

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**CASE REPORT**

DOI: 10.38095/2181-466X-20241142-175-178

УЎТ 616.352.5

**АМАЛИЁТДА ТЎҒРИ ИЧАК ПРОЛАПСИНИНГ ҚИСИЛИШИДА
ЖАРРОҲЛИК ЁНДАШУВ****М. Т. Ачилов, Ғ. К. Ахмедов, Ё. Ё. Ёдгоров, А. У. Норбеков**
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон**Таянч сўзлар:** тўғри ичак пролапси, илеус, сигмостома, тўғри ичакнинг перинеал резекцияси.**Ключевые слова:** пролапс прямой кишки, илеус, сигмостома, промежностная резекция прямой кишки.**Key words:** rectal prolapse, ileus, sigmoidostoma, perineal resection of the rectum.

Тўғри ичакнинг тушиши - тўғри ичак ёки унинг бир қисми танадаги тўғри ҳолатини йўқотиб, ҳаракатчан бўлиб, чўзилиб, анус орқали ташқарига чиқиш ҳолатидир. Тўғри ичак тушиши кўпинча анал канал мушакларининг заифлашиши билан бирга келиб, натижада газ, ахлат ва шилликни ушлаб турмасликка олиб келади. Ушбу мақолада ректал пролапснинг қисилиши билан асоратланган клиник кузатуви тавсифи берилган.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ПРОЛАПСА ПРЯМОЙ КИШКИ В ПРАКТИКЕ**М. Т. Ачилов, Ғ. К. Ахмедов, Ё. Ё. Ёдгоров, А. У. Норбеков**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

Выпадение прямой кишки – это состояние, при котором прямая кишка или ее часть теряет правильное положение в организме, становится подвижной, растягивается и выходит через задний проход. Выпадение прямой кишки часто сопровождается ослаблением мышц анального канала, что приводит к недержанию газов, стула и слизи. В статье описано клиническое наблюдение выпадения прямой кишки, осложненного стриктурой.

SURGICAL APPROACH FOR STARGED RECTAL PROLAPSE IN PRACTICE**M. T. Achilov, G. K. Axmedov, Yo. Yo. Yodgorov, A. U. Norbekov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Prolapse of the rectum is a condition when the rectum or a part of it loses its proper position in the body, becomes mobile, stretches and exits through the anus. Rectal prolapse is often accompanied by weakening of the muscles of the anal canal, resulting in gas, stool and mucus incontinence. This article describes the clinical observation of rectal prolapse complicated by stricture.

Қириш. Тўғри ичакнинг пролапси (тушиши) хирургик амалиётда камдан-кам учрайдиган ҳолатлардан ҳисобланади. Барча колопроктологик беморлар орасида тўғри ичак тушиши 0,3-5,2% ҳолатларда учрайди. Эркакларда аёлларга қараганда деярли 2 марта кўпроқ кузатилади.

Этиопатогенез. Бинобарин, тўғри ичак тушиши нафақат полиэтиологик, балки пайдо бўлиши турли механизмларга эга касалликдир. Унинг келиб чиқишида бемор ёши, ҳамроҳ касалликлари, касалликнинг ривожланиш босқичи, қисилиш даражаси, чанок бўшлиғи мушаклари функциясининг компенсация ҳолатини ва мавжуд асоратларни ҳисобга олиш керак. Беморларнинг дарҳол шифокорга мурожаат қилмаслигининг кенг тарқалган сабабларидан бири бу касалликнинг геморрой билан ўхшаш бўлиши бўлиб, кўпинча беморлар шамча ва малҳамлар билан ўзлари даволашга ҳаракат қилишади. Аслида, тўғри ичакнинг тушиши ва геморрой бутунлай бошқача касалликлар бўлиб, улар анал каналдан тўқималарнинг кириб бориши туфайли ташқи кўринишида ўхшаш бўлиши мумкин. Геморройда гемorroид тўқима тушади ва тўғри ичакнинг пролапсаси билан тўғри ичакнинг бир қисми тушади.

Тўғри ичакнинг пролапси қисилиши одатда ташқи сфинктернинг функцияси сақланиб қолган дастлабки босқичларда содир бўлади. Пролапсланган ичакнинг сиқилиши веноз ва кейин артериал қон айланишининг бузилишига олиб келади, бу эса пролапсланган қисмининг некрозига олиб келади, ривожланган ҳолатларда перитонит ривожланади. Баъзида пролапсланган ичак қисилганда инвагинацион ичак тутилиши белгилари ривожланади.

Тўғри ичак тушишининг асоратлари:

- эрозив-яралли ва гиперпластик проктит (асосан пролапсланган қисм);
- ректал қон кетиш;
- такрорий шикастланишлар ва шиллик қаватнинг сурункали яллиғланиши туфайли малигнизация;
- пролапсланган ичакнинг ёрилиши (камдан-кам учрайдиган асорат);

- пролапсияланган тўғри ичакнинг қисилиши, бу ингичка ичакнинг пролапсланган ковузлоқларининг странгуляцияси билан бирга бўлиши мумкин ва ўта оғир ҳолларда "перинеал чурра"нинг некрозига ва перитонитнинг ривожланишига олиб келади.

Диагностика. Тўғри ичак тушишининг оғирлик даражасини аниқлаш учун керакли текшириш усуллари: Анал электромиография, анал манометрия, трансректал УТТ, проктография (дефекография) ва колоноскопия.

Даволаш. Бу касалликда даволаш тактикаси, жарроҳлик аралашувининг ҳажми ва усулини барча омилларни ҳисобга олган ҳолда танланади. Оператив даволашда бир неча усулда операциялар ўтказилади:

Абдоминал операциялар:

1. Ректосакропексия операцияси - бунинг учун ичакни маълум бир ҳолатда ушлаб турадиган тўрли аллотрансплантат (аллопротез) қўлланилади. Операция пайтида тўғри ичак анусни кўтарувчи мушаклари даражасига мобилизация қилинади, сўнгра тўғри ичак юқорига тортилади ва тўрли аллотрансплантат ёрдамида чаноқ ва тўғри ичак ўртасида жойлашган пресакрал фасцияга маҳкамланади.

2. Кюммел операцияси – мобилизация қилинган тўғри ичакни тугунли чоклар билан чаноқ промоторийсига мустахкамлаш. Ушбу операцияларни очиқ (лапаротомия) усулда ёки лапароскопик тарзда амалга оширилиш мумкин.

Трансанал операциялар (анал канал орқали бажарилувчи операциялар)

1. Делорма операцияси – ичакнинг пролапсланган қисмининг шиллиқ қаватини ичакни ушлаб турувчи, пролапсдан ҳимоя қилувчи мушакли манжета ҳосил қилган ҳолда олиб ташлаш (резекция қилиш).

2. Альтмеер операцияси - тўғри ичакни ёки унинг пролапсланган қисмини резекция қилиш ва коло-анал анастомоз ҳосил қилиш.

Шошилиш жарроҳликда пролапсланган тўғри ичакни странгуляция қилиш учун танлов операцияси унинг перинеал резекциясидир. Пролапсланган тўғри ичакни резекция қилиш операцияси биринчи марта Рикорд (1833) томонидан амалга оширилган. Кейинчалик Ж. Микулич (1888) ишлаб чиққан ва батафсил тавсифлаган. Бунда пролапсланган тўғри ичак анус орқали резекция қилиниб, унинг деворини қаватма-қават циркуляр тикланади ва кейинчалик ичкарига тўғриланади. Ушбу операция амалда кенг қўлланилмади (ўлим даражаси 20%га этди).

Биз тўғри ичакнинг странгуляцияси ва некрози билан асоратланган тўғри ичак пролапсасининг клиник ҳолатини келтирамиз.

Клиник мисол:

Бемор Н., 41 ёшда, 2022 йил 12 февраль куни Самарқанд вилояти Жомбой туман тиббиёт бирлашмасига анус соҳасидаги ичакнинг чиқиб туришига ва тўғриланмаслигига, шу соҳадаги кучли оғриқ ва умумий дармонсизликка шикоятлари билан мурожаат қилган.

Анамнездан бемор ўзини "узоқ вақтдан бери" касал деб ҳисоблайди, аниқ муддатни айта олмайди. Касаллик дефекациядан кейин тўғри ичакнинг тушиши билан бошланган, қўлда ёрдамида у осонликча ичкарига тўғриланган. Жисмоний зўриқиши ва кучаниши вақтида тўғри ичак пролапси кузатилмаган. Кейинчалик, дефекация пайтида қон келиши (дастлаб, томчилаб, кейин лахта-лахта қон келиши) кузатилган, баъзан дефекация вақтида ахлатсиз фақат қон ажралиши кузатилган. Ахлат билан бирга ажралувчи қон миқдори аста-секин кўпайган. Бемор келишидан 1 соат олдин дефекациядан сўнг тўғри ичакни ичкарига тўғрилай олмаган ва Жомбой туман тиббиёт бирлашмасига мурожаат қилган. Бемор навбатчи хирурглар томонидан кўрилиб, "Тўғри ичак тушиши, шиллиқ қаватнинг қисилиши ва некрози" диагнози қўйилган. Бемор Жомбой ТТБда ётишдан бош тортиб, "Констант-мед.сервис" хусусий тиббий клиникага мурожаат қилган.

Объектив кўрганда: бемор умумий аҳволи нисбатан оғир, хуши равшан, саволларга аниқ жавоб беради. Тери қопламлари ва шиллиқ пардалари оч пушти рангда, оқимтир. Нафас олиши эркин, бурун орқали. Аускультацияда ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади. Пульс ритмик, ўртача тарангликда ва тўлиқликда, 1 дақиқага 94 марта. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқлашган. Артериал қон босими – 100/60 мм симоб устунига тенг. Тили нам, оқ қараш билан қопланган. Қорни овалсимон, симметрик, дам, нафас олишида суст иштирок этади. Пальпацияда қорин дамлиги ҳисоига бироз оғриқли. Жигари ва талоғи пай-



насланмайди. Ахлати эрталабдан бўлмаган. Локал кўрик вақтида, анус соҳасида 15 см узунликдаги, тўқ қизғиш рангли, шишиган, диаметри 15 см гача бўлган тўғри ичак пролапси аниқланади. Ичак тутилиши белгилари аниқланади (1-расм).

1 расм. Беморда тўғри ичак тушиши ва қисилишининг локал кўриниши.

расм).

Беморда тўғри ичакни тўғрилашга бўлган уринишлар самара бермади. Бемор шошилиш операцияга тайёрланди: Лаборатор таҳлиллар: гемоглобин -91,0 г/л, эритроцит- $3,31/л \cdot 10^{12}$, лейкоцит- $12,1 \cdot 10^9$, ЭЧТ-18 мм/соат. Қон биокимёвий таҳлили: умумий билирубин: 13,5 мк/моль АСТ-1,50; АЛТ-2,30; Тимол синамаси—3,0; Умумий оқсил 65,1. Мочевина 8,1. Қолдиқ азот 25,0. Креатинин 104. ЭКГ: патологиясиз. Қорин бўшлиғи УТТ: Ичаклар пневматози. Обзор рентгенограмма: Қориннинг ўнг юқори қисмида битта Клойбер косачаси аниқланади.

Шошилиш кўрсатмаларга кўра, беморга тўғри ичакнинг перинеал резекцияси ва ректо-сигмал анастомоз шакллантириш операцияси бажарилди (2-расм):

Операция жараёни ректо-сигмал анастомоздан юқорироқ соҳагача тўғри ичак интубацияси билан яқунланди. Беморга стандарт маҳаллий ва умумий даво усуллари буюрилди.

Операциядан кейинги даврнинг 3-кунда яллиғланиш жараёни бартараф қилингандан сўнг бемор амбулатор даволашни учун қониқарли аҳволда уйига жавоб берилди.

40 кундан кейин қайта кўрик вақтида беморнинг анус соҳаси ўзгаришсиз, дефекация акти қониқарли (3-расм):

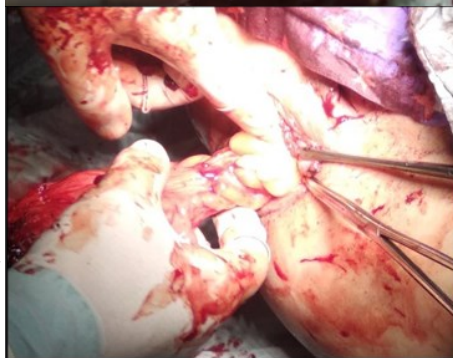
Шифохонада ушбу ташҳис билан жами 6 нафар бемор муваффақиятли операция қилинди.

Хулоса: 1. Шошилиш ҳолатларда пролапсланган тўғри ичакни қисилишида перинеал (оралиқли) резекция - танлов операция ҳисобланади.

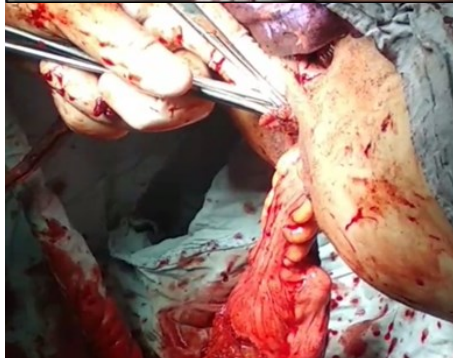
2. Баъзи ҳолатларда анастомоз битишини яхшилаш ва операциядан кейинги асоратларни олдини олиш учун превентив колостома қўйиш мақсадга мувофиқ саналади.



А.

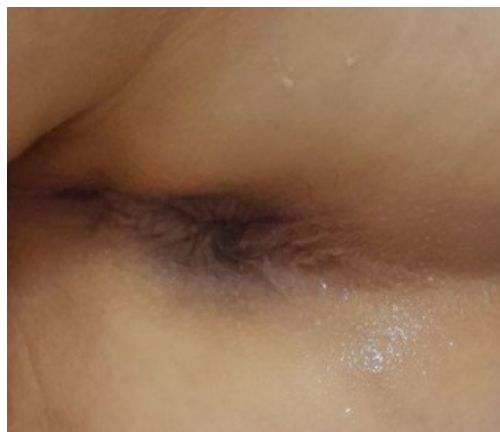


Б.



В.

2 расм. Тўғри ичакнинг перинеал резекцияси ва ректо-сигмал анастомоз шакллантириш операцияси босқичлари (А, Б, В).



3 расм. Операциядан кейинги 40-кунда беморнинг анус соҳасининг ҳолати.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Анохина Г. Болезни пищевода, желудка и кишечника. – Litres, 2022.
2. Ахмедов Г.К., Гуламов О.М., и др. Морфологические изменения слизистой оболочки пищевода при воздействии ИК-диодным лазером в условиях эксперимента на животных. // ISSN 2181-466X. Вестник врача. №4 (108). 2022. Стр. 30-36.
3. Ачилов М.Т., Ахмедов Ф.К., Жаббаров З.И. ва б. Ўн икки бармоқ ичак травматик жароҳатларида хирургик даво натижалари. // «Шошилич тиббий ёрдам ташкил қилишнинг долзарб муаммолари: Политравма ва ўткир юрак-қон томир касалликларида ёрдам кўрсатиш масалалари» XVIII Республика илмий-амалий анжумани материаллари. 114-115-б.
4. Ачилов М.Т., Шоназаров И.Ш., Ахмедов Г.К., Шеркулов К.У., Сайдуллаев З.Я. Диагностические особенности и методы хирургической тактики билиарного илеуса. // Журнал биомедицины и практики. номер 6, выпуск 1.2021. С. 304-308.
5. Бабажанов А.С., Юлдашев Ф.Ш., и соавт. Выбор консервативного лечения геморроя. // Материалы XXXIV Международной конференции «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации» 30 марта 2018 г. Украина. стр. 578-.581.
6. Байбеков И. М., Бутаев А. Х., Мардонов Д. Н. Влияние лазерного излучения на взаимодействие капроновых нитей с тканями ран (экспериментальное исследование) //Лазерная медицина. – 2019. – Т. 23. – №. 2. – С. 37-43.;
7. Гафуров С. Д., Катахонов Ш. М., Холмонов М. М. Особенности применения лазеров в медицине //European science. – 2019. – №. 3 (45). – С. 92-95.;
8. Дусияров М.М., Рахматова Л.Т., Рустамов И.М. Результаты хирургического лечения сложных свищей прямой кишки //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 358-359.
9. Касьянов Д. А. Лазерные технологии и их применение в медицине: предпосылки и влияния //StudNet. – 2022. – Т. 5. – №. 6. – С. 7155-7163.;
10. Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я., Ахмедов Г.К., Шопулотов Ш.А. Методы лечения эпителиального копчикового хода. // “Наука и просвещение” международный центр научного сотрудничества. г.Пенза.7-февраль.2018 г. стр. 136-141.
11. Рустамов М.И., Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., & Рустамов И.М. Хирургическое лечение больных гангреной фурнье //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 69-71.
12. Шангина О. Р., Гайнутдинова Р. Д. Взаимодействие лазерного излучения с биологическими тканями // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17. – №. 1. – С. 24-27.
13. Axmedov G‘.K., Sadikov R.A., Gulamov O.M., Mardonov J.N., Narzullaev Sh.Sh., Tursunqulov J.Q.. Tajribada qizilo‘ngach shilliq qavatida iq-diodli lazer nurlarining ta’sirini o‘rganish. // Jurnal biomeditsiny i praktiki, tom 7. №5, 2022, ISSN 2181-9300. Str. 117-122 .(in Russ).
14. Baybekov I. M. et al. Influence of Light Emitting Diode on Bone Marrow and Healing of Dermatome Wounds // J Bone Marrow Res. – 2015. – Т. 3. – №. 156. – С. 2.;
15. Gulamov O.M., Ahmedov G.K., Khudaynazarov U.R., Saydullayev Z.Ya. Diagnostic and treatment tactics in gastroesophageal reflux disease. // Texas Journal of Medical Science Date of Publication:18-03-2022. A Bi-Monthly, Peer Reviewed International Journal. Volume 6. P. 47-50.
16. Isomiddinovich R. M. et al. The analysis of surgical treatment results in patients with Fourniers gangrene // European science review. – 2018. – №. 9-10-2. – С. 148-150.
17. Rustamov I.M., Karabayev J.A.. Modern approach to the treatment of patients with acute gangrenous-necrotic proctitis //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 469-472.
18. Temirovich, A. M., Keldibaevich, A. G., Inoyatovich, N. S., Shonazarovich, S. I., & Ochilovich, M. F. (2022). Features of diagnostics and surgical tactics for Hiatal hernias. International Journal of Health Sciences, 6(S2), 6029–6034.
19. Yin Feng, Gonzalo David Hernandez, Lai Jinping, Liu Xiuli. Histopathology of Barrett’s Esophagus and Early-Stage Esophageal Adenocarcinoma: An Updated Review // Gastrointest. Disord. 2019, 1, 147–163; doi:10.3390/gidisord1010011