

СИГМАСИМОН ИЧАК БУРАЛИШИ ДАРАЖАСИНИНГ КЛИНИК ҲАМДА РЕНТГЕНОЛОГИК БЕЛГИЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ПРОГНОСТИК АҲАМИЯТИ



Туляганов Даврон Бахтиярович¹, Абдулахатов Муроджон Хамидович¹, Хошимов Диёр Эгамкулович¹, Пулатов Дилмурод Тўхтабаевич¹, Элмуратов Голибжон Қаршиевич²

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

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

КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СТЕПЕНИ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Туляганов Даврон Бахтиярович¹, Абдулахатов Муроджон Хамидович¹, Хошимов Диёр Эгамкулович¹, Пулатов Дилмурод Тухтабаевич¹, Элмуратов Голибжон Каршиевич²

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

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

CLINICAL AND RADIOLOGICAL SIGNS OF THE DEGREE OF SIGMOID COLON VOLVULUS AND THEIR PROGNOSTIC SIGNIFICANCE

Tulyaganov Davron Bakhtiyarovich¹, Abdulakhatov Murodjon Khamidovich¹, Khoshimov Diyor Egamkulovich¹, Pulatov Dilmurod Tukhtabaevich¹, Elmuradov Golibjon Karshievich²

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

Резюме. Ушбу тадқиқотнинг мақсади сигмасимон ичак буралиши оғирлигини прогноз қилишда AXIS классификация тизимининг ишончлилигини баҳолашдан иборат эди. Тадқиқот 2014 йилдан 2024 йил ноябргача РШТЁИМ шифохонасида сигмасимон ичак буралиши таъхиси қўйилган 60 беморни қамраб олган ретроспектив тадқиқотдир. Беморлар қориннинг рентген суратларидаги "кофе дони" мезентериал ўқи асосида уч гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ: мезентериал ўқ 0–90°; 2-гуруҳ: 90–135°; 3-гуруҳ: >135°. Беморларнинг маълумотлари таҳлил қилинди: ёш, жинс, тана массаси индекси (ТМИ), ASA балли, ичак некрози, жарроҳлик зарурати, 30 кунлик ўлим кўрсаткичи ва касалхонада ётиш давомийлиги. Натижалар: 60 бемор орасидан 34 нафари 1-гуруҳга, 22 нафари 2-гуруҳга, ва 4 нафари 3-гуруҳга киритилди. Беморларнинг ўртача ёши 48,8 ± 19,2 ёшни ташкил қилди. 37 нафар бемор эркак, 23 нафар бемор аёл. 39 нафар беморда турли хилдаги қўшимча касалликлари бор эди. 27 нафар беморга эндоскопик ҳамда сифонли хўқна билан деторсия қилинган, 11 нафар беморга эндоскопик аралашувсиз резекция ва Гартман операциясини ўтказилди. AXIS классификацияси ичак некрози ва жарроҳлик зарурати билан муҳим боғлиқликка эга бўлди. Хулоса: AXIS классификация тизими сигмасимон ичак буралиши оғирлигини эрта босқичларда баҳолашда прогноз қилиш учун ишлатиладиган омил сифатида тавсия этилади. Лекин, ушбу тизимни янада тасдиқлаш учун катта миқдорли популяция билан олиб бориладиган кейинги проспектив тадқиқотлар зарур.

Калит сўзлар: Сигмасимон ичак буралиши, Долихосигма, Эндоскопик деторсия, AXIS классификацияси.

Abstract. The aim of this study was to assess the reliability of the AXIS classification system in predicting the severity of intra-obturator sigmoid volvulus. The study was a retrospective study that included 60 patients diagnosed with cystic volvulus at the Republican research centre of emergency medicine from 2014 to November 2024. Patients were divided into three groups based on the mesenteric axis of the "coffee bean" on abdominal X-rays: Group 1: mesenteric axis 0-90°; Group 2: 90-135°; Group 3: >135°. Patient data was analyzed: age, sex, body mass index (BMI), ASA score, intestinal necrosis, need for surgery, 30-day hospital stay, and mortality rate. Out of 60 patients, 34 were included in group 1, 22 in group 2, and 4 in group 3. The average age of the patients was 48.8 ± 19.2 years. 37 patients are men and 23 patients are women. 39 patients had various co-morbidities. Twenty-seven patients underwent detorsion with an endoscopic and siphon hook, while 11 patients underwent resection without endoscopic intervention and Hartmann's operation. The AXIS classification has an important connection with intestinal necrosis and the need for surgery. Conclusion: The AXIS classification system is recommended as a factor used to predict the severity of sigmoid volvulus at early stages. However, further prospective studies with a large population are needed to further confirm this system

Key words: Sigmoid colon volvulus, dolichosigma, endoscopic detorsion, segmopexy, AXIS classification.

Кириш. Сигмасимон ичак тугилишининг рентгенологик белгиси бўлмиш “кофе дони” симптоми hozirda кўпчилик мутахассислар томонидан ушбу касалликнинг асосий ва ишончли белгиси сифатида қабул қилинмоқда (1-расм). Бундан ташқари, 2018 йилда япониялик тадқиқотчилар [1] ушбу рентгенологик белгини сигмасимон ичак буралиш даражасини тахминан аниқлашда қўллаш мумкин, деган ғояни илгари сурдилар. Шундан сўнг яна иккита мақолада [1,2] ушбу ёндашув мақсадга мувофиқ эканлиги тасдиқланди.

Бу тадқиқотларда сигмасимон ичакнинг буралиш даражасини рентгенологик тасвирларда баҳолашнинг AXIS таснифидан фойдаланилган бўлиб, унга кўра “кофе донаси” шаклидаги соя ўрта чизиғининг бурчагига қараб ичак буралишлари уч даражага бўлинган (2-расм):

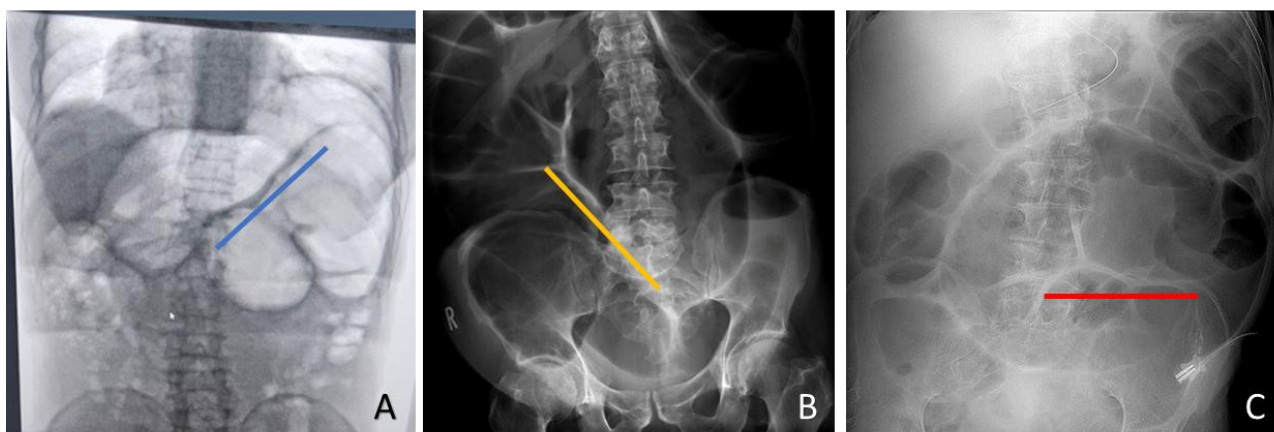
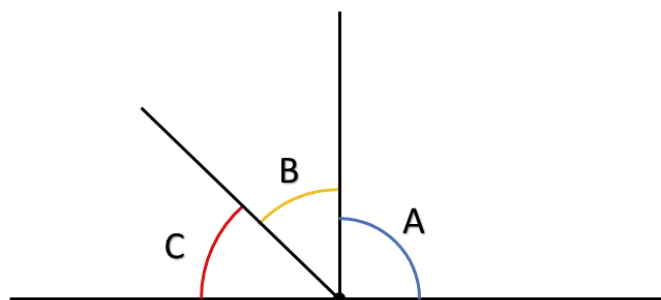
А гуруҳ – кофе донаси ўрта чизиғи чап томонга ўткир бурчак ($<90^\circ$) ҳосил қилган;

В гуруҳ – кофе донаси ўнг томонга бир оз ёнбошлаган ($90-135^\circ$);

С гуруҳ – кофе донаси ўрта чизиғи ўнг томонга ёнбошлаган ($>135^\circ$).



Расм 1. Сигмасимон ичак буралишининг рентгенологик белгиси бўлган “кофе донаси” симптоми



Расм 2. Сигмасимон ичак буралиш даражасининг рентгенологик AXIS таснифи: А гуруҳ – $<90^\circ$; В гуруҳ – $90-135^\circ$; С гуруҳ – $>135^\circ$

Жадвал 1. Сигмасимон ичак буралиш даражасининг рентгенологик AXIS таснифи билан касаллик клиник кечиши орасидаги ўзаро боғлиқлик, n=60, абс. (%)

	А гуруҳ, n=34	В гуруҳ, n=22	С гуруҳ, n=4
СИБнинг интраоперацион аниқланган буралиш даражаси, °			
<180	25 (73,5)	5 (22,7)	-
180-360	7 (20,6)	13 (59,1)	-
>360	2 (5,9)	4 (18,2)	4 (100)
Ичакнинг >360° буралиш нисбий хавфи			
Нисбий хавф (RR)	0.191	1.152	9.333
95% ишонч интервали (CI)	0.044-0.826	0.364-3.641	4.382-19.879
Сезгирлиги (Se)	0.200	0.400	0.400
Хослиги (Sp)	0.360	0.640	1.000
Ичак некрози бор	2 (5,9)	6 (27,3)	3 (75,0)
Ичак некрози йўқ	32 (94,1)	16 (72,7)	1 (25,0)
Нисбий хавф (RR)	0.170	2.073	5.250
95% ишонч интервали (CI)	0.040-0.720	0.715-6.009	2.232-12.350
Сезгирлиги (Se)	0.182	0.545	0.273
Хослиги (Sp)	0.347	0.673	0.980

Юқорида қайд қилинган учала мақола муаллифларининг фикрига кўра, AXIS таснифидан сигмасимон ичак буралиш даражасини ва касаллик кечиши оғирлигини прогноз қилишда фойдаланса бўлади. Лекин бу тадқиқотларда ушбу гипотезани асослаш учун текширилган беморлар сони чегараланган бўлиб, буралган ичак ковузлогининг морфологик ҳолатини баҳолашда кўпроқ клиник ва эндоскопик белгиларга таянилган. Прогностик жиҳатдан истиқболли туюлаётган ушбу назарияни яна бир бора чуқурроқ ўрганиш ва унинг асослилигини аниқлаш мақсадида ушбу диссертация тадқиқотида киритилган беморларнинг рентгенологик тасвирларини касаллик кечиши хусусиятлари ва интраоперацион топилма билан солиштирдик. Тадқиқотга киритилган жами 241 та бемордан 60 таси (24,9%)да қорин бўшлиғи аъзоларининг рентгенограммаси ва уларда хирургик амалиёт вақтида баҳоланган ичакнинг ҳолати ўзаро солиштирилди (1-жадвал).

Ушбу 60 нафар беморнинг 34 таси (56,7%)да СИБнинг рентгенологик кўриниши А гуруҳга, 22 нафари (36,7%)да В гуруҳга ва атиги 4 киши (6,7%)да С гуруҳга мансуб бўлган (1-жадвал).

А гуруҳдаги 34 нафар беморнинг кўпчилигида, яъни 25 таси (73,5%)да операция вақтида сигмасимон ичакнинг буралиш даражаси хирург томонидан 180 даражагача, деб баҳоланган. Нисбатан кам ҳолатларда ичак ўз ўқи атрофида 180 даражадан (7; 20,6%) ёки 360 даражадан (2; 5,9%) кўпроқ буралганлини аниқланган (1-жадвал).

Олинган маълумотлардан келиб чиқиб, СИБнинг AXIS таснифи бўйича С гуруҳининг рентгенологик белгиси ичак буралишининг энг хавфли (ичак некрозига тез олиб келувчи) тури ҳисобланмиш >360° даражага буралишларни башорат қила олишининг “нисбий хавф” (RR) кўрсаткичини ҳисоблаб чиқдик. Ушбу рентгенологик белги мавжуд бўлган 4 та беморларнинг барчасида операция вақтида сигмасимон ичакнинг ўз туткичи ўқи атрофида тўлиқ буралганлиги аниқланган бўлиб, бу симптом бор беморларда ичакнинг $\geq 360^\circ$ буралганлиги эҳтимоли бошқа беморларга нисбатан 9,3 баробар кўпроқ эканлигини (RR=9.333) ишончли равишда (95%

CI=4.382-19.879) кўрсатмоқда. Ушбу симптом сигмасимон ичак $\geq 360^\circ$ га буралганлигини кўрсатишидаги хослик даражаси (Sp) 100%ни ташкил қилди (1-жадвал).

Юқорида қайд қилган эдикки, сигмасимон ичак $\geq 360^\circ$ га буралганлиги таҳликали ҳолат бўлиб, буралган ичак ковузлогидидаги кон айланишнинг бузилишига олиб келади ва бу, ўз навбатида, бир неча соат ичида ичак некрози ривожланишига сабаб бўлади. Бизнинг кузатувларда AXIS таснифи бўйича С гуруҳга мансуб 4 та беморнинг 3 тасида операция вақтида ичак некрози аниқланган. Бу рентгенологик белгининг ичак некрозини башорат қилишдаги RR кўрсаткичи 5.250 ни (95% CI=2.232-12.350) ташкил қилиб, унинг хослиги (Sp) 100%га тенг бўлди (1-жадвал).

AXIS таснифи бўйича С гуруҳ сигмасимон ичак некрозининг рентгенологик белгиси бўлиб хизмат қилишини қуйида келтирилган клиник мисол ҳам тасдиқламоқда:

Клиник мисол №1. Бемор С.А., 87 ёшда, РШТЎИМга 2024 й. 2 октябрь санасида ТТЁ бригадаси томонидан олиб келинган.

Шикоятлари: қориннинг барча соҳаларидаги оғриқлар, кўнгил айниши, оғиз қуриши ва умумий ҳолсизлик.

Касаллик тарихи. Бемор ва фарзандларининг сўзларига кўра, ўзини бир суткадан бери ҳаста деб ҳисоблайди. Оғриқлар дастлаб қориннинг пастки қисмида (кўпроқ чапда) бошланган. Эртасига қориндаги оғриқлар кучайган, қориннинг дам бўлиши, оғиз қуриши кўшилиши, умумий ҳолсизлик кучайиб бориши сабабли 103 хизматига мурожаат қилишган ва ТТЁ бригадаси томонидан бемор бизнинг шифохонага олиб келинган. Бу каби оғриқлар беморни илк бора безовта қилмоқда. Қоринда хирургик амалиётлар ўтказмаган ва шикастланишларга чалинмаган.

Status praesens. Беморнинг шифохонага келгандаги умумий аҳволи оғир. Тана тузилиши тўғри, гиперстеник шаклда (бўйи – 168 см, оғирлиги – 110 кг, ТМЙ=38,9 кг/м² – семизлик 2 дар.). Беморнинг ҳушида, саволларга аниқ жавоб бермоқда, макон ва вақтни тўғри фарқламоқда. Периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Тери ва кўринар шиллик каватлари одатдаги рангда. Териси қуруқлашган,

тургори сусайган. Тана ҳарорати 36,6°C. Нафас олиши эркин, НОТ-19-20/дақ. Аускультацияда ўпкаларида везикуляр нафас. ЮУТ-100/дақ., ритмик. АҚБ-90/40 мм сим.уст. Юрак тонлари сусайган, ритмик. Тили курук, тупроқ рангли караш билан қопланган. Қорин шишган, асимметрик, нафас олишда равон иштирок этмокда. Пальпацияда қорин олд девори мушаклари таранглашган, барча соҳалари бўйича оғриқли. Жигар, ўт пуфаги, қора талок пайпасланмайди. Шчеткин-Блумберг симптоми қориннинг барча соҳаларида мусбат. Қорин бўшлиғида патологик ҳосилалар пайпасланмайди. Перкуссияда қориннинг қия соҳаларида тўмтоқлик йўқ. Аускультацияда ичаклар перисталтикаси суст эшитилмокда. Пастернацкий симптоми иккала томонда манфий. Ахлати кеча кечкурун кам порцияда келган, жигарранг тусда. Пешоб микдори камайган, ранги тўқлашган.

Умумий қон таҳлили: Нв-132 г/л, эр- $4,4 \times 10^{12}$ /л, F-0,90, лейко- $9,9 \times 10^9$ /л, т/я-2%, с/я-68%, лимф-27%, мон-3%, ЭЧТ-4 мм/с.

Қоннинг биокимёвий таҳлили: глюкоза-5,6 ммоль/л, мочевино-12,0 ммоль/л, креатинин-0,15 ммоль/л, билирубин умум.-30,7 мкмоль/л, боғланган-12,4 мкмоль/л, диастаза-224 U/л, К-6,1 ммоль/л, АЛТ-28 U/л, АСТ-30 U/л.

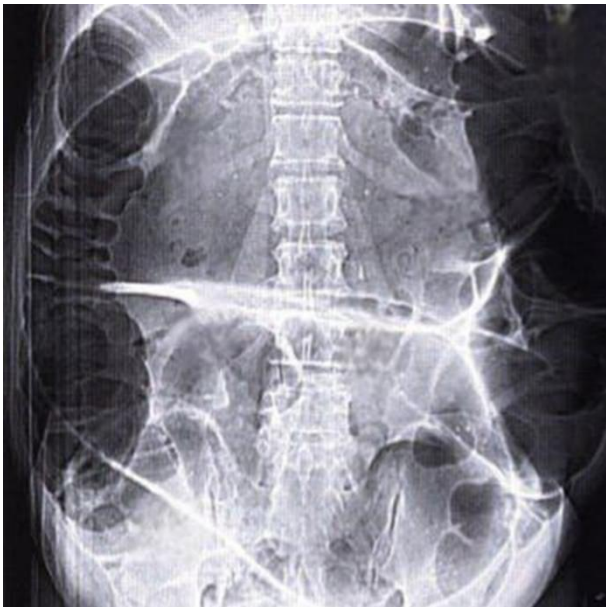
Коагулограмма: ПТИ-80%, МНО-1,52.

Кўкрак қафаси Ro-скопияси: ўпкаларда веноз димланиш ва кардилдилатация белгилари.

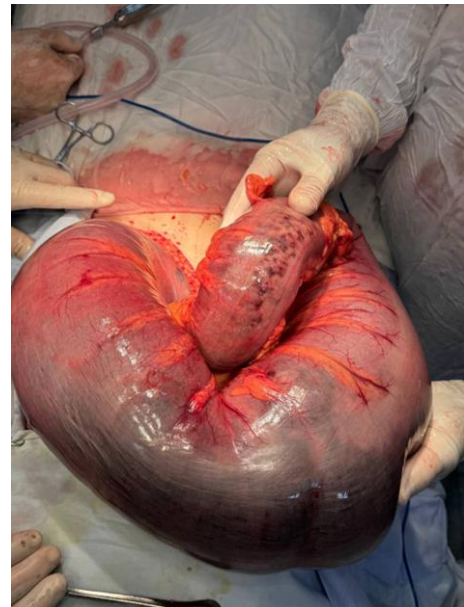
Қорин бўшлиғи аъзолари Ro-графияси: Сигмасимон ичак буралиши белгилари, АХИС таснифи бўйича С гуруҳ (2-расм).

УТГ: чамбар ичак бўйлаб кучли пневматоз белгилари.

Беморга «Сигмасимон ичак буралиши, АХИС таснифи бўйича С гуруҳ (ичак некрози)?» қўшимча: Семизлик 2-даражали» дастлабки диагноз қўйилди ва шошилиш равишида хирургик амалиёт бирламчи кенг лапаротомия ҳажмида бажариш зарур, деб топилди.



Расм 3. Қорин бўшлиғи аъзолари Ro-графияси: Сигмасимон ичак буралиши белгилари, АХИС таснифи бўйича С гуруҳ



Расм 4. Буралган сигмасимон ичакнинг интраоперацион кўриниши



Расм 5. Буралган сигмасимон ичакнинг олиб кетувчи қовузлоғидаги странгуляция эгачанинг кўриниши

Хирургик амалиёт баённомаси (2024 йил 2 октябрь, 05:40-09:35 соат): Лапаротомия, сигмасимон ичак резекцияси, бир оғизли десцендостома қўйиш, корин бўшлиғи санацияси ва найчалаш.

Умумий комбинациялашган оғриксизлантириш остида беморга ўрта-пастки ўрта лапаротомия 22 см кесимда бажарилди. Жароҳатга тўқ-жигарранг тусдаги кескин кенгайган йўғон ичак қовузлоғи келиб турибди. Ушбу қовузлоқ корин бўшлиғини деярли тўлиқ тўлдириб турганлиги сабабли абдоминал аъзоларни ревизия қилиш имкони йўқ. Қовузлоқ ташқарига чиқарилди ва сигмасимон ичак ўз ўқи атрофида 360°га айланганлиги қайд қилинди (3-расм). Бурилиш бартаараф қилинган, сигмасимон ичакнинг узунлиги 90 см эканлиги, диаметри 15-16 см.гача кенгайганлиги, деворлари таранглашиб, юққалашгани, тўқ қизғиш ва қорамтир рангда, тутқичи томирларидаги пульсация сақланганлиги ва ичак перистальтикаси йўқлиги (ичак атонияси) аниқланди. Бурилиш ўзагида странгуляция эгатча олиб келувчи қовузлоқда деярли қўринмайди, олиб кетувчи қовузлоқда эса ичакнинг ректосигмоид кисмида 1 см кенгликдаги кулранг-қизғиш қўринишга эга бўлиб (4-расм), бу ерда ичак девори кескин юққалашган, перистальтика ҳаракатлари йўқ. Йўғон ичакнинг олиб келувчи қовузлоғи 16 см.гача кенгайган, ранги ўзгармаган, томирлар пульсацияси ва ичак перистальтикаси сақланиб қолган. Йўғон ичакнинг олиб кетувчи қовузлоғи то тос диафрагмасига қадар 6-7 см.гача кенгайган, ранги ўзгармаган ва томирлар пульсацияси йўқолмаган. Ингичка ичак бутун узунлиги бўйлаб ўзгармаган.

Ингичка ичакнинг назоинтестинал интубацияси бажарилди, ичакдан 1 литргача қон аралаш ичак сакламаси ва қўп миқдорда газ аспирация қилинди. Ичаклар қовузлоқлари орасида 100-150 мл хиралашган сероз суюқлик мавжуд – бактериял экма олинди, қуритилди. Шундан сўнг қорин бўшлиғи аъзолари ревизияси давом эттирилди. Ингичка ва йўғон ичакнинг бутун узунлиги бўйлаб, паренхиматоз аъзоларда ўсма белгилари аниқланмади, ичак тутқичларининг лимфа тугунлари катталашмаган. Бошқа патологик ўзгаришлар аниқланмади.

Сигмасимон ичакнинг буралган сегментида некроз аъломатлари мавжудлигини инобатга олиб, беморга ичак резекцияси ва бир оғизли десцендостома қўйилди.

Операциядан кейинги давр кечиши нисбатан қониқарли, 5-кунги лапаротом жароҳатнинг йиринглаши кузатилди – маҳаллий даво чоралари натижасида тўлиқ тозаланди. Бемор операциядан сўнг 8-кунги қониқарли аҳволда уйига жавоб берилди.

Хулоса. Ушбу клиник мисолда сигмасимон ичак некрози операциядан аввал рентгенологик белгилари, яъни AXIS таснифи бўйича С гуруҳ буралиши белгилари бўйича тахмин қилинди ва бу симптом шифокорларга хирургик тактикани аниқлашда ҳал қилувчи роль ўйнади. Беморга шошилиш равишида лапаротомия бажарилди, ичак некрози интраоперацион тасдиқланди ва тегишли ҳажмдаги радикал операция бажарилди. Ичак буралишининг оғир асоратини эрта аниқлаш ва эрта хирургик йўл билан бартаараф қилиш

ушбу беморнинг тўлиқ тузалиб кетишида асосий мезон бўлди.

Адабиётлар:

1. Ishibashi R, Niikura R, Obana N, Fukuda S, Tsuboi M, Aoki T, Yoshida S, Yamada A, Hirata Y, Koike K. Prediction of the Clinical Outcomes of Sigmoid Volvulus by Abdominal X-Ray: AXIS Classification System. *Gastroenterol Res Pract.* 2018 Nov 15;2018:8493235. doi: 10.1155/2018/8493235. PMID: 30581464; PMCID: PMC6276422.
2. Kujur S., Meher R.K., Bhoi K., Swain P.K. et al. Predicting the Clinical Outcomes of Sigmoid Volvulus by Axis Classification //European Journal of Cardiovascular Medicine. – 2023. – Т. 13. – №. 1. – P. 1105-1109.
3. Mohamed A.A. Reliability of AXIS classification system for prediction of sigmoid volvulus severity //Indian Journal of Surgery. – 2020. – Т. 82. – №. 3. – С. 310-313.

КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СТЕПЕНИ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

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

Резюме. Целью данного исследования являлась оценка надежности классификационной системы AXIS при прогнозировании тяжести сигмасимонного поворота. Исследование представляет собой ретроспективное исследование, охватившее 60 пациентов с диагнозом сигмасимон кишечный поворот в больнице РНЦЭМП с 2014 по ноябрь 2024 года. Пациенты были разделены на три группы на основании мезентериальной оси "кофейные зерна" на рентгеновских снимках живота: 1-группа: мезентериальная ось 0-90°; 2-группа: 90-135°; 3-группа: >135°. Проанализированы данные пациентов: возраст, пол, индекс массы тела (ИМТ), кишечный некроз, необходимость хирургического лечения, 30-дневная летальность и госпитализация. Результаты: из 60 пациентов 34 были включены в 1-ю группу, 22 - во 2-ю группу и 4 - в 3-ю группу. Средний возраст больных составил 48,8 ± 19,2 лет. 37 больных мужчин, 23 больных женщин. У 39 пациентов были различные побочные заболевания. 27 больным проведена деторсия эндоскопической и сифонной хужной, 11 больным проведена резекция без эндоскопического вмешательства и операция Гартмана. Классификация AXIS имела важную связь с кишечным некрозом и хирургической необходимостью. Заключение: Система классификации AXIS рекомендуется в качестве фактора, используемого для прогнозирования тяжести сигмасимонного внутреннего поворота на ранних этапах. Однако для дальнейшего подтверждения этой системы необходимы дальнейшие перспективные исследования с большим количеством популяций.

Ключевые слова: Заворот сигмовидной кишки, долихосигма, эндоскопическая деторсия, сегмопексия, классификация AXIS.