www.wordlyknowledge.uz Volume: 2, Issue: 1, 2023

УДК:616.349-089/.345–053.9

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ИЛОСТОМЫ

Ботиров А.К., Кодиров Х.М., Отакузиев А.З.,
Бозоров Н.Э., Ботиров Ж.А., Исмоилов Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт

УДК:616.349-089/.345–053.9

CURRENT STATE OF THE PROBLEM IN RECOVERY OPERATIONS FOR ILEOSTOMY

Botirov A.K., Kodirov Kh.M., Otakuziev A.Z.,
Bozorov N.E., Botirov Zh.A., Ismoilov B.A.
Andijan State Medical Institute

Key words: Right hemicolonectomy, ileostomy, ileotransverse anastomosis, anastomotic insolvency, invaginational anastomosis.

The authors report that the population with intestinal stoma is increasing all over the world, where the structure of diseases is mainly represented by colon cancer - 74.7%, trauma - 11.7%, complications of benign intestinal tumors - 6.5% and inflammatory diseases - 7 ,1%. However, the elimination of the stoma and the implementation of surgical rehabilitation in this group of patients is overshadowed by the high incidence of anastomotic leakage (AL), reaching up to 20-30% with a fatal outcome of 6-35% and has no tendency to decrease. None of the known methods of forming ileotransverse anastomoses completely satisfies surgeons. In this regard, the authors, analyzing the literature data, conclude that the development and improvement of diagnostic and treatment algorithms and new methods of forming interintestinal anastomoses, which simultaneously model the ileocecal closure apparatus, is far from its final resolution and requires further research in this direction.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире в связи с продолжающимся ростом заболеваний кишечника увеличивается контингент с кишечной стомой [45;51]. Только в Российской Федерации их число достигает 180 тысяч человек [40]. По сводной статистике, приведенной рядом исследователей, структура заболеваний являющимися причиной формирования кишечной стомы представлена раком толстой кишки – 74,7%, травмой – 11,7%, осложнениями доброкачественной опухолей кишечника – 6,5% и воспалительными заболеваниями – 7,1% [25;43;62].

По данным Ахметзянова Ф.Ш. с соавт. [4] и Аминевой Э.М. с соавт. [3], при данных состояниях в 50-70% возникает необходимость в проведении экстренной операции, а возникающие при этом осложнения становятся причиной высокой летальности [43].

Ликвидация стомы и выполнение восстановительного этапа занимает ведущее место в хирургической реабилитации данного контингента больных [12;25].

Тревожным остается проблема высокой частоты развития несостоятельности сформированного межкишечного соустья, достигающая до 20-30% [48] с развитием летального исхода в 6-35% случаев [19;53] и не имеет тенденции к снижению [18].

Специалистам занимающихся хирургией кишечника известно, что стомированные пациенты часто страдают стомальными осложнениями, являются инвалидами, самоизолируются от окружающих людей, понижается социальный статус и находятся в состоянии нервно-психологического стресса. Данное обстоятельство вынуждает больных к настойчивому требованию скорейшего устранения илеостомы и проведения

www.wordlyknowledge.uz Volume: 2, Issue: 1, 2023

восстановительного этапа операции. Однако, выполнение восстановительного этапа традиционно считаются наиболее сложным и нередко таит опасность развития жизнеугрожающих осложнений и летальности [15;50;58].

В настоящее время повсеместно продолжается разработка и внедрение новых способов формирования кишечных анастомозов с использованием техники двухрядного и однорядного кишечного шва, а также проводится их сравнительная оценка. Все они направлены на улучшение результатов хирургического лечения, где приоритетным является устранение несостоятельности швов межкишечных соустий, как жизнеугрожающего осложнения с развитием перитонита и часто приводящей к смерти. Однако до сих пор исследователи не пришли к единому мнению о преимуществе определенного способа, а также техники шва [2;19;52]. При этом частота послеоперационных осложнений остается высокой [39], что ухудшают хирургическую реабилитацию больных с илеостомами, что снижает качество жизни и социальную адаптацию [17;44].

Хирургическая реабилитация пациентов, перенесших различные оперативные вмешательства, является одной из приоритетных задач современной хирургии. Существует большое число модификаций и вариантов межкишечных анастомозов. По используемым средствам различают ручные и механические швы; по числу рядов швов – однорядные и многорядные; по способу формирования – «конец в конец», который может быть циркулярным и в ¾ по Мельникову, «бок-в-бок», «конец-в-бок»; по отношению к направлению кишечной струи – изоперистальтические и антиперистальтические. При внутрибрюшном расположении илео-илеоанастомоза, частота осложнений достигает 30% с летальностью в пределах 0,1-4,0% [61]. Степлерный способ формирования анастомоза приводит к редукции кровотока более, чем на 40%, тогда как при ручном способе этот показатель не превышает 10%. К отрицательным сторонам также нужно отнести увеличение стоимости вмешательства за счёт применения двух и более кассет [60]. Необходимо отметить, что изучению характеристик и особенностей анастомозов посвящено большое число клинических и экспериментальных исследований [30].

При злокачественных поражениях ободочной кишки и некоторых тяжелых воспалительных поражениях илеоцекального отдела основным способом лечения является правосторонняя гемиколэктомия. При этом, ведущее значение придается формированию оптимального тонкотолстокишечного соустья, который должен быть простым по технике выполнения, герметичным и физиологичным [15;41].

Илеотрансверзоанастомоз (ИТА) является одним из самых сложных видов межкишечных соустьев. Трудности, возникающие при выполнении ИТА между обусловлены не только соединением разных по функции и диаметру кишок, но и стремлением восполнить функцию илеоцекального угла.Еще Каспар Баугиний, первым описавший в 1579 году анатомическое образование на границе подвздошной и слепой кишок, придавал ему большое функциональное значение. Баугиниева заслонка, будучи сфинктером и клапаном, препятствует регургитации содержимого толстого кишечника в тонкую кишку [11;22;28].

Рядом исследований уточнено, что баугиниевой заслонке принадлежит роль механического заслона и сфинктера, которая препятствует обратному поступлению внутрикишечного содержимого. Удаление илеоцекального угла с последующим формированием ИТА приводит к проявляется характерным симптомокомплексом. При этом, в силу анатомических особенностей илеоцекальный отдел является местом где наиболее часто локализируются различные патологические процессы и функциональные расстройства. В связи этим, хирурги часто вынуждены выполнять к операции

www.wordlyknowledge.uz Volume: 2, Issue: 1, 2023

сопровождающиеся удалением илеоцекального отдела вместе с баугиниевой заслонкой [29].

При этом отмечается, что несостоятельность швов инвагинационных анастомозов развивается реже, за счет увеличения зоны серозного сопоставления, чем при формировании межкишечных соустий традиционными способами [47]. При формировании межкишечных анастомозов после правосторонней гемиколэктомии является тщательная адаптация слизистых оболочек, широкое сопоставление серозных оболочек и предотвращение возможной регургитации [13].

По данным Попова В.М. [38], рентгенологические исследования показали, что регургитация, наблюдаемая вследствие недостаточности баугиниевой заслонки или его отсутствие вследствие резекции без формирования заслонки, приводит к длительно существующим расстройствам пищеварения. Так, могут развиться воспалительные явления в терминальном отделе тонкой кишки, а также такие осложнения, как диарея, нарушение обмена веществ, анемия, метеоризм, профузные поносы. Также могут иметь место значительные нарушения белкового, углеводного и минерального обменов [22].

При формировании тонкотолстокишечных анастомозов, кроме необходимости сохранения пассажа через соустье и его механической и биологической состоятельности, требуется моделировать утраченную клапанную функцию илеоцекального аппарата [8]. Основные элементы и принципы работы этого аппарата на сегодняшний день достаточно хорошо изучены [8]. Однако на практике до настоящего времени наиболее часто применяются конце-концевые и продольные боковые тонкотолстокишечные анастомозы, не обладающие клапанными свойствами Частота несостоятельности таких тонкотолстокишечных анастомозов составляет 2,6-15,5%, а летальность варьируется от 2,9% до 13,3%, достигая при перитоните 50% [1]. Отсутствие в анастомозе клапанных свойств ведет к забросу толстокишечного содержимого в тонкую кишку и провоцирует развитие рефлюкс-энтерита, дисбактериоза кишечника [33], синдрома мальабсорбции, синдрома избыточной колонизации тонкой кишки [5]. Качество жизни выживших больных в отдаленном периоде остается на низком уровне [37].

В целом, тонкотолстокишечным анастомозам с созданием функции клапанного аппарата наподобие илеоцекального, посвящено ряд исследований [8;41]. Однако, как показывает опыт, они не лишены некоторых недостатков [1]. Лучшим лигатурным способом формирования кишечного шва считается однорядный шов. Ручной однорядный шов, при правильной технике, дает меньший процент осложнений (2,0%) в сравнении с двухрядными швами (5,3%) [16]. Широко распространенным вариантом двурядного шва в хирургии считают способ Матешука-Пирогова и Матешука-Ламбера. Однако даже второй ряд швов не гарантирует нарушение герметичности анастомоза, которая наблюдается в пределах 12,7% в плановой хирургии и 25% в экстренной [32]. В связи с этим, разрабатываются различные способы защиты [16].

Радикальное хирургическое лечение рака правой половины ободочной кишки, как правило, завершается формированием первичного илеотрансверзоанастомоза (ИТА) [26]. Удаление илеоцекального отдела, который по своей сущности является клапанным аппаратом абсолютного барьерного действия, регулирующим порционность поступления содержимого тонкой кишки в толстую и защищающим тонкую кишку от рефлюкса агрессивного толстокишечного содержимого, насыщенного бактериальной флорой, ведет к серьезным нарушениям функций пищеварительного тракта: развитию вторичного энтерита, дисбактериоза, возникновению синдромов избыточной колонизации тонкой кишки и мальабсорбции [5]. Профилактика указанных нарушений кроется в способе формирования ИТА, который в функциональном отношении должен соответствовать илеоцекальному аппарату [Витебский Я.Д., 1973].

www.wordlyknowledge.uz Volume: 2, Issue: 1, 2023

Накопление опыта по выполнению правосторонней гемиколонэктомии, показала необходимость поиска вариантов тонкотолстокишечных анастомозов в связи с утратой илеоцекального клапана. Функциональные результаты после этой операции во многом зависят от вида, формируемого илеотрансверзоанастомоза [8].

По своему строению илеоцекальный отдел представляет единое анатомическое образование, в котором все составляющие его компоненты находятся в строгой взаимосвязи [8]. Это важная рефлексогенная зона, осуществляющая функциональную взаимосвязь между желудком, тонкой и толстой кишкой, а также печенью и поджелудочной железой. В терминальном отделе тонкой кишки в основном завершаются процессы пищеварения и всасывания жиров, белков, углеводов, большинства витаминов и целого ряда макро- и микроэлементов. В начальном отделе толстой кишки особенно интенсивно происходит всасывание воды и растворенных в ней электролитов. Микрофлора толстой кишки частично синтезирует необходимые организму витамины. Функция илеоцекального отдела многогранна, он является одним из регуляторов деятельности желудочно-кишечного тракта [8;10].

Разнообразие способов анастомозирования тонкой кишки с толстой свидетельствуют о неудовлетворенности хирургов результатами этих операций. Многие пациенты, перенесшие правостороннюю гемиколэктомию (ПГКЭ) отмечают диспептические явления, что вызывает значительные неудобства и снижает качество жизни. Выпадение функции илеоцекального отдела и правой половины ободочной кишки ведет различным нарушениям в пищеварении. Поэтому тонкотолстокишечные анастомозы должны восполнять функции резецированной баугиниевой заслонки и улучшению отдаленных результатов[9;56].

В настоящее время внимание хирургов привлекают инвагинационные илеотрансверзоанастомозы, которое нашло отражение в развитии сфинктеросохраняющих подходов в лечении [36;56]. Одним из наиболее известных способов подобного анастомоза является инвагинационный анастомоз Я.Д. Витебского [14].

Внедрение в хирургическую практику инвагинационных анастомозов в различных модификациях позволило улучшить функциональные результаты. При этом сохраняются ряд спорных, недостаточно разрешенных и вызывающих дискуссию вопросов, что вызывает настоятельную необходимость разработки новых способов, которые бы способствовали коррекции этих расстройств [20;41].

Высокофункциональным считается способ однорядного резервуарно-клапанного илеотрансверзоанастомоза (ИТА) по типу «конец в бок» [14]. Однако при этом условий для декомпрессии приводящих петель кишки не создаются, имеют место дегенеративные процессы в «хоботке», нарушения распространения потенциала действия по длиннику кишки [27].

Сторонники формирования конце-концевых ИТА аргументируют свой выбор уменьшением протяженности, и отсутствием культей кишечника, что соответственно, уменьшает вероятность несостоятельности швов. Однако, возникают и технические проблемы. Для устранения разницы в диаметре кишок ряд хирургов предпочитают гофрирующие швы [23]. При этом в области концевого анастомоза моторика кишечника не меняется, нейро- и миогенная передача импульсации через соустье сохраняются [54].

Несмотря на то, что ИТА по типу «бок в бок» признаются большинством хирургов технически простым, они признаются самыми худшими как в плане надежности, так и в функциональном качестве. Тем не менее, данный вид анастомозирования еще широко используется в клинической практике. А при выведении концевой энтеростомы анастомоз можно формировать только по типу «бок в бок» [21].

www.wordlyknowledge.uz Volume: 2, Issue: 1, 2023

В любом лигатурном шве происходит травмирование кишечной стенки, проникновение микрофлоры по лигатурным каналам, межтканевым щелям, что может привести к развитию острой воспалительной реакции и даже биологически активные хирургические нити, пропитанные антибиотиками, не гарантируют от осложнений, особенно в ургентной хирургии [21;35].

Применение механического шва привели к снижению частоты послеоперационных осложнений в сравнении с ручным швом в 1,5- 2 раза. При этом механический шов в сравнении с ручными швами снижает риск развития непроходимости тонкой кишки на 44% [50;59].

Наряду с бесспорными преимуществами механический шов имеет и существенные недостатки связанные с необходимостью создания дополнительного отверстия для введения сшивающего аппарата, возникновении ригидного циркулярного кольца, длительном отхождении металлических скобок, раздавливании подслизистого и мышечного слоев, инфицировании толщи кишечной стенки [2;42].

Все это побуждает хирургов проводить исследования, направленные на выявление возможных факторов риска несостоятельности анастомозов (НА) и разрабатывать меры профилактики данного осложнения. Исторически, хирурги использовали прием формирования стомы для снижения вероятности развития несостоятельности анастомозов, однако, в настоящее время, нет однозначной позиции по данному вопросу [46;55]. Объем интраоперационной кровопотери так же оказался самостоятельным фактором риска развития НА [55].

Необходимо отметить, что достоверной разницы в частоте несостоятельности между аппаратными и ручными анастомозами, не было получено. Несмотря на оптимистичные первые результаты компрессионные аппараты в современном исполнении не получили широкого распространения, а компания их изготавливающая, была закрыта [24].

При рандомизированном контролируемом исследовании, достоверное повышение частоты несостоятельности анастомозов установлено в группе с анастомозом по типу конец в конец, при сравнении с боко-концевыми анастомозами [57]. Есть хирурги, которые после правосторонней гемиколэктомии, предпочитают формирование У-образного (Т-образного) тонкотолстокишечного анастомоза [32;42].

Сложность проблемы заключается в анатомо-физиологических особенностях анастомозируемых петель тонкой и толстой кишки [34]. По сей день, одни хирурги после выполнения ПГКЭ формируют тонкотолстокишечный анастомоз [49]. Другие, на первом этапе выполняются илеостомии, вторым этапом, производится ПГКЭ с наложением анастомоза [32;42].

Итак, формирование илеостомы ставит перед пациентом ряд жизненно важных вопросов, касающихся грамотного ухода за стомой, профилактики осложнений с ее стороны, рационального трудоустройства, новых взаимоотношений в семье. Все это подчеркивает не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы. Инвагинационные анастомозы во многом превосходят обычные тонкотолстокишечные соустья по своей надежности и асептичности [7].

Резюме. Несмотря на более чем 100-летнюю историю илеостомии и достаточно широкий круг показаний к выполнению этой операции, ряд важных аспектов физиологии, строения и функции илеостомы не достаточно изучен. Научные исследования хирургов в этой области посвящены, как правило, лечению больных с определенной нозологической формой болезни (диффузный полипоз толстой кивки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.). Только отдельные авторы отчасти затрагивает проблему хирургической реабилитации нлеостомированных пациентов. Вместе с тем, арсенал восстановительных и РВО, направленных на ликвидации илеостомы, постоянно

www.wordlyknowledge.uz Volume: 2, Issue: 1, 2023

расширяется. Так как ни один из известных способов формирования ИТА анастомозов полностью не удовлетворяет хирургов, что особенно актуально у больных с илеостомой после ургентных заболеваний кишечника.

Итак, несмотря на огромный прогресс в хирургии кишечника, разработка и усовершенствование лечебно-диагностических алгоритмов и новых способов формирования межкишечных соустий, одновременно моделирующих илеоцекальный замыкательный аппарат, далека от своего окончательного разрешения. Решению данных вопросов является приоритетным, что послужило поводом для проведения настоящего исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаев Э.К. Несостоятельность швов кишечного анастомоза у больных после экстренной и неотложной резекции кишки //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2012. -№ 1. -С. 34-37.
2. Алиев Ф.Ш., В.Ф. Алиев, А.Я. Ильканич и др. Сравнительная характеристика колоректальных анастомозов при реконструктивно-восстановительных операциях //Колопроктология. –2019. –Т.18, №3(69). –С. 78.
3. Аминова Э.М. Хирургическая реабилитация пациентов с кишечной стомой //Автореф. … дисс. Кан. Мед. Наук. –Уфа. -2022.
4. Ахметзянов Ф.Ш., Валиев Н.А., Егоров В.И. и др. Тактика экстренного хирургического лечения при обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной колоректальным раком //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. –2018. –Т.28, №1. -С. 99-106.
5. Белоусова Е.А. Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке в свете общей концепции о дисбактериозе кишечника: взгляд на проблему //Фарматека. 2009. № 2. С. 8-16.
6. Бойко С.С., Чебыкина В.И., Шлепотина Н.М. Инфекции в хирургии: эволюция представлений от времен НИ Пирогова до современности //Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 2, № 4 (15). – С. 4-6.
7. Витебский Я.Д. Основы клапанной гастроэнтерологии //Челябинск: Юж. - Урал. кн. изд-во, -1994. - 304 с.
8. Витебский Я.Д. Очерки хирургии илеоцекального отдела кишечника //М: Медицина, 1973. - 112 с.
9. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Фролов С.А., Шахматов Д.Г. Лапароскопические операции с ручной ассистенцией в колопроктологии //Эндоскопическая хирургия. - 2009. - Т. 15. - № 5. - С. 51-56.
10. Ганичкин А. Рак толстой кишки //М.-Л.: Медицина,1970.
11. Ганичкин А.М. Инвагинационный анастомоз тонкой кишки с толстой: Дис. канд. мед. Наук //Днепропетр. мед. ин-т. Днепропетровск. -1950.
12. Гиберт Б.К., Матвеев Н.А., Бородин Н.А. и др. Значение анатомии стомального и выключенного из пассажа отделов толстой кишки после обструктивной резекции при восстановительных операциях //Вестник хирургии. 2018.Т.177, №2., -с.34-38.
13. Гилевич Ю.С., Оноприев В.И. Анастомозы в брюшной хирургии //Ставрополь кн. изд-во, 1978. 376 с.
14. Гончаров А.Л., Мальгина Н.В., Разбирин Д.В. Формирование илеотрансверзоанастомоза конец в бок с применением циркулярных и линейных сшивающих аппаратов //Мат. VII Межд. Конф. "РШКХ", Москва 2013. - С.182.

www.wordlyknowledge.uz Volume: 2, Issue: 1, 2023

15. Горбунова А.С., Кузьмичев Д.В., Мамедли З.З. и др. Хирургические аспекты формирования кишечных стом в онкологии. Обзорлитературы //Тазоваяхирургияионкология. -2023;13(2):54-9.

16. Горский В.А., Воленко А.В., Титков Б.Е., Агапов М.А. Использование пластических свойств клеевой субстанции при операциях на кишечнике //Материалы IX Всероссийской конференции общих хирургов с межд. участием. Ярославль, 2016. - С.197-198.

17. Григорова А.Н., Владимирова О.В., Минаев С.В. и др. Роль морфофункциональных взаимодействий клеточных структур соединительной ткани в патогенезе патологического рубцеобразования у детей //Forcipe. – 2020. – Т. 3, № S2. – С. 45-48.

18. Грошилин В.С., Мартынов Д.В., Набока Ю.Л. и др. Коррекция дисбиотических нарушений при диверсионном проктите: возможности внутрипросветной санации и профилактика осложнений после восстановительных операций //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 6. – С. 36-48.

19. Дарвин В.В., Краснов Е.А., Добалюк А.В. и др. Несостоятельность анастомозов при операциях по поводу рака сигмовидной и прямой кишки: частота возникновения, пути улучшения результатов //Колопроктология. – 2018. – № 2S (64). – С. 39.

20. Дибина Т.В., Кошель А.П. Ультразвуковая диагностика патологии илеоцекальной области //Материалы конференции. Ультразвуковая и функциональная диагностика. -2015. №4S. С.52а.

21. Дибиров М.Д., Исаев А.И., Джаджиев А.Б. Миниинвазивные никелид-титановые анастомозы при распространенном перитоните //Мат. IX Всерос. Конф. общих хирургов с международным участием. Ярославль, 2016. - С.230-232.

22. Дыскин ЕЛ. К морфологической характеристике илеоцекального отдела желудочно-кишечного тракта человека //Вестн. хирургии им. Грекова. 1956. -Т.77, № 8. - С. 61-75.

23. Жебровский В.В., Иванов А.Г., Чемоданов Е.В. Лечение больных с ОКН толстого кишечника опухолевого генеза //Актуальные проблемы современной хирургии: труды международного хирургического конгресса. - М., 2001. - С. 118.

24. Журковский В.И. Сравнение методов формирования трансплантата для восстановления непрерывности кишечника после тотальной мезоректумэктомии //автореф. Дисс. … канд. мед. наук, 2019. М., 2019. 24с.

25. Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Краснов Е.А. и др. Выбор восстановительного вмешательства у пациентов с толстокишечными стомами //Колопроктология. – 2016. – № 1 (55). – С. 110.

26. Каминская Ю.А., Мизгирев Д.В. Правосторонняя гемиколэктомия с наложением разгрузочной колостомы и без нее - сравнительные результаты //Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2014. № 1. С. 26-27.

27. Карякин А.М., Иванов М.А., Алиев С.А. Конце-концевой анастомоз как метод выбора при правосторонней гемиколэктомии //Вестник хирургии. - 1998. - №1. - С.36-38.

28. Кимбаровский М.А. Новый способ анастомоза тонкого кишечника с толстым //Хирургия. 1950. - № 9. - С.26-28.

29. Кучмасов С.В. Экспериментально-клиническая оценка инвагинационного тонкотолстокишечного анастомоза «конец в конец» //Автореф. Дисс. … канд. мед. наук. - 2002.

www.wordlyknowledge.uz Volume: 2, Issue: 1, 2023

30. Ланцов И.С., Москалев А.И., Сушков О.И. Ликвидация двуствольных илеостом (обзор литературы). ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва //Колопроктология. -2018. -№2 (64). –С.102-109.

31. Мартынов В.Л., Семенов А.Г., Авдеев А.С. и др. Создание арефлюксного тонкотолстокишечного анастомоза //Материалы научно-практической конференции врачей России с международным участием, посвященной 60-летию кафедры общей хирургии Тверского ГМУ/ Тверь, 2015г. С.62.

32. Мартынов В.Л., Семенов А.Г., Авдеев А.С. и др. Создание арефлюксного тонкотолстокишечного анастомоза //Материалы научно-практической конференции врачей России с международным участием, посвященной 60-летию кафедры общей хирургии Тверского ГМУ/ Тверь, 2015г. С.62.

33. Мерденова Л.А., Хетагурова Л.Г., Касохов Т.Б. Дисбактериоз кишечника //Владикавказский медико-биологический вестник. -2012. -Т. XIV.-№22. -С. 151-160.

34. Михайлова В.М., Игнатьев В.Г., Семенов Д.Н., Холтосунов И.А. Проблема лечения острой ишемии кишечника //Научно-практический журнал Колопроктология №1(51) (приложение). Москва -2015. -С.103.

35. Мохов Е.М., Шкуренко С.И., Монахова Е.В. и др. Изучение антимикробных свойств новых видов биологически активных хирургических шовных материалов INVITRO //Материалы научно-практической конференции врачей России с международным участием. -Тверь, 2015г. с.124.

36. Нишанов М.Ф., Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Абдуллажанов Б.Р., Бозоров Н.Э., Эгамов С.Ш., Хожиметов Д.Ш. Способ инвагинационного колоколоанастомоза //Мининновации РУз. Расмий ахборотнома 2021;3, С.8 IAP 2021 0039.

37. Нишанов Ф.Н., Батиров А.К., Абдулажанов Б.Р. и др. Отдалённые результаты инвагинационного илеотрансверзоанастомоза //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2011. - Т. 170. - № 1. - С. 58-60.

38. Попов В.М., Махов Г.А. Реконструкция илеоцекального анастомоза //Вестн. хирургии им. Грекова. 1965. - Т.94, № 4. - С.92-94.

39. Селитреников В.С., Рисман Б.В. Эпидемиология послеоперационных инфекционных осложнений в клинике хирургического профиля //Известия Российской Военно-медицинской академии. –2019. –Т. 2, №. S1. – С. 148-154.

40. Сертакова О.В., Решетов Д.Н., Дудин М.Н., Голубева М.Ю. Распространенность онкологических заболеваний у различных групп населения в России и мире //Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 33-46.

41. Спирев В.В. Разработка и применение компрессионных тонкотолстокишечных анастомозов в хирургии ободочной кишки //Автореф. дис. …док. мед. наук. -Тюмень, 2009 г. – 219с.

42. Староконь П.М., Максимов И.Б., Асанов О.Н. и др. //Материалы IX Всерос. конференции общих хирургов с межд. участием. Ярославль, 2016г. С.192-195.

43. Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В. Классификация хирургических осложнений //Хирургия. –2018. –№ 9. –С. 61-65.

44. Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М. и др. Модификация метода закрытия стомальной раны после реконструктивно-восстановительных операций //Колопроктология. –2019. –Т. 18, № 3. –С. 98-99.

45. Федоров Е.В., Савушкин А.В., Хачатурова Э.А. и др. Форум анестезиологов и реаниматологов России (ФАРР–2019)– М., 2019. – 318 с.

www.wordlyknowledge.uz Volume: 2, Issue: 1, 2023

46. Царьков П.В., Тулина И.А., Цугуля П.Б. и др. Выбор метода формирования превентивной кишечной стомы после резекции прямой кишки: протокол проспективного многоцентрового рандомизированного клинического исследования //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -2017; 27(2):102-110.

47. Цаганиди К.Н. Модификация инвагинационного пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного анастомоза после гастрэктомии и резекции кардии //Автореф. дис. … канд. мед. Наук. НИИ клинич. и эксперим. хирургии. М., 1965. - 15 с.

48. Шелыгин Ю. А. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шелыгина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 528 с.

49. Шелыгин Ю.А. Колопроктология //Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 491-518.

50. Шелыгин Ю.А., Нагудов М.А., Пономаренко А.А. и др. Мета-анализ методов лечения несостоятельности колоректального анастомоза //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – № 8-2. – С. 30-41.

51. Юлдашев Г.Ю., Рузметов Б.А., Машарипов П. Хирургическая тактика при раке толстой кишки, осложненной обтурационной кишечной непроходимостью //Электронный журнал Колопроктология и эндоскопическая хирургия в Узбекистане. 2022, Выпуск №1. (июль). -С. 73-74.

52. Amara Sh., Adamson R.T., Lew I. Clinical response at Day 3 of therapy and economic outcomes in hospitalized patients with acute bacterial skin and skin structure infection //Curr. Med. Res. Opinion. – 2013. – Vol. 29, № 7. – P. 869-877.

53. Bona S., Molteni M., Rosati R. Et al. Introducing an enhanced recovery after surgery program in colorectal surgery: A single center experience //World J. Gastroenterol. – 2014. – № 20 (46). – P. 17578-87.

54. Cancer Research UK. Bowel cancer statistics; 2011. Availablefrom: http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/keyfacts/bowel-cancer/.

55. Cong Z.J. at all. Diverting stoma with anterior resection for rectal cancer: Does it reduce overall anastomotic leakage and leaks requiring laparotomy? //International J. of Clinical and Experimental Medicine. 2015. N8(8). P. 1345–1355.

56. Fazeli M.S., Keramati M.R. Rectal cancer: a review. //Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2015. T. 29. 171 c.

57. Floodeen H., Lindgren R., Matthiessen P. When are defunctioning stomas in rectal cancer surgery really reversed? Results from a population–based single center experience //Scand. J. Surg. – 2013. – Vol. 102, № 4. – P. 246-250.

58. Giuliani G., Formisano G., Milone M. Robotic preliminary experience, colorectal //Dis. 2020.

59. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, WHO., IARC, http://globocan.iarc.fr., 02.02.2014.

60. Kimura M., Kuwabara Y., Taniwaki S. et al. Improving the side-to-side stapled anastomosis: comparison of staplers for robust crotch formation //Surg. Obes. Relat. Dis. – 2018. – v. 14. – № 1. – p. 16-21.

61. Luglio G., Terracciano F., Giglio M.C. et al. Ileostomy reversal with handsewn techniques. Short-term outcomes in a teaching hospital //Int. J. Color. Dis. – 2017. –v. 32. –№ 1. – p. 113-118.

62. Vonk-Klassen S.M., H.M. de Vocht, M.E.M. den Ouden et al. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review //Qual. Life Res. – 2016. –Vol. 25. – P. 125-133.