www.wordlyknowledge.uz Volume: 3, Issue: 1, 2023

УДК 616.348-089.85

ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИДА КОЛОСТОМА ҚЎЙИШ (АДАБИЁТЛАРНИ КЎРИБ ЧИҚИШ)

Алижонова Мохбегим Акмалжон кизи

5-курс педиатрия факультети

Салахидинов Камолиддин Зухриддинович

Андижон давлат тиббиёт институти Илмий ишлари бўйича проректор Тиббиёт фанлари доктори

Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Анотация: Ушбу рукунда адабиётлардаги маълумотлар йугон ичакнинг жаррохлик йоли билан орка пешобни ноанъавий жойлаштирилиши тахлил килинган.Колостома методининг орнатилишининг ижобий ва салбий камчиликлари баён килинган. Шундай килиб кошимча текширишларга мухтож болган муаммонинг ечилмаган камчиликлари аникланган.

Асосий тушунчалар: колостома, йўғон ичак, йўғон ичакнинг касалликлари.

Анотация: В данной статье проведен анализ литературных данных хирургического лечения заболеваний толстого кишечника требующих наложения противоестественного заднего прохода. Описаны недостатки и плюсы тех или иных методов наложения колостом. Таким образом выявлены нерешенные вопросы данной проблемы, требующих проведения дополнительного исследования.

Ключевые слова: колостома, толстый кишечник, заболевания толстого кишечника.

Annotation: In this article an analysis of the literature of surgical treatment of diseases of the colon requiring the overlay of preternatural anus. Describes the advantages and disadvantages of various methods of applying a colostomy. Thus identified unresolved issues of the problem, requiring the further study.

Key words: colostomy, large intestine, disease of large intestine

Сўнгги йилларда орқа пешобни ноанъанавий йўғон ичакга жойлаштириш билан боғлиқ касалликларида сони камаймасдан, балки турли муаллифларнинг фикри бўйича 2-8% га ошган [1,5,16]. Бундай операциялар кўпинча йўғон ичакнинг чап бўлими саратон касалигига чалинганида, мураккаб дивертикулёз, ичак ўтиши бузилганида, йўғон ичакдагиг катта полиплар, аноректал бўлимининг шикастланишдан сўнги патологияси ва бошқа бир қатор касалликлар учун амалга оширилади.

Шу муносабат билан кўплаб жарроҳлик мактаблари жарроҳлик операцияларини бажариш бўйича индивидуал (ўзларини шаҳсий) нуқтаи назарларни шакллантирдилар. Йўғон ичак касалликларини даволашда жарроҳ олдида учта асосий вазифалар туради: йўғон ичак касаллигининг асоратларини ечиш (беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун), асосий касалликни

йўкотиш (умр кўриш давомийлигини ошириш учун) ва ичак орқали табиий ўтишни тиклаш (ҳаёт сифатини яхшилаш учун) [3.12].

Ушбу муаммоларни ҳал қилиш учун кўпчилик жарроҳлар бир неча босқичда амалга ошириладиган жарроҳлик аралашувларга мурожаат қилишади: икки босқичли - бунда биринчи босқич бўшатувчи колостомиясининг шаклланиши ҳисобланади, иккинчи босқич - колостомия билан ичакни резекция қилиш ва анастомоз шаклланиши, ёки биринчи босқичда – ичакни бирламчи резекция билан колостомани шакллантириш, иккинчисида – колостомани олиб ташлаш (йўкотиш); кўп босқичли - бўшатувчи колостомиясининг шакллантириш, иккинчисида – ичакни резекцияси, учинчисида – колостомани олиб ташлаш (йўқотиш), ва симптоматик харрохлик операцияси (ичак бўшатувчи стомани ёки айланма анастомозни шакллантириш).

Ҳозирги вақтда янги даволаш технологиялари пайдо бўлиши сабабли симптоматик жарроҳлик учун кўрсатмалар тораймоқда. Кўп босқичли операциялар асослари 1898 йилда Г. F. Цейдлер томонидан таклиф қилинган, Шлоффер эса батафсилроқ ўрганиб ва 1903 йилда улар тўғрисида хабар берган. Шу сабабли операция Цейдлер-Шлоффер деб номланади. Ҳозирги вақтда ушбу операция ўз долзарблигини фақат операция давомида катта хавф бўлганида, оғир интоксикация, ўта оғир ҳолат, қарилик ва қарилик ҳолатларида сақлаб келмокда [8,9]. Асосий камчилиги - қорин бўшлиғида қоладиган касаллик - касаллик манбаи, прогрессивлашиш, саратон холатида эса - метастаз бериш. Ушбу операция энг кўп йирингли-септик асоратлар билан бирга кузатилади ва энг ёмон прогностик натижаларга эга. Беморларнинг атиги 30% жарроҳликнинг барча уч босқичидан сўнг омон қолиши мумкин. Жарроҳлик аралашувнинг ижобий томони - осон амалга ошириладиган ва кам шикастли биринчи босқич, лекин бу операция учун ягона ва ҳар доим ҳам оқилона асос эмас деб ҳисобланади.

Икки босқичли операцияларнинг асосан икки тури мавжуд: йўғон ичакни бирламчи резекция қилиш билан ва резекциясиз. Бирламчи резекция қўлланимаган тақдирда, шошилинч жарроҳликнинг асосий вазифаси биринчи босқичда ҳал қилинади - ичакнинг зарарланган қисмини табиий ўтишдан ажратиш, яъни асоратни йўкотиш [2]. Бугунги кунга қадар бу мақсадда проксимал тушириш колостомиясини қўллаш қўлланилади, баъзида уни йўғон ичакнинг зарарланган фокусли қисмини эркин қорин бўшлиғидан ажратишнинг турли усуллари билан қўшимча тешиш (перфорация) йўли билан амалга оширилади. Обструкция ва перитонит белгилари режалаштирилган тарзда бартараф этилгандан сўнг, одатда 2-3 ойдан эрта бўлмаган ҳолда, иккинчи босқич - патологик фокусли йўғон ичакни резекция қилиш ва анастомоз шаклланиши амалга оширилади. Шуни таъкидлаш керакки, бундай одатий (классик) холатда (версияда) ушбу қўлланмалар кўп босқичли операцияларнинг барча камчиликларидан маҳрум эмас, аммо жарроҳлик босқичларини камайтириш даволаниш тезлигини бироз яхшилайди.

Шу билан бирга, замонавий жарроҳликда декомпенсацияланган обструктив йўғон ичак обструкциясини биринчи босқичда кам инвазив чоралар билан ҳал қилиш, сўнгра 7-10 - кунларда режалаштирилган тартибда иккинчи босқични амалга ошириш тенденциялари мавжуд. Аввало, бу турли хил зондларни ўтказиш ва тўсиқ устидаги полиэтилен оксиди каби дори-дармонларни қабул қилишни ўз ичига олади, бу беморларнинг 26,8 фоизида обструкцияни йўқ

www.wordlyknowledge.uz Volume: 3, Issue: 1, 2023

қилади [10]. Шунингдек, электро ёки фотокагуляция ёрдамида фиброколоноскопия пайтида тўсиқни реканализация қилиш [5] ёки ўз-ўзидан чўзилган стентларни ўрнатиш орқали.

Шу билан бирга, обструкцияни эндоскопик реканализация қилишдан кейин ўлимга олиб келган ҳолатлар, стенттларни кўчиш (миграцияси) ва йўғон ичак деворининг тешилиши ҳолатлари, шунингдек, кўплаб йирингли-септик асоратлар 16-29% миқдорида тасвирланган. Ичак тутилишини даволашни энг кичик инвазив усулларининг гуруҳи бўлиб лапораскопик проксимал колостомияни ўрнатиб кейинчалик 10-14 [23] кунга фокусли йўғон ичак резекциясини амалга ошириш киради.

Бироқ, ичак тутилишида Лапароскопик манипуляцияларнинг хавфсизлиги кўплаб муаллифлар томонидан тешилиш еҳтимоли (перфорация) туфайли шубҳа туғдирмоқда. Тешилиш (перфорация) пайтида бу муоалажани бажарилиши, чунки қорин бўшлигини тўлиқ санация ва етарли даражада дренажлашнинг иложи йўқлиги сабабли шубҳали деб ҳисобланади.

Икки босқичли операцияларнинг иккинчи усули анча ривожланган – биринчи босққичда фокусли йўғон ичак резекциясида колостомани шаклланиши. (19). Ушбу имтиёзларнинг энг муҳим ва асосий афзаллиги асосий касалликнинг ушбу босқичида - прогрессия манбаи ва интоксикациянинг асосий сабабини олиб ташлашдир [6,16]. Ушбу операцияларнинг ягона камчиликларидан бири режалаштирилган тартибда иккинчи босқичда содир бўладиган йўғон ичак орқали табиий ўтишнинг кечиктирилган тикланиши бўлиб қолмоқда [18].

Ушбу даволаш вариантининг техник бажарилиши бир нечта турлари бор [20]. Энг кўп ишлатиладиган Гартман операцияси ёки Гартман тури [1]. Гартман операцияси муаллиф томонидан 1923 йилда сигмасимон кўринишидаги дистал бўлимининг ичаги ва юқори ампуллар бўлимининг тўғри ичак саратонини даволаш учун ректал думғазани тикиш ва унинг тос бўшлигини остига ботирилиши ва битта илдизли сигмостома шаклланиши учун таклиф қилинган. [7]. Ҳозирги вақтда ушбу операцияни битта илдизли ичак стомаси шаклланиши билан ўзгартириш турли ҳолатларда, йўғон ичакнинг ҳар қандай қисмларини резекция қилишда қўлланилади. Ушуб операция Гартман тури деб ном олган. Ушбу операцияларнинг самарадорлиги ҳамма томонидан тан олинади ва чет ел адабиёти уларни амалда икки босқичли операцияларнинг "олтин стандарти" деб ҳисоблайди [14].

1902 йилда Микулич сигмасимон ичакнинг ўсимтасида уни ташқарига олиб чиқариб, кечиктирилган (4 кунга) резекция килишни ва икки илдизли колостомани (КС)ни ҳосил бўлишини таклиф килган. Бироқ, у асл шаклда бажарилмайди ва йўғон ичакни резекция қилиш ва колостомия шаклланиши билан операциялар Микулич тури [11] деб номланган.

Шуни таъкилдаш лозим-ки, Лаҳей йўғон ичакнинг ўнг ярмидаги ўсимтани колостомияни шакллантириб бирламчи резекциясини (ўнг томонлама гемиколэктомия) амалга ошириш учун анча олдин таклиф киритган, лекин у бир неча битта илдизли колостомияларни шакллантирган. Микулич типидаги операциялар маҳаллий муаллифлар томонидан камдан-кам зикр этилади, бу жараённи асосан ўнг томонлама локализация қилиш ва сигмасимон ичак учун ишлатишни [13], аммо хорижий адабиётларда бу ҳакида кам эслатмалар мавжуд. Ушбу операцияларнинг турли хил модификациялари, шу жумладан қисман экстраперитонеал анастомоз тасвирланган [20]. Гартманнинг операцияси билан таққослаганда, баъзи муаллифларнинг фикрига кўра,

www.wordlyknowledge.uz Volume: 3, Issue: 1, 2023

постколостомия бўлимини қорин олд деворига олиб ташлашдаги қийинчилик ва кучланиш пайдо бўлганда унинг некрозидир ҳисобланади.

Проксимал оқинди ичак стомасини қўллаш билан бирламчи анастомоздан фойдаланиш ҳақида хорижий адабиётларда жуда кўп маълумотлар мавжуд. Баъзи муаллифлар ҳатто уларни бир босқичли операциялар деб аташади, аммо ичак орқали табиий ўтишни кечиктириш зарурати, шубҳасиз, иккинчи босқичдир [1]. Ушбу операциянинг асосий камчилиги қорин бўшлиғида, перитонит шароитида бирламчи анастомознинг мавжудлиги. Фақат анастомозга қодир бўлмаган тақдирда очиладиган" яширин " колостомия қўлланилиши ҳақида маълумот мавжуд.

Разработано несколько методов операции с формированием отсроченного анастомоза [21]. Предложены различные модификации данной операции с отсроченной самопроизвольной или искусственной реканализацией. Однако на период обструкции для декомпрессии кишки накладывается проксимальная стома в различной модификации.

Кечиктирилган анастомоз шаклланиши билан жарроҳликнинг бир неча усуллари ишлаб чиқилган [21]. Кечиктирилган ўзбошимчалик мустақил (спонтан - самопроизвольнқй) ёки сунъий реканализация билан ушбу операциянинг турли хил модификациялари таклиф етилади. Шу билан бирга, турли хил модификациялардаги проксимал стома ичакнинг декомпрессияси учун обструкция даврига қўшилади.

Алоҳида терминолатерал У- шаклидаги анастомоз (битта илдизли стома билан) ҳақида гапириш керак. Ушбу операциянинг афзаллиги шундаки, асоратнинг сабабини ва асоратнинг ўзини олиб ташлашдан ташқари, ўлчовли декомпрессия фонида пассажнинг қисман тикланиши бўлади [1]. Стоманинг ёпилиши кейинчалик экстраперитонеал усул билан амалга оширилади. Бироқ, қорин бўшлиғида анастомоз ва натижада унинг анастомозга лаёқатли эмаслиги эҳтимоли мавжуд.

Сўнгги йилларда жарроҳликда ичак тутилиши даражасида ва ҳатто перфорация билан бир босқичли операцияларни бажариш тенденцияси кузатилмоқда [17]. Гарчи замонавий жарроҳлик тактикаси асоратларни келтириб чиқарадиган асосий касалликни бир вақтнинг ўзида олиб ташлашни ва бирламчи анастомозни шакллантиришни маъқул кўрса-да, кўплаб жарроҳлар анастомозни метаболик касалликлар билан биринчи навбатда яллиғланган ичак деворига, тайёр бўлмаган ўсган шароитда қўллаш орқали таъкидлашади. ичак, ичак ичидаги мавжуд гипертензия ва ташқи перитонит, қулай термоядровийни кутиш мумкин эмас, яъни дастлаб ичакнинг биологик ўтказувчанлиги ошади ва механик куч камаяди ва натижада анастомоз чокларининг ишдан чиқиш еҳтимоли юқори [15]. Бироқ, бошқа муаллифларнинг таъкидлашича, бирламчи анастомозни бажариш асоратлар ва ўлимлар сонининг кўпайишига олиб келмайди [22].

Бугунги кунда "идеал " операция ва унинг афзалликлари аниқ эканлиги мавжуд эмас. Шунинг учун кўпчилик жарроҳлар нафақат локализация, касалликнинг тури ва унинг асоратлари ва жарроҳ ва анестезиологнинг малакасига, балки хавф омиллари (ўта оғир ҳолат, қариялар ва бошқалар) мавжудлигига қараб жарроҳлик ҳажми ва усулини индивидуал танлаш зарурлигини таъкидлайдилар (қарилик ёши, оғир патологиянинг мавжудлиги ва бошқалар.) [3]. Бироқ,

резекция жараёнида бирламчи йўғон ичакни резекция қилиш зарурати кўпчилик жарроҳлар томонидан тан олинади [4].

АДАБИЕТ:

1. Алиев С.А. Спорные и нерешенные вопросы хирургической тактики при перфорации толстой кишки / С.А. Алиев // Вестник хирургии. - 2001. - №4. - С.44 - 49
2. Бардаханов А.Т. Колостомия при острой кишечной непроходимости: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - СПб., 1996.-19с.
3. Блохин В.Н. Перитонит - проблема лечения рака толстой и прямой кишки / В.Н. Блохин, Н.А. Арестов, В.Я. Васютков, К.А. Бабаян // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. - Ростов- на-Дону, 2001. - С. 103 - 104.
4. Виячки И.В. Диагностические и хирургические проблемы осложненного рака ободочной и прямой кишок / И.В. Виячки // Хирургия. - 1993. - №12. - С.35 -39
5. Воробьев Г.И. Обтурационная непроходимость толстой кишки / Г.И. Воробьев // Врач. - 1997. -№10. - С.9 -12
6. Галкин В.Н. Возможность хирургического лечения пациентов с острой толстокишечной непроходимостью и высоким операционным риском / В.Н. Галкин, Н.А. Майстренко, С.Ф. Басос // Акт. проблемы современной хирургии: Тр. междунар. хирургического конгресса. - Москва, 2003. - С.113
7. Григорьев Е.Г. Хирургия колостомированного больного / Е.Г. Григорьев, И.В. Нестеров, В.Е. Пак. - Новосибирск: Наука, 2001. - 119с.
8. Гринберг А.А. Хирургическая тактика при опухолевой кишечной непроходимости / А.А. Гринберг, А.Е. Богданов, Е.Г. Александрова и др. // Первый конгресс ассоциации хирургов им. Пирогова: Тез. докл. и сообщений. - Ташкент, 1996. - С.79 - 80
9. Гюльмамедов П.Ф. Реконструктивно - восстановительные операции у больных, оперированных по поводу рака прямой кишки / П.Ф. Гюльмамедов, А.М. Белозерцев, В.И. Волков и др. // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 119.
10. Даценко Б.М. Подготовка толстой кишки к операции при кишечной непроходимости / Б.М. Даценко, А.К. Пулатов, Е.Б. Дружини // Хирургия. - 1994. -№10. -С.41 -44
11. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева - М.: ГНЦК проктологии, 1994.-432с.
12. Коровин А.Я. Комплексное лечение гнойно - септических осложнений острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии / А.Я. Коровин, М.Т. Дидигов // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 140 -141.
13. Кузьмин А.И. Стандартизованные для эндоскопии наименования операций на толстой кишке. Часть 1: операции, завершающиеся восстановлением непрерывности кишечника / А.И. Кузьмин, В.В. Веселов, А.М. Нечипай и др. // Росс, онкологический журнал. - 2000.- №3.-С.31 -37

14. Кулемин В.В. Наложение наружных кишечных стом с лечебной целью / В.В. Кулемин, Ю.И. Верушин, С.В. Котомин и др. // Хирургия. - 1994. - С.46 - 48

15. Наумов Н.В. Решение проблемы несостоятельности толстокишечных анастомозов при ручном шве / Н.В. Наумов, Н.В. Рункелов, Д.А. Махотин // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С.48 - 49

16. Плотников В.В. Первично-отсроченный Т-образный компрессионный анастомоз в неотложной колопроктологии /В.В. Плотников, Ю.Б. Чинарев, С.В. Мысливцев и др. // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2000- С.159 - 160.

17. Полутарников Е.А. Хирургическая тактика при лечении осложненного рака ободочной кишки / Е.А. Полутарников, Е.В. Лишов, В.Х. Тян // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. Ростов-на-Дону, 2001. - С.160.

18. Пономарев В.Н. Хирургическое лечение осложненного рака толстой кишки / В.Н. Пономарев, С.Г. Павленко, О.А. Ванин // Акт. проблемы колопрок- тологии: Тез. докл. 4-й Всеросс. конф. - Иркутск, 1999.-С.202-203.

19. Попов М.Ю. Хирургическое лечение рака ободочной кишки / М.Ю. Попов // Вестник хирургии. -1995 №4-6. -С.97 - 98

20. Тотиков В.Э. Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки / В.Э. Тотиков, В.Д. Слепушкин, А.К. Хестанов и др. // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5- й Всеросс. конф. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 172.

21. Хавина Е.М. Хирургическое лечение при раке правой половины ободочной кишки, осложненном обтурационной непроходимостью / Е.М. Хавина, С.В. Осмоловский, О.В. Горох и др. // Вестник хирургии. - 2000. - №4. - С.37 - 39

22. Эктов В.Н. Радикальные оперативные вмешательства при осложненном колоректальном раке / В.Н. Эктов, Т.Е. Шамаева, А.И. Наливкин // Акт. проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всеросс. конф. Ростов-на-Дону, 2001. - С. 179.

23. Яновой В.В. Временная декомпрессивная лапароскопическая ассистированная колостомия / В.В. Яновой, А.С. Мартынов, Ю.В. Доровских и др. // Хирургия. - 2002. - №2. - С.33 – 36