

УДК: 616.33-004.6:616.348-002.5

**СИГМАСИМОН ИЧАК БУРАЛИШИ: РШТЎЙМНИНГ 23 ЙИЛЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ**

Абдулахатов Муроджон Хамидович<sup>1</sup>, Туляганов Даврон Бахтиярович<sup>1</sup>, Хошимов Диёр Эгамкулович<sup>1</sup>,  
Пўлатов Дилмурод Тўхтабаевич<sup>1</sup>, Элмуратов Голибжон Қаршиевич<sup>2</sup>

1 - Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

**ЗАВОРОТ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ 23-ЛЕТНЕГО ЛЕЧЕНИЯ В РНЦЭМП**

Абдулахатов Муроджон Хамидович<sup>1</sup>, Туляганов Даврон Бахтиярович<sup>1</sup>, Хошимов Диёр Эгамкулович<sup>1</sup>,  
Пўлатов Дилмурод Тухтабаевич<sup>1</sup>, Элмуратов Голибжон Каршиевич<sup>2</sup>

1 - Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 – Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд.

**SIGMOID VOLVULUS: RESULTS OF 23 YEARS OF TREATMENT AT THE RRCEM**

Abdulakhatov Murodjon Khamidovich<sup>1</sup>, Tulyaganov Davron Bakhtiyarovich<sup>1</sup>, Khoshimov Diyor Egamkulovich<sup>1</sup>,  
Pulatov Dilmurod Tukhtabaevich<sup>1</sup>, Elmuradov Golibjon Karshievich<sup>2</sup>

1 - Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [Abdulahatov77@gmail.com](mailto:Abdulahatov77@gmail.com)

**Резюме.** Сигмасимон ичак ўз тутқичи атрофида буралishi натижасида сигмасимон ичак буралishi (СИБ) юзага келади ва бу ичак тутилишининг сабабларидан биридир. Бу тадқиқот 2001 йилдан то 2024 йил август ойигача Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази хирургия бўлимларида даволанган 241 нафар беморларни ўз ичига олади. Улардан эркаклар жами 157 киши (65,1%), аёллар эса 84 нафар (34,9%)дан иборат. Беморларнинг ўртача ёши  $51,4 \pm 19,9$  ни ташкил этди. Беморлар касалхонага ётқизилганда клиник кўриқдан ўтказилди, асосий лаборатор ва инструментал текшириши усуллари ўтказилди. СИБга шубҳа бўлганда, қўшимча равишда колоноскопия, ирригоскопия, қорин бўйлиги аъзоларининг компьютер томографияси (КТ) ўтказилди. Бўлимда беморлага инфузион-спазмолитик, симптоматик терапия, тозаловчи клизмалар қилинди. Кўрсатмаларга кўра, очиқ ва лапароскопик ёндашувлар билан жарроҳлик ёрдами кўрсатилган. СИБ бўлган беморларда бажарилган муолажалар: 16 (6,6%) нафар беморда эндоскопик деторсия, 33 (13,7%) нафар беморда сифонли хуқна бажарилиб СИБ консерватив бартараф қилинган бўлса 191 (79,2%) нафар беморга турли хил кўринишдаги оператив даво ўтказилган. Улардан 78 (32,3%) нафари илгари ўтқир сигмасимон ичак буралishi билан турли хил муолажалар олган (колоноскопик декомпрессия, сифонли хуқна, паллиатив оператив даво) беморлар эди. 18 (9,4%) нафар беморда операциядан кейинги асоратлар кузатилди. Жами даволанган беморлардан 23 та ўлим ҳолати кузатилди (9,5%). Бизнинг текширишларимизда касалликнинг қайталаниши сигмопексия қилинган беморларда ичида кўп учраган. Тахлиллар шуни кўрсатдики айрим беморларда касаллик қайталаниши 6 мартагача кузатилган, хар сафар беморга сигмопексия амалиёти ўтказилган. Шошилинч ҳолатларда СИБда ичакни резекция қилмасдан марказимиз томонидан ишлаб чиқилган усул ёрдамида "ёнма-ён" десцендо-сигмо анастомоз қўйиши орқали ичак тутилишини бартараф этиши бошқа операция усулларига нисбатан афзал вариант бўлиб, нафақат касалликни даволашга, балки унинг қайталанишини олдини олишга ёрдам берди, шунингдек, асоратлар кузатилмади.

**Калит сўзлар:** Сигмасимон ичак буралishi, Долихосигма, Эндоскопик деторсия, Сегмопекция. "Ёнма-ён" десцендо-сигмо анастомоз.

**Abstract.** Sigmoid volvulus (SV) occurs when the sigmoid colon twists around its mesentery and is one of the causes of bowel obstruction. This study included 241 patients treated in the surgical departments of the Republican research centre of emergency medicine from 2001 to August 2024. A total of 157 (65.1%) of them are men, and 84 (34.9%) are women. The average age of the patients was  $51.4 \pm 19.9$ . Patients underwent a clinical examination, basic laboratory and instrumental examination methods were performed when they were admitted to the hospital. In case of suspicion of SIB, colonoscopy, irrigoscopy, computed tomography (CT) of abdominal organs were additionally performed. Administration of infusion-spasmolytic, symptomatic therapy, cleansing enemas to the patient in the department. According to the

instructions, surgical care is provided with open and laparoscopic approaches. Procedures performed in patients with SV: endoscopic detorsion in 16 (6,6%) patients, siphon enema in 33 (13,7%) patients, and conservative elimination of SV 191 (79,2%) patients underwent operative treatment of various types. 78 (32.3%) of them were patients who previously received various procedures (colonoscopic decompression, siphon enema, palliative operative treatment) with acute sigmoid volvulus. Postoperative complications were observed in 18 (9.4%) patients. Of the total number of treated patients, 23 deaths were observed (9.5%). In our studies, disease recurrence was more common in sigmoidopexy patients. The analyzes showed that some patients had recurrence of the disease up to 6 times, each time the patient underwent sigmoidopexy. In urgent cases, elimination of intestinal obstruction by "side-by-side" descendo-sigmo anastomosis without bowel resection in SV is a preferred option compared to other surgical methods, and helped not only to treat the disease, but also to prevent its recurrence. , there were fewer complications.

**Key words:** Sigmoid colon volvulus, dolichosigma, endoscopic detorsion, segmopexy, "Side by side" descendo-sigmo anastomosis.

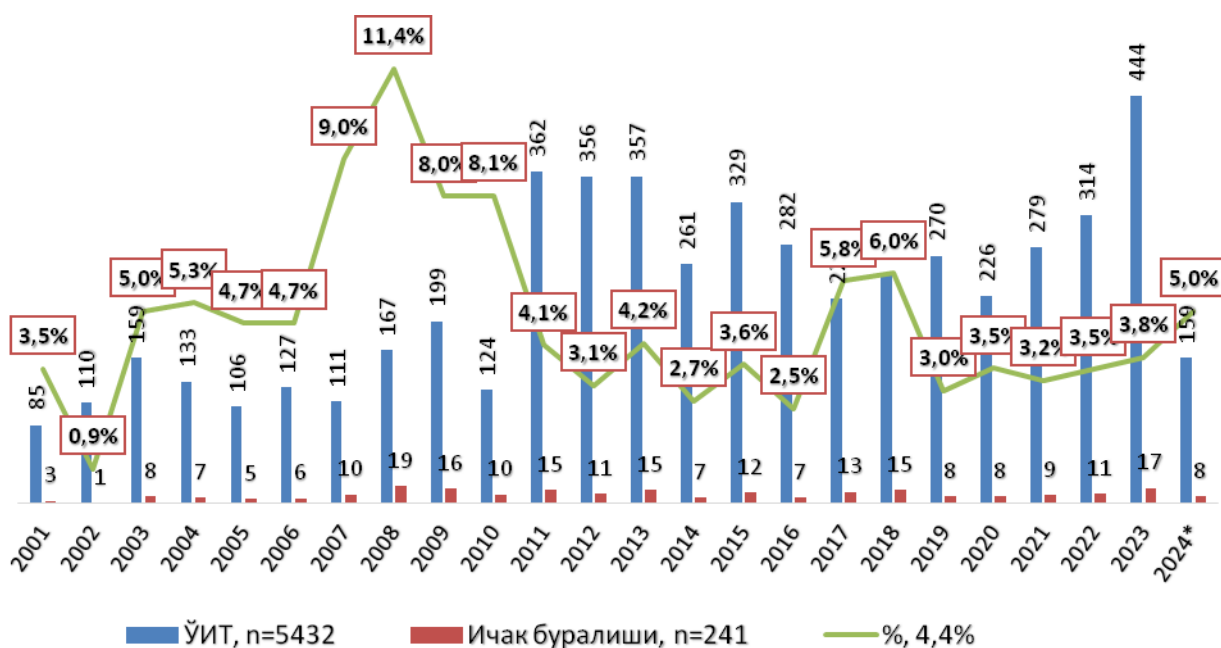
**Кириш.** Ичакларнинг буралиб қолиши ҳақидаги энг қадимий маълумотлар милоддан аввалги 1550 йилларга мансуб бўлиб, улар “Эберс папируслари”да қайд этилган. Илмий манбаларда бу касаллик илк бор 1836 йилда Австриялик машҳур шифокор ва патолог Карл фон Рокитанский томонидан батафсил баён қилинган ва тизимли тарзда ўрганилган [1,11,13].

Ошқозон-ичак трактининг буралиши ўткир қорин ҳолатларининг асосий сабабларидан бири сифатида тан олинади. Бу ҳолатнинг долзарблиги унинг учраш тезлигига эмас, балки асоратларининг жиддийлигига боғлиқ бўлиб, бу касалликда эрта диагностика қилиш катта аҳамият касб этади [15,18]. Бундай ҳолатларнинг кўп қисми кўр ичак ва сигмасимон ичакнинг буралиши билан боғлиқ. Диагноз ўз вақтида қўйилмаганида мезентериял қон айланиши сезиларли даражада бузилади, ирригация қийинлашади ва натижада ишемия ривожланиб, ичак деворида некроз, массив бактериал транслокация ҳамда сепсис келиб чиқиши мумкин [3,4,8].

Сигмасимон ичакнинг буралиши Шарқий мамлакатларда йўғон ичакнинг тутилиши ҳолатларининг 20-50%ини, Ғарб мамлакатларида эса 2-

5%ини ташкил этади [5,15]. Африка, Осиё, Яқин Шарқ, Жанубий Америка, Шарқий ва Шимолий Европа мамлакатлари, шунингдек, Туркия каби ҳудудлар сигмасимон ичак буралиши учун эндемик ҳисобланади. АҚШда эса ушбу касаллик билан боғлиқ ҳолатлар йилига ҳар 100 000 аҳолига 1,67 нафар бемордан қайд этилади [6,16].

Рентгенологик кўриқда йўғон ичакнинг буралиши тўмтарилган “U” шаклидаги гаустрасиз кенгайиш билан намоён бўлади. Бундай кенгайиш асосан қорин бўшлиғининг юқори квадрантида марказий чизикка яқин жойлашади. Шунингдек, "кофе уруғи" симптоми сигмасимон ичакнинг букланган қовузулоғи медиал деворларининг бир-бирига яқинлашиши туфайли юзага келади, бу кўриниш ўрта чизикдаги кофе уруғига хос шаклни эслатади [16]. Бунга қарамай, ушбу хос рентгенологик белгилари фақат 60% ҳолатларда аниқланиб, беморларга тўғри ташхис қўйиш имконини беради. Агар ичак деворида некроз юзага келса, чизиксимон пневматоз аниқланади, перфорация ҳолатларида эса қорин бўшлиғида эркин ҳаво кузатилади [10].



**Расм 1.** Ўткир ичак тутилиши билан РШТЎИМга ётқизилган беморлар сони ва уларнинг таркибида ичак буралишининг улуши.

Изоҳ: \* - 2024 йилнинг январь-август ойлари маълумотлари

**Жадвал 1.** СИБ бўлган беморларнинг демографик таснифи, n=241

Кўрсаткич		Беморлар сони	
		Абс.	%
Жинси	эркак	157	65,1
	аёл	84	34,9
Ёши	18-44	100	41,5
	45-59	42	17,4
	60-74	64	26,6
	75-90	35	14,5
	min	18	
	max	90	
	Ўртача ёш, M±σ	51,4±19,9	

**Жадвал 2.** СИБ бўлган беморларнинг клиник таснифи, n=241

Кўрсаткич	Беморлар сони	
	абс.	%
Оғриқлар бошланган вақтдан кейинги муддат, соатларда	<6	15 6,2
	6-12	20 8,3
	12-24	35 14,5
	24-48	54 22,4
	48-72	59 24,5
	>72	58 24,1
	Касаллик рецидив сони	Илк бора
2 марта		51 21,2
3 марта		11 4,6
4 марта		5 2,1
5 марта		9 3,7
6 марта		2 0,8
СИБ бўйича операция ўтказган	Ҳа	51 21,2
	Йўқ	190 78,8
Беморнинг умумий ахволи	Нисбатан кониқарли	5 2,1
	Ўрта оғирликда	174 72,2
	Оғир	59 24,5
	Ўта оғир	3 1,2
Ёндош касалликлар	Юрак-кон томир касалликлари	56 23,2
	Респиратор касалликлар	16 6,6
	Олигофрения	13 5,4
	Семизлик	10 4,1
	Қандли диабет	9 3,7
	Инсульздан кейинги ҳолат	9 3,7
	Буйрак ва сийдик йўллари касалликлари	6 2,5
	Қорин чурралари	6 2,5
	ЎТК	5 2,1
	Ҳомиладорлик	3 1,2
	Бошқа касалликлар	11 4,6

**Материл ва текшириш усуллари.**

РШТЁИМнинг шошилинич хирургия бўлимларида марказ ўз фаолиятини бошлаган 2001 йилдан то 2024 йил август ойигача сигмасимон ичак буралиши диагнози билан даволанган 18 ва ундан юкори ёшдаги барча бемор – жами 241 нафар шахс киритилди. Яъни беморга “Сигмасимон ичак буралиши” диагнози кўйилиши – ушбу тадқиқотга истисносиз киритишнинг асосий ва яғони мезони бўлиб хизмат қилди.

РШТЁИМнинг қарийиб 24 йиллик фаолиятида ўткир ичак тутилиши билан жами 5432 бемор даволанган бўлиб, уларнинг таркибида сигмасимон ичак бурилишининг улуши 4,4%ни (241/5432) ташкил қилди (1-расм).

Тадқиқот учун олинган барча 241 нафар бемор мисолида ушбу касалликга чалинган инсонларнинг демографик таснифи ёритилди, СИБнинг клиник кечиши хусусиятлари ҳамда рентгенологик, компьютер томографик, сонографик семиотикаси ўрганилди.

**Тадқиқот натижалари.** Бизнинг кузатувларда СИБ эркакларда аёлларга нисбати 2 баробар кўпрок учраши қайд қилинди, яъни эркаклар жами 157 киши (65,1%)ни, аёллар эса 84 нафар (34,9%)ни ташкил қилди (1-жадвал). Беморларнинг ўртача ёши 51,4±19,9 ни ташкил қилиб, уларнинг 142 (58,9%)ни ёш ва ўрта ёшдагилар, қолган 99 таси (41,1%)ни қари ва кекса ёшдагилардан иборат бўлди (1-жадвал).

**Жадвал 3. Операция хусусиятлари**

Операция хусусиятлари n=191		абс.	%
Гаген-торн усули бўйича мезосигмопликация. Сигмопексия		96	50,3
Сигмасимон ичакни "учма-уч" усулида десцендо-сигмо анастомоз қўйиш орқали резекция қилиш		30	15,7
Сигмасимон ичак резекцияси. Бир оғизли десцендостома ҳосил қилиш		29	15,2
Клиника усули бўйича резекциясиз "ёнма-ён" десцендо-сигмо анастомозларни амалга ошириш		20	10,5
Сигмасимон ичакнинг буралиши тўғирлаш		12	6,3
Сигмасимон ичак резекцияси, метал халқа билан "учма-уч" дисцендо-ректо анастомоз қўйиш		2	1,0
Йўғон ичак субтотал резекцияси, "ёнма-ён" илео-сигмо анастомоз қўйиш		2	1,0
Жами:		191	100

СИБ клиникаси ҳар доим ҳам кучли оғриқлар билан намоён бўлмайди. Аксарият ҳолларда касаллик қориндаги ўрта кучдаги тўлғоксимон оғриқлар билан, айрим ҳолларда эса қориннинг чап ёнбошидаги енгил симиллаб оғришлар ва қорин дан ейиши билан бошланади. Шунинг учун бўлса керак, касалликнинг биринчи суткасида атиги 70 нафар (29,0%) бемор шифокорга мурожаат қилган, 171 (71,0%) ҳолатда беморлар 24 соатдан сўнг, шу жумладан 58 та (24,1%) кузатувда оғриқ хуружлари бошлангандан 72 соатдан ортиқ вақт ўтгач шифохонага боришга мажбур бўлган (2-жадвал).

Маълумки, СИБ касаллиги рецидивлар миқдори юқорилиги билан ажралиб туради. Бизнинг кузатувларда 78 та (32,4%) бемор РШТЎИМга ичак буралишининг қайталаниши билан ётқизилган, шу жумладан 51 (21,2%) анамнезида СИБ бўйича операция қилинган (2-жадвал).

СИБга чалинган беморларнинг тахминан чораги (62; 25,7%) оғир (59) ва ўта оғир аҳволда шифохонага ётқизилган. Аксарият (179; 74,3%) ҳолатларда эса бундай беморларнинг умумий аҳволи шифохонага мурожаат қилган вақтда ўрта оғирликда (174) ёки нисбатан қоникарли (5) бўлади ҳамда уларда перитонит ёки ичак странгуляцияси белгилари кузатилмай, бу эса уларни тўлиқ текширишдан ўтказиш, консерватив даво чораларини қўллаб қўриш ва ниҳоят хирургик амалиётга эҳтиёж туғилганда оддий лапароскопик ёки очик ичак деторсияси билан чегараланмасдан, рецидивга қарши хирургик усулларни қўллашга масаласини кўриб чиқишга шароит яратади (2-жадвал). Юқорида қайд қилганимиздек, СИБ рецидиви билан мурожаат қилган беморлар улуши 32,4% эканлиги, беморларнинг 21,2% анамнезида бу касаллик бўйича операция қилинганлиги (2-жадвал) ҳам рецидивга қарши хирургик амалиётларга бўлган кўрсатмаларни кенгайтиришни такозо этади.

Жами беморларнинг 101 нафари (41,9%)да ёндош касалликлар аниқланди ва бу касалликларнинг умумий таркибида юрак-қон томир касалликлари (56; 23,2%), энг аввало ЮИК ва гипертония касаллиги этакчи ўринни эгаллаган эди. Ундан кейинги ўринларда респиратор касалликлар (16; 6,6%), семизлик (10; 4,1%), қандли диабет (9; 3,7%) ва инсултдан кейинги ҳолат (9; 3,7%) қайд қилинди. СИБга чалинган беморлар ичида олигофрения касаллиги нисбатан тез-тез учраши бизнинг алоҳида эътиборимизни тортди – 13 нафар (5,4%)да ушбу туғма рухий нуқсон кузатилди. Кам ҳолларда ёндош касаллик сифатида буйрак ва сийдик йўллари касалликлари, қорин чурралари, ўт тош касаллиги қайд

қилинди. 3 нафар (1,2%) аёлда СИБ ҳомиладорлик фониди юзага келди ва бу ҳолат диагностика ва даволаш тактикасини белгилашда бир мунча қийинчиликларни туғдирди (2-жадвал).

**Консерватив даволаш.** 49 нафар бемор консерватив усулда даволанган бўлиб улардан 33 нафар бемор сифонли хукна билан декомпрессия қилинган. Ушбу беморларнинг 8 нафари кейинчалик сигмасимон ичак буралиши эпизодлари билан ётқизилди ва яна декомпрессия билан даволанди (бу гуруҳда такрорланиш даражаси 24,2%).

Колоноскопия ёрдамида сигмасимон ичак буралишини муваффақиятли тўғирланиши 16 нафар беморда амалга оширилган бўлиб, ушбу беморларни 12 нафариди кейинчалик касалликнинг қайталаниши кузатилган ва оператив даволаш амалга оширилган.

**Хирургик даволаш.** 191 нафар бемор оператив тарзда даволанди. Улардан 78 нафари илгари ўткир сигмасимон ичак буралиши билан турли хил муолажалар олган (колоноскопик декомпрессия, сифонли хукна, паллиатив оператив даво).

Шошилинич операция қилинган 191 нафар беморнинг 30 (15,7 %) тасида сигмасимон ичак резекция қилиниб бирламчи анастомоз қўйилган, 96 (50,6%) та беморда сигмасимон ичак Гаген Торн усулида мезосигмопликация ва сигмопекция амалиёти бажарилган, 29 (15,2%) нафар беморда сигмасимон ичак резекция қилиниб стома чиқарилган (Гартман операцияси), 12 (6,3%) беморда буралган сигмасимон ичак тўғирланган ва сигмасимон ичак тўғри ичак орқали дренаж билан интубация қилган, 2 (1%) нафар беморда сигмасимон ичак резекция қилиниб метал халқа билан "учма-уч" дисцендо-ректоанастомоз қўйилган, 2 (1%) нафар беморда йўғон ичак субтотал резекция қилиниб "ёнма-ён" илео-сигмаанастомоз қўйилган, 20 (10,5%) нафар беморда клиника усулида сигмасимон ичакни резекция қилмасдан "ёнма-ён" дисцендо-сигмо анастомоз қўйиш амалиёти бажарилган (3-жадвал).

Сигмасимон ичак резекция қилиниб бирламчи анастомоз қўйилган 30 нафар беморнинг 6 нафарида операция вақтида сигмасимон ичак некрози аниқланган, 15 нафари рецидив билан мурожаат қилган беморлар бўлган. Операциядан кейин 4 (13,3%) нафар беморда чоклар етишмовчилиги кузатилиб реоперация ўтказилган ва стома чиқарилган, 2 (6,6%) нафар беморда ўлим қайд этилган. 96 нафар Гаген Торн усулида сигмопексия бўлган беморларнинг 14 нафари анамнездан сигмасимон ичак буралиши ташхиси билан бир неча марта операция ўтказган (Гаген Торн бўйича сигмопексия). 7 (7,3%) нафар беморда реоперация ўтказилган. Реоперация сабаблари

эрта битишмасли ичак тугилиши (4), сигмасимон ичак перфорацияси (2), эвентрация (1) кўрсатилган. 8 (8.3%) нафар беморда ўлим қайд этилган. Сигмасимон ичакни резекцияси ва стома ҳосил қилиш килиш операцияси ўтказилган 29 нафар беморларнинг 19 тасида операция вақтида сигмасимон ичак некрози кузатилган. 11 нафар бемор анамнездан сигмасимон ичак буралиши ташхиси билан олдин операция ўтказган. Операциядан кейин 3 (10.3%) нафар беморда стома чўкиши сабабли реоперация ўтказилиб қайтадан стома чиқарилган. 6 (20.6%) нафар беморда ўлим қайд этилган. Сигмасимон ичак буралишини тўғирлаш билан операция яқунланган беморлар сони 12 нафар бўлиб, ушбу беморлар кўшимча касалликлари мавжуд бўлган ва шифохонага оғир ахволда мурожаат қилган беморлардир. Ушбу беморларнинг 2 нафаридан олдин сигмасимон ичак буралиши туфайли операция ўтказган. Операциядан кейин 2 (16.6%) нафар беморда эвентрация сабабли реоперация ўтказилган. 2 (16.6%) нафар беморда ўлим қайд этилган. Марказ томонидан ишлаб чиқилган сигмасимон ичакни резекция қилмасдан дисцендо-сигмоанастомоз қўйиш билан 20 нафар бемор операция қилинди. Операция бўлган беморларни 5 нафари анамнезда сигмасимон ичак буралиши билан операция ўтказган беморлар. Операциядан кейин беморларда реоперация ва ўлим кузатилмаган. 2 нафар рецидив билан мурожаат қилган беморларга сигмасимон ичак резекция қилиниб метал халка билан “учма-уч” анастомоз қўйиш амалиёти ўтказилган. Операциядан кейин беморларда реоперация ва ўлим кузатилмаган. Субтотал колэктомия қилиниб “ёнма-ён” илео-сигмаанастомоз қўйиш амалиёти ўтказилган 2 нафар беморнинг 1 нафари анамнезда олдин олдин сигмасимон ичак буралиши туфайли операция ўтказган. Операциядан кейин 1 нафар беморда эрта битишмасли ичак тугилиши сабабли реоперация ўтказилган. Операциядан кейин ўлим кузатилмаган. Бизнинг текширишларимизда умумий ўлим даражаси 9.5% ни ташкил этди (23 бемор). 1 нафар беморда операциядан олдин ўлим кузатилган. Бемор шифохонага ўта оғир ахволда мурожаат қилган.

**Мухокама.** Сигмасимон ичак буралишининг энг кўп учрайдиган аломатлари қориндаги оғриқ ва қорин катталашини, ич келмаслиги ва газ чиқмаслигидир, қусиш ва кўнгил айниши кам учрайдиган белгилар. Жисмоний белгилар қориннинг юқори қисмида одатда ассиметрик жойлашган қорин бўшлигининг кенгайиши, тимпания, тўғри ичакнинг бўшлиги. Сигмасимон ичак буралишида қорин бўшлиғи рентгенограммаси “кофе дони” симптоми кўпроқ учрайди. Кўпгина тадқиқотлар натижасида қорин бўшлиғи рентгенографиясининг диагностик аниқлиги 65-90% ни ташкил қилади [2,11]. Бизнинг тадқиқотимизда жаррохлик усулида даволашнинг турли ёндашувлари ва операциядан кейинги натижалар тасвирланган.

Биз даволанган беморларнинг 157 (65,1%) нафари эркалар эди. Эркаларда сигмасимон ичак буралишининг бундай устунлиги бир қанча муаллифлар томонидан қайд этилган [2,9]. Адабиётларда эркаларда (узунроқ сигмасимон ичак) анатомик фарқларнинг мавжудлиги тасвирланган ва бу

билан эркаларда кўпроқ учрашини тушунтириши мумкин [7].

Сигмасимон ичак буралишини даволаш турли жаррохлик гуруҳларида фарқ қилади. Буралган халка яхши ҳолатда бўлса, идеал даволаш деторсия ва декомпрессия, кейин эса кечиктирилган сигмасимон ичак резекцияси ва бирламчи анастомоз қўйишдир. Бу ёндашув кўплаб ривожланган мамлакатларда [9,12] бизнинг марказга қараганда кўпроқ қўлланилади.

Деторсия тажрибамизнинг кичик бир қисмини ташкил қилади ва эндоскопия ҳамда сифонли хукна билан амалга оширилган (49 ҳолат, 20,3%). Ушбу паллиатив амалиётнинг асосий камчилиги ичак буралишини қайталаниши ва бу амалиётдан сўнг кўп ҳолларда иккинчи босқич амалиётни амалга оширмасликдир.

Баъзи муаллифлар [2] бир босқичли резекция ва анастомозни 26 дан 50% гача ораликда амалга оширдилар, бу бизнинг тадқиқотимиздан статистик жиҳатдан сезиларли фарқ қилади (15,7%). Бирламчи анастомоз билан резекция қилиш одатда умумий ҳолати яхши, йўғон ичак некрози бўлмаган беморларда буюрилади. Бизнинг тахлилимизда бирлачи анастомоздан сўнг чоклар йитишмовчилиги 13,3 % ҳолатда кузатилган.

Такрорий сигмасимон ичак буралишини даволашда сигмоидопексия каби бошқа оператив усуллар қўлланилган. Бу ҳолатда 7,3 % ҳолатда асоратлар кузатилиб реоперация ўтказилган бўлса, касаллик қайталаниши 14,5 % ташкил этган. Бизнинг текширишларимизда касалликнинг қайталаниши сигмопексия қилинган беморларда кўп учраган. Тахлиллар шуни курсатдики айрим беморларда касаллик қайталаниши 6 мартагача кузатилган, хар сафар беморга сигмопексия амалиёти ўтказилган.

Ҳозирги вақтда бизнинг клиникамизда анамнезда сигмасимон ичак буралишини эпизодлари кузатилган бўлса ҳамда ўткир сигмасимон ичак буралишида консерватив муолажалар ёрдам бермаган ҳолатда операция олиниб резекция қилмасдан “ёнма - ён” дисцендосигмо анастомоз қўйиш амалиёти кенг фойдаланилмоқда. Бу амалиётдан сўнг асоратлар ва ўлим кузатилмаган. Ҳамда беморларда амалиётдан олдинги мавжуд айрим шикоятлари яъни ич қотиши, қориндаги вақти вақти билан кузатиладиган санчиксимон оғриқлар йўқолгани кузатилди. 3 йил давомида беморла касаллик қайталаниши кузатилмади.

**Хулоса.** Сигмасимон ичакнинг илк бора буралиб қолишларини даволаш жараёнида ушбу асоратга олиб келган асосий омиллар (долихосигма, ичак тутқичининг узунлиги) бартараф қилинмасдан, беморга кўрсатилган муолажа ёки амалиётлар фақатгина ичак деторсияси билан чегараланган тақдирда, буралиш рецидиви хавфи юқорилигича сақланиб қолади ва 84%гача етиши мумкин. Шошилиш ҳолатларда сигмасимон ичак буралишида ичакни резекция қилмасдан марказимиз томонидан ишлаб чиқилган усул ёрдамида “ёнма-ён” дисцендо-сигмо анастомоз қўйиш орқали ичак тугилишини бартараф этиш бошқа операция усуллариға нисбатан афзал вариант бўлиб, нафақат касалликни даволашга, балки унинг қайталанишини олдини олишга ёрдам берди, шунингдек, асоратлар камроқ бўлди.

#### Адабиётлар:

1. Akinkuotu A., Samuel J. C., Msiska N., Mvula C., Charles A. G. The role of the anatomy of the sigmoid colon in developing sigmoid volvulus: a case-control study //Clinical Anatomy. – 2011. – Т. 24. – №. 5. – С. 634-637.
2. ARNOLD G. J., NANCE F. C. Volvulus of the sigmoid colon //Annals of surgery. – 1973. – Т. 177. – №. 5. – С. 527-537.
3. Atamanalp S.S., Atamanalp R.S. Reply to ‘comment on colopexy in sigmoid volvulus recurrence’ //Techniques in Coloproctology. – 2019. – Т. 23. – С. 935-936.
4. Atamanalp S.S., Atamanalp R.S. Sigmoid volvulus: avoiding recurrence //Techniques in Coloproctology. – 2019. – Т. 23. – С. 405-406.
5. Atamanalp S.S., Dişçi E., Peksöz R., Korkut E., Aksungur N., Altundaş N., Kara S. Recurrence-Preventive Role of Flatus Tubes Following Endoscopic Decompression in Sigmoid Volvulus //The Turkish Journal of Gastroenterology. – 2023. – Т. 34. – №. 4. – С. 371-377.
6. Bauman Z.M., Evans C.H. Volvulus //Surgical Clinics. – 2018. – Т. 98. – №. 5. – С. 973-993.
7. Bhatnagar B. N. S., Sharma C. L. N. Nonresective alternative for the cure of nongangrenous sigmoid volvulus //Diseases of the colon & rectum. – 1998. – Т. 41. – С. 381-388.
8. Chen M. Z., Cartmill J., Gilmore A. Natural orifice specimen extraction for colorectal surgery: early adoption in a Western population //Colorectal Disease. – 2021. – Т. 23. – №. 4. – С. 937-943.
9. Chung Y. F. A. et al. Minimizing recurrence after sigmoid volvulus //Journal of British Surgery. – 1999. – Т. 86. – №. 2. – С. 231-233.
10. Gingold D., Murrell Z. Management of colonic volvulus //Clinics in colon and rectal surgery. – 2012. – Т. 25. – №. 04. – С. 236-244.
11. Gosavi R., Centauri S., Teoh W., Nguyen T.C., Narasimhan V. Laparoscopic peritoneal flap sigmoidopexy—a video vignette //Colorectal Disease. – 2023. – Т. 25. – №. 4. – С. 817-818.
12. JB P. Operative Therapy for sigmoid volvulus //Dis Col & Rect. – 1990. – Т. 33. – С. 643-646.
13. Mangiante E.C., Croce M.A., Fabian T.C., Moore 3rd O.F., Britt L.G. Sigmoid volvulus. A four-decade experience //The American Surgeon. – 1989. – Т. 55. – №. 1. – С. 41-44.
14. Margolin D. A., Whitlow C. B. The pathogenesis and etiology of colonic volvulus //Seminars in Colon and Rectal Surgery. – WB Saunders, 2007. – Т. 18. – №. 1. – С. 79-86.
15. Miller A. S., Boyce K., Box B., Clarke M. D., Duff S. E., Foley N. M., Wright D. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland consensus guidelines in emergency colorectal surgery //Colorectal Disease. – 2021. – Т. 23. – №. 2. – С. 476-547.
16. Moro-Valdezate D., Martín-Arévalo J., Pla-Martí V., García-Botello S., Izquierdo-Moreno A., Pérez-Santiago L., Espí-Macías A. Sigmoid volvulus: outcomes of treatment and predictors of morbidity and mortality //Langenbeck's archives of surgery. – 2022. – С. 1-11.

17. MP B. A. K. Sigmoid volvulus in elderly patient //Am J Surg. – 1986. – Т. 151. – С. 7175.
18. Tirol F. T. Cecocolic torsion: classification, pathogenesis, and treatment //JLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. – 2005. – Т. 9. – №. 3. – С. 328.

#### **ЗАВОРОТ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ 23-ЛЕТНЕГО ЛЕЧЕНИЯ В РНЦЭМП**

Абдулахатов М.Х., Туляганов Д.Б., Хошимов Д.Э.,  
Пулатов Д.Т., Элмурадов Г.К.

**Резюме.** Заворот сигмовидной кишки (ЗСК) возникает при перекручивании сигмовидной кишки вокруг своей брыжейки и является одной из причин кишечной непроходимости. В исследование включен 241 пациент, проходивший лечение в хирургических отделениях РНЦЭМП с 2001 по август 2024 года. Из них 157 (65,1%) мужчин, 84 (34,9%) женщины. Средний возраст пациентов составил 51,4±19,9 года. При поступлении в стационар больным проводилось клиническое обследование, основные лабораторные и инструментальные методы исследования. При подозрении на ЗСК дополнительно выполнялись колоноскопия, ирригоскопия, компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости. В отделении больному назначалась инфузионно-спазмолитическая, симптоматическая терапия, очистительные клизмы. Согласно инструкции, хирургическая помощь оказывается открытым и лапароскопическим доступами. Процедуры, выполненные у больных с ЗСК: эндоскопическая деторсия у 16 (6,6%) пациентов, сифонная клизма у 33 (13,7%) пациентов и консервативное устранение ЗСК. 191 (79,2%) пациенту было проведено оперативное лечение различных видов. Из них 78 (32,3%) пациентов были пациентами, которым ранее выполнялись различные процедуры (колоноскопическая декомпрессия, сифонная клизма, паллиативное оперативное лечение) по поводу острого заворота сигмовидной кишки. Послеоперационные осложнения наблюдались у 18 (9,4%) пациентов. Из общего числа пролеченных пациентов наблюдалось 23 летальных исхода (9,5%). В наших исследованиях рецидив заболевания чаще встречался у пациентов с сигмопексией. Анализ показал, что у некоторых пациентов рецидив заболевания наблюдался до 6 раз, каждый раз пациенту выполнялась сигмопексия. В экстренных случаях устранение кишечной непроходимости методом десцендо-сигмоанастомоза «бок в бок» без резекции кишки при ЗСК является предпочтительным вариантом по сравнению с другими хирургическими методами и позволяет не только вылечить заболевание, но и предотвратить его рецидивы, при этом наблюдается меньшее количество осложнений.

**Ключевые слова:** Заворот сигмовидной кишки, долихосигма, эндоскопическая деторсия, сегмопексия, десцендо-сигмо анастомоз “бок в бок”.