



БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ



ISSN 3030-3877

DOI Journal 10.26739/3030-3877

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

3 ЖИЛД, 1/2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 3, НОМЕР 1/2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 3, ISSUE 1/2



ТОШКЕНТ-2026

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Sh. J. Teshayev

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharriri, Buxoro davlat tibbiyot instituti rektori, t.f.d., professor

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

D. A. Xasanova

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharrir o'rinbosari, Buxoro davlat tibbiyot instituti anatomiya va klinik anatomiya kafedrasida professori, DSc

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- **U.K. Abdullayeva** - “Klinik fanlar yilnomasi” jurnali mas'ul kotibi, Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va gospital terapiya, nefrologiya va gemodializ kafedrasida dotsenti, DSc;
- **M.J. Sanoyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrasida dotsenti, DSc
- **A.G. Gadayev** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 3-son ichki kasalliklar kafedrasida professori, t.f.d.
- **A.R. Obloqulov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **D.A. Nabiyeva** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 1-son fakultet va gospital terapiya, kasb kasalliklari kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **Sh.T. O'roqov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti xirurgik kasalliklar kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **M.M. Karimov** - Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi “Gastroenterologiya” ilmiy laboratoriyasi boshlig'i, t.f.d., professor
- **N.U. Narzullayev** - Buxoro davlat tibbiyot instituti otorinilaringologiya kafedrasida professori, DSc
- **G.N. Sobirova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi reabilitatsiya va jismoniy tarbiya kafedrasida professori, t.f.d.
- **F.S. Raupov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar xirurgik kasalliklari kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **Sh.B. Axrorova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, nevrologiya kafedrasida dotsenti, DSc.
- **V.R. Akramov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti travmatologiya va neyroxirurgiya kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **I.K. Sadulloeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar kasalliklari propedevtikasi va bolalar nevrologiyasi kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **M.K. Temirova** - Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Nevrologiya va bolalar nevrologiyasi, tibbiy genetika kafedrasida assistenti PhD

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

- **G.J. Jarilkasinova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti oilaviy shifokorlarni qayta tayyorlash kafedrasida professori, DSc
- **U.S. Mamedov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti onkologiya kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **A.A. Saidov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti ortopedik stomatologiya va ortodontiya kafedrasida professori DSc
- **N.N. Karimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **U.K. Qayumov** - tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini oshirish markazi ichki kasalliklar kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **M.E. Raximova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrasida dotsenti, t.f.d.
- **R.I. To'raqulov** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrasida professori, t.f.d.
- **Ch.S. Pavlov** - I.M. Sechenov nomidagi birinchi Moskva davlat tibbiyot universiteti terapiya kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **L.B. Novikova** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrasida professori, t.f.d.
- **O.I. Letyayeva** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrasida professori, t.f.d.
- **I.V. Reverchuk** - I.Kant nomidagi Boltiq federal universiteti psixonevrologiya va psixosomatika kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **Edip Gonullu** - Izmir Bakirchay universiteti anesteziya va reanimatsiya kafedrasida dotsenti, t.f.d.
- **Eva Lietto** - Italiya Campania universiteti “Luigi Vanvitelli”ning tarjima tibbiyot fanlari kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **G.S. Xodjiyeva** - Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot universitetining Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida dotsenti

Журнал включен в перечень ВАК национальных научных изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам постановлением № 369/6 от 5 апреля 2025 г.

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

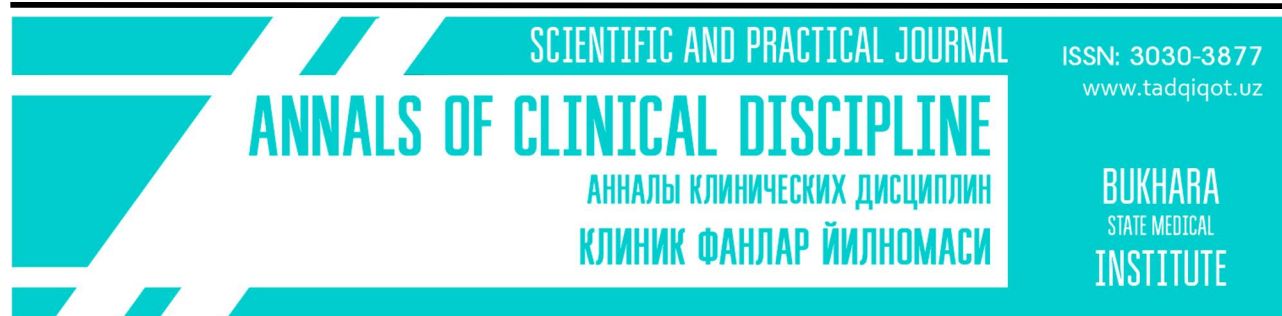
О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан № С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114, г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacad>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Ли М.С., Аликулова Х.И., Азимова К.И. Лекарственный паркинсонизм: клинические предикторы, дифференциальная диагностика, терапевтические алгоритмы.....	6
2. Маджидова Я.Н., Азимова Н.М., Низамходжаева Ш.Б. Сурункали мия ишемияси патогенези ва клиник кечишида гипергомоцистеинемиянинг роли.....	11
3. Мамаризаев Д.Ю., Эрдонова М.Г., Журакулова Г.Ж., Мардонов М.М. Кахексия ва резекция қилинадиган ошқозон саратонида масофавий реабилитация: ҳолатлар серияси.....	17
4. Муминова М.Т., Саидова С.Г., Муминов Р.Б. Болаларда ОИВ-инфекцияси фонидаги ўткир диареяларнинг этиологик тузилмаси.....	23
5. Нарзуллаев Н.У. Цитокиновый профиль больных с хроническом гнойным средним отитом.....	31
6. Нуриддинов У.А., Фаттахов Р.А. Оценка качества жизни пациентов с двусторонними передними вывихами суставного диска ВНЧС.....	36
7. Нурметова Ю.Б. Комплексная оценка качества лабораторных услуг: опыт Хорезмской области.....	42
8. Нурметова Ю.Б. Научное обоснование системы оценки качества лабораторно-диагностической службы Хорезмской области.....	49
9. Орифов С.С. Оценка показателей тональной надпороговой и речевой аудиометрии у больных двухсторонней сенсоневральной тугоухостью и метаболическим синдромом.....	55
10. Рахматова М.Р. Суяк тўқимасининг морфофункционал кўрсаткичларини комплекс баҳолаш методологияси.....	60
11. Сайфиддинов Ф.А., Азизова Ш.А. Ранняя диагностика открытоугольной глаукомы с использованием тонометра ICARE и тонометра Маклакова.....	66
12. Сапаев Д.А., Юнусов Р.Х. Сравнительная эффективность усовершенствованного интраоперационного комплекса профилактики осложнений кишечных стом.....	72
13. Сапаев О.Қ., Рўзматов И.Б., Дурдиев С.Х. Ўсмир ёшдаги болаларда варикоцеленинг клиник кечиш хусусиятлари.....	82
14. Тухтаева Н.Х., Бобожонов Х. Ҳозирги кунда юрак-қон томир тизими касалликларини ёшариш сабаблари.....	87

- 15. Уразметова Н.Ш., Каримова М.А.**
Менопаузагача даврда аёллар йўғон ичак меъерий микрофлораси ҳолатини баҳолаш.....93
- 16. Усманов Ш.У.**
Клинические аспекты дифференциальной диагностики мигрени и болевого синдрома, связанного с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава: экспертный обзор для амбулаторной практики (обзорная статья).....98
- 17. Хабилов Б.Н., Эрматова Ф.Р.**
Кристаллизации смешанной слюны при нарушении минерализации костной ткани.....103
- 18. Хасанова Н.О., Ахадов Ж.Ш.**
Спектр неврологических проявлений у детского контингента с сахарным диабетом 1 типа.....111
- 19. Хошимова М.О., Сулейманова Д.Н.**
Оценка показателей фолиевой кислоты у больных с гипертонической болезнью.....115
- 20. Хусейнова Г.Х.**
Енгил даражадаги орқа мия L₂ бел сатҳидаги жароҳатланишининг ўткир ва эрта даврларида уч ойлик оқ зотсиз каламуш буйракларининг морфологик кўрсаткичлари.....119
- 21. Хусейнова Г.Х.**
Ўртача оғир даражадаги орқа мия L₂ бел сатҳидаги жароҳатланишининг ўткирлашган ва ўткир даврларида уч ойлик оқ зотсиз каламуш буйракларининг морфологик кўрсаткичлари.....124
- 22. Шавази Н.Н., Олимжонова Ф.О.**
Комплексный анализ факторов риска антенатальной гибели плода и совершенствование профилактических мероприятий по снижению перинатальной смертности в Самаркандской области.....130
- 23. Шаева Р.Г.**
Анализ характеристики локальной гемодинамики области латеральных дефектов врождённых расщелин губы и нёба.....136
- 24. Шарипова Р.Г.**
Суяк кўмигида цитогенетик кўрсаткичларнинг тимэктомиядан кейинги динамикаси.....144
- 25. Абдурахимов З.А., Насирова Р.Р.**
Улучшение качества оказания профилактической сестринской помощи при внедрении медицинской информационной системы в медицинских учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь военнослужащим.....153
- 26. Маджидова Я.Н., Усманов С.А., Исамухамедова У.Р.**
Сравнительная оценка эффективности скрининговых методик М-CHAT-R и CARS.....161
- 27. Хусенова Н.Т., Маджидова Я.Н.**
Коррекция речевых нарушений у детей с autism spectrum disorder в условиях комплексной терапии с включением молекулярного водорода: динамика показателей у 57 пациентов.....171



УДК: 616.348-089.85-089.844 3.1.9-06-084


Сапаев Дилшад Аминович

Ургенчский государственный медицинский институт, Хорезм, Узбекистан
<https://orcid.org/0009-0009-8841-5924>

Юнусов Руслан Хайруллаевич

Ургенчский государственный медицинский институт, Хорезм, Узбекистан
<https://orcid.org/0009-0009-5032-4760>

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.19820029>

Резюме. Цель исследования: сравнить эффективность усовершенствованного интраоперационного комплекса профилактики осложнений кишечных стом со стандартной техникой стомирования у пациентов. **Материалы и методы:** проведено контролируемое сравнительное когортное исследование у 260 пациентов ≥ 18 лет, которым при открытых/лапароскопических вмешательствах на органах ЖКТ была сформирована илеоили колостома. **Результаты:** ретракция стомы до 30 суток встречалась реже в основной группе: 3,0% (4/132) против 9,4% (12/128), RR=0,32; p=0,040. Любые ранние стомальные осложнения: 18,9% против 35,2%, RR=0,54; p=0,003. Тяжелые осложнения (Clavien–Dindo \geq III): 2,3% против 8,6%, RR=0,26; p=0,028. **Заключение:** усовершенствованный интраоперационный комплекс является воспроизводимым и клинически эффективным способом снижения частоты ретракции и парастомальной грыжи по сравнению со стандартной техникой при умеренном увеличении времени этапа стомирования.

Ключевые слова: кишечная стома; колостома; илеостома; стомальные осложнения; ретракция стомы; парастомальная грыжа; профилактика; хирургическая техника.

Sapayev Dilshad Aminovich, Yunusov Ruslan Xayrullayevich
Urganch davlat tibbiyot instituti, Xorazm, O'zbekiston

ИЧАК СТОМАЛАРИ АСОРАТЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ УЧУН ТАКОМИЛЛАСHTИРИЛГАН ИНТРАОПЕРАТИВ КОМПЛЕКСНИНГ ҚИЙОСИЙ САМАРАДОРЛИГИ

Аннотация. Tadqiqot maqsadi: ichak stomasining asoratlarini oldini olish bo'yicha takomillashtirilgan intraoperativ kompleksning samaradorligini bemorlarda standart stoma qo'yish texnikasi bilan solishtirish. Materiallar va usullar: 260 nafar ≥ 18 yoshli bemorlarda nazorat ostida qiyosiy guruh tekshiruvini o'tkazildi, ular oshqozon-ichak tizimida ochiq/laparoskopik aralashuvlar natijasida ileo yoki kolostoma hosil bo'lgan. Natijalar: asosiy guruhda 30 kungacha stomiya retraksiyasi kamroq uchraydi: 3,0% (4/132) va 9,4% (12/128), RR=0,32; p=0,040. Har qanday erta

stomal asoratlar: 18,9% ga nisbatan 35,2%, RR=0,54; p=0,003. Og'ir asoratlar (Clavien–dindo \geq III): 2,3% va 8,6%, RR=0,26; p=0,028. Xulosa: kengaytirilgan intraoperativ kompleks-bu stomatsiya bosqichi vaqtining o'rtacha ko'payishi bilan standart texnikaga nisbatan retraksiya va parastomal churra chastotasini kamaytirishning takrorlanadigan va klinik jihatdan samarali usul hisoblanadi.

Kalit so'zlar: ichak stomasi; kolostoma; ileostoma; stomal asoratlar; stoma retraksiyasi tortib olish; parastomal churra; oldini olish; jarrohlik texnikasi.

Sapaev Dilshad Aminovich, Yunusov Ruslan Xayrullaevich
Urgench State Medical Institute, Khorezm, Uzbekistan

COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF AN IMPROVED INTRAOPERATIVE COMPLEX FOR PREVENTING COMPLICATIONS OF GASTROINTESTINAL STOMATES

Abstract. The purpose of the study: to compare the effectiveness of an improved intraoperative complex to prevent complications of intestinal stoma with the standard stoma insertion technique in patients. Materials and methods: a controlled comparative cohort study was conducted in 260 patients aged \geq 18 years who had an ileostomy or colostomy formed during open/laparoscopic gastrointestinal surgeries. Results: stoma retractions up to 30 days are less common in the main group: 3.0% (4/132) and 9.4% (12/128), RR=0.32; p=0.040. Any early stomal complications: 35.2% versus 18.9%, RR=0.54; p=0.003. Severe complications (Clavien–dindo \geq III): 2.3% and 8.6%, RR=0.26; p=0.028. Conclusion: an extended intraoperative complex is a repeatable and clinically effective method of reducing the frequency of retractions and parastomal hernia compared to the standard technique with an average increase in the time of the stoma stage.

Keywords: intestinal stoma; colostoma; ileostoma; stomal complications; stomal retraction; parastomal hernia; prevention; surgical technique.

Введение. Кишечная стома остаётся одной из ключевых «разобщающих» операций абдоминальной хирургии - вмешательством, которое часто спасает пациента в условиях опухолевой обтурации, перфорации, перитонита, тяжёлой кишечной непроходимости и иных ситуаций, когда одномоментное восстановление непрерывности кишки небезопасно или невозможно [1, 5, 8, 17]. Однако реальная ценность стомы определяется не только фактом её формирования, но и тем, насколько надёжно создан «стомальный канал» как будущая механическая система: стабильная, не деформируемая при внутрибрюшном давлении, не склонная к втяжению кишки и формированию парастомальных дефектов [6, 9, 17].

Несмотря на развитие технологий и стандартизацию этапов операции, частота стомальных осложнений в литературе по-прежнему остаётся высокой и вариабельной, что отражает неоднородность пациентов (экстренные/плановые вмешательства, онкология, воспалительные заболевания, нутритивная недостаточность, коморбидность) и существенные различия в технике формирования стомы [8, 10, 17]. В систематическом обзоре и метаанализе, посвящённом осложнениям кишечных стом, подчёркнуто влияние модифицируемых факторов, связанных именно с техникой формирования стомального канала и фасциального кольца [10]. Экстренный контекст дополнительно усиливает риск осложнений из-за отёка кишки, гипоперфузии тканей, контаминации и метаболических нарушений, что требует максимально «надёжной» интраоперационной профилактики уже на операционном столе [17, 22].

С клинической точки зрения наиболее значимыми осложнениями, напрямую связанными с механикой формирования стомы, остаются **ретракция** и **парастомальная грыжа**. Ретракция нарушает герметичность калоприёмника, провоцирует хроническое подтекание и воспалительные изменения кожи, увеличивает риск инфекционных осложнений и часто становится «пусковым механизмом» стойкой деформации стомального

канала [6, 8, 12]. Парастомальная грыжа, в свою очередь, рассматривается как одно из наиболее частых поздних осложнений, ухудшающее качество жизни и нередко приводящее к повторным операциям; поэтому стратегии профилактики парастомальной грыжи остаются в центре современной дискуссии [3, 13, 14, 17, 18].

В последние годы существенное внимание уделяется профилактической установке сетчатых имплантов при формировании стомы. Рандомизированные исследования и систематические обзоры показывают потенциальную эффективность сетчатой профилактики для снижения риска парастомальной грыжи у части пациентов, однако подчёркивают зависимость результата от позиции и типа сетки, дизайна исследования и критериев диагностики (клинических или КТ-подтверждённых), а также сохраняющиеся вопросы масштабируемости и применимости подхода в различных клинических условиях [13-15, 18]. В частности, в рандомизированном исследовании по применению воронкообразной внутрибрюшной сетки продемонстрирована перспективность метода в горизонте наблюдения, но необходимость дальнейшей валидации для разных популяций и организационных условий сохраняется [13]. В реальной практике сетчатая профилактика может быть ограничена ресурсами, контаминацией операционного поля, риском инфекционных осложнений и доступностью имплантов, что поддерживает интерес к техникам, не требующим дорогостоящих материалов [3, 14, 15, 17, 18].

Параллельно с «большими» механическими осложнениями остаётся актуальной проблема ранних тканевых нарушений в зоне стомы. Мукокутанное расхождение и перистомальные кожные осложнения являются одними из наиболее частых причин дискомфорта, снижения комплаентности, повторных обращений и госпитализаций [6-8]. Современные модели риска подтверждают роль нутритивных факторов (в том числе гипоальбуминемии), особенностей фиксации и состояния тканей в формировании мукокутанного расхождения, что дополнительно подчёркивает значимость профилактики на этапе формирования стомы и раннего послеоперационного ведения [7].

Отдельного упоминания заслуживают функциональные осложнения, особенно при илеостомии: высокообъёмная стома, дегидратация и электролитные нарушения остаются ведущими причинами ранних повторных обращений и продления реабилитации [19-21]. Систематические обзоры по осложнениям илеостомы подчёркивают, что профилактика осложнений требует как корректной хирургической «геометрии» стомы, так и стандартизированного послеоперационного маршрута наблюдения [19, 20].

Таким образом, в современной колопроктологии и абдоминальной хирургии прослеживаются две взаимодополняющие линии профилактики осложнений кишечных стом. Первая - организационно-клиническая (разметка места стомы, обучение, участие специалистов по стомоуходу и дистанционное сопровождение), эффективность которой активно изучается и уточняется, включая данные по телемедицинским вмешательствам [2, 4, 11, 16, 23]. Вторая - **интраоперационная**, где решающими являются: контроль диаметра фасциального кольца, профилактика натяжения и компрессии брыжейки, обеспечение стабильности кишечной петли и предупреждение деформации стомального канала [3, 6, 9, 17]. В этой логике особенно востребованы методы, которые одновременно:

1. формируют механически устойчивую архитектуру стомы без ишемии;
2. технически воспроизводимы;
3. не требуют имплантов и сложного оснащения;
4. применимы при экстренных вмешательствах и в условиях ограниченных ресурсов [6, 9, 17].

Следовательно, сравнительная клиническая оценка усовершенствованного интраоперационного комплекса профилактики осложнений кишечных стом (с акцентом на укрепление стомального канала и стабильную фиксацию кишечной петли) представляется обоснованной: она позволяет перейти от «описания техники» к доказательству практического выигрыша по целевым исходам - прежде всего ретракции и парастомальной

грыже - в реальной структуре плановой и экстренной абдоминальной хирургии [3, 7, 10, 17, 22].

Цель исследования: сравнить эффективность усовершенствованного интраоперационного комплекса профилактики осложнений кишечных стом со стандартной техникой стомирования у пациентов, оперированных в 2022–2025 гг.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили результаты хирургического лечения пациентов ≥ 18 лет, которым в 2022–2025 гг. в хирургических стационарах Хорезмская область выполнялись открытые или лапароскопические вмешательства на органах ЖКТ с завершением операции формированием илео- или колостомы (петлевой либо концевой). Исследование носило контролируемый сравнительный (когортный) характер и включало две сопоставимые группы, различавшиеся применённой интраоперационной техникой формирования стомы. В основную группу вошли больные, у которых использовали усовершенствованный интраоперационный комплекс профилактики осложнений: формирование стомального канала с послойным укреплением и 8-образной апоневротической фиксацией выводимой кишечной петли к апоневрозу с обязательным контролем перфузии и отсутствия компрессии/перегиба. Группу сравнения составили пациенты того же периода и клинической базы, у которых стома формировалась стандартным способом без указанных элементов комплекса; отбор выполняли по принципу «подряд» с обеспечением сопоставимости по ключевым признакам (характер операции - плановая/экстренная, тип стомы, ведущая причина стомирования), а различия дополнительно учитывали при статистической коррекции.

В анализ включали случаи с достаточным объёмом документации для оценки исходов раннего периода; исключали наблюдения при отсутствии ключевых данных или невозможности контроля в ближайшем послеоперационном периоде. Для каждого пациента фиксировали возраст и пол, ИМТ и наличие ожирения, сахарный диабет, при наличии - показатели нутритивного статуса (альбумин/общий белок), характер операции (плановая/экстренная), доступ (лапаротомия/лапароскопия), тип и конфигурацию стомы, а также операционные параметры, отражающие выполнимость техники (время этапа стомирования, технические трудности, вынужденные модификации с целью сохранения перфузии). Ранние исходы оценивали в течение 30 суток: первичной конечной точкой считали ретракцию стомы; вторично анализировали любые стомальные осложнения и их структуру, потребность в повторных вмешательствах и тяжесть по Clavien–Dindo. Отдалённые механические осложнения (прежде всего парастомальная грыжа, а также пролапс и стеноз) оценивали при доступном сроке наблюдения, с указанием доли пациентов с follow-up и медианы наблюдения.

Статистическую обработку выполняли методами описательной и сравнительной статистики: качественные показатели представляли как n (%), количественные - как $M \pm SD$ или Me [IQR] в зависимости от распределения. Для сравнения долей использовали χ^2 -критерий или точный критерий Фишера, для количественных показателей - параметрические или непараметрические тесты по типу распределения; величину эффекта выражали через RR/OR с 95% доверительным интервалом. Для оценки независимого влияния применения комплекса (комплекс vs стандарт) с учётом смешивающих факторов применяли многофакторную логистическую регрессию с включением клинически значимых ковариат (экстренность, тип стомы, ИМТ ≥ 30 , диабет, доступ, нутритивные показатели при наличии); статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. В исследование включено 260 пациентов, которым в 2022–2025 гг. при абдоминальных вмешательствах на органах ЖКТ была сформирована кишечная стома. Основная группа: 132 пациента (усовершенствованный комплекс). Группа сравнения: 128 пациентов (стандартная техника). Ранние исходы (до 30 суток) оценены у всех пациентов. Отдалённые исходы были доступны у 102 (77,3%) пациентов основной группы и у 96 (75,0%) пациентов группы сравнения; медиана наблюдения составила 11 и 10 месяцев соответственно.

Исследование показывает, что группы **сопоставимы** по базовым параметрам, и это принципиально важно: различия исходов далее можно интерпретировать как преимущественно связанные с техникой, а не с исходной “тяжестью” пациентов.

По возрасту различие минимальное (58,4 против 59,1 года), то есть менее 1 года. Доля мужчин практически одинаковая (61,4% и 60,2%), различие - 1,2 процентного пункта. Ожирение встречалось почти одинаково (28,0% и 28,9%), а диабет - 18,9% и 20,3% (разница 1,4 п.п.). Нутритивные нарушения (гипоальбуминемия/гипопротеинемия) также были близки (27,3% и 26,6%).

Особенно важно, что клинический контекст операции был сопоставим: экстренные вмешательства составили 56,8% и 55,5% (разница 1,3 п.п.), частота илеостом - 37,9% и 40,6% (разница 2,7 п.п.), а доля концевых стом - 53,8% и 52,3% (разница 1,5 п.п.). По ведущей патологии (колоректальный рак, перфорация/перитонит) группы также практически совпали (табл. 1).

Таблица 1

Исходные характеристики пациентов (сопоставимость групп)

Показатель	Основная группа (n=132)	Группа сравнения (n=128)	p
Возраст, лет (M±SD)	58,4 ± 13,2	59,1 ± 12,9	0,666
Мужчины, n (%)	81 (61,4)	77 (60,2)	0,842
Ожирение (ИМТ ≥30), n (%)	37 (28,0)	37 (28,9)	0,876
Сахарный диабет, n (%)	25 (18,9)	26 (20,3)	0,780
Гипоальбуминемия/ гипопротеинемия, n (%)	36 (27,3)	34 (26,6)	0,897
Экстренные операции, n (%)	75 (56,8)	71 (55,5)	0,826
Илеостома, n (%)	50 (37,9)	52 (40,6)	0,650
Концевая стома, n (%)	71 (53,8)	67 (52,3)	0,816
Основная патология: колоректальный рак, n (%)	52 (39,4)	49 (38,3)	0,854
Перфорация/перитонит, n (%)	26 (19,7)	25 (19,5)	0,973

По исходным клиничко-демографическим и операционно-клиническим параметрам статистически значимых различий между группами не выявлено ($p>0,05$), что позволяет корректно интерпретировать различия исходов как связанные преимущественно с применённой техникой формирования стомы.

Полученные результаты отвечают на практический вопрос хирурга: **во что обходится метод** с точки зрения операционного времени и безопасности, и не приносит ли он дополнительных интраоперационных проблем.

Доля лапароскопических вмешательств была близкой (22,0% против 20,3%), что исключает эффект “разного доступа” как объяснение исходов. Усовершенствованный комплекс увеличивал длительность этапа стомирования с 16,8 до 19,2 минут, то есть на 2,4 минуты. В относительных величинах это примерно +14% к времени данного этапа — умеренная цена за потенциальный выигрыш по осложнениям. При этом кровопотеря на этапе не увеличивалась (18 мл против 19 мл), то есть метод **не делал этап более травматичным**.

Частота вынужденных интраоперационных корректировок по контролю перфузии/компрессии была сопоставимой (3,0% и 3,9%), что означает: метод управляем и не “ломается” в реальной хирургии. На уровне лечения в целом отмечено снижение длительности госпитализации (11,4 против 12,8 суток), то есть на 1,4 суток - это примерно -11% и клинически значимый организационный эффект (табл. 2).

Таблица 2

Операционные показатели и течение госпитализации

Показатель	Основная группа (n=132)	Группа сравнения (n=128)	p
Лапароскопический доступ, n (%)	29 (22,0)	26 (20,3)	0,744
Время этапа стомирования, мин (M±SD)	19,2 ± 5,4	16,8 ± 5,1	<0,001
Кровопотеря на этапе стомирования, мл (M±SD)	18 ± 12	19 ± 13	0,540

Вынужденная интраоперационная коррекция по контролю перфузии/компрессии, n (%)	4 (3,0)	5 (3,9)	0,690
Длительность госпитализации, дни (M±SD)	11,4 ± 4,7	12,8 ± 5,1	0,022

Усовершенствованный комплекс сопровождался умеренным увеличением времени этапа стомирования примерно на 2–3 минуты без роста кровопотери и без увеличения частоты интраоперационных корректировок. При этом общая длительность госпитализации была статистически ниже в основной группе.

Центральная для доказательства эффективности, потому что в ней сравниваются первичная конечная точка и “тяжёлые” маркеры качества результата.

Ретракция стомы: 3,0% в основной группе против 9,4% в контрольной. Это означает:

- абсолютное снижение риска на **6,4 процентного пункта**;
- относительное снижение примерно на **68%**;
- частота ретракции стала **примерно в 3,1 раза ниже**;
- RR=0,32, то есть риск в основной группе составил около одной трети от риска стандарта.

стандарта.

Любое раннее стомальное осложнение: 18,9% против 35,2%.

Это:

- абсолютное снижение на **16,3 п.п.**;
- относительное снижение примерно на **46%**;
- осложнения встречались **в 1,9 раза реже** в основной группе.

Повторные вмешательства по поводу стомы: 2,3% против 7,8%.

Это:

- снижение на **5,5 п.п.**;
- частота повторных вмешательств **примерно в 3,4 раза ниже**, то есть метод не просто “красивый”, а реально снижает необходимость вторичной хирургии.

Тяжёлые осложнения (Clavien–Dindo ≥III): 2,3% против 8,6%.

Это:

- абсолютное снижение на **6,3 п.п.**;
- тяжёлые осложнения встречались **примерно в 3,7 раза реже**;
- RR=0,26 — то есть риск тяжёлых осложнений на фоне комплекса составлял около четверти от стандартного.

Клинически удобная интерпретация через NNT:

- чтобы предотвратить 1 ретракцию, достаточно применить метод примерно у **16 пациентов**;
- чтобы предотвратить 1 любое раннее осложнение — примерно у **6 пациентов** (табл. 3).

Таблица 3

Ключевые исходы до 30 суток: сравнение групп (эффект и значимость)

Исход	Основная группа (n=132)	Группа сравнения (n=128)	RR (95% ДИ)	p
Ретракция стомы	4 (3,0%)	12 (9,4%)	0,32 (0,11–0,98)	0,040
Любое раннее стомальное осложнение (≥1/пациента)	25 (18,9%)	45 (35,2%)	0,54 (0,35–0,82)	0,003
Повторное вмешательство по поводу стомы	3 (2,3%)	10 (7,8%)	0,29 (0,08–1,03)	0,048
Тяжёлые осложнения (Clavien–Dindo ≥III)	3 (2,3%)	11 (8,6%)	0,26 (0,08–0,93)	0,028

Дополнительно рассчитаны клинически наглядные показатели:

- Абсолютное снижение риска ретракции: 6,3%. Число пациентов, которых необходимо прооперировать по новой методике для предотвращения 1 ретракции (NNT): ≈16.

- Абсолютное снижение риска «любого раннего осложнения»: 16,2%. NNT: ≈6.

В исследовании раскрывается, **за счёт каких компонентов** складывается выигрыш. Здесь важно видеть не только “суммарно меньше”, но и **какие осложнения снижаются сильнее всего**.

Наиболее показательное снижение осложнений, связанных с устойчивостью стомы и тканевой фиксацией:

- **Мукокутанное расхождение:** 5,3% против 12,5%. Это снижение на 7,2 п.п., частота стала **примерно в 2,4 раза ниже**.
- **Ишемия/некроз:** 1,5% против 4,7% (в 3 раза ниже), хотя по статистике различие может не достигать значимости из-за редкости события.
- **Кровотечение:** 2,3% против 5,5% (примерно в 2,4 раза ниже).
- **Парастомальная инфекция/абсцесс:** 2,3% против 4,7% (в 2 раза ниже).

Кожные осложнения (дерматит/мацерация) остаются частыми в обеих группах, но и здесь тенденция к снижению заметна: 14,4% против 22,7% (на 8,3 п.п. меньше; **примерно в 1,6 раза ниже**). Это подчёркивает, что даже идеальная механика стомы всё равно требует правильного ухода, но улучшенная фиксация уменьшает условия для подтекания и раздражения.

Обструкция на уровне стомы: 3,0% против 6,3% (примерно в 2,1 раза ниже) (табл. 4).

Таблица 4

Ранние стомальные осложнения (до 30 суток)
(Возможна регистрация более одного осложнения у пациента.)

Осложнение	Основная группа (n=132)	Группа сравнения (n=128)	p
Мукокутанное расхождение	7 (5,3%)	16 (12,5%)	0,050
Ишемия/некроз стомы	2 (1,5%)	6 (4,7%)	0,167
Кровотечение, требующее лечения	3 (2,3%)	7 (5,5%)	0,211
Парастомальная инфекция/абсцесс	3 (2,3%)	6 (4,7%)	0,328
Перистомальный дерматит/мацерация (требовали лечения)	19 (14,4%)	29 (22,7%)	0,110
Обструкция на уровне стомы	4 (3,0%)	8 (6,3%)	0,249

Полученные результаты демонстрирует, что выигрыш комплекса сохраняется не только в раннем периоде, но и в отдалённой перспективе - именно там, где проявляются механические дефекты стомального канала.

Парастомальная грыжа: 7,8% в основной группе против 19,8% в контрольной. Это означает:

- абсолютное снижение на **12,0 п.п.**;
- относительное снижение примерно на **60%**;
- грыжа встречалась **примерно в 2,5 раза реже**;
- RR=0,40 - риск снижен до 40% от стандартного.

Клинически значимая грыжа, потребовавшая операции, встречалась реже (2,0% против 7,3%), то есть **примерно в 3,6 раза ниже**, но при небольшом числе событий статистическая значимость может быть “на грани”. Тем не менее сама направленность эффекта полностью согласуется с механизмом метода.

Пролапс и поздний стеноз также реже в основной группе (примерно в 2 раза), а хронические кожные осложнения в отдалённом периоде снижены почти вдвое (11,8% против 22,9%). В сумме это отражает: комплекс улучшает не только “вид” стомы, но и долгосрочную стабильность её канала и ухода (табл. 5).

Таблица 5

Отдалённые осложнения при доступном наблюдении

Осложнение	Основная группа (n=102)	Группа сравнения (n=96)	RR (95% ДИ)	p

Парастомальная грыжа	8 (7,8%)	19 (19,8%)	0,40 (0,18–0,86)	0,021
Грыжа, потребовавшая операции	2 (2,0%)	7 (7,3%)	0,27 (0,06–1,26)	0,093
Пролапс	4 (3,9%)	8 (8,3%)	0,47 (0,15–1,51)	0,240
Поздний стеноз/стойкая деформация	3 (2,9%)	7 (7,3%)	0,40 (0,11–1,52)	0,203
Хронические кожные осложнения перистомальной зоны	12 (11,8%)	22 (22,9%)	0,51 (0,27–0,98)	0,040
Повторные вмешательства, связанные со стомой (поздно)	4 (3,9%)	10 (10,4%)	0,38 (0,12–1,16)	0,097

По ретракции применение комплекса ассоциировано с $OR_{adj}=0,28$. Это означает: при прочих равных вероятность ретракции у пациентов основной группы примерно на 72% ниже. Экстренная операция увеличивала риск ретракции ($OR_{adj}\approx 2,6$), то есть ретракция у экстренных больных встречается примерно в 2,6 раза чаще, что клинически ожидаемо и подтверждает адекватность модели.

По парастомальной грыже комплекс также показал независимый защитный эффект ($OR_{adj}=0,35$): вероятность грыжи при прочих равных примерно на 65% ниже. Самым сильным независимым фактором риска грыжи оказалось ожирение ($OR_{adj}\approx 3,1$), то есть при $ИМТ\geq 30$ риск грыжи возрастает примерно в 3 раза, даже при хорошем выполнении техники. Это важная практическая информация: именно у пациентов с ожирением метод особенно нужен, но и требования к геометрии канала и контролю фиксации должны быть максимальными (табл. 6).

Таблица 6

Многофакторная логистическая регрессия: независимые предикторы целевых исходов

Переменная	Ретракция ≤ 30 суток: OR_{adj} (95% ДИ), p	Парастомальная грыжа: OR_{adj} (95% ДИ), p
Усовершенствованный комплекс (vs стандарт)	0,28 (0,09–0,90), p=0,032	0,35 (0,14–0,86), p=0,022
Экстренная операция	2,60 (1,05–6,80), p=0,041	1,30 (0,55–3,20), p=0,520
Ожирение ($ИМТ\geq 30$)	1,80 (0,70–4,70), p=0,220	3,10 (1,35–7,10), p=0,006
Илеостома (vs колостома)	1,40 (0,55–3,60), p=0,480	0,90 (0,35–2,20), p=0,820
Диабет	1,30 (0,50–3,40), p=0,590	1,20 (0,50–3,00), p=0,670

Обсуждение. Главный результат исследования заключается в том, что усовершенствованный интраоперационный комплекс формирования кишечной стомы обеспечивает статистически и клинически значимое снижение двух наиболее критичных механических осложнений: ретракции в раннем периоде и парастомальной грыжи в отдалённые сроки. На языке практики это выглядит особенно убедительно: приблизительно у каждого 16-го пациента предотвращается ретракция, а у каждого 9-го — формирование парастомальной грыжи, при сохранении приемлемой «цены» технологии (увеличение времени этапа стомирования на несколько минут без роста кровопотери).

Механистически полученный эффект логично объясняется двумя опорными компонентами методики. Во-первых, послойное укрепление стомального канала стабилизирует фасциальное кольцо и снижает вероятность его вторичной деформации, а значит уменьшает условия для постепенного расширения и формирования грыжевого дефекта. Во-вторых, 8-образная апоневротическая фиксация формирует устойчивую механическую «якорную» поддержку выводимой петли кишки: в ситуациях отёка, натяжения брыжейки и нестабильной тканевой репарации это уменьшает риск смещения кишки внутрь и возникновения ретракции. На этом фоне особенно закономерно, что эффект методики концентрируется именно на механических исходах, а функциональные осложнения (например, высокая продукция илеостомы) в большей степени отражают физиологию тонкокишечной стомы и общий тяжёлый фон, а не геометрию фасциального кольца.

Отдельного акцента требует выявленная роль ожирения как независимого предиктора парастомальной грыжи. Даже при улучшенной технике избыточная толщина брюшной

стенки и повышенное внутрибрюшное давление сохраняют давление на зону стомы, поэтому у пациентов с ИМТ ≥ 30 критически важны: строго контролируемый диаметр фасциального кольца, безусловное исключение натяжения и педантичный контроль перфузии после фиксации. Таким образом, методика не отменяет клиническое мышление, но делает его результаты более предсказуемыми.

Ограничения работы типичны для клинического сравнительного исследования: отсутствие рандомизации, неполное отдалённое наблюдение у части пациентов и зависимость поздних исходов от длительности follow-up. Тем не менее сопоставимость групп по исходным параметрам, выраженность эффекта по ключевым конечным точкам и сохранение значимости после многофакторной коррекции формируют прочное основание для вывода о клинической эффективности комплекса. Следующим этапом логично провести проспективное контролируемое исследование с унифицированной оценкой качества жизни и стандартизированной инструментальной верификацией парастомальной грыжи, а также с расширением горизонта наблюдения.

Выводы.

1. Усовершенствованный интраоперационный комплекс обеспечил выраженное снижение **ретракции стомы в первые 30 суток: 3,0%** в основной группе против **9,4%** в группе сравнения, то есть **в 3,1 раза реже** (RR=0,32), с абсолютным снижением риска на **6,4 п.п.**; клинически это соответствует **NNT \approx 16** (чтобы предотвратить 1 ретракцию).

2. Методика улучшила “качество исхода” не только по частоте, но и по тяжести: доля **тяжёлых осложнений (Clavien–Dindo \geq III)** снизилась с **8,6%** до **2,3%**, то есть **в 3,7 раза реже** (RR=0,26). Частота **повторных вмешательств по поводу стомы** также была ниже: **2,3%** против **7,8%** (примерно **в 3,4 раза меньше**).

3. Методика оказалась технологически приемлемой для реальной практики: время этапа стомирования увеличивалось умеренно (**19,2 \pm 5,4** мин против **16,8 \pm 5,1** мин, +2,4 мин), при этом кровопотеря на этапе не возрастала, а средняя длительность госпитализации была ниже (**11,4 \pm 4,7** против **12,8 \pm 5,1** суток; **-1,4** суток). Многофакторный анализ подтвердил независимый защитный эффект комплекса: вероятность ретракции снижалась примерно на **72%** (ORadj=0,28), а парастомальной грыжи - примерно на **65%** (ORadj=0,35); при этом ожирение повышало риск грыжи примерно **в 3,1 раза** (ORadj=3,10).

Список литературы:

1. Исмаилов, С. И., Бабажанов, А. С., Оразалиев, Г. Б., Байбеков, Р. Р., & Сапаев, Д. Ш. (2024). Анализ качества жизни пациентов после хирургических операций в аспекте риска развития спаечной кишечной непроходимости. In SPIN (Vol. 1278, p. 9812).
2. Akilov, K. A., Rustamov, A. E., Sapaev, D. Sh. (2023). Evaluation of the effectiveness of a new method of surgical treatment of rectal prolapse. Grekov's Bulletin of Surgery, 182(3), 47–53. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2023-182-3-47-53>
3. Antoniou SA. Parastomal Hernia Prevention Guidelines: Methodology and Limitations. J Abdom Wall Surg. 2025;4:15202. doi:10.3389/jaws.2025.15202. (PMC)
4. Ataullaevich, A. K., Khasanovich, B. A., Abrarovich, S. R., Eshmurodovich, R. A., Bazarbaevich, O. G., Sultanbaevich, B. A., Radjabovich, Y. F., & Shukhratovich, S. D. (2023). A new method of surgical treatment of rectal prolapse. Migration Letters, 20(S8), 1512–1519. <https://doi.org/10.59670/ml.v20iS8.6111>
5. Aubert M, Buscail E, Duchalais E, et al. Management of adult intestinal stomas: The 2023 French guidelines. J Visc Surg. 2024;161:118–140. (SFCD)
6. Ayik C, et al. Risk factors for early ostomy complications in emergency and elective colorectal surgery: a retrospective cohort study. 2024. (SAGE Journals)
7. Ba MQ, et al. Construction of a nomogram prediction model for early postoperative stoma complications. 2025. (PMC)

8. Babakhanlou R, Larkin K, Hita AG, et al. Stoma-related complications and emergencies. *Int J Emerg Med.* 2022;15:17. doi:10.1186/s12245-022-00421-9. (PubMed)
9. Chen N, Zhang J, Wang L, et al. Stoma related complications: a registry study based on a prospective registration system. 2025. (PMC)
10. Dellafiore F, Caruso R, Bonavina L, et al. Risk factors and pooled incidence of intestinal stoma complications: systematic review and meta-analysis. *Curr Med Res Opin.* 2022;38(7):1103–1113. doi:10.1080/03007995.2022.2081455. (iris.unilink.it)
11. Kim S, et al. Examining the impact of telehealth stoma care interventions: systematic review and meta-analysis of RCTs. 2025. (PubMed)
12. Liu Y, Li H, Wu JJ, Ye JH. Risk factors and risk prediction model for mucocutaneous separation in enterostomy patients: a single center experience. *World J Clin Cases.* 2024;12(33):6620–6628. doi:10.12998/wjcc.v12.i33.6620. (PubMed)
13. Mäkäräinen E, Wiik H, Nikberg M, et al. Parastomal Hernia Prevention Using Funnel-Shaped Intra-Abdominal Mesh Compared to No Mesh: The Chimney Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2024;159(11):1244–1250. doi:10.1001/jamasurg.2024.3260. (PMC)
14. Martín-Arévalo J, et al. Comparing the effectiveness of prophylactic strategies for parastomal hernia prevention: a network meta-analysis. 2025. (PMC)
15. McKechnie T, et al. Prophylactic mesh for prevention of parastomal hernia following end colostomy: updated systematic review and meta-analysis of RCTs. 2021. (PubMed)
16. Nozawa H, et al. Preoperative stoma site marking reduces postoperative complications. 2024. (SAGE Journals)
17. Parini D, Bondurri A, Ferrara F, et al. Surgical management of ostomy complications: a MISSTO–WSES mapping review. *World J Emerg Surg.* 2023;18:48. doi:10.1186/s13017-023-00516-5. (PubMed)
18. Pompeu BF, et al. Prophylactic funnel mesh for preventing parastomal hernia in patients with permanent end stoma: systematic review and meta-analysis. *Hernia.* 2025. (PubMed)
19. Santos FDCGG, et al. Ileostomy: Early and Late Complications. *J Coloproctol.* 2024. (scielo.br)
20. Solitano V, et al. Management of complications in patients with an ileostomy: an umbrella review of systematic reviews for the EndOTrial Consortium. *Int J Colorectal Dis.* 2024;39:147. doi:10.1007/s00384-024-04714-8. (PubMed)
21. Vogel I, et al. Prevalence of readmission related to dehydration after the creation of an ileostomy: systematic review and meta-analysis. 2022. (Springer Nature)
22. Watanabe J, Sasabuchi Y, Ohbe H, et al. Impact of preoperative stoma site marking on morbidity and mortality in patients with colorectal perforation: a nationwide retrospective cohort study. *World J Surg.* 2023;47(11):2857–2864. (PubMed)
23. Zhang Y, et al. Preoperative virtual stoma site marking in colorectal surgery: telemedicine-based solution. 2026. (Springer Nature)

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году
Бухарским государственным
медицинским институтом
Выходит один раз в 3 месяца
Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт