкил қилди. Шу билан бирга, ВЛС аралашувлари кўп ҳолларда беморларнинг битишмали ичак тутилишида (82,4% ҳолларда) ўтказилди, обтурацион ЎИТ (13,3%) ва ичакнинг буралиши ва инвагинациясида (4,3%) камроқ амалга оширилди, бу тахминан ЎИТ сабабларининг умумий структурасини акс эттиради. Касалликнинг барча этиологик шаклларида беморларнинг тахминан $\frac{1}{3}$ қисмида лапароскопик аралашувлар қўлланилди. 2010 йилда ВЛС ни жорий этишнинг биринчи йилидан 2019 йилда бизнинг тадқиқотимиз тугагунига қадар ЎИТ да лапароскопик аралашувларнинг улуши 8 дан 66% гача ошди.

Беморларнинг кўпчилигида (74,5%) битишмали ичак тутилишида ($n=640$) ичак найчаси блокининг даражаси ингичка ичак даражасида аниқланди, обтурацион ичак тутилиши ($n=93$) ва ичак буралишида ($n=29$) йўғон ичак илеуси кўп кузатилди (мос равишда 82,8 ва 65,5%, $p < 0,001$).

Механик ЎИТ корин оғриғи (100% ҳолларда), кўнгил айниш (89,2%), корин дамлаши (82,2%) ва кўпинча нажас ва газлар ушланиши (63,8%) билан намоён бўладиган жуда ёрқин ва характерли клиник кўринишга эга, бу дастлабки клиник ташхисни эрта қўйишга ва диагностика тадбирларининг мақсадли рўйхатини аниқлашга ёрдам беради.

Оғрик синдромининг оғирлиги ва ЎИТ нинг ёрқин клиник кўриниши кўпчилик беморларни касаллик бошланишидан бошлаб дастлабки босқичда мутахассисга мурожаат қилишга ундайди. Қоида тариқасида, механик ЎИТ билан оғриган беморлар оғрик синдроми бошланганидан дастлабки 24 соат ичида клиникага ётқизилади ва беморларнинг атиги 11,8%, асосан битишмали ва обтурацион тутилишда хуруж бошланганидан кейин 1 кун ичида клиникага мурожаат қилишади. Аммо оғрик синдромининг оғирлиги билан ажралиб турадиган буралиш ва ичакнинг инвагинациясида (n=29) беморлар кўп ҳолларда (89,7%) касалликнинг дастлабки 12 соатида клиникага мурожаат қилишди. Шу билан бирга, битишмали ЎИТ бўлган беморларнинг деярли 2/3 қисми (64,7%) клиникага ётқизилган.

ЎИТ бу шаклида энг кенг тарқалган сабаби илгари аппендектомия (23,4%), холецистэктомия (14,5%), кичик чанок бўшлиғи аъзоларидаги жарроҳлик (11,6%), тешилган гастродуоденал яраларни тикиш (9,8%) ва чурраларни кесиш (9,1%) операциялари ўтказганлиги бўлди.

ЎИТ га шубҳа қилинган беморларни дастлабки текширишнинг асосий протокол усуллари сифатида биз ультратовуш текширувидан ва рентгенографиядан фойдаландик.

ЎИТ бўлган беморларда касалликнинг асосий рентгенологик белгиси ингичка ичакнинг пневматози бўлди. Газ билан шишган ингичка ва йўгон ичакнинг илмоклари одатда характерли рентгенологик хусусиятларга эга бўлиб, қайси ичакнинг илмоклари газ билан кенгайганлигини аниқлашга имкон берди. ЎИТ юзасидан операция қилинган беморларда ичак тутилишининг рентгенологик белгиларини аниқлаш частотаси ўртача 92,9% ни

ташкил этади. Шу билан бирга касалликнинг рентгенологик сурати энг кўп ингичка (100%) ва сигмасимон (84,6%) ичакларнинг буралиши, битишмали ичак тутилиши (95,3%) ва ўсма этиологияли обтурацион ЎИТ (83,8%) га хос бўлиб, ингичка ичакнинг фитобезоарида ва ичаклар инвагинациясида горизонтал суюклик сатҳи ва Клойбер косачалари жуда кам учрайди (мос равишда 46,2 ва 66,7% ҳолларда).

ЎИТ да ултратовушнинг муҳим афзалликларидан бири зарарланган ичакнинг перистальтикасини баҳолаш қобилиятидир. Ичак странгуляцияси бўлмаган тақдирда, коида тариқасида, перистальтик ҳаракатларнинг кучайиши кузатилди ва странгуляцияли тутилиш бўлган беморларда кўпинча ичак суюклиги ҳаракатининг заифлашиши қайд этилди.

Ингичка ичак тутилишида, ичакнинг кенгайтирилган илмоқлари асосан қориннинг чап ярмида аниқланади, ёнбош ичак зарарланганда, ичак ҳалқаларининг патологик кенгайиши қориннинг барча қисмларига тарқалади. Тўғри ёки сигмасимон ичакнинг тутилиши бўлган беморларда ултратовуш текшируви кўпинча йўғон ичакнинг ўнг ва чап қисмларининг кенгайишини аниқлади. Қорин бўшлиғининг барча қисмларида кўп миқдордаги эркин суюкликни ултратовушда аниқлаш ичак деворининг некрози ривожланишининг белгисидир. Ултратовуш текшируви биз диссертацияда тасвирлаб берган бир қатор ижобий ва салбий сонографик ўзгаришлар ёрдамида консерватив терапия самарадорлигини баҳолашнинг ўта маълумотли усулидир.

Ичак тутилишининг УТТ диагностикаси ва ичак туткичларининг тўсиқ устидаги ҳолатини баҳолаш пайтида биз ичакнинг морфологик ва функционал ҳолатини тавсифловчи 5 та асосий мезондан фойдаландик: кенгайган илмоқларнинг мавжудлиги, перистальтик ҳаракатларнинг бузилиши, ичак деворининг кенгайиши, ичак шиллик қавати бурмаларининг пайдо бўлиши, қорин бўшлиғида эркин суюклик мавжудлиги.

ЎИТ нинг сонографик белгиларининг оғирлигига қараб ичак деворидаги морфофункционал ўзгаришлари уч тоифага бўлинди:

1) асоратланмаган ЎИТ, 2) асоратланган ЎИТ, 3) ичак деворининг некрози. ЎИТ сонографик белгиларининг сезгирлиги ва ўзига хослигини бизнинг ҳисоб-китобларимиз шуни кўрсатадики, ультратовуш текшируви ичак тутилишини ташхислашда 93,33% сезгирликка эга (95% ДИ 82,7-96,5%, LR+ 18,67) ва 95,0% ўзига хосликка эга (95% ДИ 79,1-99,7%, LR- 0,07), PPV (ижобий прогностик қиймати) 96,6% ва NPV (салбий прогностик қиймати) 90,5%.

ЎИТ да ичак деворининг шикастланишининг оғирлигини (асоратсиз, асоратли ва ичак деворининг некрози) тавсия этилган ультратовуш градациясидан фойдаланиш ва уларни баҳолаш мезонларини, ичакнинг морфологик ҳолатини операциягача аниқлашга (PPV=96,6% ва NPV=90,5%) имкон беради ва ичак деворининг ҳаётлигининг сақланиб қолганлигини сонографик белгилари бўлган ультратовуш орқали танланган беморларда илеуснинг лапароскопик ҳал қилинишида муваффақиятли ҳолатларни 75% гача кўпайишига ёрдам беради.

ЎИТ да ВЛС конверсиясининг умумий улуши 39,5% ни ташкил этди, ўзгариши 25,0% дан (фитобезоарларда) 100% гача (йўғон ичак саратони обтурацияси бўлган беморларда). Видеоэндохирургик аралашувлар фитобезоар (75,0%), битишмали ичак тутилиши (69,3%), ингичка ичак буралиши (66,7%) ва сигмасимон ичак буралиши (50,0%) бўлган беморларда энг самарали бўлади. Бундан ташқари, инвагинация бўлган беморларнинг 40% да ВЛС дан фойдаланиш кенг лапаротомияга мурожаат қилмасдан, ичак тутилишини бартараф этиш учун минимал инвазив усулга имкон беради.

Иккинчи бобда кўрсатилганидек, ВЛС кўпинча битишмали ичак тутилиши бўлган беморларда қўлланилди - 233 дан 192 (82,4%) ҳолатларда. Шунинг учун касалликнинг ушбу шаклидаги лапароскопия натижалари диссертация ишида алоҳида ўрганилди. Видеолапароскопик операциялар илгари 2 тадан кўп бўлмаган корин бўшлиғи операциясини ўтказган беморларда бажаришга ҳаракат қилдик: ВЛС гуруҳида анамнезида олдинги

қорин бўшлиғи операцияларининг ўртача сони $1,25 \pm 0,43$ ни ташкил этди, лапаротомия гуруҳида - $1,47 \pm 0,84$ ($p < 0,001$).

ВЛС қилинган 67,7% беморларда қорин бўшлиғига илгари киришлар сони кам бўлганлиги туфали жарроҳ ЎИТ га сабаб бўлган ягона битишмали жараён билан шуғулланган бўлса, бирламчи кенг лапаротомия гуруҳидаги 58,7% беморларда бир нечта битишмали жараёнларни ажратиш ва кесиш керак бўлди. Бундан ташқари, ВЛС аралашувга танланган беморларда операция вақтида равишда кам ҳолларда ичак некрози белгилари аниқланиб, бу ҳолат конверсия ва кейин некротик сегментни резекция қилишни талаб қилди (6,3% га нисбатан 10,5%, $p = 0,090$). ВЛС гуруҳидаги беморларда битишмали жараён камроқ акс этганлиги туфайли уларда хирургик аралашувнинг ўртача давомийлиги ($105,78 \pm 29,04$ мин) назорат гуруҳининг худди шу кўрсаткичига ($117,54 \pm 27,70$ мин.) нисбатан анча қисқа бўлди. ВЛС гуруҳидаги битишмаларнинг кам тарқалганлиги ҳам ичак деворининг операция вақтида шикастланиш частотасига ижобий таъсир кўрсатди (7,8%, бирламчи лапаротомия гуруҳида - 12,1%, $p = 0,113$).

Қорин бўшлиғида битта битишмали жараёнда лапароскопик адгезиолизис самарадорлиги 86,9% ни ташкил қилади, кўп битишмали жараёнда эса бу кўрсаткич 32,3% гача пасаяди. Конверсияга кўрсатмалар умумий структурасида битишмали ичак тутилиши бўлган беморларда ($n = 59$) қисилган ичак некрозининг улуши 20,3% ни ташкил этади. Лапароскопик адгезиолизис пайтида ичак деворига зарар етганда ($n = 15$), эндовидеохирургик усуллар 33,3% ҳолларда ичак деворининг яхлитлигини минимализация қилиш билан тиклаш имконини берди.

ВЛС адгезиолизисдан кейинги эрта асоратлар ривожланиши статистик жиҳатдан сезиларли даражада ($< 0,001$) паст бўлди (13,0%, бирламчи лапаротомия гуруҳида - 43,5%). Очик аралашувлардан сўнг операциядан кейинги ўзига хос асоратлар (яранинг йиринглаши, қон кетиши, перитонит ва эрта битишмали ЎИТ) ўзига хос бўлмаган асоратлар (пневмония, ЎАТЭ ва ЎМИ) ривожланиш эҳтимоли икки баравар юқори бўлганлиги қайд

этилди – 28,3% га нисбатан 15,2%. ВЛС аралашув гуруҳида ўзига хос ва ўзига хос бўлмаган асоратлар нисбати 6,8% га нисбатан 6,3% ни ташкил этди. Лапароскопик операциялардан сўнг атиги 1,0% ҳолатда эрта битишмали ичак тутилишини кузатдик, кенг лапаротомиядан сўнг эса 6,9% ҳолатда шунга ўхшаш асорат қайд этилди.

ВЛС дан кейинги 13 (6,8%) ўзига хос асоратлар реоперациялар ёрдамида бартараф этилди, шу жумладан 3 (23,1%) ҳолатда – релапароскопия йўли билан. Бирламчи кенг лапаротомиядан сўнг релапаротомия частотаси 14,5% ни ташкил этди. Битишмали ичак тутилиши бўлган беморларда адгезиолизисни амалга ошириш учун видеолапроскопик киришдан фойдаланиш стационар даволаниш муддатини $9,31 \pm 3,31$ ётоқ кунидан $5,94 \pm 1,78$ ётоқ кунигача қисқартиришга ёрдам берди ($p > 0,05$). Битишмали ичак тутилиши бўлган беморларда умумий леталлик 4,2%, жумладан ВЛС дан сўнг ушбу кўрсаткич 2,6% ни ташкил қилди, кенг лапаротомиядан сўнг – 4,9% ($p = 184$). Бирламчи ВЛС ўтказилган беморлар гуруҳидаги барча 5 ҳолатдаги ўлим ЎИТ оғирлик даражаси ёки техник қийинчиликлар туфайли конверсияни амалга оширишга мажбур бўлган беморларга тегишли бўлди.

Бизнинг тадқиқотимиз натижаларига кўра, битишмали ЎИТ ни жарроҳлик даволашда лапароскопик киришдан фойдаланиш жарроҳликнинг бевосита натижаларини яхшилайти, операциядан кейинги асоратларни частотасини камайтиради, стационарда даволаниш муддатини қисқартиради ва айниқса, ягона битишмалар бўлган беморларда. Биз олдинги лапаротомия операцияларининг сони ва хусусиятини ҳисобга олган ҳолда лапароскопик аралашувлар учун беморларни танлаш конверсия кўрсаткичини ва ятроген асоратларнинг частотасини белгиловчи муҳим омиллардан бири эканлигини намойиш этдик. Қорин парданинг жарроҳлик ва инфекция шикастланиши битишма ҳосил бўлиши ва битишмали ичак тутилишининг патогенезида иштирок этадиган муҳим хавф омиллари деб ҳисобланишини

кўрсатадиган мутахассисларнинг кўплаб кузатувлари мавжуд [124,125,126]. Илгари лапаротомияга учраган беморларнинг 93% да кейинчалик қорин бўшлиғида битишмалар ривожланиши аниқланган [127] ва унинг оғирлиги жарроҳлик аралашувининг ҳажмига бевосита боғлиқ [125].

Шу билан бирга, тўғри ва йўғон ичакнинг лапароскопик ва очик резекциясининг узок муддатли натижаларини таққослайдиган бошқа бир тадқиқотда ЎИТ клиникаси юзасидан касалхонага ётқизиш частотасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқ кузатилмаган (9% га нисбатан 13%), аммо лапароскопия гуруҳида такрорий операцияга кўрсатмалар сезиларли даражада кам бўлган (2% га нисбатан 8%; $p = 0.006$) [128]. Тахминан бир хил натижалар *Burns et al.* томонидан мета-таҳлилда акс этади, 187 148 колоректал аралашувлардан сўнг битишмалар ичак тутилиши юзасидан такрорий операцияларнинг частотаси 3,5% ни ташкил этган. Ушбу тадқиқотда, юқорида айтиб ўтилган бошқа ҳисоботларда бўлгани каби, илгари лапароскопия қилинган беморлар қайта касалхонага ётқизилиши ва битишмалар жараён юзасидан такрорий аралашувларга дучор бўлиш эҳтимоли камроқ ($OR=0,8$; $p<0,001$) [129]. Шунга ўхшаш маълумотлар бошқа тадқиқотларда ҳам олинган [130,131]. Шундай қилиб, битишмалар ичак тутилишини жарроҳлик даволашда лапаротомиядан фойдаланиш ўз-ўзидан ушбу турдаги илеус рецидивларини ривожланиши учун муҳим хавф омилidir ва шунга кўра ушбу тоифадаги беморларда жарроҳлик ёрдами учун оптимал вариант деб ҳисоблаш мумкин эмас.

1991 йилда *D.F.Bastug* ва бошқ. биринчи марта муваффақиятли лапароскопик адгезиолиз бажарилганлиги тўғрисида ҳисоботни нашр этгандан сўнг [132], ВЛС технологиялари ҳамма жойда тез тарқала бошлади ва уларнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини кўрсатди. Бир қатор тадқиқотлар кўра, лапароскопик адгезиолиздан сўнг операциядан кейинги асоратларни частотаси 4 дан 40% гача ўзгаради [133]. *T.Wiggins* ва бошқ. [109] 13 728 беморларнинг жарроҳлик даволаш

натижаларини акс эттирувчи тизимли шарҳида лапароскопиядан кейин асоратларни умумий частотасини сезиларли пасайишини кўрсатди ($OR=0,34$; $p=0,0001$). Худди шу натижалар бошқа муаллифлар томонидан олинган [134,135,136,137]. Бизнинг тадқиқотимизда лапароскопик адгезиолиз гуруҳида операциядан кейинги асоратлар частотаси 43,5% дан (лапаротомиядан кейин) 13,0% гача ($p<0,001$) камайтиришга эришдик. Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, лапароскопик операциялар гуруҳида такрорий операцияни талаб қиладиган ўзига хос асоратларнинг частотаси 6,3% дан ошмади, кенг лапаротомиядан кейин бу кўрсаткич 28,3% ни ташкил этди. Битишмаларни лапароскопик кесишдан кейин такрорий операцияларнинг худди шундай частотасини (6,4%) T.Wiggins ва бошқ. [109] ҳам ҳисоботида кўрсатган. Шунинг учун видеоэндохирургик техникадан фойдаланиш нафақат операциядан кейинги асоратларнинг умумий частотасини камайтиришга, балки бундай оқибатларнинг оғирлигини камайтиришга ҳам ҳисса қўшиши аниқ бўлади.

Лапароскопик адгезиолизнинг кўп учровчи камчиликлари бири, айниқса, бир неча олдинги операциялар [66] кейинги битишмали жараён мавжудлигида, ичакларни ревизияси ва битишмаларни кесиш давомида шишган ичак деворини операция пайтида зарарланиши хавфи ҳисобланади. Хусусан, 1061 та битишмали ЎИТ бўлган беморларда лапароскопик чоралар натижаларини бирлаштирган 19 та тадқиқотлар мет-тахлили шуни кўрсатдики, операция пайтида ва операциядан кейин аниқланган ичак бутунлиги бузилиши ҳолатлари частотаси мос равишда 6,5 ва 0,8% бўлди [138]. D.Dindo ва бошқ. [133] маълумотларига кўра, лапароскопик адгезиолиз давомида ятроген ичаклар зарарланиши частотаси 9,5% ни ташкил этади, D.V.O'Connor и D.C.Winter маълумотларига кўра – 6,6% [139]. Бизнинг кузатишларимизда, лапароскопик жарроҳлик учун беморларни танлаб олиш, олдинги корин операциялари сонини ва ичак деворининг ҳолатини ультратовуш текшируви натижаларини ҳисобга олиш, операциядан олдин ичак некрози белгилари бўлган беморларни

текширишга имкон беради, бундай жиддий оқибатларга олиб келувчи асоратларнинг частотасини 12,1 дан 7,8% гача ($p=0,113$) камайтиришга эришилди. Бундан ташқари, ичак девори зарарланган тақдирда, 33,3% ҳолларда лапароскопик техника конверсияга таянмасдан перфорацияни минимал инвазив йўл билан бартараф этиш имконини берди. Шундай қилиб, биз лапароскопия ятроген ентеротомия хавфини оширмайдиган адгезиолизнинг хавфсиз усули эканлигини таъкидлашимиз мумкин.

ХОТИМА

ЎИТ диагностикаси учун ишлаб чиқилган ультратовуш мезонлари ичак деворининг морфо-функционал ҳолатини баҳолашда юқори сезувчанликка (93,33%; 95%ДИ 82,7-96,5%, LR+ 18,67), ўзига хосликка (95,0%; 95% ДИ 79,1–99,7%, LR– 0,07) ва прогностик қийматга (PPV=96,6%; NPV=90,5%) эга, ВЛС ни қўллаш кўрсатмаларини белгилашга имкон беради ва ичак деворининг ҳаётийлиги сақланиб қолганлигининг сонографик белгилари тасдиқланган беморларда илеуснинг лапароскопик ҳал қилинишини муваффақиятли ҳолатларининг улушини 75% гача оширади.

Фитобезоарлар учун видеоэндохирургик аралашувларнинг самарадорлиги 75,0%, битишмали ичак тутилишида-69,3%, ингичка ичак буралишида-66,7%, сигмасимон ичак буралишида-50,0%, инвагинацияда-40% ни ташкил қилади. Қорин бўшлиғида битта битишмали жараёнда лапароскопик адгезиолизис самарадорлиги 86,9% ни ташкил қилади, кўп битишмали жараёнда бу кўрсаткич 32,3% гача пасаяди. Битишмали ЎИТ бўлган беморларда конверсияга кўрсатмаларнинг умумий структурасида қисилган ичак некрозининг улуши 20,3% ни ташкил қилади. Лапароскопик адгезиолизис пайтида ичак деворига ятроген зарар етказилганда 33,3% ҳолларда эндовидеохирургик усул билан ичак деворининг яхлитлигини минимал инвазив усулда тиклаш мумкин.

Ичак девори ҳаётийлигининг ультратовуш мезонларини ва қорин бўшлиғидаги олдинги ҳодисалар сонини ҳисобга оладиган ВЛС дан фойдаланиш бўйича шакллантирилган кўрсатмаларга риоя қилиш ичакнинг некротик сегментини топиш (конверсияни талаб қилган) ҳолатларни 10,5 дан 6,3% гача ($p=0,090$), ичак деворининг операция вақтида шикастланиш частотасини (12,1 дан 7,8% гача, $p=0,113$), жарроҳлик аралашувининг ўртача давомийлигини $117,54 \pm 27,70$ дақиқадан (бирламчи лапаротомия учун) $105,78 \pm 29,04$ дақиқাগача (ВЛС ва ВЛФ+конверсияси учун) ($p < 0,05$) камайтиришга ёрдам беради.

ВЛС адгезиолизисидан кейин операциядан кейинги эрта асоратлар, бирламчи лапаротомия билан солиштирганда анча паст бўлди (13,0% га нисбатан 43,5%, $p < 0,001$). Очик аралашувлардан кейин ўзига хос ва ўзига хос бўлмаган операциядан кейинги асоратларнинг частотаси мос равишда 28,3 ва 15,2% ни, ВЛС дан кейин эса 6,8 ва 6,3% ни ташкил қилади. Лапароскопик операциялардан кейин эрта битишмали тутилиш фақат 1,0% ҳолларда, кенг лапаротомиядан кейин-6,9% ҳолларда қайд этилди. Битишмали ЎИТ бўлган беморларда ВЛС адгезиолизисдан фойдаланиш стационар даволаниш муддатини $9,31 \pm 3,31$ дан $5,94 \pm 1,78$ ётоқ-кунгача ($p > 0,05$), умумий ўлим даражасини эса – 4,9 дан 2,6% гача камайтиради.

ЎИТ ультратовуш ташхисида ва ичак ҳалқаларининг тўсик юкорисидаги ҳолатини баҳолашда ичакнинг морфологик ва функционал ҳолатини тавсифловчи 5 асосий мезондан фойдаланиш керак: 1) кенгайган ҳалқаларнинг мавжудлиги, 2) перистальтик ҳаракатларнинг бузилиши, 3) ичак деворининг кенгайиши, 4) ичак шиллик қаватининг бурмалари пайдо бўлиши ва кенгайиши, 5) қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлиги. ЎИТ нинг кўрсатилган сонографик белгиларининг оғирлигига қараб, ичак деворидаги морфо-функционал ўзгаришларни уч тоифага ажратиш тавсия этилади: 1) асоратланмаган ичак девори, 2) ичак деворининг шиши ва 3) ичак деворининг некрози. Асоратланмаган ичак деворининг ультратовуш белгиларида беморни консерватив бошқариш, ичак деворининг шишида – ВЛС ва ичак некрозининг сонографик белгилари аниқланганда – шошилишч лапаротомия тавсия этилади.

Механик ЎИТ нинг дифференциал диагностик лапароскопик белгиси – бу қорин бўшлиғини ревизияси пайтида бир вақтнинг ўзида шишган ва пучайган ичак ҳалқаларининг мавжудлиги. Битишма (штранг) билан қисилиш ичак тутилиш даражасининг ёнбош ичакда ёки камрок ҳолатларда ингичка ичакнинг ўрта қисмида бўлиши билан тавсифланади. Узун битишма ипи бўлса,

худди шу битишма ипи билан ичак тутилиши рецидивини олдини олиш учун уни бутун узунлиги бўйлаб кесиш керак.

Қиска битишмаларни ажратишда, ичак деворининг яқинлиги туфайли биполяр коагуляциядан фойдаланиш хавфсизроқ бўлади. Ингичка ичакни икки баррелли милтиқ шаклида деформациясида, одатда, ичак деворида аниқ қон айланишининг бузилиши бўлмайди ва шунинг учун ичак деформациясини келтириб чиқарадиган битишмаларни лапароскопик ажратиш билан чекланиш мумкин. Ичак конгломератларини дистал, пучайган қисмидан бошлаб, проксимал йўналишда, уни ташкил қилувчи бутун ичакни эҳтиётлик билан босқичма-босқич аргезиолиз ўтказилиши керак. Ичакни операциядан кейинги чандикдан ажратишда уни тегиб турган париетал қорин парда қисми билан бирга кесиш мумкин, бу эса ичак деворининг шикастланишига йўл қўймайди.

Ичакни битишма атрофида буралишида иккита атравматик қисқич ёрдамида ичакни битишмага бириккан жойига эҳтиёткорлик билан яқинлашиш, шу битишмани ажратиш ва кесиш тавсия этилади, шундан сўнг буралиш осон тўғриланади.

Ичак инвагинациясини лапароскопик усулда бартараф этиш муваффақиятли ўтади. Лапаропортларни ўрнатиш нуқталарини танлашда инвагинация, қоида тариқасида, қориннинг ўнг ярмида жойлашганлигини ҳисобга олиш керак ва шунинг учун қовдан юқорида ва пастки чап квадрантда иккита қўшимча 5 мм лапаропортни ўрнатиш тавсия этилади. Патологиянинг аниқ локализациясига ва инвагинация даражасига қараб қўшимча портлар ўрнатилиши мумкин. Дезинвагинация пайтида атравматик қисқичлардан бири билан инвагинатнинг ташқи цилиндри ушланади, иккинчи қисқич билан ичкарига кирган ичак туткичидан карама-қарши томондан ушланади, кейин кирган ичак бўйлама ўқи бўйлаб ташқи цилиндрдан тескари йўналишда эҳтиёткорлик билан тортилади. Дезинвагинациядан кейин инвагинатда бўлган ичак ҳалқаларида қон айланишининг бузилиши даражасини, дезинвагинациянинг тўлиқлигини баҳолаш,

ичак инвагинациясининг қайталаниши учун анатомик шартларни аниқлаш учун ичакни текшириш, қорин бўшлиғидан суюқликни эвакуация қилиш керак.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Eren T., Boluk S., Bayraktar B., Ozemir I.A., Yildirim Boluk S., Tombalak E., et al. Surgical indicators for the operative treatment of acute mechanical intestinal obstruction due to adhesions. //Ann Surg Treat and Res. – 2015. – Т. 88. - № 6. – С.325–333.

2. Malik AM, Shah M, Pathan R, Sufi K. Pattern of acute intestinal obstruction: is there a change in the underlying etiology? Saudi Journal of Gastroenterology. Saudi J Gastroenterol. 2010;16(4):272–274.

3. Agodirin O, Oguntola A, Adeoti M, Agbakwuru A, Oluwadiya K, Olofinbiyi B. Preoperative pain treatment in acute abdomen in Osogbo, Nigeria: a randomized double-blind placebo-controlled study. Int J Emerg Med. 2013;6(1):3.

4. Ohene-Yeboah M, Adippah E, Gyasi-Sarpong K. Acute Intestinal Obstruction in Adults in Kumasi, Ghana. Ghana Med J. 2006;40(2):50–54.

5. Attard J.A.P., MacLean A.R. Adhesive small bowel obstruction: epidemiology, biology and prevention //Canadian Journal of Surgery. – 2007. – Т. 50. – №. 4. – С. 291.

6. Catena F., Di Saverio S., Kelly M.D., Biffl W.L., Ansaloni L., Mandalà V. et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2010 evidence-based guidelines of the World Society of Emergency Surgery //World Journal of Emergency Surgery. – 2011. – Т. 6. – №. 1. – С. 1-24.

7. Ugare G., Osakwe G., Djunda E. Mucin as possible cause of early adhesional intestinal obstruction //African Health Sciences. – 2014. – Т. 14. – №. 4. – С. 954-958.

8. Хаджибаев А.М., Ходжимухамедова Н.А., Хаджибаев Ф.А. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости //Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 94. – №. 3. – С. 377-381.

9. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника //М.: Медицина. – 1971. – С. 272.

10. Луцевич О.Э., Акимов В.П., Ширинский В.Г., Бичев А.А. Вопросы патогенеза спаечной болезни брюшины и современные подходы к ее предупреждению. Обзор литературы //Московский хирургический журнал. – 2017. – №. 3. – С. 11-26.

11. Behman R., Nathens A.B., Haas B., Look Hong N., Pechlivanoglou P., Karanicolas P. Population-based study of the impact of small bowel obstruction due to adhesions on short-and medium-term mortality //Journal of British Surgery. – 2019. – Т. 106. – №. 13. – С. 1847-1854.

12. Каримов Ш.И., Баймаков С.Р., Асраров А.А., Каримов М.Р. Пути профилактики синдрома кишечной недостаточности при острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2016. – Т. 10. – № 3. – С. 29-34.

13. Баймаков С.Р., Мамараджабов С.Э., Хуррамов М., Расулов Х.К. Возможности использования ультразвукового исследования в диагностике острой кишечной непроходимости //Журнал теоретической и клинической медицины. – 2016. – №. 4. – С. 149-152.

14. Хирургические болезни: Учебник / Под ред. акад. А.Ф. Черноусова. – М.: Практическая медицина, 2017. – 504 с.

15. Gore R.M., Silvers R.I., Thakrar K.H., Wenzke D.R., Mehta U.K., Newmark G.M., Berlin J.W. Bowel obstruction //Radiologic Clinics. – 2015. – Т. 53. – №. 6. – С. 1225-1240.

16. Hollerweger A., Wüstner M., Dirks K. Bowel obstruction: sonographic evaluation //Ultraschall in der Medizin-European Journal of Ultrasound. – 2015. – Т. 36. – №. 03. – С. 216-238.

17. Хаджибаев Ф.А., Мансуров Т.Т., Элмуродов Г.К. Вопросы диагностики острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 1. – С. 77-83.

18. Tamburrini S., Lugarà M., Iaselli F., Saturnino P.P., Liguori C., Carbone R. et al. Diagnostic accuracy of ultrasound in the diagnosis of small bowel obstruction //Diagnostics. – 2019. – Т. 9. – №. 3. – С. 88.

19. Boniface K.S., King J.B., LeSaux M.A., Haciski S.C., Shokoohi H. Diagnostic accuracy and time-saving effects of point-of-care ultrasonography in patients with small bowel obstruction: a prospective study // *Annals of emergency medicine*. – 2020. – T. 75. – №. 2. – C. 246-256.

20. Xue ZH. A comparative study of the application between multi-slice CT and ultrasound in diagnosing intestinal obstruction. *J Pract Med Imaging* 2019;20:462–464.

21. Liu ED, Zeng LP, Zhang KL. Comparison of Application of Multi-slice Spiral CT and Abdominal Color Doppler Ultrasound in Diagnosing Acute Intestinal Obstruction. *China Med Pharm* 2019;9:146–148.

22. Ten Broek R.P., Krielen P., Di Saverio S., Coccolini F., Biffl W.L., Ansaloni L., Velmahos G.C., Sartelli M., Fraga G.P., Kelly M.D., Moore F.A. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group // *World Journal of Emergency Surgery*. – 2018. – T. 13. – № 1. – C. 1-13.

23. Maung A.A., Johnson D.C., Piper G.L., Barbosa R.R., Rowell S.E., Bokhari F., Collins J.N., Gordon J.R., Ra J.H., Kerwin A.J. Evaluation and management of small-bowel obstruction: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline // *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 73.5 (2012): S362-S369.

24. Colonna A.L., Byrge N.R., Nelson S.D., Nelson R.E., Hunter M.C., Nirula R. Nonoperative management of adhesive small bowel obstruction: what is the break point? // *The American Journal of Surgery*. – 2016. – T. 212. – №. 6. – C. 1214-1221.

25. Behman R., Karanicolas P.J., Nathens A., Gomez D. Hospital-level Variation in the Management and Outcomes of Patients With Adhesive Small Bowel Obstruction: A Population-Based Analysis. *Ann Surg*. 2021;274(6):e1063-e1070. doi: 10.1097/SLA.0000000000003739.

26. Krielen P., van den Beukel B.A., Stommel M.W.J., van Goor H., Strik C., Ten Broek R.P.G. In-hospital costs of an admission for adhesive small bowel obstruction. *World J Emerg Surg.* 2016;11:49. doi: 10.1186/s13017-016-0109-y.

27. Cappell MS, Batke M. Mechanical obstruction of the small bowel and colon. *Med Clin North Am.* 2008;92(3):575–597.

28. Гольбрайх В.А., Маскин С.С., Матюхин В.В., Арутюнян А.Г. Патогенетические алгоритмы лечения больных с острой неопухолевой кишечной непроходимостью. Актуальные проблемы медицинской науки и образования (АПМНО-2017): сб. ст. VI Междунар. науч. конф. Под ред. А.Н. Митрошина, С.М. Геращенко. Пенза ПГУ 2017; 105-108.

29. Ахметзянов Ф.Ш., Валиев Н.А., Егоров В.И., Бикбов Б.Ш. Тактика экстренного хирургического лечения при обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной колоректальным раком. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2018;28(1):99-106.

30. Магомедов Р.А. Послеоперационные осложнения при острой кишечной непроходимости. *Вестн Калуж у-та* 2019; 3:72-79.

31. Batke M, Cappell MS. Adynamic ileus and acute colonic pseudo-obstruction. *Med Clin North Am.* 2008;92(3):649–670.

32. Saunders MD, Kimmey MB. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;22:917–925.

33. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Etiology of small bowel obstruction. *Am J Surg.* 2000;180(1):33–36.

34. Ten Broek RP, Issa Y, van Santbrink EJ, et al. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013;347:f5588.

35. Frago R, Ramirez E, Millan M, Kreisler E, del Valle E, Biondo S. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. *Am J Surg.* 2014;207(1):127–138.

36. Lower A.M., Hawthorn R.J., Clark D., Boyd J.H., Finlayson A.R., Knight A.D. et al. Adhesion-related readmissions following

gynaecological laparoscopy or laparotomy in Scotland: an epidemiological study of 24 046 patients. // Hum Reprod. – 2004. – T. 19. – № 8. – C. 1877–1885.

37. Parikh J.A., Ko C.Y., Maggard M.A., Zingmond D.S. What is the rate of small bowel obstruction after colectomy? // Am Surg. – 2008. – T. 74. – № 10. – C. 1001–1005.

38. van den Beukel BA, de Ree R, van Leuven S, Bakkum EA, Strik C, Van Goor H, et al. Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update. 2017;23(3):276–288.

39. Di Saverio S., Catena F., Kelly M.D., Tugnoli G., Ansaloni L. Severe adhesive small bowel obstruction //Frontiers of medicine. – 2012. – T. 6. – №. 4. – C. 436-439.

40. Markogiannakis H., Messaris E., Dardamanis D., Pararas N., Tzertzemelis D., Giannopoulos P. et al. Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome //World journal of gastroenterology: WJG. – 2007. – T. 13. – №. 3. – C. 432.

41. Foster N.M., McGory M.L., Zingmond D.S., Ko C.Y. Small bowel obstruction: a population-based appraisal. J Am Coll Surg. 2006;203(2):170–176.

42. Fevang BT, Fevang J, Lie SA, Soreide O, Svanes K, Viste A. Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction. Ann Surg. 2004;240(2):193–201.

43. Duron JJ, Silva NJ, du Montcel ST, Berger A, Muscari F, Hennet H, et al. Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study. Ann Surg. 2006;244(5):750–757.

44. Strik C, Stommel MW, Schipper LJ, Van GH, Ten Broek RP. Risk factors for future repeat abdominal surgery. Langenbeck's Arch Surg. 2016;401(6):829–837.

45. Fredriksson F, Christofferson RH, Lilja HE. Adhesive small bowel obstruction after laparotomy during infancy. *Br J Surg.* 2016;103(3):284–289.

46. Karamanos E, Dulchavsky S, Beale E, Inaba K, Demetriades D. Diabetes mellitus in patients presenting with adhesive small bowel obstruction: delaying surgical intervention results in worse outcomes. *World J Surg.* 2016;40(4):863–869.

47. Булатов Н. Н. Лучевая диагностика обтурационной непроходимости ободочной кишки: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2003.

48. Кузнецов Н.А., Родоман Г.В., Харитонов С.В. Новые возможности в диагностике острой кишечной непроходимости. В кн. Сборник научных трудов к 60-летию ГКБ № 13 «Актуальные вопросы практической медицины». М.: РГМУ; 2007.

49. Топузов Э.Г. Рак толстой кишки, осложненный кишечной непроходимостью: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1990

50. Маринчек Б., Донделиджер Р.Ф. Неотложная радиология: нетравматические неотложные состояния. Вертячих Н.Г., Синицин В.Е. (пер. с англ.). Синицин В.Е. (ред.). М.: Видар; 2009: 173–206.

51. Шотемор Ш.Ш., Пурижанский И.И., Шевякова Т.В., Булатов Н.Н., Перельман В.М., Прохоров А.В., Рожкова Н.И., Рыбакова М.К. Путеводитель по диагностическим изображениям: Справочник практического врача. М.: Советский спорт; 2001.

52. Хабаева М.Т., Гаглыева Д.Р. Возможности рентгенологического метода в дифференциальной диагностике острой спаечной кишечной непроходимости // *Norwegian Journal of Development of the International Science.* – 2020. – №. 39-2. – С. 38-40.

53. Gans SL, Stoker J, Boermeester MA. Plain abdominal radiography in acute abdominal pain; past, present, and future. *Int J Gen Med.* 2012;5:525–533.

54. Frager D. Intestinal obstruction role of CT. *Gastroenterol Clin N Am.* 2002;31(3):777–799.

55. van Randen A, Laméris W, Luitse JS et al.; OPTIMA study group. The role of plain radiographs in patients with acute abdominal pain at the ED. *Am J Emerg Med* 2011;29(6):582–589.582–5e2.

56. Chapman AH, McNamara M, Porter G. The acute contrast enema in suspected large bowel obstruction: value and technique. *Clin Radiol*. 1992;46(4):273–278.

57. Королук И.П., Поляруш Н.Ф. Современные рентгеноконтрастные методы исследования в диагностике спаечной деформации тонкой кишки. *Медицинская визуализация*. 2005; 2: 73–78.

58. Демерчан Е.А. Особенности диагностики и тактики при толстокишечной непроходимости. В кн. *Общая и неотложная хирургия*. Киев: Здоровья; 2003.

59. Ceresoli M, Coccolini F, Catena F, et al. Water-soluble contrast agent in adhesive small bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis of diagnostic and therapeutic value. *Am J Surg*. 2016;211(6):1114–1125.

60. Branco BC, Barmparas G, Schnuriger B, Inaba K, Chan LS, Demetriades D. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic and therapeutic role of water-soluble contrast agent in adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg*. 2010;97(4):470–478.

61. Abbas S, Bissett IP, Parry BR. Oral water soluble contrast for the management of adhesive small bowel obstruction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD004651.

62. Di Saverio S, Catena F, Ansaloni L, Gavioli M, Valentino M, Pinna AD. Water-soluble contrast medium (gastrografin) value in adhesive small intestine obstruction (ASIO): a prospective, randomized, controlled, clinical trial. *World J Surg*. 2008;32(10):2293–2304.

63. Keenan JE, Turley RS, McCoy CC, Migaly J, Shapiro ML, Scarborough JE. Trials of nonoperative management exceeding 3 days are associated with increased morbidity in patients undergoing surgery for uncomplicated adhesive small bowel obstruction. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;76(6):1367–1372.

64. <https://www.acr.org/Clinical-Resources/Contrast-Manual>.

65. Guy S, Al Askari M. Haemorrhagic gastritis following Gastrografin administration for adhesive small bowel obstruction: a case report of a rare outcome. *Int J Surg Case Rep.* 2017;33:51–54.

66. Di Saverio S, Coccolini F, Galati M, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg.* 2013;8(1):42.

67. Портной Л.М. Место современной традиционной рентгенологии в диагностике опухолей толстой кишки: Методическое пособие для врачей. М.; 2000.

68. Тотиков В.З, Калицова М.В., Амриллаева В.М. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости. *Хирургия.* 2006; 2: 38–43.

69. Кушнеров А.И. Ультразвуковое исследование в диагностике тонкокишечной непроходимости. *Новости лучевой диагностики.* 2002; 1–2: 32–4.

70. Hollerweger A., Maconi G., Ripolles T. et al. Gastrointestinal Ultrasound (GIUS) in Intestinal Emergencies-An EFSUMB Position Paper. – 2020. – P. 646-657.

71. Легостаева Т.Б., Кириллова Н.Ю. Ультразвуковая диагностика острой тонкокишечной непроходимости // *Радиол практ.* – 2002. – Т. 2. – С. 17-21.

72. Ogata M, Mateer JR, Condon RE. Prospective evaluation of abdominal sonography for the diagnosis of bowel obstruction. *Ann Surg.* 1996;223:237–241.

73. Taylor MR, Lalani N. Adult small bowel obstruction. *Acad Emerg Med.* 2013;20:528–544.

74. Lin Y.C., Yu Y.C., Huang Y.T. et al. Diagnostic accuracy of ultrasound for small bowel obstruction: A systematic review and meta-analysis // *European Journal of Radiology.* – 2021. – С. 109565.

75. Pérez M.J.M., García E.B., Bonilla J.A.M. Bowel ultrasound: Examination techniques and normal and pathologic patterns // *Radiología (English Edition).* – 2020. – Т. 62. – №. 6. – С. 517-527.

76. Suri S, Gupta S, Sudhakar PJ, Venkataramu NK, Sood B, Wig JD. Comparative evaluation of plain films, ultrasound and CT in the diagnosis of intestinal obstruction. *Acta Radiol.* 1999;40(4):422–428.

77. Chen SC, Yen ZS, Wang HP, Lin FY, Hsu CY, Chen WJ. Ultrasonography is superior to plain radiography in the diagnosis of pneumoperitoneum. *Br J Surg.* 2002;89(3):351–354.

78. Lim J.H. Intestinal obstruction. In: Maconi G., Porro G.B. (eds). *Ultrasound of the gastrointestinal tract.* Berlin, Germany: SpringerVerlag; 2007: 27–34.

79. Yu K., Zhang X., Zhang Z. et al. Surgical and Conservative Management of Malignant Bowel Obstruction: Outcome and Prognostic Factors // *Cancer Management and Research.* – 2020. – Т. 12. – С. 7797.

80. Balthazar E.J., Megibow A. J., Hulnik. D., Naidich D. P. Carcinoma of the colon: detection and preoperative staging by CT. *AJR.* 1988; 150: 301–6.

81. Peiris D., Wills M. Imaging of the small bowel: a review of current practice // *British Journal of Hospital Medicine.* – 2020. – Т. 81. – №. 9. – С. 1-10.

82. Козлова Ю. А., Мумладзе Р. Б., Олимпиев М. Ю. Роль рентгеновской компьютерной томографии в диагностике кишечной непроходимости // *Анналы хирургии.* – 2013. – №. 4. – С. 5-11.

83. Jaffe T, Thompson WM. Large-bowel obstruction in the adult: classic radiographic and CT findings, etiology, and mimics. *Radiology.* 2015;275(3):651–663.

84. O'Malley RG, Al-Hawary MM, Kaza RK, Wasnik AP, Platt JF, Francis IR. MDCT findings in small bowel obstruction: implications of the cause and presence of complications on treatment decisions. *Abdom Imaging.* 2015;40(7):2248–2262.

85. Millet I, Taourel P, Ruyer A, Molinari N. Value of CT findings to predict surgical ischemia in small bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol.* 2015;25(6):1823–1835.

86. Brown CV. Small bowel and colon perforation. *Surg Clin North Am.* 2014;94(2):471–475.

87. Paulson EK, Thompson WM. Review of small-bowel obstruction: the diagnosis and when to worry. *Radiology.* 2015;275(2):332–342.

88. Turenkov A, Kelley KM, Boustany M. Internal hernia as cause of small bowel obstruction without history of gastrointestinal surgery. *Am Surg.* 2018;84(7):e231–e233.

89. Doishita S, Takeshita T, Uchima Y, et al. Internal hernias in the era of multidetector CT: correlation imaging and surgical findings. *Radiographics.* 2016;36(1):88–106.

90. Beddy P, Keogan MT, Sala E, Griffin N. Magnetic resonance imaging for the evaluation of acute abdominal pain in pregnancy. *Semin Ultrasound CT MR.* 2010;31(5):433–441.

91. Beall DP, Fortman BJ, Lawler BC, Regan F. Imaging bowel obstruction: a comparison between fast magnetic resonance imaging and helical computed tomography. *Clin Radiol.* 2002;57(8):719–724.

92. Sajid MS, Caswell J, Bhatti MI, Sains P, Baig MK, Miles WF. Carbon dioxide insufflation vs conventional air insufflation for colonoscopy: a systematic review and meta-analysis of published randomized controlled trials. *Color Dis.* 2015;17:111–123.

93. Chen XL, Ji F, Lin Q, Chen YP, et al. A prospective randomized trial of transnasal ileus tube vs nasogastric tube for adhesive small bowel obstruction. *World J Gastroenterol.* 2012;18(16):1968–1974.

94. Fitzgibbons RJ, Jr, Forse RA. Clinical practice. Groin hernias in adults. *N Engl J Med.* 2015;372(8):756–763.

95. Bower KL, Lollar DI, Williams SL, Adkins FC, Luyimbazi DT, Bower CE. Small bowel obstruction. *Surg Clin North Am.* 2018;98(5):945–971.

96. Psarras K, Symeonidis NG, Pavlidis ET, et al. Tech Coloproctol. 2011;15(Suppl 1):S9–12.

97. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg.* 2016;153(3):183–192.

98. Bauman ZM, Evans CH. Volvulus. *Surg Clin North Am.* 2018;98(5):973–993.

99. Takahashi H, Okabayashi K, Tsuruta M, Hasegawa H, Yahagi M, Kitagawa Y. Self-expanding metallic stents versus surgical intervention as palliative therapy for obstructive colorectal cancer: a meta-analysis. *World J Surg.* 2015;39(8):2037–2044.

100. Ceresoli M, Allievi N, Coccolini F, et al. Long term oncologic outcomes of stents as a bridge to surgery vs. emergency surgery in malignant left side colonic obstruction: a meta-analysis. *J Surg Oncol.* 2017;8:867–876.

101. Young CJ, De-Loyde KJ, Young JM, et al. Improving quality of life for people with incurable large-bowel obstruction: randomized control trial of colonic stent insertion. *Dis Colon Rectum.* 2015;58(9):838–849.

102. Atukorale YN, Church JL, Hoggan BL, et al. Self-expanding metallic stents for the management of emergency malignant large bowel obstruction: a systematic review. *J Gastrointest Surg.* 2016;20(2):455–462.

103. Cennamo V, Luigiano C, Manes G, et al. Colorectal stenting as a bridge to surgery reduces morbidity and mortality in left-sided malignant obstruction: a predictive risk score-based comparative study. *Dig Liver Dis.* 2012;44(6):508–514.

104. Rami Reddy SR, Cappell MS. A systematic review of the clinical presentation, diagnosis, and treatment of small bowel obstruction. *Curr Gastroenterol Rep.* 2017;19(6):28.

105. Catena F, Ansaloni L, Di Saverio S, Pinna AD; World Society of Emergency Surgery. P.O.P.A. study: prevention of postoperative abdominal adhesions by icodextrin 4% solution after laparotomy for adhesive small bowel obstruction. A prospective randomized controlled trial. *J Gastrointest Surg* 2012;16(2):382–388.

106. Sajid MS, Khawaja AH, Sains P, Singh KK, Baig MK. A systematic review comparing laparoscopic vs open adhesiolysis in patients with adhesional small bowel obstruction. *Am J Surg.* 2016;212(1):138–150.

107. Wiggins T, Markar SR, Harris A. Laparoscopic adhesiolysis for acute small bowel obstruction: systematic review and pooled analysis. *Surg Endosc.* 2015;29(12):3432–3442.

108. Quah G. S., Eslick G. D., Cox M. R. Laparoscopic versus open surgery for adhesional small bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis of case-control studies // *Surgical endoscopy.* – 2019. – T. 33. – №. 10. – C. 3209-3217.

109. Pei K.Y., Asuzu D., Davis K.A. Will laparoscopic lysis of adhesions become the standard of care? Evaluating trends and outcomes in laparoscopic management of small-bowel obstruction using the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Project Database // *Surgical endoscopy.* – 2017. – T. 31. – №. 5. – C. 2180-2186.

110. Sosa J., Gardner B. Management of patients diagnosed as acute intestinal obstruction secondary to adhesions // *The American Surgeon.* – 1993. – T. 59. – №. 2. – C. 125-128.

111. Stewardson R.H., Bombeck C.T., Nyhus L.M. Critical operative management of small bowel obstruction // *Annals of surgery.* – 1978. – T. 187. – №. 2. – C. 189.

112. Tanhiphat C., Chittmitrapap S., Prasopsunti K. Adhesive small bowel obstruction: a review of 321 cases in a Thai hospital // *The American journal of surgery.* – 1987. – T. 154. – №. 3. – C. 283-287.

113. Wolfson P.J., Bauer J.J., Gelemt I.M., Kreel I., Aufses A.H. Use of the long tube in the management of patients with small-intestinal obstruction due to adhesions // *Archives of Surgery.* – 1985. – T. 120. – №. 9. – C. 1001-1006.

114. Ellis H. Mechanical intestinal obstruction // *British medical journal (Clinical research ed.).* – 1981. – T. 283. – №. 6301. – C. 1203.

115. Fabri P.J., Rosemurgy A. Reoperation for small intestinal obstruction // *Surgical Clinics of North America.* – 1991. – T. 71. – №. 1. – C. 131-146.

116. Hajibandeh S., Hajibandeh S., Panda N., Khan R.M.A., Bandyopadhyay S.K., Dalmia S. et al. Operative versus non-operative management of adhesive small bowel obstruction: a systematic review

and meta-analysis //International Journal of Surgery. – 2017. – Т. 45. – С. 58-66.

117. Jeppesen M., Tolstrup M. B., Gögenur I. Chronic pain, quality of life, and functional impairment after surgery due to small bowel obstruction //World journal of surgery. – 2016. – Т. 40. – №. 9. – С. 2091-2097.

118. Jeppesen M.H., Tolstrup M.B., Watt S.K., Gögenur I. Risk factors affecting morbidity and mortality following emergency laparotomy for small bowel obstruction: a retrospective cohort study //International Journal of Surgery. – 2016. – Т. 28. – С. 63-68.

119. Руководства по оказанию экстренной медицинской помощи (клинические протоколы). Под ред. А.М.Хаджибаева. // ИПТД «O'zbekiston», Ташкент. – 2018. – Т. 1. – С. 186-194.

120. Патент № IAP 04170 «Способ формирования кишечных анастомозов», 2010.

121. Патент № FAP 00305 «Устройство для наложения анастомозов желудочно-кишечного тракта», 2009.

122. Хаджибаев А.М., Байбеков И.М., Ходжимухамедова Н.А., Хаджибаев Ф.А. Наложение кишечных анастомозов с применением каркасного металлического кольца в эксперименте // Биол. журн. Узбекистана. — 2009. — №1. — С. 17–21.

123. Хаджибаев А.М., Ходжимухамедова Н.А., Хаджибаев Ф.А. Экспериментальное обоснование применения каркасного кольца при межкишечных анастомозах // Вестн. экстрен. мед. — 2010. — №1. — С. 20–24.

124. Duepre H.J., Senagore A.J., Delaney C.P., Fazio V.W. Does means of access affect the incidence of small bowel obstruction and ventral hernia after bowel resection?: Laparoscopy versus laparotomy //Journal of the American College of Surgeons. – 2003. – Т. 197. – №. 2. – С. 177-181.

125. Beck D. E. et al. Incidence of small-bowel obstruction and adhesiolysis after open colorectal and general surgery //Diseases of the colon & rectum. – 1999. – Т. 42. – №. 2. – С. 241-248.

126. Sebastian-Valverde E., Poves I., Membrilla-Fernández E., Pons-Fragero M.J., Grande L. The role of the laparoscopic approach in the surgical management of acute adhesive small bowel obstruction //BMC surgery. – 2019. – T. 19. – №. 1. – C. 1-7.

127. Menzies D., Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions--how big is the problem? //Annals of the royal college of surgeons of England. – 1990. – T. 72. – №. 1. – C. 60-63.

128. Reshef A., Hull T.L., Kiran R.P. Risk of adhesive obstruction after colorectal surgery: the benefits of the minimally invasive approach may extend well beyond the perioperative period //Surgical endoscopy. – 2013. – T. 27. – №. 5. – C. 1717-1720.

129. Burns E.M., Currie A., Bottle A., Aylin P., Darzi A., Faiz O. Minimal-access colorectal surgery is associated with fewer adhesion-related admissions than open surgery //Journal of British Surgery. – 2013. – T. 100. – №. 1. – C. 152-159.

130. Aquina C.T., Probst C.P., Becerra A.Z., Iannuzzi J.C., Hensley B.J., Noyes K., et al. Missed opportunity: laparoscopic colorectal resection is associated with lower incidence of small bowel obstruction compared to an open approach //Annals of Surgery. – 2016. – T. 264. – №. 1. – C. 127-134.

131. Small bowel obstruction, incisional hernia and survival after laparoscopic and open colonic resection (LAFA study) //Journal of British Surgery. – 2014. – T. 101. – №. 9. – C. 1153-1159.

132. Bastug D.F., Trammell S.W., Boland J.P., Mantz E.P., Tiley 3rd E.H. Laparoscopic adhesiolysis for small bowel obstruction //Surgical laparoscopy & endoscopy. – 1991. – T. 1. – №. 4. – C. 259-262.

133. Dindo D., Schafer M., Muller M.K., Clavien P.A., Hahnloser D. Laparoscopy for small bowel obstruction: the reason for conversion matters //Surgical endoscopy. – 2010. – T. 24. – №. 4. – C. 792-797.

134. Khaikin M., Schneiderei N., Cera S., Sands D., Efron J., Weiss E.G. et al. Laparoscopic vs. open surgery for acute adhesive

small-bowel obstruction: patients' outcome and cost-effectiveness //Surgical endoscopy. – 2007. – T. 21. – №. 5. – C. 742-746.

135. Li M.Z., Lian L., Xiao L.B., Wu W.H., He Y.L., Song X.M. Laparoscopic versus open adhesiolysis in patients with adhesive small bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis //The American journal of surgery. – 2012. – T. 204. – №. 5. – C. 779-786.

136. Byrne J., Saleh F., Ambrosini L., Quereshy F., Jackson T.D., Okrainec A. Laparoscopic versus open surgical management of adhesive small bowel obstruction: a comparison of outcomes //Surgical endoscopy. – 2015. – T. 29. – №. 9. – C. 2525-2532.

137. Wullstein C., Gross E. Laparoscopic compared with conventional treatment of acute adhesive small bowel obstruction //Journal of British Surgery. – 2003. – T. 90. – №. 9. – C. 1147-1151.

138. Ghosheh B., Salameh J. R. Laparoscopic approach to acute small bowel obstruction: review of 1061 cases //Surgical endoscopy. – 2007. – T. 21. – №. 11. – C. 1945-1949.

139. O'Connor D.B., Winter D.C. The role of laparoscopy in the management of acute small-bowel obstruction: a review of over 2,000 cases //Surgical endoscopy. – 2012. – T. 26. – №. 1. – C. 12-17.

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ВЛС	– видеолапароскопия
ДИ (ИИ)	– доверительный интервал (ишонч интервали)
ДО (ИС)	– достоверно отрицательный (ишончли салбий)
ДП (ИИ)	– достоверно положительный (ишончли ижобий)
12БИ	– ўн икки бармоқ ичак
ОИТ	– ошқозон-ичак тракти
ЛО (ЁС)	– ложно отрицательный (ёлғон салбий)
ЛП (ЁИ)	– ложно положительный (ёлғон ижобий)
МСКТ	– мультисрезли компьютер томография
ЎМИ	– ўтқир миокард инфаркти
ЎИТ	– ўтқир ичак тутилиши
ОШ (ИН)	– отношение шансов (имкониятлар нисбати)
ТТБ	– туман тиббиёт бирлашмаси
ЎАТЭ	– ўпка артерияси тромбозмболияси
УТТ	– ультратовуш текшируви
ЎСОК	– ўпка сурункали обструктив касаллиги
СБЕ	– сурункали буйрак етишмовчилиги
МВБ	– марказий веноз босим
ЭҲМ	– электрон ҳисоблаш машинаси
ЭГДФС	– эзофагогастродуоденофиброскопия
ASA	– the American Society of Anesthesiologists – америка анестезиологлар жамияти
LR+	– positive likelihood ratio – ижобий эҳтимоллик нисбати
LR-	– negative likelihood ratio – салбий эҳтимоллик нисбати
NPV	– negative predictive value – салбий башоратли қиймат
PPV	– positive predictive value – ижобий башоратли қиймат
QALY	– the quality-adjusted life year – ҳаёт ҳар бир кейинги йили учун ҳаёт сифати ортиши
SAPS	– simplified acute physiology score - физиологик бузилишларни баҳолаш шкаласи

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

1950

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

1950

Т.Т. Мансуров, Н.А. Курбонов,
Р.Ф. Ахмедов, Б.А. Янгиев

**ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ЯНГИ
ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ**

МОНОГРАФИЯ

Муҳаррир: З.Н. Бободустов
Мусаххих: М.О. Мардиева
Техник муҳаррир: Д. Хамраев

*Монография университет Кенгашининг 2024 - йил 16 -
февралдаги 4 - сон мажлисда муҳокама қилинган ва нашрга тавсия
этилган.*

“STAP-SEL” MChJ nashriyoti, Samarqand - 2024

ISBN: 978-9910-720-03-1

Tasdiqnona № 033337 (27.07.2022)
Nashrga ruxsat etildi: 04.04. 2024 y.
© “STAP-SEL” MChJ nashriyoti.

12.04.2024 yilda chop etildi.
Qog‘oz bichimi A5, 60x84¹/₁₆, Ofset qog‘ozi.
“Times New Roman” garniturası.
Nashr bosma tabog‘i 8.00
Buyurtma № 0044A/24. Adadi 50 nusxa

**Samarqand iqtisodiyot va servis institutining
matbaa bo‘limida chop etildi.**

LICENSE № 025316.

REESTR № X-119112.

Manzil: Samarqand shahar, Shoxrux ko‘chasi 60-uy.





Мансуров Тўлқин Турғунович

Республика шोшилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали I-Хирургия бўлими мудирин, тиббиёт фанлари бўйинча фалсафа доктори.



Курбонов Низом Азизович

Самарқанд давлат тиббиёт университети Дипломдан кейинги таълим факультети Хирургия, эндоскопия ва анестезиология-реаниматология кафедраси мудирин, тиббиёт фанлари бўйинча фалсафа доктори.



Ахмедов Рахматилло Фурқатович

Самарқанд давлат тиббиёт университети Дипломдан кейинги таълим факультети Хирургия, эндоскопия ва анестезиология-реаниматология кафедраси в\б доценти, тиббиёт фанлари бўйинча фалсафа доктори.



Янгиев Бахтиёр Ахмедович

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали директори, тиббиёт фанлари бўйинча фалсафа доктори.

ISBN: 978-9910-720-03-1



9 789910 720031