

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

Қўлёзма ҳуқукида
УДК 616.34-008.14/15-036.12-089

НАВРУЗОВ БЕҲЗОД САРИМБЕКОВИЧ

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТДА ОПЕРАЦИЯ УСУЛИ ВА ҲАЖМИНИ
ТАНЛАШ

14.00.27-жарроҳлик

**Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасини
ёқлаш учун диссертация ишининг
АВТОРЕФЕРАТИ**

Тошкент – 2007

Иш Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг Тошкент
Тиббиёт Академияси УАШ учун жарроҳлик кафедрасида бажарилди

Илмий раҳбар:

Тиббиёт фанлари доктори

Муҳамеджан Аҳмедов

Расмий оппонентлар:

Тиббиёт фанлари доктори,
профессор

Оқилов Хабибулла Атауллаевич

Тиббиёт фанлари доктори,
профессор

Назирова Фарход Назирович

Етакчи ташкилот:

**Россия Давлат Колопроктология
Илмий Маркази, Москва шаҳри.**

Диссертация химоёси 2007 йили “ ____ ” _____ Тошкент Тиббиёт
Академияси қошидаги Д.087.09.01.рақамли Ихтисослашган Кенгаш
йиғилишида ўтказилади. Манзил: 700109 Фароби кўч. №2, Тошкент шаҳри.

Диссертация билан Тошкент Тиббиёт Академияси кутубхонасида танишиш
мумкин.

Автореферат 2007й. “ ____ ” _____ тарқатилди.

**Ихтисослашган Кенгашнинг
илмий котиби,
тиббиёт фанлари доктори, профессор**

А.А. Асраров

ИШНИНГ УМУМИЙ ТАВСИФИ

Ишнинг долзарблиги.

Замонавий колоректал жарроҳликнинг тез ривожланиши ва янги тиббий технологиялар жорий қилиниши туфайли носпецифик ярали колит этиологияси, патогенези ва даволаш усуллари кенг ўрганилмоқда.

Йўғон ичакнинг эндоскопик текшириши муҳим ташхис усуллари қаторига киради [Адлер Г., 2001; Федоров В.Д. ва б.лар, 1984]. Колонофиброскопия ташхисий жихатдан носпецифик ярали колитнинг мураккаблашган шаклларида йўғон ичакнинг барча бўлимларини тўла қонли кўриб чиқиш имконини бермайди, чунки мазкур текшириш олиб борилиши йўғон ичакнинг патологик ўзгарган деворини шикастланиши ва перитонит ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Носпецифик ярали колитни жарроҳли даволаш муаммоси долзарб бўлиб қолмоқда. Клиник амалиётда ҳозиргача ярали колитни даволаш усулини танлаш ва аъзони сақлаш жарроҳлик муолажалари бажарилишига кўрсатмалар аниқлашда ягона бир фикр йўқ. Бу операция услуби ва ҳажмини танлашга оид нуқтаи назарлар хилма-хиллиги ва, ниҳоят, кўп ҳолларда оғир асорат ва летал оқибатларга олиб келадиган жарроҳликдан кейинги даволаш усуллариининг қониқарсиз натижалари билан боғлиқдир [Балтайтис Ю.В., 1984; Дудка В.В. ва б.лар, 1996; Дарвин В.В. ва б.лар, 2002; Наврузов С.Н. ва б.лар, 2002; Kanchiro M., 1997; Colombo P.L. et al., 2002].

Мураккаблашган шакл ва консерватив терапия самарасиз бўлган ҳолларда даволашнинг жарроҳлик усулларига мурожаат қилишга тўғри келади [Федоров В.Д. ва б.лар, 1984; Киркин Б.В. ва б.лар, 1995; Захараш М.П. ва б.лар, 2002; Nicholls R.J., 2002]. Бу ҳолларда бир қатор муаллифлар кўп босқичли жарроҳлик муолажаларни бажаришни тавсия қилади [Дудка В.В. ва б.лар, 1996; Biasco G. et al., 2002]. Адабиёт маълумотлар таҳлили кўп босқичли жарроҳлик муолажаларни ўтказиш операциядан кейинги асоратлар юзага келишини камайтирмаслигини кўрсатади. Операциядан кейинги асоратлардан энг кўп учрайдиганлар кичик чаноқ ва пресакрал қисмда жойлашган, 14% дан 63% гача ташкил қиладиган йирингли асоратлардир [Воробьев Г.И. ва б.лар, 1999; Наврузов С.Н. ва б.лар, 2002]. Бу асоратларни олдини олиш учун турли усуллардан, шу жумладан, касалларни операцияга пухта тайёрлаш, пресакрал қисмни икки-ёки бир-қувурли дренаж трубкалар билан дренаж қилиш, пресакрал қисмни озонлашган суюқлик ёки бошқа антисептиклар билан оқава лаваж қилиш, адекват иммунокоррекция, антибактериал терапиядан фойдаланилади.

Биз ўтказган адабиёт маълумотларининг таҳлили барча тавсия қилинган операциядан кейинги асоратларни профилактика қилиш усуллари мазкур асоратлар ривожланиши касалликнинг клиник кечиши жиддийлиги ва чўзиқлиги, йўғон ичак шикастланишининг даражаси, унинг деструктив ўзгаришларининг ифодаланиши, гомеостаз бузилиши билан ўзаро боғлиқлигини ҳисобга олмаслигини аниқлади.

Даволаш тактикаси ва оператив муолажа услубини танлашга оид нуктаи назарларнинг фарқларига қарамай, ҳам умумий, ҳам операциядан кейинги леталлик юқори қолиб, тегишлича ўртача 19.2% ва 27.8% ташкил қилади ва пасайишга интилишни кўрсатмайди [Олейников П.Н., 1984; Захараш М.П. ва б.лар, 2002; Наврузов С.Н. ва б.лар, 2002; Hill M.D. et al., 2002; Papadakis K.A. et al., 2002].

Иригография маълумотида ҳамда операция давомида кўздан кечиришга асосланган носпецифик ярали колит билан касалларда ўтказилган операциялар йўғон ичак шикастланиши даражасини тўғри аниқлашни таъмин этмайди, чунки чамбар ичагининг сақланидиган қисмининг шиллиқ қаватини кўриб чиқиш имкони йўқ. Бу турли операциядан кейинги асоратлар ривожланиши ҳамда касаллик қайталанишига сабаб бўлиши мумкин. Бизнинг фикримизча, интраоперацион колонофиброскопиянинг қўлланилиши операция учун рационал услуб ва ҳажмини танлашга ёрдам қилади, чунки мазкур текшириш операция қилаётган жарроҳ назорати остида корин бўшлиғи орқали олиб борилиши йўғон ичак деворчасининг ҳолатини ҳам шиллиқ парда, ҳам зардобли парда томонидан объектив тасвирлашга имкон беради. Операция давомида йўғон ичак бўшлиғи орқали эндоскопия ўтказилиши назорати йўғон ичакнинг патологик ўзгарган деворини шикастлаш эҳтимолини йўққа чиқаради ва текширишни йўғон ичакнинг бутун узунлигида олиб боришга имкон беради.

Шундай қилиб, барча юқорида айтиб ўтилгани носпецифик ярали колитнинг мураккаблашган шакли билан касалларда ташхисот, операция ҳажми ва услубини танлаш ҳамда операциядан кейинги асоратларнинг профилактикасига оид муаммоларни ечиш зарурлигини асослайди.

Тадқиқот мақсади: носпецифик ярали колит (НЯК) билан касалларни даволаш натижаларини диагностика усуллариини такомиллаштириш ва операция ҳажмини танлаш йўли билан яхшилаш.

Тадқиқот вазифалари:

1. НЯК билан касалларни диагностика қилиш ва даволаш усулини танлаш алгоритминини ишлаб чиқиш.
2. НЯКнинг турли шакллари кечишининг оғирлигини аниқлашда ишлаб чиқилган миқдорли жадвалнинг самарадорлигини баҳолаш.
3. НЯК операция услубини ва ҳажмини танлашда интраоперацион колонофиброскопиядан фойдаланиш кўрсатмаларини асослаб, уни самарадорлигини баҳолаш.
4. НЯК билан касалларни жарроҳлик даволашнинг яқин ва узоқ натижаларини ўрганиш.

Тадқиқот объекти ва мавзуси: 116 беморларда бажарилган текширишлар натижаларига асосланиб НЯКни жарроҳлик йўли билан даволашни оптималлаштириш.

Текшириш усуллари: анъанавий клиник ва лаборатор, асбобли, интраоперацион ва статистик текшириш усуллари.

Ҳимояга олиб чиқиладиган асосий ҳолатлар: Ишлаб чиқилган НЯК диагностикаси алгоритми анъанавий текширишга қимматли қўшимча бўлиб, операцион муолажа услуги ва ҳажмини оптимал танлашга имкон беради.

НЯК кечишининг оғирлигини баҳолаш учун миқдорли жадвал ишлатилиши беморлар ҳолати хусусида муҳокама қилишга имкон беради.

НЯК мураккаблашган шаклларида интраоперацион колонофиброскопиядан фойдаланиш йўғон ичакдаги ярали яллиғланиш жараёнининг чегаралари ва резекция ҳажмини аниқлашга имкон беради.

Ишнинг илмий янгилиги.

Тадқиқот натижалари асосида НЯК билан касалларни диагностикаси ва даволаш усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилди.

Илк маротаба НЯКнинг мураккаблашган шакли билан касалларда операция услуги ва ҳажмини танлашда интраоперацион колонофиброскопиядан фойдаланишга кўрсатмалар ишлаб чиқилиб, уни қўллаш самарадорлиги асосланди.

Самарадорлиги катта клиник материалда исботланган НЯКнинг турли шакллари кечиши оғирлигини баҳолаш учун миқдорли жадвал тавсия қилинди.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Ишлаб чиқилган НЯК билан касалларда диагностика ва даволаш усулини танлаш алгоритми тўла қонли текширишни олиб бориш ва даволашни оптималлаштиришга имкон беради. НЯК кечиши оғирлигини баҳолаш учун миқдорли жадвал қўлланилиши беморлар ҳолати хусусида анча ҳолисроқ муҳокама қилишга имкон беради. Интраоперацион колоноскопия жарроҳга НЯКда операциянинг рационал усулини ва ҳажмини танлашга имкон беради.

Натижалар амалга оширилиши.

Ишлаб чиқилган интраоперацион колонофиброскопияли диагностика алгоритми ва миқдорли жадвал ёрдамида НЯК кечиши оғирлигини баҳолаш усули ЎзР ССВнинг Колопроктология Илмий Марказининг иш амалиётига жорий қилинди. Тадқиқот натижалари Тошкент Тиббиёт Академиясининг умумий амалиёт шифокорлари учун жарроҳлик кафедрасидаги ўқув жараёнида фойдаланадиган лекциялар курсига киритилди.

Иш апробацияси.

Тадқиқот натижалари ЎзР ФА академиги У.О. Орипов хотирасига бағишланган илмий амалий конференция (Тошкент ш., 2002 й. Октябр), 1-ТошДавТИ ёш олимларининг илмий конференцияси (Тошкент ш., 2003 й. Май), 1-ТошДавТИ магистратура резидентларининг 1-илмий конференциясида (Тошкент ш., 2003 й. Май), Ўзбекистон Республикаси жарроҳлик жамияти мажлиси (Тошкент ш., 2006 й. Ноябрь), Австралия (Сидней, 2006 й.) ва Россия (Москва, 2006 й.)да ўтган Фалк-симпозиумлар, халқаро иштироки билан Украинанинг II-колопроктологлар курултойларида маъруза қилинди (Лвов ш., 2006й. Ноябрь). Диссертация ТТАнинг стоматология факультетининг жарроҳлик касалликлари ва даволаш факультетининг факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраларининг

биргаликдаги мажлиси (2006й. 4 Декабр) да, Академик В.Воҳидов номли ихтисослаштирилган хирургия марказининг бўлимлараро конференцияси (2006й. 27 Декабр)да апробация қилинди.

Публикациялар.

Диссертация материалларига асосланиб 16 илмий иш, шу жумладан 2 журнал мақолалар эълон қилинди. 1 ихтиро учун патент №ТАР 20060003 (05.01.06й.дан) ва 1 рационаллаштириш таклифи №84 (16.03.04й.дан) расмийлаштирилиб жорий қилинди.

Диссертация ҳажми ва тузилиши.

Диссертация “Times New Roman” No.14 шрифтда компьютерда терилган 129 бетда баён қилиниб, кириш, 4 боб, хулоса, натижалар, амалий тавсиялар, адабиёт рўйхатидан иборат. Иш 18 жадвал, 31 расм билан безатилган. Ишлатилган адабиёт рўйхатига 259 (шу жумладан 127 рус ва ўзбек ва 132 чет эл тиллардаги) манба киритилган.

ИШНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Текшириш материаллари ва усуллари

Колопроктология Илмий Марказига 1997 й.дан 2006 й.гача госпитализация қилинган 116 нафар НЯК билан касаллар кузатилди. Беморлар ёши 18 дан 74 гача бўлган. Эркаклар сони 71 (61.2%), аёллар сони эса 45 (38.8%) ташкил қилган. Беморларнинг 69.0% 14 дан 45 ёшгача бўлган. Лаборатор кўрсаткичларнинг нормадан оғиши даражасини аниқлаш учун контрол группани 20 ёшдан 54 ёшгача бўлган 30 соғлом шахслар, шу жумладан 21 эркак ва 9 аёл ташкил қилган.

Касаллик чўзиқлиги 5 йилгача бўлган беморлар кўпчилик (69.9%)ни ташкил қилган, 10 йилгача НЯК 26.7% беморларда давом этган ва 10 йилдан кўп касаллик 3.4% беморларда кузатилган.

Кўпчилик ҳолларда касаллик ярали яллиғланиш жараёни йўғон ичакда ремиттирловчи кечиш устунлиги билан сурункали касалликдек бошланган. Ремиттирловчи ва интермиттирловчи кечишлар нисбати 4:1ни ташкил қилган.

Текшириш усулларига анъанавий клиник ва лаборатор текшириш, тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, анал рефлекс ҳолатини аниқлаш, сфинктерометрия, ректоскопия, “Olympus” (Япония) фирманинг CF-IB, CF-LB₃-R, C-MB-2 маркали аппарати ёрдамида колонофиброскопия, иригография, “Olympus” фирманинг эндоскоплари билан эзофагогастродуоденофиброскопия (меъда-ичак йўллариининг юқоридаги бўлимларидаги йўлдош касалликларни аниқлаш учун), қорин бўшлиғи, кичик чанок ва қорин орқасидаги бўшлиқ органларини “Aloka” фирманинг SSD-630 сканнер ёрдамида ультратовуш текшириши усуллари кирган. Шунингдек ичак инфекцияларини истисно қилиш ва дисбактериозни аниқлаш учун анъанавий бактериологик усуллар қўлланилган.

Биз ишлаб чиққан бирламчи текшириш режаси 1-жадвалида келтирилган. Ушбу текширишлар операциядан кейин ва чиқиш олдидан қайтарилган.

1- Жадвал.

НЯК билан касалларни бирламчи текшириш режаси

№	Текшириш тури
1	Қон гуруҳи ва резус факторини аниқлаш
2	Қоннинг умумий анализи
3	Пешоб умумий анализи
4	Қоннинг биохимик анализи
5	Гемокоагулограмма
6	Умумий оксил ва унинг фракциялари
7	Микробиологик текшириш
8	Копрология
9	Анал рефлекс ҳолатини аниқлаш
10	Сфинктерометрия
11	Ректоскопия
12	Колонофиброскопия
13	Ирригография
14	ЭКГ
15	Қорин бўшлиғи органларининг УТТи
16	ЭГДФС
17	Бошқа мутахассислар консультациялари

Жарроҳлик усуллари. Ишда қуйидаги оператив муолажалар турларидан фойдаланилди: тотал колпроктэктомия, бир оғизли илеостомия, тўғри ичакнинг қорин-анал резекцияси (ҚАР), чап томонли гемиколэктомия, кўндаланг амбар ичакни тушириш, трансверзо-анал анастомоз; тўғри ичакнинг ҚАРи, сигмасимон ичакнинг резекцияси, сигмасимон ичакни анал каналига тушириш ва сигма-анал анастомоз; тотал колэктомия, бир оғизли илеостома ва тўғри ичак чўлтоғини ҳосил қилиш; тўғри ичакни ҚАРи, сигмасимон ичакнинг резекцияси, тушувчи чамбар ичакни бўлимини тушириш, десцендо-анал анастомоз; субтотал колпроктэктомия, асцендо-анал анастомоз; превентив икки оғизли илеостомия; тотал колэктомия илеоректал анастомоз қўйиш; субтотал колпроктэктомия, асцендостома қўйиш; субтотал колэктомия, асцендо-ректал анастомоз. Ушбу оператив усулларни бажариш техникаси ҳаммага маълум ва махсус қўлланмаларда батафсил таърифланган (Федоров В.Д., Дульцев Ю.В., 1984; Юхтин В.И., 1988; Воробьев Г.И., 2001; Адлер Г., 2001).

Барча йўлдош терапевтик ва гинекологик касалликлари бўлган беморлар учун **бошқа мутахассислар** консультациялари ташкил қилинган.

Олинган маълумотлар Windows-98 операцион тизимининг Wicrosoft Excell статистик дастури ёрдамида Pentium-II нусхали компьютерда статистик

ишлаб чиқилган. Солиштирма катталиклар ўртасидаги фарқининг ишончлиги даражаси Стьюдент мезони ёрдамида аниқлинган. Дастур таъминоти текширишлар мақсадлари ва вазифаларини ҳисобга олиб ва замонавий ҳисоблаш техникаси воситаларига мослаб жадвал макетлари, график ва ш.к.да ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси

Беморлар операциядан олдинги текширишни, эҳтимол, муайян даражада, ифодаланган интоксикация (ошган ЛИИ), гиперкоагуляцияга интилиш (тромбоцитлар, фибриноген миқдори ошиши, қоннинг фибринолитик фаоллиги пасайиши) билан боғлиқ анемия (гемоглобин сатҳи ва эритроцитлар миқдори пасайиши), интенсив яллиғланиш жараёни (лейкоцитоз, кўтарилган ЭЧТ), шаклланаётган жигар (умумий ва тўғри билирубин, АЛТнинг фаоллиги ошиши) ва буйрак (мочевина ва креатинин концентрацияси ошиши) етишмаслиги ҳақида гувоҳлик қилаётган кўрсаткичлар кўпчилигида катта оғишлар аниқлаган анъанавий клиник ва лаборатор текширишдан бошлаганмиз.

Микробиологик текширишда биронта ҳам беморда ичак инфекцияси аниқланмаган ва барча касалларда дисбактериоз ташхис қилинди. Шартли патоген бактерияларнинг антибиотикларга сезувчанлигига оид маълумотлар операциядан олдинги, интраоперацион ва операциядан кейинги антибиотикотерапия буюришда эътиборга олинган.

Сфинктерометрия кўрсаткичлари барча ҳолларда норма чегараларидан чиқмаган, яъни эркин ҳолатда 26.2 ± 1.0 мА, кучанганда 47.7 ± 1.7 мА ташкил қилган.

Колонофиброскопия 91 нафар (78.4%) беморларда ўтказилди. Токсик дилатация ва йўғон ичак стриктураси туфайли ва эҳтимоли бор ичак девори шикастланиши хавфини олдини олган ҳолда 25 нафар (21.6%) беморларда колонофиброскопия операциядан олдин бажарилмаган.

Эндоскопик текширишларда НЯК билан касалларда шиллиқ қават шишиши, оқ фибрин караш билан қопланган эрозия ва яралар, асбоб билан контактда шиллиқ қаватнинг қонаши кузатилди. Эндоскопик текшириш натижалари бизга ярали яллиғланиш жараёни фаоллигини аниқлаш ва беморларни Адлер Г. (2001) таснифига мувофиқ 3 гуруҳга бўлишга имкон берди (2-Жадвал).

Минимал фаоллик – шиллиқ қаватнинг шишиши, гиперемияси, томирлар инъекцияси, шилиқ миқдори кўплиги ва оқ караш билан қопланган кўп сонли эрозиялар билан таърифланади.

Ўртача фаоллик – тўғри ичак шиллиқ қаватнинг шишган ва гиперемиялашган, бурмалар йўқ, кўп сонли оқ караш билан қопланган эрозия ва яралар, ичак бўшлиғида йиринга ўхшаш шилиқ, баъзи жойларда псевдополиплар бор.

Ярали яллиғланиш жараёни фаоллиги даражасига мувофиқ беморлар тақсимланиши (n=116).

Ярали яллиғланиш жараёни фаоллиги даражаси	Беморлар сони (абс/%)
Минимал фаоллик	29/25.0
Ўртача фаоллик	41/35.3
Максимал фаоллик	46/39.7

Максимал фаоллик – шиллик қават деярли йўқ, унинг ўрнида кенг яралар кузатилди, диффуз қонаш, инсуфляцияда ичак девори кенгаймаслиги, баъзи жойларда псевдополиплар ва ичак стриктураси кузатилган.

Ирригографик текширишда патологик жараённи тахминий жойлашини аниқлашга имкон берадиган НЯКнинг турли рентгенологик аломатлари аниқланган.

НЯКни даволаш, шу жумладан консерватив ёки жарроҳлик тактикасини танлаш учун касаллик оғирлигини имконият борида аниқ баҳолаш керак. Клиник, лаборатор ва асбобли текшириш усуллари натижалари (жами 25 параметр) дан фойдаланиб, биз балл тизимига асосланган патологик жараёни оғирлигини аниқлаш учун миқдорли жадвални ишлаб чиқдик (16.03.04 дан рационаллаштириш таклиф №84) Ҳар бир аломат унинг интенсивлигига қараб 4-балли тизимга мувофиқ баҳоланган: аломат йўқлиги ёки унинг нормадан чиқмаганлиги – 0 балл, аломатнинг минимал аниқланиши – 1 балл, аломатнинг ўртача аниқланиши – 2 балл ва аломатнинг кучли ифодаланиши – 3 балл билан баҳоланган (3-Жадвал).

Носпецифик ярали колит кечиши оғирлигини баҳолаш учун мезонлар.

№	Аломат	Балл			
		0	1	2	3
1	Иситма борлиги	норма	37.5°гача	38.5°гача	38.5°дан юқори
2	Ич келиши	2 марта	5 мартагача	10 мартагача	10 мартадан кўп
3	Патологик чиқиндилар	йўқ	шилиқ	шилиқ+қон	шилиқ+қон+йи ринг
4	Астенизация	йўқ	астения	астения	Астения
5	Касаллик давомийлиги	1 йил-гача	5 йилгача	10 йилгача	10 йилдан кўп
6	Қорин оғриғи	йўқ	кучли эмас	ўртача	кучли

3-жадвал давоми

7	Ичакдан ташқари асоратлар	йўқ	стоматит, артрит	дерматит	токсик гепатит, кахексия
8	Йўлдош Патология	йўқ	ОИТ органлари	гепатобилиар ва буйрак тизимдари	юрак-томир ва респиратор тизимлари
9	Гемоглобин	норма	100 г/л гача пасайиш	80 г/л гача пасайиш	80 г/л дан паст
10	Лейкоцитлар	норма	11×10^9 / л гача	15×10^9 / л гача	15×10^9 / л дан кўп
11	ЭЧТ	норма	25 мм/соат гача	35 мм/соатгача	35 мм/соатдан тез
12	ЛИИ	норма	3 гача	5 гача	5 дан кўп
13	Умумий оксил	норма	55 г/л гача	45 г/л гача	45 г/л дан паст
14	Протеинограмма да ўзгаришлар	йўқ	1 кўрсаткич ўзгариши	2 кўрсаткич ўзгариши	3 кўрсаткич ўзгариши
15	Шикастланиш тарқалиши	аниқ	чаптомонли	субтотал	тотал
16	Шиллиқ парданинг гиперемияси	йўқ	кучли эмас	ўртача	ифодаланган
17	Шиллиқ парда шишланиши	йўқ	кучли эмас	ўртача	ифодаланган
18	Контактли қонаш	йўқ	кучли эмас	ўртача	ифодаланган
19	Спонтан қонаш	йўқ	кучли эмас	ўртача	профузли
20	Томир рельефи ифодаланиши		ноаниқ	нотекис	йўқ
21	Эрозиялар	йўқ	онда-сонда	кўп сонли	кўп сонли ва бирлашган
22	Яралар	йўқ	онда-сонда	кўп сонли	кўп сонли ва бирлашган
23	Псевдополиплар	йўқ	онда-сонда	кўп сонли	диффузли
24	Йўғон ичак стриктураси	йўқ	ўртача, бўшлиқнинг $\frac{1}{4}$ гача	калта бўлакда бўшлиқнинг $\frac{1}{3}$ гача торайиши	масофада бўшлиқнинг $\frac{2}{3}$ гача торайиши

3-чи жадвал давоми

25	Ирригографик аломатлар	йўқ	гаустралар силлиқлан иши, четлар кертиклан иши	+Пайер аломати, псевдополипо з	йўғон ичак стриктураси, токсик дилатация
----	------------------------	-----	--	--------------------------------	--

Ушбу маълумотларни таҳлил қилиб, касаллик кечиши оғирлигини қуйидагича аниқлаганмиз: 19 баллгача – енгил кечиш, 20-49 балл – ўртача оғир кечиш, 50-75 балл – оғир кечиш (4-Жадвал)

4-Жадвал.

Касаллик кечиши оғирлиги даражаси

Оғирлик даражаси	Беморлар сони	$M \pm m$	P
Енгил (19 баллгача)	11	14.5 ± 0.6	0.04
Ўртача оғир (20-49 балл)	37	34.4 ± 1.1	0.03
Оғир (50-75 балл)	68	62.7 ± 0.8	0.01

M – ўртача катталиқ, m – стандарт хато; P – вариацион қатор ишончилиги.

Балли баҳолаш устунлиги айниқса асбобли текшириш усуллари билан аниқланган ўзгаришлар оғирлиги ва беморнинг умумий ҳолати орасида диссоциация бўлганда ифодаланган.

Шуни айтиб ўтиш керакки, патологик жараён чўзиқлиги деярли барча ҳолларда касаллик кечиши оғирлигига тўғри мутаносиб бўлади. Масалан, касалликнинг ўткир ва яшиндай тез шакллари деярли барча ҳолларда йўғон ичакнинг тотал шикастланиши билан таърифланган. Биз текширган беморларда касалликнинг тотал шакли ва оғир кечиши кўпчилиқни ташкил қилган.

НЯКнинг ичак ва ичакдан ташқаридаги асоратлари аниқланди. Токсик гепатит, стоматит ва реактив артрит каби НЯКнинг ичакдан ташқаридаги асоратлари асосан касалликнинг оғир шакллариға хос ва бу асоратлар гомеостаз тизимидаги чуқур бузилишлар борлигини кўрсатади.

Шунинг учун операциядан олдин ва кейин беморлар атрофлича лаборатор текширишдан ўтказилиб, аниқланган оғишлар имкон қадар коррекция қилинган ва орасида меъда-ичак йўллари ва юрак-томир тизими касалликлари кўпчилиқни ташкил қилган йўлдош касалликлари терапияси ўтказилган.

НЯКда жарроҳлик муолажа даволашни танлаш усулидир. Абсолют кўрсатмалар муҳокама қилинмаса ҳам, нисбий кўрсатмалар (консерватив терапияга резистентлик, узоқ вақтли анамнез, касалликнинг тобора кучайиши, ичакдан ташқари жойлашган, хусусан, ичакдаги асоратлар билан уйғун, асоратлар) мунозаралар мавзусидир. Бироқ одатдан нисбий кўрсатмалар билан беморлар охирида барибир оператив муолажага муҳтож бўлади ва кечиктириш патологик жараён шикастлаган майдон ошишига олиб келиши мумкин.

Резекция ҳажми ва операция усулини тўғри аниқлаш жудаям муҳим вазифадир. Операциядан олдинги ирригография ва колонофиброскопияни бажаришга имкон ҳамиша ҳам бўлмайди (стриктура, кон оқиши, йўғон ичак дилатацияси), жарроҳга эса зардобли парда томонидан патологик жараён тарқалишини кўздан кечириб аниқлаш қийин бўлади. Ушбу муаммони ечиш учун янги интраоперацион ташхисот усулини, яъни ярали яллиғланиш жараёни фаоллиги тўғрисида тўлиқ маълумотни олиш ва йўғон ичакнинг шиллиқ пардасидаги шикастланган жой чегарасини тўғри аниқлашга имкон берадиган колонофиброскопияни операция давомида ўтказиш (ихтиро учун патент №ТАР 20060003, 05.01.06й.дан) усулини тақдим қиляпмиз.

Мазкур усул бажарилиши негизи қуйидагидан иборат:

Эндотрахеал наркоз остида ўртадаги лапароскопия ва қорин бўшлиғи органлари ревизияси бажарилади. Йўғон ичак деворининг сероз қавати кўздан кечирилиб, унинг ҳамда унинг ичактутқичи ҳолати баҳоланади. Операция қилаётган жарроҳ назорати остида колонофиброскоп ичак бўшлиғига киритилади ва аста-секин проксимал тарафга то ёнбош ичакнинг терминал бўлимигача сурилади. Эндоскопист йўғон ичак бўшлиғини синчиклаб кўздан кечириб, шиллиқ қаватнинг ҳолатини, патологик ўсмалар бор ёки йўғлигини баҳолайди. Шу вақтда эндоскопия маълумотлари жарроҳ томонидан қорин ичак ревизиясида аниқланган ўзгаришлар билан солиштирилади. Бу йўғон ичак шиллиқ қаватини зарарланиши юқори чегарасини аниқлашга имкон беради. Операция қилаётган жарроҳ эндоскопист хулосасига асосланиб, йўғон ичак деворига ушбу чегарага мос соҳага белги қўяди. Бундан кейин эндоскопик текширув якунланади. Олинган натижалар ҳамда беморнинг гомеостази ҳолати ва умумий ҳолатига оид маълумотлар таҳлили резекция ҳажми ва оператив муолажа усулини аниқлашга имкон беради.

Патологик жараён жойланишини аниқлашда интраоперацион колоноскопия имкониятлари ушбу усул ёрдамида операциядан олдин ва операция давомида аниқланган патологик жараённинг жойланишига оид маълумотлар 5-жадвалда кўрсатилган.

Операциядан олдин ва операция давомида текшириш натижаларини солиштириш (n=52).

Патологик жараённинг йўғон ичакда жойланиши	Ушбу жойланиш билан беморлар сони			
	Операциядан олдин		Операция давомида	
	Мутлақ	%	Мутлақ	%
Дистал	11	21.2	14	26.9
Чап томонлама	18	34.6	16	30.8
Субтотал	9	17.3	13	25.0
Тотал	14	26.9	9	17.3

Жадвалда операциядан олдинги ва интраоперацион ташхислари орасида фарқни кўриш мумкин: ярали яллиғланиш жараёни дистал бўлимда жойлашган 2 беморда интраоперацион колонфиброскопияда чап томонлама патологик жараён ташхис қилинди, операциядан олдин аниқланган чаптомонли жойлашиш билан 2 беморда интраоперацион текширишда ярали яллиғланиш жараёни йўғон ичакда тотал жойлашгани аниқланди. Субтотал шикастланиш билан 9 беморларнинг фақат биттасида интраоперацион ташхисдан кейин тотал шакл аниқланган бўлса, касалликнинг тотал шакли билан 14 бемордан учтасида субтотал ва икитасида НЯК шикастланишининг чап томонлама шакли аниқланди.

Биз клиник-биохимик, рентгенологик ва эндоскопик текшириш усуллари минималлаштириш билан ичакда патологик жараённинг тарқалишини тўғри баҳолаш ва резекция ҳажми ва усулини оптималлаштиришга имкон берадиган НЯК билан касалларни диагностика қилиш ва даволаш тактикасини танлаш алгоритминини ишлаб чиқдик (1-расм).

Операциядан олдинги тайёрлашга интенсив инфузион-трансфузион терапия кирган: глюкоза 5%-400.0 + Калий хлорид 7.5%-20.0 + Инсулин 4 ед, Трисоль 400.0, Реополиглюкин 400.0, Инфезол 500.0, Аминосол 500.0, Сорбилакт 400.0, Реосорбилакт 400.0, янги музлатилган плазма 250.0-300.0 ва бошқалар. Доза ва инфузия миқдорини танлашда гомеостаз бузилиши даражаси, беморнинг умумий ҳолати, бўлажак операция усули ва ҳажми ҳисобга олинган. Антибактериал терапия сифатида метранидозол билан биргаликда таъсири спектри кенг бўлган антибиотиклар (канамицин м/о кунига 2 марта 1 г) дан фойдаланганмиз ва шунингдек зарурият бўлган ҳолларда микробиологик текшириш натижаларига мувофиқ қўшимчалар қилганмиз. Операция давомида кўрсатмаларга қараб гемотрансфузия ва плазмотрансфузияни ўтказганмиз.

Ичакни тайёрлаш учун махсус бир усул керак бўлмаган, чунки тез-тез бўладиган суяқ ахлат туфайли беморларга операциядан олдинги кунда

шлаксист парҳез ва тозалайдиган ҳукнани операциядан кўпи билан 2 соат олдин буюриш етарли бўлган. Ҳукна ва сурги воситалари НЯКнинг кучли шакли, ичакнинг токсик дилатацияси билан ва перфорация тахмин қилинган беморларга буюрилмаган.

1-расм.



116 нафар беморларга 5-жадвалда кўрсатилган жарроҳлик муолажалар қилинган. Асосий гуруҳни интраоперацион колонофиброскопия бажарилган 52 нафар (44.8%) беморлар ташкил қилган, контрол гуруҳга интраоперацион колонофиброскопия қилинмаган 64 нафар (55.2%) беморлар кирган.

6-жадвал.

Носпецифик ярали колит билан касалларда жарроҳлик муолажалар (n=116).

Операция усули	Беморлар сони		Жами
	Асосий	Контрол	
Тотал колпроктэктомия, бир устунли илеостомия	4	20	24
Тўғри ичакнинг қорин-анал резекцияси (ТиҚАР), чаптомонли гемиколэктомия, кундаланг-чамбар ичакни тушириш, трансверзо-анал анастомоз.	16	6	22
ТиҚАР, сигмасимон ичакнинг резекцияси, сигмасимон ичакни тушириш, сигма-анал анастомоз	8	3	13
Тотал колэктомия, бир оғизли илеостомани ва тўғри ичак чўлтоғини шакллаш	3	10	13
ТиҚАР, сигмасимон ичак резекцияси, тушувчи чамбар ичакни тушириш, десцендо-анал анастомоз	6	5	11
Субтотал колпроктэктомия, асцендо-анал анастомоз	9	2	11
Превентив икки оғизли илеостомия	-	11	11
Илеоректал анастомозли тотал колэктомия	2	5	7
Субтотал колпроктэктомия, асцендостомани шакллаш	3	-	3
Субтотал колэктомия, асцендо-ректал анастомоз	1	-	1
Жами	52 (44.8%)	64 (55.2%)	116

Интраоперацион колонофиброскопия қўлланилган асосий гуруҳда асосан аъзони сақловчи ва бир босқичли операциялар бажаришга муяссар бўлганмиз. Беморларнинг контрол гуруҳида резекция хажми ва операция усули операциядан олдинги текшириш ва операция давомида зардобли парда томонидан йўғон ичакни кўздан кечириш натижаларига қараб танланган ва

бунда кўпчилик ҳолларда стома ҳосил қилиш билан йўғон ичакнинг тотал резекциясини бажаришга тўғри келди.

Жарроҳлик коррекцияни талаб қиладиган қорин бўшлиғи ва кичик чанок органлари йўлдош касалликлари бўлганда симультан операцияларни бажарганмиз. 11 нафар беморларда холецистэктомия, кистэктомия ва чурра кесиш бажарилди.

Ўтказилган тадбирларга қарамай, 116 беморлардан 19 (16.4%)да 28 турли асоратлар кузатилди (6-жадвал).

7-жадвал .

Операциядан кейинги асорат турлари ва сони

Асорат тури	Асоратлар сони (абс./%)	
	Асосий гуруҳ (n=52)	Контрол гуруҳ (n=64)
Операциядан кейинги яранинг йирингланиши	2/3.8	7/10.9
Туширилган ичак некрози	-	2/3.1
Ичак тутилиши	1/1.9	1/1.6
Пресакрал қисми йиринглаши	3/5.8	5/7.8
Туширилган ичак ретракцияси	-	3/4.7
Стома билан боғлиқ асоратлар	1/1.9	3/4.7
Жами	7/13.4	21/32.8

Жадвалдан интраоперацион колонофиброскопия қўлланилганда асоратлар сони уч барабар пасайганини кўриш мумкин.

Интраоперацион колонофиброскопия қўлланилиши афзаллиги камида 6-12 ой давом этган ва барча гуруҳларда беморларнинг 50%ни камраб олган операция қилинган беморларни диспансер кузатишида ҳам аниқ кўринган. Яхши натижалар мезонлари сифатида шикоятлар йўқлиги, патологик аралашмаларсиз мунтазам нажас, қорин оғриғи йўқлиги, беморнинг гомеостази ва ишлаш қобиляти кўрсаткичларининг нормагача тикланиши, контрол рентгенологик ва эндоскопик текширишларда қисман резекциядан кейин йўғон ичакнинг қолган бўлимларида ярали яллиғланиш жараёни йўқлиги. Қониқарли натижалар деб қоринда оғриқ йўқлиги, гомеостаз кўрсаткичларининг нормагача тикланиши ҳисобланган. Қониқарсиз натижа деб ўтказилган даволаш самарасизлиги ҳисобланган. Интраоперацион колонофиброскопия ўтказилган беморларда яхши натижалар кўпроқ (72.0% га қарши 88.5%), қониқарсиз натижалар эса уч барабар камроқ кузатилган.

ХУЛОСА

Шундай қилиб, биз интраоперацион колонофиброскопия ва НЯК кечиши оғирлигини баҳолаш учун миқдорли жадвал қўлланилиши операция усули ва ҳажмини танлашни оптималлаштириб, жарроҳлик даволашни анча яхшилашини аниқладик.

Натижалар

1. Ишлаб чиқилган ташхис ва даволаш усулини танлаш алгоритми НЯК билан касалларни атрофлича текшириб, даволаш (консерватив ёки оператив) тактикасини аниқлашга имкон беради.

2. Касаллик оғирлиги даражасини баҳолашда миқдорли жадвал ва балл тизимидан фойдаланиш айниқса асбобий усуллари ёрдамида аниқланган ва беморнинг умумий ҳолати ўртасида диссоциация кузатилганда НЯК кечиши оғирлигини адекват баҳолашга имкон беради.

3. НЯКнинг мураккаблашган шакли билан касалларнинг ташхисотига интраоперацион колонофиброскопия киритилиши йўғон ичакнинг шиллик пардаси ҳолатини аниқ баҳолаш ва резекция даражасини аниқлаш ҳамда рационал операция усулини танлашга имкон беради.

4. Ишлаб чиқилган ўз ичига интраоперацион колонофиброскопияни олган диагностика алгоритми ва патологик жараёнининг оғирлигини баҳолаш учун миқдорли жадвал қўлланилиши даволаш тактикаси, оператив муолажа ҳажми ва усулини танлашни оптималлаштириб, операциядан кейинги асоратлар частотасини 3 баравар пасайтириш ва ҳолларнинг 88.5% да ижобий натижаларга эришишга имкон беради.

Амалий тавсиялар

1. Носпецифик ярали колитнинг мураккаблашган шакллари билан касаллар аниқланганда уларни ихтисослашган соғлиқни сақлаш муассасаларига жўнатиш керак.

2. НЯК кечиши оғирлигини баҳолаш учун миқдорли жадвал касалларни даволаш турини танлашни енгиллаштиради.

3. Интраоперацион колонофиброскопия қўлланилиши патологик жараён ҳажмини аниқлаш ва оператив муолажанинг адекват усулини танлашга имкон беради.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ:

1. Опыт хирургического лечения дистальной формы неспецифического язвенного колита / А.А. Худаяров, Ш.М. Маматкулов, М.А. Ахмедов, Б.С. Наврузов // Клиническая хирургия.-2003.-№11.-С. 169-171

2. Наврузов Б.С., Рахманов С.Т. Носпецифик ярали колит тотал жароҳатланишида жарроҳлик амалиёт усулини ва ҳажмини танлаш // Назарий ва клиник тиббиётнинг долзарб муаммолари: Матер. конф.-Ташкент, 2003.-С. 127-129

3. Восстановительно-реконструктивные операции после тотальной колпроктэктомии / С.Н. Наврузов, Б.С. Наврузов, Т.У. Исакулов, С.Т. Рахманов // Актуальные вопросы хирургии: Матер. конф.- Ташкент, 2004.-С. 132
4. Рахманов С.Т., Маматкулов Ш.М., Наврузов Б.С. Эффективность применения Салофалька при лечении неспецифического язвенного колита // Актуальные вопросы хирургии: Матер. конф.- Ташкент, 2004.-С. 137
5. Хирургическая реабилитация больных с колостомами / Б.С. Наврузов, Т.У. Исакулов, С.Н. Наврузов и др. // Актуальные вопросы хирургии: Матер. конф.- Ташкент, 2004.-С. 170
6. Наврузов Б.С. К вопросу выбора способа и объема хирургического вмешательства при молниеносном течении неспецифического язвенного колита // Тез. докл. II-науч. конф. резидентов магистратуры.- Ташкент, 2004.- С. 28
7. Тураев Г.Х., Рахмонов С.Т., Наврузов Б.С. Пути профилактики послеоперационных осложнений у больных неспецифическим язвенным колитом // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.- 2004.-№2-3.-С. 151
8. Наврузов С.Н., Тагаев Ш.Б., Наврузов Б.С. Роль эндоскопии в диагностике болезни Крона толстой кишки (гранулематозного колита) // Бюллетень Ассоциации Врачей Узбекистана.-2005.-№2,-С. 61-63
9. Наврузов Б.С., Рахманов С.Т. Тактика лечения при молниеносном течении неспецифического язвенного колита // Актуальные проблемы Колопроктологии: Матер. конф.- Москва, 2005.-С. 349-350
10. Наврузов Б.С., Ахмедов М.А., Рахманов С.Т. Тактика лечения при молниеносном течении неспецифического язвенного колита // Матер. съезда.- Львов, 2006.-С. 84-85
11. Наврузов Б.С., Рахманов С.Т. Выбор способа и объема операции при неспецифическом язвенном колите // Матер. съезда.- Львов, 2006.-С. 85-87
12. Рахманов С.Т., Наврузов Б.С., Ахмедов М.А. Тактика лечения больных с дистальной формой неспецифического язвенного колита // Матер. съезда.- Львов, 2006.-С. 88-90
13. Treatment of toxic hepatitis in patients with unspecified ulcer colitis / Sh.M. Mamatkulov, S.T. Rahmanov, B.S. Navruzov et al // XII Falk Liver Week: Falk Symposium № 137.- Freiburg, 2003.-P.230
14. Navruzov B.S., Rahmanov S.T. The choice of treatment the patients with ulcerative colitis // Falk Symposium №154.- Moscow, 2006.-P. 92
15. Rahmanov S.T., Navruzov B.S. About an opportunity of rectum preserving during surgical treatment of non-specific ulcerative colitis // Falk Symposium №154.- Moscow, 2006.-P. 92
16. Navruzov B.S., Rahmanov S.T. Intraoperative colonofibroscopy as a method of resection choice of large intestine in nonspecific ulcerative colitis // Falk Symposium №151.- Sydney, 2006.-P. 62

**Тиббиёт фанлари номзоди даражасига талабгор Наврузов Б.С. нинг
14.00.27-Жарроҳлик ихтисослиги бўйича «Носпецифик ярали колитда
операция ҳажми ва усулини танлаш» мавзусидаги диссертациясининг
РЕЗЮМЕСИ**

Калитли сўзлар: носпецифик ярали колит, интраоперацион колонофиброскопия, кечиш оғирлигини баҳолаш учун миқдорли жадвал.

Тадқиқот объектлари: носпецифик ярали колит билан касаллар.

Ишнинг мақсади: носпецифик ярали колит (НЯК) билан касалларни даволаш натижаларини ташхисот усуллариини такомиллаштириш ва оператив муолажа ҳажмини танлаш йўли билан яхшилаш.

Тадқиқот усуллари: клиник, клиник-лаборатор, асбобли, жарроҳлик, статистик.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Носпецифик ярали колит билан касалларни ташхис қилиш ва даволаш усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилди. Илк маротаба носпецифик ярали колитнинг мураккаблашган шакли билан касалларда операция усули ва ҳажмини танлаш учун интраоперацион колонофиброскопияни қўллашга кўрсатмалар ифода қилиниб, унинг самарадорлиги исботланди. Интраоперацион колонофиброскопия ярали яллиғланиш жараёни чегарасини тўғри аниқлашга имкон беради, постоперацион асоратлар сонини уч барабар камайтиради ва ҳолларнинг 88.5% да ижобий натижаларга эришишга имкон беради. Анча ҳолисроқ таърифлашга имкон берадиган носпецифик ярали колитнинг турли шакллари кечиши оғирлигини баҳолаш учун миқдорли жадвал тавсия қилинди.

Амалий аҳамияти: Ишлаб чиқилган интраоперацион колонофиброскопияни ўзига олган ташхисот алгоритми постоперацион асоратлар сонини камайтириб ва кўпроқ ҳолларда яхши натижага олиб келиб, жарроҳлик даволаш натижаларини анча яхшилади. Носпецифик ярали колит кечишини баҳолаш учун миқдорли жадвалнинг қўлланилиши бемор ҳолатини адекват биҳолашни таъминлайди.

Тадбиқ этиш даражаси: Ишлаб чиқилган алгоритм тусидаги ташхисот жадвали ва тавсия қилинган операция ҳажмини танлаш усули – носпецифик ярали колитда интраоперацион колонофиброскопияни қўллаш усули ЎзР ССВнинг Колопроктология Илмий Маркази амалиётига тадбиқ этилган. Тадқиқот натижалари Тошкент Тиббиёт Академиясининг умумий амалиёт врачлари учун жарроҳлик кафедраси ўқув жараёнида қўлланиладиган лекциялар курсига киритилди.

Қўлланиш соҳаси: колопроктология ва гастроэнтерология.

РЕЗЮМЕ

Диссертации Наврузова Б.С. на тему: «Выбор способа и объема операции при неспецифическом язвенном колите» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.27 – хирургия

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, интраоперационная колонофиброскопия, количественная шкала оценки тяжести течения.

Объекты исследования: больные неспецифическим язвенным колитом.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных неспецифическим язвенным колитом путем совершенствования методов диагностики и выбора объема оперативного вмешательства.

Методы исследования: клинические, клинико-лабораторные, инструментальные, хирургические, статистические.

Полученные результаты и их новизна: Разработан алгоритм диагностики и выбора метода лечения больных с неспецифическим язвенным колитом. Впервые сформулированы показания к применению интраоперационной колонофиброскопии для выбора способа и объема операции у больных осложненной формой неспецифическим язвенным колитом и доказана эффективность ее применения. Интраоперационная колонофиброскопия дает возможность точно определить границу воспалительно-язвенного процесса, в три раза снижает число постоперационных осложнений и достоверно чаще достичь позитивных результатов (в 88,5% случаев). Предложена количественная шкала оценки тяжести течения различных форм неспецифического язвенного колита, позволяющая получить более объективную характеристику.

Практическая значимость: Разработанный алгоритм диагностики неспецифического язвенного колита, включая интраоперационную колонофиброскопию, существенно улучшает результаты хирургического лечения, сокращая число постоперационных осложнений и чаще приводя к хорошему исходу. Использование количественной шкалы для оценки тяжести течения неспецифического язвенного колита, обеспечивает адекватную оценку состояния больного.

Степень внедрения: Разработанная схема диагностики в виде алгоритма и предложенный способ выбора объема операции – интраоперационная колонофиброскопия при неспецифическом язвенном колите внедрен в практику работы Научного Центра Колопроктологии МЗ РУз. Результаты исследования включены в курс лекций, используемый в учебном процессе кафедры хирургии для врачей общей практики Ташкентской Медицинской Академии.

Область применения: колопроктология и гастроэнтерология.

RESUME

Thesis of B.S. Navruzov on the academic degree competition of the candidate of medical sciences, speciality 14.0027 – Surgery: “Choice of a method and scope of operation in nonspecific ulcerative colitis”

Key words: non-specific ulcerative colitis, intraoperative colonofibroscopy, quantitative scale for evaluation of severity of the course of the disease

Subjects of the inquiry: the patients with nonspecific ulcerative colitis

Aim of the inquiry: an improvement of the results of the treatment of patients with nonspecific ulcerative colitis by the perfection of diagnosis and a choice of the scope of surgical intervention.

Method of inquiry: clinical, laboratory, instrumental, surgical and statistical.

The results achieved and their novelty: algorithm of diagnosis and choice of the method of treatment of the patients with non-specific ulcerative colitis has been developed. Indications to intraoperative colonofibroscopy for the choice of the method and scope of the operation in complicated forms of non-specific ulcerative colitis have been formulated for the first time. Its efficiency has been proven. Intraoperative colonofibroscopy gives a possibility to determine borders of the inflammatory-ulcerative process exactly and provides threefold decrease of the postoperative complications and significantly more often positive outcomes of the operation (88,5% of the cases). A quantitative scale for evaluation of the severity of various forms of non-specific ulcerative colitis was offered. It permits to obtain more objective information.

Practical value: the developed algorithm of diagnosis of nonspecific ulcerative colitis, including intraoperative colonofibroscopy, considerably improves results of surgical treatment, decreasing the number of postoperative complications and resulting in good outcomes more frequently. Use of quantitative scale for evaluation of the severity of various clinical forms of nonspecific ulcerative colitis provides an adequate estimation of the patient's state

Degree of embed: the developed scheme of diagnosis in the form of algorithm and an offered method of a choice of a scope of operation - intraoperative colonofibroscopy - in nonspecific ulcerus colitis is introduced into practice of work of the Research Center of Coloproctology of the Ministry of Public Health of the Republic of Uzbekistan. Results of the research are included in the course of lectures at the department of surgery for doctors of general practice of Tashkent Medical Academy.

Sphere of usage: coloproctology and gastroenterology.