



М.М. МИРЗАХМЕДОВ, М.А. АХМЕДОВ

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ташкентская медицинская академия Республики Узбекистан, г. Ташкент,  
Республика Узбекистан

**Цель.** Улучшение результатов хирургического лечения болезни Крона толстой кишки путем применения современных методов диагностики и адекватной хирургической тактики.

**Материал и методы.** В исследование включены 84 пациента, которым проведены консервативное и оперативное лечение в проктологическом отделении 1 Республиканской клинической больницы МЗ РУз. за период с 2010 по 2022 год по поводу болезни Крона толстой кишки. Из них мужчин было 53 (63%), женщин – 31 (37%). Возраст больных колебался от 15 до 61 года. Средний возраст составил 37,1±1,2 года.

**Результаты.** Показаниями к операции при болезни Крона толстой кишки являются тотальное поражение воспалительно-язвенным процессом, наличие кишечных и внекишечных осложнений, неэффективность консервативной терапии и прогрессирование заболевания.

**Заключение.** Операцией выбора при болезни Крона толстой кишки является тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением илеоректального анастомоза с помощью циркулярных сшивающих аппаратов. Применение циркулярных сшивающих аппаратов в создании илеоректальных анастомозов сокращает продолжительность операции на 30±2,5 мин, уменьшается частота развития послеоперационных осложнений до 12,7%.

**Ключевые слова:** болезнь Крона, гранулематозный колит, трансмуральный гранулематоз, терминальный илеит

**Objective.** To improve the results of surgical treatment of Crohn's disease of the colon by applying the modern diagnostic methods and adequate surgical tactics.

**Methods.** The study included 84 patients who underwent conservative and surgical treatment in the proctological department of the 1<sup>st</sup> Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. for the period from 2010 to 2022 for Crohn's disease of the colon. 53 patients (63%) were men, 31 (37%) women. The age of the patients ranged from 15 to 61 years. The average age was 37.1±1.2 years.

**Results.** Indications for surgery for Crohn's disease of the colon are a total lesion of the inflammatory-ulcerative process, the presence of intestinal and extra-intestinal complications, the ineffectiveness of conservative therapy and the progression of the disease.

**Keywords:** *intestinal fistulas, fistulography, irrigation, ileostomy, closure of the fistula*

Novosti Khirurgii. 2024 Jan-Feb; Vol 32 (1): 46-51  
Surgical Tactics for Crohn's Disease of the Colon  
M.M. Mirzakhmedov, M.A. Akhmedov

The articles published under CC BY NC-ND license



### Введение

Болезнь Крона – хроническое воспалительное заболевание кишечника с трансмуральным характером поражения, преимущественно поражающее дистальную часть подвздошной и толстой кишки, при котором также может быть поражен любой отдел желудочно-кишечного тракта [1, 5, 8, 12, 13].

Распространенность заболевания в мире колеблется от 30 до 50 на 100000 населения [2, 5, 7]. Поражение толстой кишки наблюдается примерно в 20% всех случаев болезни Крона, а тотальное поражение встречается в 15% случаев.

Несмотря на внедрение новых схем консервативного лечения неспецифических воспалительно-язвенных заболеваний кишечника, у 20-30% больных язвенным колитом и у 50-60% больных с болезнью Крона в течение жизни возникают показания к хирургическому

лечению [2, 3]. Поэтому в настоящее время вопросы хирургического лечения воспалительно-язвенных заболеваний толстой кишки все больше привлекают внимание хирургов. Это объясняется не только увеличением количества случаев заболеваний, но и отсутствием единого взгляда на хирургическую тактику лечения. Если 28-30% больных, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, нуждаются в хирургическом лечении, то при тяжелом течении патологического процесса, особенно при острых формах или тотальном поражении, оно показано почти 60% больных [5, 6, 7].

Поздняя диагностика и неадекватное лечение воспалительно-язвенных заболеваний кишечника, к которым относятся болезнь Крона, язвенный колит, приводят к высокой частоте осложнений, летальности и выходу на инвалидность лиц трудоспособного возраста [4, 9].

## Материал и методы

В исследование включены 84 пациента, которым проведены консервативное и оперативное лечение в РНЦКП РУз. с 2010 по 2022 год по поводу болезни Крона толстой кишки. Из них мужчин было 53 (63%), женщин – 31 (37%). Возраст больных колебался от 15 до 61 года. Средний возраст составил 37,1±1,2 года (таблица 1).

Как видно из таблицы 1, болезнь Крона толстой кишки наиболее часто встречается у больных трудоспособного возраста.

При диагностике, кроме общеклинических лабораторных исследований, использовали ректороманоскопию, колонофиброскопию, ирригографию, ультразвуковое исследование тонкой и толстой кишки, изучали микрофлору толстой кишки. При необходимости использовали виртуальную колоноскопию, компьютерную томографию органов брюшной полости, интраоперационную колонофиброскопию. Во время колоноскопии у всех больных брали биопсию наиболее пораженных отделов толстой кишки. Данные эндоскопических исследований сравнивали с результатами морфологических данных биоптата.

## Результаты и обсуждение

При анализе направительных диагнозов установлено, что из 84 больных только у 18 (21,4%) был правильный диагноз – болезнь Крона, а остальные больные были направлены в клинику с различными заболеваниями органов брюшной полости. Трудности возникли при дифференциальной диагностике неспецифического язвенного колита и болезни Крона, так как эти заболевания имеют очень сходные

клинические симптомы [5, 6].

Неоднородность клинической картины, схожесть симптомов болезни Крона и других воспалительно-язвенных заболеваний кишечника или течение болезни без желудочно-кишечных симптомов (только внекишечная симптоматика) затрудняют установление диагноза болезни Крона [5].

Анализ полученных нами данных показал, что легкое течение заболевания наблюдалось у 12 (14,3%) больных, среднетяжелое – у 14 (16,6%), тяжелое – у 54 (64,3%), и молниеносное течение – у 4 (4,7%) больных.

Локализация патологического поражения у пациентов представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, нами часто диагностировано субтотальное (14,3%) и тотальное поражение (68%) толстой кишки воспалительно-язвенным процессом.

Болезнь Крона протекала с различными осложнениями, которые послужили основной причиной обращения больных за медицинской помощью. В наших наблюдениях были следующие осложнения, которые представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, наиболее частым осложнением было кишечное кровотечение с постгеморрагической анемией – у 80 (95,2%) больных; у 46 (54,7%) больных диагностирована сегментарная стриктура толстой кишки, осложненная хронической кишечной непроходимостью. У 42 (50%) больных обнаружено тотальное поражение псевдополипозом толстой кишки. Внекишечные осложнения в виде полиартрита, пиодермии и конъюнктивита наблюдались у 17 (20,2%) пациентов. Из-за длительной интоксикации у 16 (19%) больных установлен токсический гепатит. Частыми осложнениями болезни Крона являются различные поражения

Таблица 1

### Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст	Число больных в возрастных группах				Абс.	%
		15-20 лет	21-40 лет	41-60 лет	61 и старше		
1 Муж.		1	29	22	1	53	63
2 Жен.		7	16	7	1	31	37
3 Всего		8	45	29	2	84	100

Таблица 2

### Локализация патологического поражения

№	Протяженность патологического поражения	Число больных	%
1	Тотальное поражение толстой кишки	57	68
2	Субтотальное поражение	12	14,3
3	Левостороннее поражение	7	8,2
4	Сегментарное поражение	5	6,0
5	Дистальное поражение (эрозивно-язвенный проктит, проктосигмоидит)	3	3,5
	Всего	84	100

Таблица 3

**Осложнения болезни Крона толстой кишки (n=84)**

№	Виды осложнения	Кол-во осложнений (абс.)	%
1	Кровотечение и постгеморрагическая анемия	80	95,2
2	Сегментарная стриктура толстой кишки	46	54,7
3	Псевдополипоз	42	50
4	Внекишечные осложнения (артриты, пиодермия, конъюнктивиты)	17	20,2
5	Токсический гепатит	16	19
6	Свищи прямой кишки	16	19
7	Анальные трещины	6	7,1
8	Токсическая дилатация толстой кишки	5	6
9	Наружные кишечные свищи	4	4,7
10	Малигнизация	2	2,4
	Всего	234	

анальной области. В наших наблюдениях у 16 (19%) больных диагностированы свищи прямой кишки, анальные трещины – у 6 (7,1%) больных. У 5 (6%) больных с острым течением заболевания наблюдалась токсическая дилатация толстой кишки. У 4 (4,7%) больных, у которых наступила перфорация язвы сигмовидной кишки, сформировались наружные кишечные свищи. У 2 (2,4%) больных при исследовании биопсийного материала толстой кишки обнаружена малигнизация язвы.

Лечение болезни Крона, особенно при осложненных формах, является сложным вопросом как для хирургов, так и для гастроэнтерологов. Поздняя диагностика и неадекватное лечение неспецифических воспалительно-язвенных заболеваний кишечника, к которым относится болезнь Крона, приводят к высокой частоте осложнений и летальности [9]. Существует мнение о необходимости оперативного вмешательства в более ранние сроки от начала заболевания. При этом чем раньше оперируют больного, тем лучше результаты хирургического лечения.

Наиболее радикальным методом хирургического лечения, позволяющим добиться полного излечения больных, является колпроктэктомия. Но при тяжелом состоянии больных в первую очередь необходимо думать о спасении жизни пациента и такая радикальная операция не всегда возможна. Кроме того, колпроктэктомия с формированием илеостомы приводит к инвалидности лиц трудоспособного возраста. Поэтому, если учесть, что средний возраст оперируемых больных 25-35 лет, хирургическая помощь должна решать задачи не только медицинской, но и социально-трудовой реабилитации.

Разработка и широкое внедрение современных сшивающих аппаратов дали возможность наложения анастомоза в глубине малого таза и сделали возможным его формирование на любом расстоянии от края ануса, включая сам анальный канал [10].

К вариантам реконструктивных вмешательств, применяемых в настоящее время при болезни Крона толстой кишки, относятся колэктомия с формированием илеоректального анастомоза, колэктомия и передняя резекция прямой кишки с наложением низкого или ультранизкого илеоректального анастомоза с формированием превентивной двустольной илеостомы или без нее. Кроме того, при необходимости выполняется колпроктэктомия с формированием одностольной илеостомы или колпроктэктомия с различными вариантами илеоректального анастомоза. Многие хирурги считают, что лучшие результаты достигаются при колэктомии с илеоректальными анастомозами [4, 11, 13].

В нашей клинике 14 (16,6%) больным проводилась только консервативная терапия, остальным 70 (83,4%) пациентам, в зависимости от протяженности патологического процесса, осложнения, произведены хирургические вмешательства. Показаниями к хирургическому лечению были: следующие тотальное поражение толстой кишки воспалительно-язвенным процессом, сопровождающееся выраженной интоксикацией, кахексией; массивное кровотечение; перфорация толстой кишки, осложненная разлитым перитонитом; наружные кишечные свищи; токсическая дилатация; стриктура кишечника на всем протяжении; малигнизация; псевдополипоз; неэффективность консервативной терапии и прогрессирование заболевания, развитие внекишечных осложнений.

В предоперационном периоде проводились: гемостатическая терапия, восполнение кровопотери, введение белковых препаратов, электролитов, дезинтоксикационная терапия, антибиотикотерапия, лечение сопутствующих заболеваний.

Виды проведенных операций при болезни Крона толстой кишки представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, тотальная ко-

## Виды оперативных вмешательств при болезни Крона толстой кишки (n=70)

№	Виды операции	Кол-во (абс.)	%
1	Тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением низкого илеоректального анастомоза с помощью циркулярного сшивающего аппарата	32	45,7
2	Тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением ультранизкого илеоректального анастомоза с помощью циркулярного сшивающего аппарата и двуствольная превентивная илеостомия	14	20
3	Тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с формированием культи прямой кишки и одноствольной илеостомы	5	7,2
4	Колпроктэктомия с наложением илеоанального анастомоза	3	4,3
5	Колпроктэктомия с формированием одноствольной илеостомы	2	2,8
6	Левосторонняя гемиколэктомия с наложением транзверзоректального анастомоза и двуствольной илеостомы	3	4,3
7	Двуствольная превентивная илеостома	7	10
8	Одноствольная колостомия с формированием культи прямой кишки	4	5,7
Всего		70	100

лэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением низкого илеоректального анастомоза при помощи циркулярного сшивающего аппарата выполнены у 32 (45,7%) больных. У всех больных было установлено тотальное поражение толстой кишки, осложненное псевдополипозом, хроническим кровотечением. У этих больных воспалительно-язвенный процесс в прямой кишке был менее выраженным, поэтому превентивная илеостома не была наложена.

У 14 (20%) больных выявлено тотальное поражение воспалительно-язвенным процессом, особенно прямой и сигмовидной кишки. Исходя из этого, этим больным произведена тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением ультранизкого илеоректального анастомоза с помощью циркулярного сшивающего аппарата и дополнительно наложена превентивная двуствольная илеостома. Через 4-6 месяцев, после улучшения состояния больных, производилось закрытие илеостомы.

5 (7,1%) больным, у которых имелись тотальное поражение язвенным процессом толстой кишки, стриктура из-за рубцового процесса верхнего отдела прямой кишки, произведена тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с одноствольной илеостомой и культей прямой кишки. В дальнейшем больным проводилось общее и местное противоязвенное лечение культи прямой кишки. После ликвидации воспалительного язвенного процесса в прямой кишке и улучшения общего состояния больных проводился второй этап операции — наложение низкого илеоректального анастомоза с помощью циркулярного сшивающего аппарата — с удовлетворительным результатом.

3 (4,3%) больным, у которых был выявлен выраженный язвенный процесс ободочной и прямой кишки, осложненный хроническим

кишечным кровотечением, псевдополипозом, протяженным стенозом кишечника, произведена тотальная колпроктэктомия с наложением илеоанального анастомоза. У одного больного в послеоперационном периоде наблюдался диарейный синдром — стул до 20 раз в сутки. Больному проводилась инфузионная терапия, диетотерапия, применялись пробиотики. Состояние постепенно улучшилось. Частота стула уменьшилась до 6-7 раз в сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

2 (2,8%) больным из-за выраженности воспалительно-язвенного процесса толстой кишки, стеноза прямой кишки выполнена тотальная колпроктэктомия с формированием одноствольной илеостомы.

У 3 (4,3%) больных имело место левостороннее поражение толстой кишки воспалительно-язвенным процессом, но менее выраженное в прямой кишке. Поэтому этим больным произведена левосторонняя гемиколэктомия с наложением транзверзоректального анастомоза при помощи циркулярного сшивающего аппарата. Кроме того, им наложена превентивная двуствольная илеостома. У этих пациентов тоже через 6-7 месяцев после улучшения состояния произведено закрытие илеостомы.

7 (10%) больным из-за тяжести состояния вследствие выраженной гипопроотеинемии, нарушения водно-электролитного обмена, анемии и кахексии как первый этап операции наложена превентивная двуствольная илеостома. Всем больным после улучшения состояния произведена радикальная операция.

У 4 (5,7%) больных имелись наружные кишечные свищи вследствие перфорации сигмовидной и нисходящего отдела толстой кишки, осложненные диффузным гнойным перитонитом брюшной полости. Поэтому этим

Таблица 5

**Характер послеоперационных осложнений при болезни Крона толстой кишки (n=70)**

№	Характер осложнений	Кол-во (абс.)	%
1	Несостоятельность межкишечного анастомоза	6	8,5
2	Нагноение параколомической области	2	2,8
3	Диарейный синдром	1	1,4
	Всего	9	12,7

больным произведена резекция сигмовидной кишки, наложена одностольная колостома и сформирована культя прямой кишки.

В раннем послеоперационном периоде у больных наблюдались следующие осложнения (таблица 5).

У 6 (8,5%) больных на 6-7-е сутки после операции наблюдалась частичная несостоятельность илеоректального анастомоза. У 2 из них дефект межкишечного анастомоза закрылся без повторной операции. 3 больным из них осуществлена релапаротомия, разобщение анастомоза с формированием одностольной илеостомы и короткой культы прямой кишки. Состояние этих больных улучшилось, и через 4-6 месяцев им производились восстановительные оперативные вмешательства. У одного больного, несмотря на произведенную своевременно релапаротомию с формированием одностольной илеостомы, санацию брюшной полости, наступил летальный исход. У 2 больных наблюдалось нагноение параколомической области. У одного больного после колпроктэктомии с формированием илеоанального анастомоза наблюдался диарейный синдром. После медикаментозной терапии, диетотерапии и применения пробиотиков состояние улучшилось, стул 6-7 раз в сутки, выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

**Выводы**

1. Показаниями к операции при болезни Крона толстой кишки являются тотальное поражение воспалительно-язвенным процессом, наличие кишечных и внекишечных осложнений, неэффективность консервативной терапии и прогрессирование заболевания.

2. Операцией выбора при болезни Крона толстой кишки является тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением илеоректального анастомоза с помощью циркулярных сшивающих аппаратов. Применение циркулярных сшивающих аппаратов в создании илеоректальных анастомозов сокращает продолжительность операции на 30+2,5 мин, уменьшается частота развития послеоперационных осложнений до 12,7%.

3. При крайне тяжелом состоянии боль-

ных целесообразно прибегнуть к операции отключения кишечника в виде превентивной илеостомии. Это позволяет вывести больного из тяжелого состояния, а затем выполнить радикальную операцию.

**Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов**

Работа выполнялась в соответствии с планом научных исследований Ташкентской медицинской академии. Финансовой поддержки со стороны академии не получали.

**Конфликт интересов**

Авторы заявляют, что конфликт интересов отсутствует.

**Этические аспекты.****Одобрение комитета по этике**

Исследование одобрено этическим комитетом Ташкентской медицинской академии.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2001. 527 с.
2. Воробьев ГИ. Болезнь Крона. В кн: Воробьев ГИ, ред. Основы колопроктологии. Ростов-на Дону, РФ: Феникс; 2001. с. 261-79.
3. Григорьева ГА. Язвенный колит, болезнь Крона – проблема XXI века. *Вестн Смол Гос Мед Акад.* 2011;10(1):12-14.
4. Воробьев ГИ, Халиф ИЛ. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. Москва, РФ: Миклош; 2008. 422 с.
5. Захараш ММ, Пойда АИ, Мельник ВМ. Хирургическая тактика при язвенном колите. Материалы I Съезда колопроктологов СНГ; 2009 Окт 22-23; Ташкент, Узбекистан; 2009. с. 30-31.
6. Клинические рекомендации «Болезнь Крона». Российская Гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация колопроктологов России. МЗ РФ; 2020. 54 с. <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr176.pdf>
7. Наврузов СН, Наврузов БС. Болезнь Крона. Ташкент: Шарк; 2009. 351 с.
8. Полунин ГУ, Гюльмамедов ФИ, Седаков ИЕ. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита и болезни Крона. *Новости Медицины и Фармации. Гастроэнтерология (тематический номер).* 2012;(407). <http://www.mif-ua.com/archive/>

article/28292

9. Халиф ИЛ, Лоранская ИД. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Клиника, диагностика и лечение. Москва, РФ: Миклош; 2004. 88 с.
10. Шельгин ЮА, Кашников ВН, Болихов КВ, Варданян АВ, Халиф ИЛ. Эффективность илеостомии при болезни Крона толстой кишки с периаанальными поражениями. *РЖГК*. 2006;(6):64-68.
11. Beglinger Ch, Gyr N. Incapacity to work, occupational disability and disability in inflammatory bowel disease. *Ther Umsch*. 2007 Aug;64(8):457-62. doi: 10.1024/0040-5930.64.8.457 [Article in German]
12. Rullier E, Laurent C, Bretagnol F, Rullier A, Vendrely V, Zerbib F. Sphincter-saving resection for all rectal carcinomas: the end of the 2-cm distal rule. *Ann Surg*. 2005 Mar;241(3):465-69. doi: 10.1097/01.sla.0000154551.06768.e1
13. Федоров ВД, Олейников ПН, Алипов ВЮ. Реконструктивная хирургия у больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. *Хирургия Журн им НИ Пирогова*. 1989;65(10):74-77.

#### REFERENCES

1. Adler G. Bolezn' Krona i iazvennyi kolit. Moscow, RF: GEOTAR-Media; 2001. 527 p. (In Russ.)
2. Vorob'ev GI. Bolezn' Krona. V kn: Vorob'ev GI, red. Osnovy koloproktologii. Rostov-na Donu, RF: Feniks; 2001. p. 261-79. (In Russ.)
3. Grigor'eva GA. Iazvennyi kolit bolezn' Krona – problema XXI veka. *Vestn Smol Gos Med Akad*. 2011;10(1):12-14 (In Russ.)
4. Vorob'ev GI, Khalif IL. Nespetsificheskie vospalitel'nye zabolevaniia kishchnika. Moscow, RF: Miklosh; 2008. 422 p. (In Russ.)
5. Zakharash MM, Poida AI, Mel'nik VM.

#### Адрес для корреспонденции

100060, Республика Узбекистан,  
г. Ташкент, ул. С. Азимова, 74,  
Республиканская клиническая больница № 1,  
тел. моб.: + 998 97 414-14-59,  
e-mail: myradbek@mail.ru,  
Мирзахмедов Мурад Мирхайдарович

#### Сведения об авторах

Мирзахмедов Мурад Мирхайдарович, д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней Ташкентской медицинской академии Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан. <https://orcid.org/0000-0001-6760-7120>  
Ахмедов Мухамеджан Ахмедович, д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней Ташкентской медицинской академии Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан. <https://orcid.org/0000-0003-0699-5232>

#### Информация о статье

Поступила 12 мая 2024 г.  
Принята в печать 5 июня 2024 г.  
Доступна на сайте 25 августа 2024 г.

- Khirurgicheskaya taktika pri iazvennom kolite. Materialy I S'ezda koloproktologov SNG; 2009 Okt 22-23; Tashkent, Uzbekistan; 2009. p. 30-31. (In Russ.)
6. Klinicheskie rekomendatsii «Bolezn' Krona». Rossiiskaia Gastroenterologicheskaya assotsiatsiia, Assotsiatsiia koloproktologov Rossii. MZ RF; 2020. 54 s. <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr176.pdf> (In Russ.)
7. Navruzov SN, Navruzov BS. Bolezn' Krona. Tashkent: Shark; 2009. 351 p. (In Russ.)
8. Polunin GU, Giul'mamedov FI, Sedakov IE. Khirurgicheskoe lechenie nespetsificheskogo iazvennogo kolita i bolezn' Krona. *Novosti Meditsiny i Farmatsii. Gastroenterologiya* (tematicheskii nomer). 2012;(407). <http://www.mif-ua.com/archive/article/28292> (In Russ.)
9. Khalif IL, Loranskaia ID. Vospalitel'nye zabolevaniia kishchnika (nespetsificheskii iazvennyi kolit i bolezn' Krona). *Klinika, diagnostika i lechenie*. Moskva, RF: Miklosh; 2004. 88 s.
10. Shelygin IuA, Kashnikov VN, Bolikhov KV, Vardanian AV, Khalif IL. Effektivnost' ileostomii pri bolezn' Krona tolstoi kishki s perianal'nymi porazheniiami. *RZhGGK*. 2006;(6):64-68. (In Russ.)
11. Beglinger Ch, Gyr N. Incapacity to work, occupational disability and disability in inflammatory bowel disease. *Ther Umsch*. 2007 Aug;64(8):457-62. doi: 10.1024/0040-5930.64.8.457 [Article in German]
12. Rullier E, Laurent C, Bretagnol F, Rullier A, Vendrely V, Zerbib F. Sphincter-saving resection for all rectal carcinomas: the end of the 2-cm distal rule. *Ann Surg*. 2005 Mar;241(3):465-69. doi: 10.1097/01.sla.0000154551.06768.e1
13. Fedorov VD, Oleinikov PN, Alip'ev VYu. Rekonstruktivnaia khirurgiia u bol'nykh nespetsificheskim iazvennym kolitom i bolezn'iu Krona. *Khirurgiia Zhurn im NI Pirogova*. 1989;65(10):74-77. (In Russ.)

#### Address for correspondence

100060, Republic of Uzbekistan,  
Tashkent, S. Azimova st, 74,  
Republican Clinical Hospital №1,  
Tel. mob: + 998 97 414-14-59,  
e-mail: myradbek@mail.ru,  
Mirzakhmedov Murad Mirkhaidarovich

#### Information about the authors

Mirzakhmedov Murad Mirkhaidarovich, MD, Professor. Department of Surgical Diseases of Tashkent Medical Academy of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan. <https://orcid.org/0000-0001-6760-7120>  
Akhmedov Mukhamedzhan Akhmedovich, MD, Professor of the Department of Surgical Diseases of Tashkent Medical Academy of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan. <https://orcid.org/0000-0003-0699-5232>

#### Article history

Arrived: 12 May 2024  
Accepted for publication: 5 June 2024  
Available online: 25 August 2024