

**И. К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО
МИНИСТРЛИГИ
УЛУТТУК ХИРУРГИЯ БОРБОРУ**

Д 14.24.710 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК [616.381-072.1-089+616.381-089.5]-089.193.4

АБДИЕВ АЛЛАН АСЫГАЛИЕВИЧ

**АБДОМИНАЛДЫК ХИРУРГИЯДАГЫ ЛАПАРОТОМИЯЛЫК ЖАНА
ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК КИЙЛИГИШҮҮЛӨРДӨ КАЙРА ЖАСАЛГАН
ОПЕРАЦИЯЛАРДЫН СЕБЕПТЕРИ ЖАНА НАТЫЙЖАЛАРЫ**

14.01.17-хирургия

Медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
авторефераты

Бишкек – 2025

Иш И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын факультеттик хирургия кафедрасында жана Бишкек шаардык №1 клиникалык ооруканасында аткарылган.

Илимий кеңешчи:

Оморов Рахатбек Арсыбекович

КР УИАнын корр.-мүчөсү,

медицина илимдеринин доктору, профессор,

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик

медициналык академиясынын факультеттик

хирургия кафедрасынын башчысы

Расмий оппоненттер:

Жетектөөчү мекеме:

Диссертацияны коргоо 2025-жылдын _____ саат _____ И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын жана тен уйуштуруучу Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургиялык борборуна караштуу медицина илимдеринин доктору (кандидаты) илимий даражасын алуу үчүн диссертацияны коргоо боюнча Д 14.22.650 диссертациялык кеңешинин отурумунда болот. Дареги: 720044, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., көч. 3-линия, 25, 2-кабат, конференц-зал. Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференцияга кирүү шилтемеси: _____

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Ахунбаева көч., 92), Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургиялык борборунун (720044, Бишкек ш., 3-линия көч., 25) китепканаларынан жана <https://www.vak.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат _____ таркатылды.

**Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы,
медицина илимдеринин кандидаты**

Э. Э. Кудаяров

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациялык теманын актуалдуулугу. Акыркы 20-25 жылда көптөгөн изилдөөчүлөр курсак көңдөйүнүн: боорду мите курттардын жабыркатышы, өттүн таш оорулары, панкреатит, ичегинин бүтөлүп калышы сыяктуу оорулардын олуттуу өсүшүн белгилешет [М. К. Гулов, К. М. Курбонов, 2004; Р. А. Оморов ж. б., 2018; P. Colline et al., 2010] өзгөчө улгайган жана карылыгы жеткен адамдарды дарылоо кыйла татаал, оорунун татаалдашкан түрлөрү (жергиликтүү, диффузиялык перитонит, боор жетишсиздиги, механикалык сарык, холангит) менен кабыл алуулардын олуттуу өсүшү байкалууда [Д. Б. Закиров ж. б., 2004; У. М. Абдуллаев, 2008; Г. Ф. Жигаев ж. б., 2008; Н. Д. Томнюк жана башкалар, 2010; 2011; K.W. Kim et al., 2002] жана көп учурда хирургиялык операциядан кийин патологиялык процесстин өөрчүшүнөн же операция учурундагы же, андан кийинки мезгилдеги толук негизделбеген техникалык чечимдерди киргизүүдөн улам келип чыккан бир катар татаалдыктар менен шартташат. [М. К. Абдулжалилов, У. М. Нажмутинов, 2005; Н. И. Бояринцев ж.б., 2008; Р. Н. Борисов, 2009; I. M. Bатыршин et al., 2020; Р. Гаузит, 2009; D. Hasper et al., 2009; C. Theunissen et al., 2011; Y. Carmelli et al., 2016].

Кайра жасалган операция – бул ар дайым татаал, стандарттуу эмес, коркунучтуу хирургиялык кийлигишүү, аны чоң клиникалык тажрыйбасы бар хирург жасашы керек [В. И. Миронов ж. б., 2007; З. А. Туйбаев, 2016; М. В. Варганов ж. б., 2019; И. М. Батыршин жана башкалар, 2020].

Ооруларды изилдөө менен катар жана диагностикалык методдорду өркүндөтүү аркылуу мурда операция кылууга мүмкүн эмес делген оорулардын катарындагы операциялык кийлигишүүлөрдүн диапозону бир кыйла кеңейүүдө.

Азыркы учурда хирургиялык техниканын өркүндөтүлүшүнө, анестезиологиянын жана реанимациянын өнүгүшүнө байланыштуу боор, ашказан, ичеги, уйку безине операция жасоо, кан тамырлардын, өт жолдорун көбүнчө пластик менен айкалыштырылган резекция түрүндө жасоодон, органдарды трансплантациялоого чейин кеңейтилген формада аткарылууда. [А. Г. Хасанов ж. б., 2006; М. П. Чупров, 2009; Э. Х. Акрамов, М. Т. Молдошева, 2019; R. R. Kumar et al., 2006 ; M.R. Cassidy, 2013].

Боор ооруларын жана өттүн таш ооруларын дарылоодо, атап айтканда өттүн таш ооруларында аз инвазивдик кийлигишүүлөр колдонулат, азыркы учурда операцияны аткарууда жогорку квалификациялуу хирургду талап кылган, боордон тышкары өт жолдорунун патологиясы менен шартталган ички дренаждык операциялар көбүрөөк колдонула баштады [М. В. Кукош жана башкалар., 2005; Р. А. Оморов ж. б., 2005; Г. Ф. Рычковский ж. б., 2005; Х. А. Гамзатов, 2008; Р. А. Оморов, 2018; А. В. Осипов, 2018; P. S. Ming et al., 2009] .

Боордун жана ич көндөйүнүн жана кичине жамбаш сөөктүн башка органдарынын оорулары менен ооругандардын олуттуу өсүшү лапаротомия менен гана эмес, ошондой эле эндовидеохирургиялык ыкмалар менен операцияларды жасаган операциялык хирургдардын чөйрөсүнүн кеңейишине, бир жагынан, бир катар кыйынчылыктардын азайышына, экинчи жагынан, татаал хирургиялык кийлигишүүнү талап кылган жаңы кыйынчылыктардын пайда болушуна алып келди. Масштабы жетишсиз операцияларды жасоо, көптөгөн изилдөөчүлөр белгилегендей, татаалдашуунун санынын көбөйүшүнө байланыштуу [V. P. Glabai, 2005; A. G. Veburishvili et al., 2009; V. L. Genok, 2008; M. V. Kukosh et al., 2010; И. С. Малков жана башкалар, 2010; 2019; K. Mandell, S. Arbab, 2010] .

Бир катар изилдөөчүлөр кайра жасалган операциялардын көрсөткүчтөрүн аныктоодогу кыйынчылыктарды белгилешет, алар көп учурда кечиктирилип, көп учурда негизсиз болуп саналат, бул операциянын жыйынтыгына гана эмес, ооруга да олуттуу таасир этет [А. В. Андреев, 2008; Н. Боярынец ж. б., 2015; G. Statescu et al., M. Chiarugi, 2011]. Бул реоперацияны жүргүзүү үчүн бирдиктүү критерийлердин жоктугу, ошондой эле системалуу сезгенүү реакциясынын синдромунун белгилерин баалабоо менен шартталган.

Кайра жасалган операциялардан кийин 26-60% учурларда операциядан кийинки ириндүү-сезгенүү, өпкө жана көбүнчө тромбоэмболиялык татаалдашуулар байкалат [А. В. Федоров ж. б., 2005; Н. Д. Томнюк ж. б., 2010; В. Н. Хромова, 2011; D. S. Wald, 2002; В. С. Ормеер et al., 2010], ал эми өлүм 16-55% түзөт [М. Тиринна, 2006; В. Н. Шапошников ж. б., 2011; В. Ф. Цхай, Н. В. Мерзликина, 2011; Д. С. Здзитовецкий ж. б., 2011; Ф. Бадер, 2009].

Адабияттарды талдоо, бүгүнкү күнгө чейин кайра жасалган операциянын көрсөткүчтөрүнүн критерийлери иштелип чыга электигин, операцияны кечиктиргендиктен өлүмдүн көрсөткүчү жогору бойдон калып жаткандыгын жана кайра жасалган операциялардан кийин татаалдашуулардын алдын алуу боюнча бир катар профилактикалык иш-чаралар негизсиз экендигин көрсөттү. Бул кийлигишүүнүн себептерин жана алардын жыштыгын аныктоо лапаротомия жана лапароскопиялык операциялар учурунда алардын алдын алуу боюнча чараларды иштеп чыгууга мүмкүндүк берет. Мунун баары бул изилдөөнү жүргүзүүгө негиз болду.

Диссертациянын темасынын артыкчылыктуу илимий багыттар, негизги илимий программалар (долбоорлор), окуу жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүүчү негизги изилдөө иштери менен байланышы. Тема демилгелүү.

Изилдөөнүн максаты. өз убагында диагностикалоо жана кыйынчылыктардын алдын алуу боюнча иш-чаралар аркылуу абдоминалдык хирургиясындагы кайра жасалган операциялардын натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Лапаротомиядан жана лапароскопиялык ыкмалардан кийин операциядан кийинки алгачкы мезгил аралыгында кайталанган операциялардын жыштыгын талдоо, алардын пайда болуу себептерин жана мүнөзүн аныктоо.

2. Өтүн куюлушу боюнча кайталанган операцияларды жасоонун диагностикалык алгоритмин жана көрсөткүчтөрүн иштеп чыгуу.

3. Жаңы ыкмаларды иштеп чыгуунун жана белгилүү болгон ыкмаларды өркүндөтүүнүн эсебинен боор жана өт жолдоруна операцияларды жүргүзүүдө операция учурундагы жана операциядан кийинки татаалдашуулардын алдын алуу чараларын сунуштоо.

4. Кайра жасалган операциялар учурундагы системалуу сезгенүү синдромунун реакциясынын динамикасын изилдөө жана алардын кайталанган операциялардын жыйынтыгын болжолдоодогу маанисин аныктоо.

5. Татаалдашуулардын мүнөзүн эске алуу менен кайра жасаланган операциялардын натыйжалуулугун аныктоо.

6. Салттуу жана иштелип чыккан алдын алуу чараларын аткаруу менен кайра жасалган операцияларга салыштырмалуу баа берүү.

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыгы:

1. Операциядан кийинки жакынкы мезгил аралыгындагы курсак хирургиясында кайталанган операциялардын жыштыгы талданып, алардын себептери жана дарылоонун натыйжалары келтирилгендигинде.

2. Кайра жасалган операциялардын көрсөткүчтөрүн аныктоо үчүн диагностикалык ыкмалардын комплекси негизделди.

3. Лапаротомия жана лапароскопиялык кийлигишүүлөр учурундагы операциялардын этаптары жакынкы келечектеги кыйынчылыктардын алдын алуу үчүн жакшыртылгандыгында.

4. Өтүн куюлушу, кан кетүү жана ичегинин бүтөлүп калуусунда алгоритм тактикасы илимий жактан негизделгендигинде.

5. Кайра жасалган операциялардан кийин операциядан кийинки мезгилде бейтаптарды кароо алгоритми түзүлгөндүгүндө.

6. Биринчи жолу системалуу сезгенүү синдромунун реакциясынын белгилеринин динамикасы жана алардын операциядан кийинки мезгилдин жүрүшүнө көз карандылыгы келтирилгендигинде.

7. Перитонит жана ичеги-карын оорулары үчүн нутритивдик колдоонун жакшыртылгандыгында.

8. Иштелип чыккан алдын алуу жана дарылоо иш-чараларын эске алуу менен кайталанган операциялардын натыйжалуулугуна салыштырмалуу баа берилгендигинде.

Алынган натыйжалардын практикалык мааниси:

Кайра жасалган операциядан кийинки алынган анализдердин

жыйынтыктары хирургиялык дарылоону талап кылган татаалдашуунун себептерин аныктоого мүмкүндүк берди.

Өтүн куюлушун диагностикалоонун жана дарылоонун илимий жактан негизделген алгоритми бул татаалдашууну дарылоону тандоодо дифференциалдуу мамиле жасоого жана бир катар учурларда кайталанган операциядан качууга мүмкүндүк берет.

Кайра жасалган операциялардан кийин иштелип чыккан жана ишке ашырылган профилактикалык иш-чаралар оорунун пайда болушун азайтууга жана дарылоонун натыйжаларын жакшыртууга мүмкүндүк берди (рационалдуу сунуш).

Кайра жасалган операциядан кийинки мезгилдеги системалуу сезгенүү реакциясынын синдромунун белгилерин аныктоо операциядан кийинки мезгилдин жүрүшүнө баа берүүгө, татаалдашууну өз убагында байкоого жана дарылоонун эң адекваттуу ыкмасын колдонууга мүмкүндүк берет (рационалдуу сунуш).

Коргоо үчүн берилген диссертациянын негизги жоболору:

1. Кайра жасалган операция жасоонун себептери болуп өтүн куюлуусу (33,6%), кан кетүү (22,7%), ичегилердин бүтөлүп калуусу (15,5%), перитонит (18,2%) жана эвентрация (10%) болуп саналат. Кайра операцияны жасоону талап кылган татаалдашуулар төмөнкү себептерден улам келип чыккан: операцияга чейин бейтаптар толук текшерилбеген (7,3%), операцияга чейинки даярдык толук аткарылбаган (8,1%), операция учурунда жана андан кийинки техникалык каталар (19,1%), узак мөөнөттүү татаалдашкан учурдан тартып байкоо (16,4%), коштолгон оорулардын мүнөзүн жетишсиз эске алуу (19,1%).

2. Өтүн куюлушу жана перитонитти диагностикалоонун жана дарылоонун алгоритмин түзүү, оптималдуу дарылоо ыкмасын тандоого мүмкүндүк берет.

3. Кайра операция жасалган бейтаптардын 82,7% системалуу сезгенүү реакциясынын синдромунун белгилери аныкталган, бул көрсөткүчтөрдү кайра операциядан кийин динамикага ылайык аныктоо операциядан кийинки мезгилдин жүрүшүн баалоого жана өз убагында татаалдашууларды аныктоого мүмкүндүк берет;

4. Кайра операция жасоо учурундагы татаалдашууларды дарылоодо жана алдын алууда маанилүү чара болуп хирургиялык операция учурунда чычыркайдын түбүнө милдеттүү түрдө аймактык лимфостимуляцияны жүргүзүү саналат.

5. Кайра жасалган операциядан кийин иштелип чыккан профилактикалык иш-чараларды колдонуу дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатат.

Алынган натыйжаларды ишке киргизүү. Иштин негизги жоболору (татаалдашуулардын диагностикасы, кайра жасалган операциялардын көрсөткүчтөрүнүн критерийлери, кайра жасалган операциялардан кийинки оорууну алдын алуу чаралары) Бишкек шаарындагы №1 шаардык клиникалык ооруканасынын хирургиялык бөлүмүнүн күнүмдүк практикасына киргизилди (ишке ашыруу актысы) жана И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын 4-6

курстарынын студенттери үчүн лекциялардын жана практикалык сабактарнын жана клиникалык ординаторлор жана аспиранттар үчүн семинарларнын программасына (ишке ашыруу актысы) киргизилди.

Изденүүчүнүн жеке салымы. Изденүүчүнүн диссертациялык ишти аткарууда жеке катышуусу изилдөөнүн бардык этаптарын пландаштыруудан жана ишке ашыруудан, кайра жасалган операцияларды жасоодон, кайра жасалган операцияларды негиздөөдөн жана диагностика, дарылоонун иштелип чыккан алгоритмине ылайык операциядан кийинки мезгилде бейтаптарды кароодон, изилдөөнүн натыйжаларын талдоодон, алынган маалыматтарды статистикалык иштеп чыгуудан, натыйжаларды талдоодон, корутундуларды жана практикалык сунуштарды түзүүдөн турду.

Алынган изилдөө натыйжаларын апробациялоо. Диссертациянын материалдары И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын илимий-практикалык эл аралык конференцияларында (Бишкек, 2015, 2016, 2017, 2018, 2020), КММАнын хирургия факультетинин кызматкерлери менен №1 шаардык клиникалык оорукананын хирургдарынын биргелешкен жыйынында (Бишкек 2024) баяндалган.

Диссертациянын толук чагылдырылышы басылмаларда. Диссертация боюнча материалдардын топтолушу менен 20 илимий эмгек жарык көргөн, анын ичинен 5 макала жакынкы чет өлкөлөрдөгү журналдарда жана 2 макала КР УИА тарабынан сунушталган чет элдик журналдарда жарыяланган. 2 рационализатордук сунуш жактырылган, №63/2022 02.12. 2022 жана № 64/2022 12.02.2022. И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын патент бөлүмү тарабынан берилген.

Диссертациянын структурасы жана көлөмү

Иш компьютерде терилген 201 бетте, Times New Roman, кириллицада (14 шрифт, 1,5 интервал) орус тилинде берилген жана кириш сөздөн, адабий обзордон, беш баптан турган өздүк изилдөөдөн, корутундудан, бүтүмдөн жана практикалык сунуштардан турат. Колдонулган адабияттардын тизмеси 323 булакты, алардын ичинен 81 алыскы чет өлкөлөрдөн келген авторлордун эмгектерин камтыйт. Диссертация 31 таблицалар жана 20 суроттор менен иллюстрацияланган. Тиркеме.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Киришүүдө изилдөөнүн темасынын актуалдуулугу, максаты, милдеттери, жаңылыгы жана коргоого коюлган диссертациянын негизги жоболору берилген.

1-бап. «**Абдоминалдык хирургияда жана лапароскопиялык кийлигишүүлөр учурундагы кайра жасалган операциялардын себептери жана натыйжалары**» (адабий сереп) реоперациялардын себептери, алардын жыштыгы жана ар кандай ыкмалардан кийинки натыйжалары көрсөтүлгөн.

Обзор акыркы 10 жылдагы адабий булактарды колдонуу аркылуу сын көз караш менен жана маселенин абалын баалоо үчүн жетиштүү көлөмдө берилген.

2-бап. «Кайра жасалган операциялар менен бейтаптарды текшерүүнүн материалдары, ыкмалары» - автор 2000-2020-жылдарды кошкондо Бишкек шаарындагы №1 шаардык клиникалык оорукананын хирургиялык бөлүмдөрүндө жаткырылган 110 бейтапты текшерип, кайталанган операцияларды жасаган.

Изилдөөнүн объекти болуп бир нече жолу операция жасалган бейтаптар саналат.

Изилдөөнүн предмети клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык диагностикалоо методдору колдонулду.

Киргизүү критерийлери болуп кайра операцияны талап кылган татаалдашкан курсак көңдөйүнүн органдарынын оорулары бар бейтаптар эсептелет.

Четтетүү критерийлери операциядан кийинки мезгилде татаалдашуулар болбогон бейтаптарды камтыйт.

Жалпысынан 110 бейтапка кайра операция жасалган. Алардын жынысы жана жашы боюнча бөлүштүрүлүшү 2.1.1-таблицада келтирилген.

2.1.1-таблица – Бейтаптарды жынысы жана жашы боюнча бөлүштүрүү (n-110)

Жынысы	Жалпы		алардын жаш курагы						
	абс.с	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70
Аял.	68	61,8	1	2	8	18	22	12	5
эркек.	42	38,2	1	2	6	7	10	11	5
абс.с	110		2	4	14	25	32	23	10
%		100,0	1,8	3,6	12,7	22,7	29,1	20,9	9,2

Эркектерге салыштырмалуу чоң топту түздү. Ал эми бейтаптардын эң көп саны 40 жаштан 60 жашка чейинкилер болду. Текшерүүнүн жыйынтыгында 110 бейтаптын 68инде (61,8%) коштолгон оорулар аныкталган.

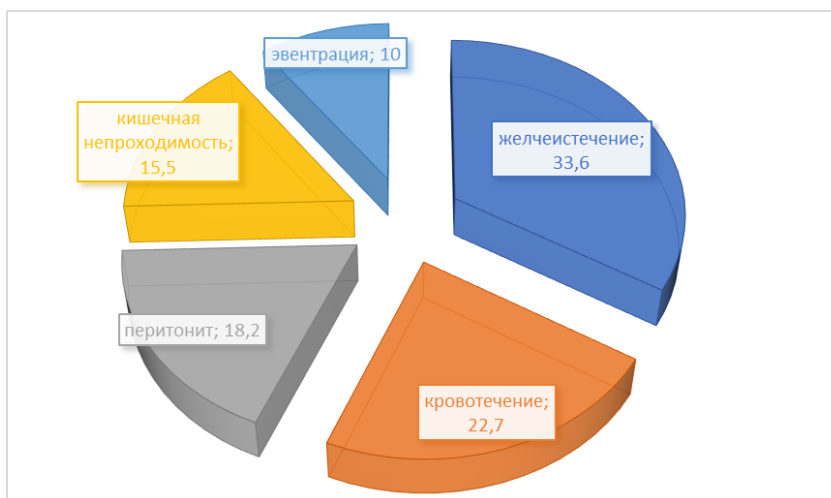
Ооруларга талдоо жүргүзүлүп, алардын кайсынысына биринчи операция жасалганы аныкталды (2.1.2-таблица).

Кайра жасалган операциялардын эң көп саны курч жана өнөкөт холецистит боюнча биринчи операция жасалган бейтаптар (37,3 жана 21,4% тиешелүүлүгүнө жараша) түздү, аппендэктомиядан жана ичеги-карындын өтүшүп кетүүсүндөгү операциялардан кийин пайда болгон татаалдашуулардан улам кайталанган операциялар сейрек жасалган.

2.1.2-таблица – Мурда операция болгон бейтаптардын тизмеси

Оорулар	Жалпы	
	абс.с.	%
Курч холецистит	44	40,0
Өнөкөт холецистит	31	28,2
Ичегинин бүтөлүп калуусу	7	6,4
Ашказандын, он эки эли ичегинин жара оорулары	1	0,9
Боордун эхинококкозу	9	8,2
Абсцедированный аппендикулярдык инфильтрат	2	1,8
Курч сокур ичеги	8	7,3
Курсактын жаракаты	1	0,9
Уйку бездеги ыйлаакча	1	0,9
Сырткы заң кулгунасы	1	0,9
Операциядан кийинки вентралдык чукур	3	2,7
Жумурткалык ыйлаакчасынын жарылышы	1	0,9
Өт баштыкчасынын өсүндүсү	1	0,9
Жалпы	110	100,0

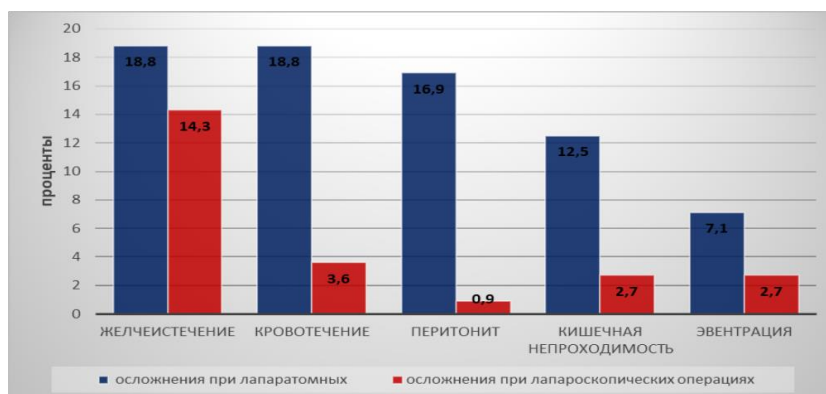
Татаалдардашуунун жыштыгына жана алардын мүнөзүнө талдоо жүргүзүлдү (2.1.2-сүрөт).



2.1.2-сүрөт – Кайра операция жасоого негиз болгон кыйынчылыктардын мүнөзү жана жыштыгы.

Көбүнчө кайталанган операциялар өтүн ич көндөюнө куюлуусунан (33,6%) жана кан кетүүдөн (22,7%), ал эми азыраак перитониттен жана эвентрациядан жасалган.

Биринчи операция жасалган лапаротомиялык же лапароскопиялык ыкманын маанилүүлүгүн изилдедик (2.2-сүрөт).



2.2-сүрөт – Жеткиликтүүлүктүн түрүнө жараша кыйынчылыктардын мүнөзү.

Жеткиликтүүлүккө жараша татаалдашуулардын мүнөзүн талдоо биз байкаган бейтаптардын көпчүлүгүндө биринчи операция лапаротомия жолу менен жасалганын, бирок татаалыраак кайталанган операцияны жана ооруканада узак дарылоону талап кылган, видео-хирургиялык кийлигишүүлөрдө бир кыйла оор татаалдашуулар байкалды.

Бейтаптарды текшерүүдө клиникалык көрсөткүчтөрдүн (тарыхы, сезгенүү реакциясынын системалуу синдромунун белгилери), лабораториялык жана инструменталдык көрсөткүчтөрдүн натыйжалары колдонулган, бул кыйынчылыктардын мүнөзүн аныктоого жана кайталанган операциялардын жыйынтыгын баалоого мүмкүндүк берген.

Clavie-Dindo классификация хирургиялык кийин пайда болгон кыйынчылыктарды баалоо үчүн колдонулган (2.2.1-таблица)

2.2.1-таблица – Clavien-Dindo боюнча хирургиялык татаалдашуулардын классификациясы

Деңгээли	Аныкталышы
I	Кадимки операциядан кийинки дары-дармек менен дарылоону же хирургиялык, эндоскопиялык же радиологиялык кийлигишүүнү талап кылбаган бардык четтөөлөр. Терапиялык дарылоого жол берилет: антипиретиктер, анальгетиктер, диуретиктер, электролиттер, физиотерапия. Буларга ошондой эле жара инфекцияларын дарылоо кирет.
II	Гемотрансфузия, энтералдык же парентералдык тамактандыруу түрүндө дарылоону талап кылат.
III	Хирургиялык, эндоскопиялык же радиологиялык кийлигишүү талап кылынат.
IIIa	Жалпы анестезиясыз кийлигишүү
IIIb	Жалпы анестезия астында кийлигишүү
IV	Интенсивдүү терапияны, реанимация бөлүмүндө байкоону, органдарды резекциялоону талап кылган өмүргө коркунуч туудурган татаалдыктар (анын ичинде борбордук нерв системасынан келип чыккан татаалдыктар)*.
Iva	Бир органдын иштебей калышы
Ivb	Көп органдардын иштебей калышы
V	Бейтаптын өлүмү

*Биринчи операциядан кийинки татаалдашууларды баалоодо бул классификацияны колдонуу кыйынчылыктардын алдын алуу боюнча чараларды иштеп чыгууга негиз болгон, ал эми кайра жасалган операциядан кийин аны колдонуу релапаротомиянын натыйжалуулугунун көрсөткүчү болуп эсептелет.

Алынган жыйынтыктар орточо арифметикалык (M), орточо квадраттык (с) жана катар катасын (m) аныктоо менен статистикалык жактан иштетилип, ишенимдүүлүк даражасы Стьюденттик таблицанын критерийи боюнча t тестинин жардамы менен эсептелген.

3-бап. «Өттүн ич көндөюнө куюлушу боюнча кайра жасалган операциялардын натыйжалары абдоминалдык хирургиядагы татаалдашуу катары» - бул бапта өттүн куюлуусунан улам татаалдашкан 68 бейтапты дарылоонун натыйжалары берилген.

Көбүнчө бул татаалдашуулар курч же өнөкөт холецистит менен татаалдашкан холелитиазга, ошондой эле боордун мите ооруларына (3.1-таблица) альвеококкоз жана эхинококкозго жасалган операциялардан кийин пайда болгон.

3.1-таблица – Биринчи операция жасалган жана өт куюлуп кеткен оорулардын тизмеси

Патология	Жалпы		Алардын ичинен операция жасалгандары	
	абс.с.	%	лапароскоп.	лапаротом.
Эхинококкоз	5	7,4	-	5
Альвеококкоз	12	17,6	-	12
Курч холецистит	21	30,9	15	6
Өнөкөт холецистит	30	44,1	26	4
Жалпы абс.с.	68	100,0	41	27
%			60,3	39,7

68 бейтаптын ичинен биринчи операция 41инде лапароскопиялык жол менен, 27синде лапаротомия жолу менен жасалган.

Өттүн чыгышынын убактысы биринчи операциядан кийин бир сааттан жети күнгө чейин болгон. Бул топтогу бейтаптарда кепилдик дренаж аркылуу агып чыгуунун мүнөзүн жана көлөмүнүн динамикасын, УҮИнин натыйжаларын аныктоого өзгөчө көңүл бурулуп, алардын негизинде киргизүү тактикасы иштетилип чыккан. 37 бейтапка кайталанган операциялар жасалган (3.2-таблица).

3.2-таблица – Өтгүн ич көндөюнө куюлуусу боюнча кайра жасалган операциялар жана операциядан кийинки мезгилдеги татаалдашуулардын мүнөзү

Операциянын типтери	Жалпы бейтаптар	Алардын ичинен татаалдашуулар пайда болгон					Бардык татаалдашуулар
		жаранын ириңдөөсү	Өпкөнүн кагынуусу	плеврит	перитонит	ПОН	
Өтгүн кулгунасын тигүү (эхинококкоктотомиядан кийин)	5		1	1		1	3
Баштыкчанын тешигин кайрадан байлоо	9	1			1		2
Өт баштыкчасын тегерете тигүү	5		1	1			2
Эндоскопиялык папиллосфинктеротомия	2						-
Холедохолитотомия менен релапаротомия	7					1	1
Жалпы өт каналынын дренажы (ятрогендик зыян үчүн)	1						-
Ятрогендик зыянды реконструктивдик калыбына келтирүүчү операциялар	8		1	1	1		3
Жалпы	37	1	3	3	2	2	11 (29,7%)

Кайра жасалган операциядагы татаалдашуулардын анализи өт куюлуу көбүнчө холедохолитиаз менен операция болгон бейтаптарда болоорун көрсөттү.

Себептердин арасында эң чоң үлүштү ыйлаакча агымынын жетишсиздиги же лигатуранын тайып кетиши ээлеген, бул операциядагы каталарды көрсөтүп турат. Белгилеп кетсек, операциядан кийинки мезгилдин жүрүшү оор болгон 11 адамда 29,7% түзгөн. 2 бейтап каза болгон, алардын кайра операциясы кечендеген.

Өтгүн ич көндөюнө куюлушу менен ооругандарды байкоолордун негизинде биз тактиканын алгоритмин иштеп чыктык (3.1-сүрөт).



3.1-сүрөт – Өттүн куюлушунда хирург тактикасынын алгоритми.

Алгоритмди колдонуу өттүн куюлуусун дарылоодо эң оптималдуу тактиканы тандоого мүмкүндүк берет.

4-бап. «Курсак көндөйүнүн чел кабыгынын ичиндеги кан кетүү үчүн кайра жасалган операциялар». Анда кайра операция жасоого алып келген кан кетүүнүн саны көрсөтүлгөн. Байкоо алдында 25 бейтап болгон, алардын кайра операция жасалышы үчүн курсак көндөйүнүн чел кабыгынын ичиндеги кан кетүү эсептелген.

Биринчи операция жасалган оорулар 4.1-таблицада келтирилген.

4.1-таблица – Биринчи операция жасалган оорулар боюнча

Оорулар	Жалпы бейтаптар	алардын ичинен жеткиликтүүлүк аркылуу иштетилет	
		лапаротомия	лапароскопия
Курч холецистит	11	9	2
Курч холецистит + холедохолитиаз	1	1	-
Өнөкөт калькулезный холецистит	5	3	2
Өнөкөт калькулездук холецистит + холедохолитиаз	2	2	-
Чукурду кесүү	1	1	-
Боордун эхинококкозу	3	3	-
Жумуртка безинин жарылышы	1	1	-
Курсак көңдөйүнүн чел кабыгынын сыртындагы мейкиндиктеги эхинококкоз	1	1	-
Жалпы	25	21	4

Ал эми татаалдашуулардын бул тобунда эң чоң үлүштү холелитиаздан операция жасалган бейтаптар ээлейт. Кан кетүүнүн диагностикалоодо жалпы абалды баалоо, дренаж аркылуу бөлүнүп чыккан кандын көлөмүн жана кандын жана гемодинамикалык көрсөткүчтөрдү аныктоо кирет, ошондой эле УҮИ да маанилүү ыкма болгон. Курсак ичиндеги кан кетүүнүн себептерин талдоо 4.2-таблицада келтирилген.

4.2-таблица – Курсак көңдөйүнүн чел кабыгынын ичиндеги кан кетүүнүн келип чыгуу себептери

Себептери	Жалпы
Лигатурдун артериядан тайып кетүүсү	5
Клипсом артериясынын гемостазынын жетишсиздиги	2
Табарсык баштыкчасынын гемостазынын жетишсиздиги	11
Тамырдын кичине бүлкүлдөгүнүн жабыркашы	1
Тамырдын диафрагмаларынын жабыркашы	1
Эхинококкоктomia учурунда фиброздуу капсуланын көңдөйүнүн капитоннажында тамырдын бузулушу	3
Тигилген жумурткалардын жарылышынын жетишсиз гемостазы	1
Чукурду кесүүдө жетишсиз гемостаз	1
Боордун жабыркоосунда жетишсиз геостаз	1
Жалпы	25

Кан кетүүнүн себептерин анализдөө өтөгү таш оорулары боюнча операциялар учурунда артериялардан лигатуранын тайып кетиши, баштыкчанын артерияга клипстын таңуунун жетишсиздигинен кан кетүүнү көрсөткөн, бирок бейтаптардын көпчүлүгүндө кан кетүү өт баштыкчасынын гипокоагуляциясы менен байланыштуу болгон. Эхинококкоз боюнча операция болгондордо Дельбе боюнча капитонажды жасоо учурунда боор кыртышынын, биринде кичи бүлкүлдөк тамырылары жабыркаган.

Курсак көңдөйүнүн ичиндеги кан кетүүлөрдүн көпчүлүгү операция татаалдашкан күнү жасалган. Бир нече бейтаптарга 2-күнү жана чукурду кесүүдөн кийин бир гана бейтапка операция 4-күнү жасалган. Бардык 25 бейтапка кайрадан операция жасалган жана алардын түрлөрү 4.3-таблицада келтирилген.

4.3-таблица – Курсак көңдөйүнүн ичиндеги кан кетүү боюнча кайра жасалган операциялар жана алардан кийинки татаалдашуулардын жыштыгы

Операциянын тиби	жалпы бейтаптар	Алардын ичинен татаалдашуулар келип чыкканы					
		плеврит	жаранын ириндеши	парез кишечника	эвентрация	ПОЖ*	Жалпы
Лапаротомия, өт баштыкча артериясын байлоо	7	-	-	-	-	-	-
Лапаротомия, өт баштыкчасын ложесин тигүү	9	2	-	-	-	-	3
Лапаротомия өт баштыкчасын ложесин тампондоо	2	1	-	-	-	-	1
Лапаротомия, кичи сальниктин тамырын байлоо	1	-	-	-	-	-	-
Лапаротомия, эхинококкотомиядан кийин боордун жана диафрагманы тамырын тигүү	3	-	-	1	-	-	1
Жарылган жумурткалык (яичник) өсүндүнү кайра тигүү	1	-	-	-	-	-	-
Боордун жабыркаган ткандарынын гемостазынын жетишсиздиги (бир бейтапка 5 операция)	1	-	1	-	-	-	1
Боордун жаракатын тампондоо	1	-	-	-	1	1	2
Жалпы	25	3	1	1	1	1	8

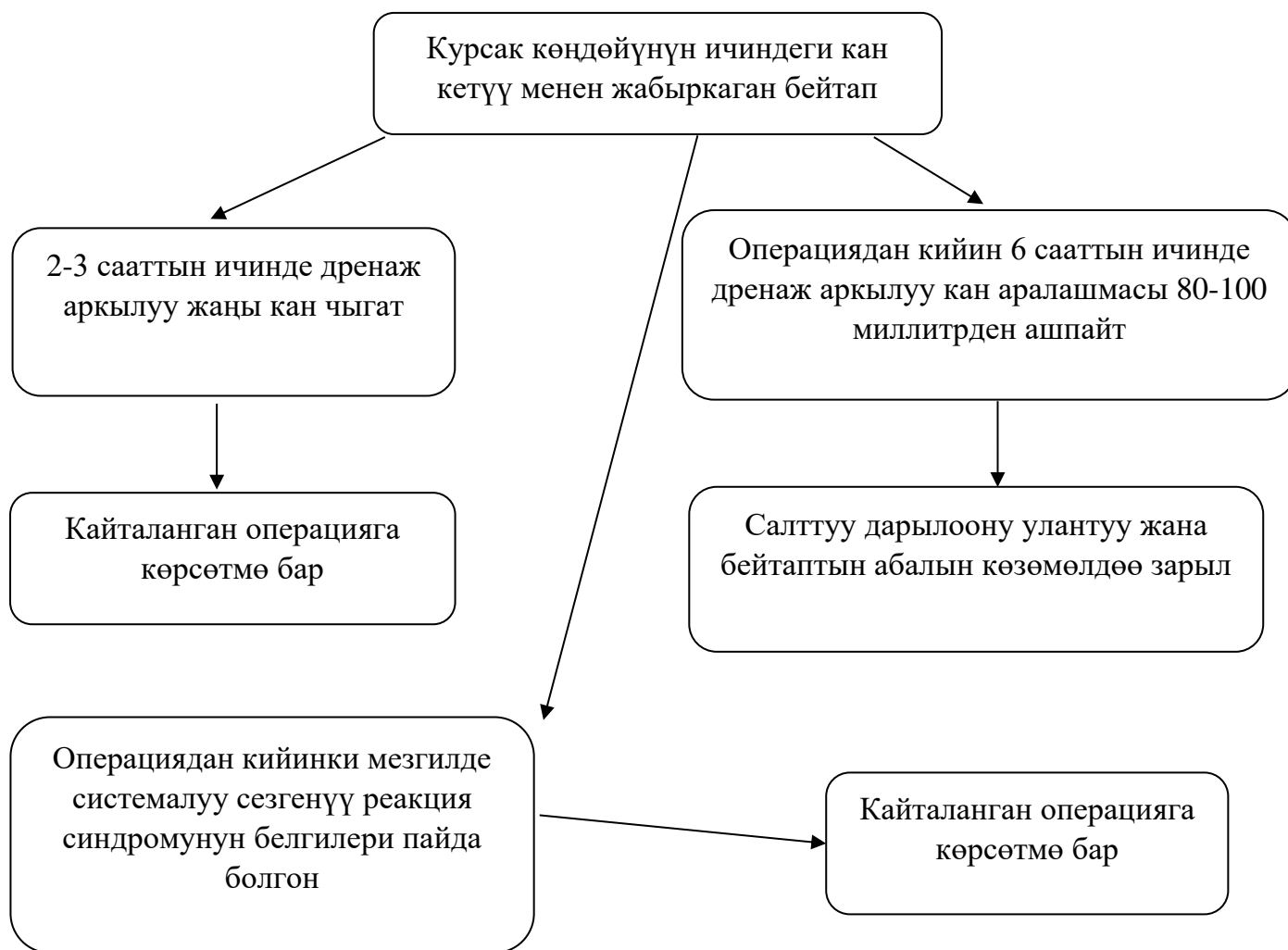
ПОЖ* - полиоргандык жетишсиздик.

Бардык бейтаптарда канды токтотууга мүмкүн болгон, алардын ичинен бирөөнүн гана боору жабыркаган, кайталанган операция 5 жолу жасалган, бирок канды токтотууга мүмкүн болгон.

Кайра жасалган операция учурунда кылдат гемостаз аткарылып жана кан жоготуулардын орду толукталып, бейтаптар эрте кыймылга келген. Кан кетүүнүн себептерин анализдөө алардын көбү хирургиялык операция учурундагы техникалык каталар жана өт баштыкчасынын туура эмес гемостазынан экенин көрсөтүү.

Кайра жасалган операция учурунда 7 бейтапта татаалдашуулар болгон. Бирөө көп органдардын иштебей калышынан каза болгон. Алынган маалыматтар биринчи операция учурунда жана кайталанган операциядан кийин жүргүзүлүүгө тийиш болгон профилактикалык иш-чаралардын зарылдыгын көрсөтүп турат.

Курсак көңдөйүндөгү кан кетүү менен жабыркаган бейтаптардын байкоолорунун негизинде алгоритм түзүлдү (4.2-сүрөт)



4.2-сүрөт – Курсак көңдөйүнүн ичиндеги кан кетүүнүн алгоритми.

5-бап. «Операциядан кийинки ичеги өтпөстүгү абдоминалдык хирургиядагы кайра жасалган операциянын себеби катары» мында 17 бейтапка - 8 эркек, 9 аял, алардын көбү 50 жаштан жогору болгон кайталанып жасалган операциялардын натыйжалары келтирилген. Биринчи операция жасалган оорулардын тизмеси 5.1-таблицада келтирилген.

5.1-таблица – Биринчи операция жасалган оорулардын тизмеси

Оорулар	Жалпы бейтаптар	алардын ичинен		алардын ичинен жеткиликтүүлүк аркылуу операция болгондор	
		шашылыш	пландуу түрдө	лапаротомдук	лапароскопиялык
Курч холецистит	3	3	-	3	-
Өнөкөт холецистит	7	-	7	5	2
Он эки эли ичегинин жарасынын кан кетүү менен байланышкан татаалдашуу	1	1	-	1	-
Ичеги өтпөстүгү	2	2	-	2	-
Аппендикулярдык абсцесс	2	2	-	2	-
Долихосигма	1	-	1	1	-
Өт баштыкчасынын полипозу	1	-	1	-	1
Жалпы	17	8	9	14	3

Ичеги өтпөстүгү көбүнчө холелитиазда жана анын татаалдашында жасалган операциялардан кийин пайда болгон.

Ичеги өтпөстүгү белгилеринин пайда болуу мөөнөттөрүн анализдөө алар операциядан кийин 3 күндөн 9 күнгө чейин пайда болгонун көрсөтүп, эң көп кездешкен белгилер аныкталган (5.2-таблица).

5.2-таблица – Эрте ичеги өтпөстүгү калышындагы белгилер жана алардын жыштыгы

Белгилери	Жалпы
Заңдын жана газдын кармалышы	15
Кусуу	9
Ич көбүү	11
Жогорку тимпанит	16
Ичтин жантайыңкы жерлериндеги начарлоо	9
Толгоо түрүндөгү ооруксунуу	15
Ичтин бүт жеринин ооруксунуусу	6
Ичтин пальпациясындагы ооруксунуу	9
Тахикардия	16
Тез-тез дем алуу	16
Курсак булчуңдарынын чыңалуусу	8
Щеткин-Блюмбергдин оң белгиси	6
Дене табынын жогорулашы	8
Лейкоцитоз $>12,0 \times 10^9/\text{л}$	13
ЛИИ $>5,0$	15

Абалды баалоодо биз системалуу сезгенүү реакциясынын синдромунун белгилерин колдондук жана бул татаалдашуу менен оорулуулардын көбү синдромдун 3-4 белгилерин көрсөтөөрүн аныктадык.

УЗИ жана рентгендик изилдөөлөр колдонулган, алар ичеги-карындын кеңейгендигин жана көпчүлүк учурда горизонталдык деңгээлдердин бар экендигин аныкташкан. Биринчи операциянын анализи көрсөткөндөй, бейтаптарга ичеги-карындын өтүшүп кетүү белгилери холецистэктомиядан кийин (17 адамдын 10у) жана башка операциялардан (ашказан резекциясы, сигма сымал резекциясы) бир же эки байкоодон кийин байкалган. Биринчи күнү ичеги-карындын өтүшүп кетүү белгилери аныкталгандан тартып 3 гана бейтапка операция жасалды, дагы 5 бейтапка 24 сааттан 72 саатка чейин операция жасалды, 8 бейтапта 3 күндөн 5 күнгө чейин консервативдик дарылоо улантылды, бир учурда операция 7 күндөн кийин гана жасалган.

Бардык бейтаптарга операция жасалган, алардын түрлөрү 5.3-таблицада келтирилген.

5.3-таблица – Кайра жасалган операциялардын түрлөрү жана алардан кийинки татаалдашуулардын мүнөзү

Операциялардын типтери	Бардык бейтаптар	алардын ичинен татаалдашуулар келип чыкканы					
		плеврит	Жаранын ириңдеши	Ичегинин кесилиши	эвентрация	ПОЖ*	Жалпы
Жабышып калган ичегилерди кесүү	13	2	1	1	1	1	5
Жабышып калган ичегилерди кесүү + ичке ичегинин резекциясы	2	2					2
Жабышып калган ичегилерди кесүү + илеостомия	1						
Жабышып калган ичегилерди кесүү + ичке ичегини ачуу жана таш алып салуу	1						
Жалпы	17	4	1	1	1	1	7

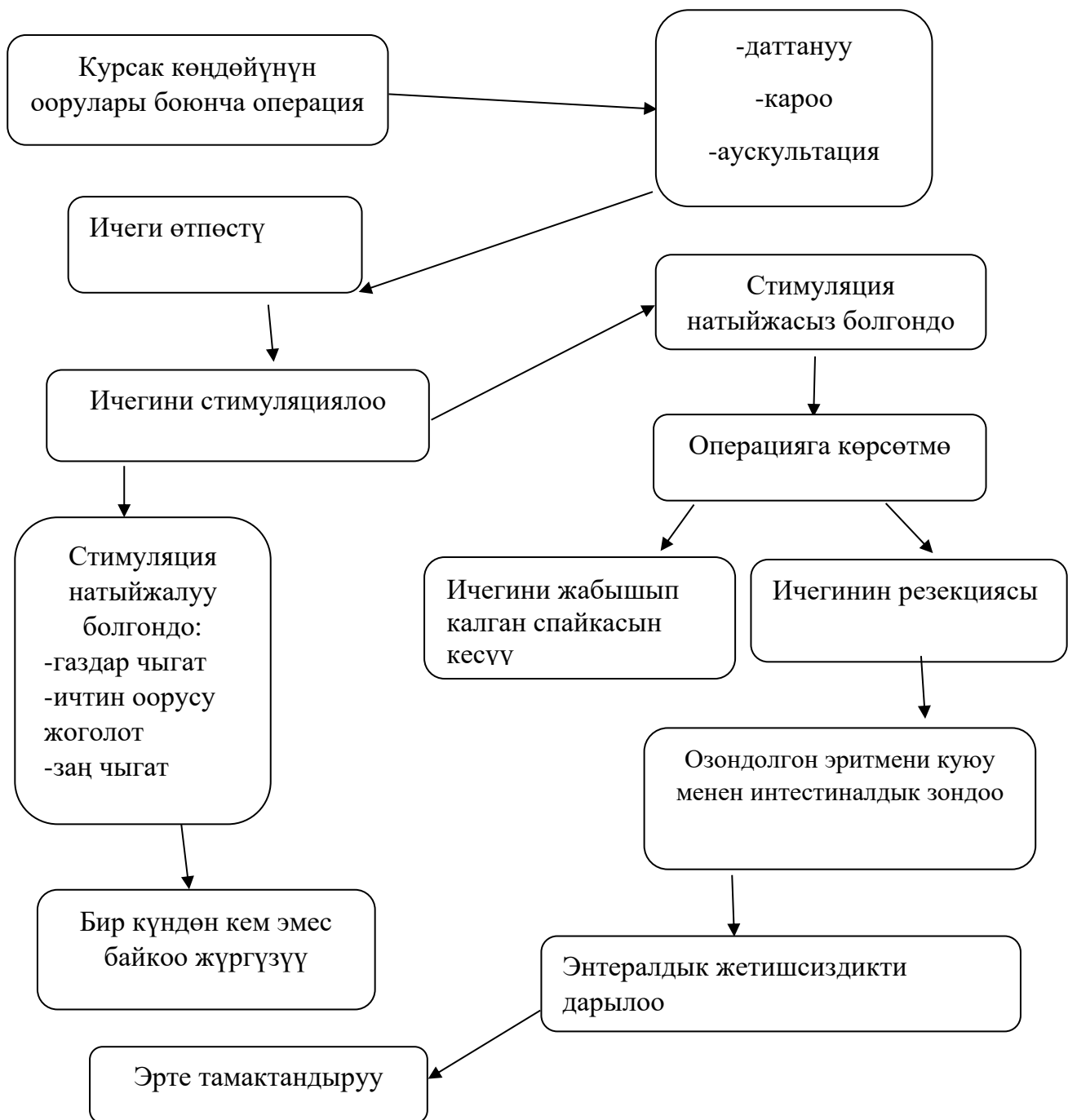
ПОЖ* – полиоргандык жетишсиздик

Бейтаптардын бул тобунда кайра жасалган операциялар оор болгон эмес жана жабышып калган ичегилерди кесүүдөн, ичеги резекциясы менен айкалыштыруудан, бир учурда энтеротомия жана конкрементти алып салуу менен чектелген, бирок операциядан кийинки мезгил бардыгында оор өтүп, эндотоксикоз жана ичеги парези менен коштолгон. Дарылоо лимфотроптук технологияларды колдонуу менен ичегилердин иштешин калыбына келтирүүгө, эндотоксикозду жок кылууга жана лимфа системасынын дренаждык функциясын жакшыртууга багытталган.

Кайталанган операциядан кийин 17 бейтаптын 7синде кыйынчылыктар пайда болуп, узак убакыт стационарда дарыланууга мажбур болушкан ($16,1 \pm 1,12$ төшөктө жаткан күн). Бир бейтап полиоргандык жетишсиздиктин күчөшүнөн улам каза болгон.

Операциядан кийинки мезгилде ССРС белгилеринин динамикасы байкалган жана аныктоо боюнча, оорунун жеңил өтүшүшүндө белгилердин саны акырындык менен азайып турганы, ал эми татаалдашуулар пайда болгондо белгилердин саны көбөйгөнү аныкталды.

Эрте ичеги өтпөстүгү менен жабыркаган бейтаптарды байкап, тактика боюнча алгоритм иштелип чыкты (5.1-сүрөт).



5.1-сүрөт – Эрте ичеги өтпөстүгүнүн алгоритми.

6-бап. «Операциядан кийинки перитонитте жана эвентрацияда релапаротомия».

Перитонит боюнча кайталанган операциялар 19 жаштан 85 жашка чейинки 20 бейтапка жасалган, бирок көпчүлүгү 40 жаштан жогору болгон. Перитониттен кийин пайда болгон оорулар 6.1-таблицада келтирилген.

6.1-таблица – Перитонит пайда болгондон кийинки жаралган оорулар

Оорулар	бары	шашылыш операциялар	пландуу операциялар	лапаротомдук жеткиликтүүлүк	лапороскопиялык жеткиликтүүлүк
Ичеги өтпөстү	2	2	-	2	-
Курсак көңдөйүнүн абсцесси	2	2	-	2	-
Курч сокур ичеги	4	4	-	4	-
Курч холецистит	5	5	-	5	-
Курсак көңдөйүнүн жаракаты	1	1	-	1	-
Өнөкөт калькулездук холецистит	4	-	4	3	1
Уйку безинин резекциясы	1	-	1	1	-
Сырткы заң кулгунасы	1	-	1	1	-
Жалпы	20	14	6	19	1

Бейтаптардын 14нө шашылыш, 6 адамга пландуу операция жасалган. Перитонит менен 4 бейтап, биринчи операциядан кийин пайда болгон перитонит менен 16 бейтап кайра операция болгон.

Бардык бейтаптарга операция жасалган жана операциялардын түрлөрү 6.2-таблицада келтирилген.

6.2-таблица – Кайра жасалган операциянын түрлөрү жана татаалдашуулардын мүнөзү

Операциянын тиби	Бардык бейтаптар	Алардын ичинен татаалдашуу жаралганы						Бардык татаалдашуулар	Татаалдашуу менен жалпы бейтаптар
		плеврит	жаранын ириндеши	кесик кишечника	заң перитонити	эвентрация	ПОЖ*		
Курсак көңдөйүн санацялоо жана дренаждоо	13	1	1	1			1	4	3
Санация + колостома	1				1	1		2	1
Санация + холедохолитотомия	1	1						1	1
Санация өт + баштыкчанын күлтөгүн байлоо	1								
Санация + нефростома	1		1					1	1
Санация + жатынды алуу	1		1					1	1
Курсак көңдөйүн санацялоо жана Курсак көңдөйүн сыртын дренаждоо	1	1	1					2	1
Санация + Ру боюнча холедохоеюноанасто-моз салуу	1	1						1	1
Бардыгы	20	4	3	1	1	1	2	12	9

*ПОЖ – полиоргандык жетишсиздик

Кайра жасалган операция учурунда көпчүлүк бейтаптар ич көңдөйүн санитардык тазалоодон өтүшкөн жана перитонитке себеп болгон татаалдашууну жоюшкан. Операциядан кийин ССРС текшерилген (6.3-таблица).

6.3-таблица – Операциядан кийинки мезгилдин өтүүсүнө жараша перитонит боюнча кайра операциядан кийин бейтаптарга ССРС көрсөткүчүнүн санынын динамикасы

Кароонун мөөнөтү	Татаалдашуулар жок бейтаптар, белгилеринин саны				Татаалдашуулар бар бейтаптар, белгилеринин саны			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Кайра операцияга жасалганга чейин	-	-	8	2	-	2	6	2
3 суткадан кийин	-	2	6	2	-	3	5	2
6 суткадан кийин	2	8	-	-	-	4	2	4
10 суткадан кийин	1	-	-	-	2	2	3	3
14 суткадан кийин	-	-	-	-	2	2	3	3

Жеңил өткөндө белгилердин саны азайды, ал эми татаалдашуу пайда болгондо белгилердин санынын көбөйүшү байкалды.

Кайталап жасалган операциядан кийин абалдын татаалдашуусу ичеги парезинин тез-тез пайда болушуна жана интоксикациянын күчөшүнө байланыштуу болгон.

Биздин байкоолор, операциядан кийинки уланып жаткан перитониттин себеби - курсак көңдөйүнүн жетишсиз адекваттуу тазалоо жана толук эмес сезгенүүгө каршы терапия болуп эсептеленерин көрсөттү.

Эвентрациянын пайда болушуна байланыштуу кайталанган операциялар 11 бейтапка жасалды, анын ичинен 4 аял жана 7 эркек. Биринчи операциялар жасалган оорунун мүнөзү 6.4-таблицада келтирилген.

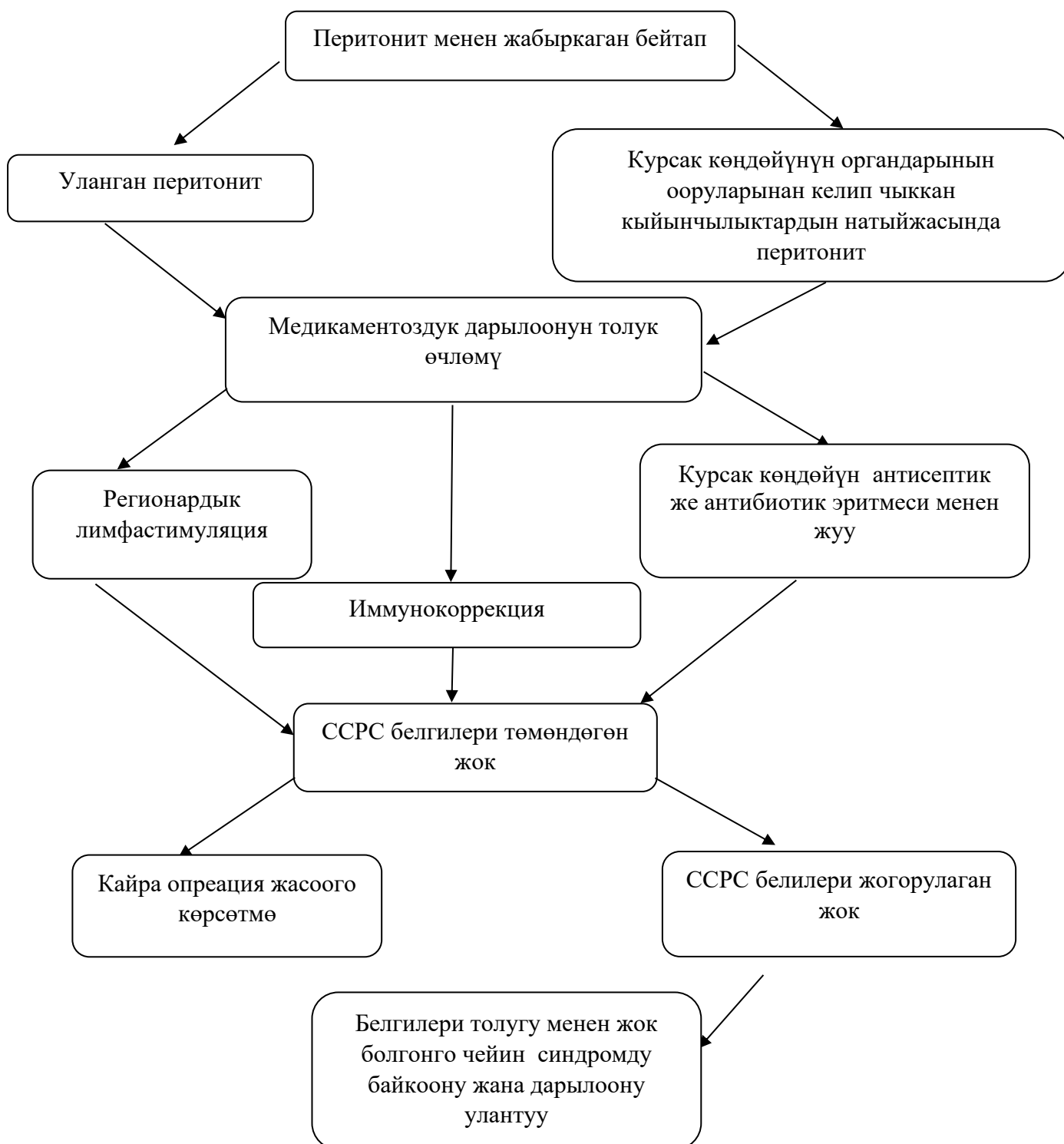
6.4-таблица – Биринчи операция жасалган жана жол берилген оорулардын мүнөзү

Оорунун мүнөзү	Баары	алардын ичинен операция:		жеткиликтүүлүк:	
		шашылыш	пландуу	лапаротомдук	лапароскопиялык
Курч холецистит	3	3	-	1	2
Курчапептицит	2	2	-	2	-
Өнөкөт холецистит	2	-	2	1	1
Операциядан кийинки чукур	2	-	2	2	-
Ичегинин өтпөй калуусу	2	2	-	2	-
Жалпы	11	7	4	8	3

Операциядан кийинки биринчи күнү эвентарация бир адамда, экинчи күнү экинчисинде, ал эми калгандарында кийинчерээк (6-да 4, 8-де 4 жана 9-да 1-де) пайда болгон. Алардын бардыгына операциядан кийин кайра операция жасалган, 11 бейтаптын 8инде кыйынчылык пайда болгон.

Перитонит менен ооругандарды байкоо жана дарылоонун негизинде тактикалык алгоритмин түзүлдү (сүрөт).

Перитонит менен ооругандар үчүн алгоритм:



7-бап. «Кайра жасалган операциядан кийин бейтаптарды кароонун өзгөчөлүктөрү». Аталган бапта кайра операция жасоого негиз болгон себептер баса белгиленет жана операциядан кийин бейтаптарды кароонун өзгөчөлүктөрү, кайра кийлигишүүгө себеп болгон кыйынчылыктарды эске алуу менен белгиленет. (7.1-сүрөт)



7.1-сүрөт – Абдоминалдык хирургияда кайра жасалган операциялардын себептери.

Операцияга чейинки эң көп таралган себеп катары – коштоочу оорулар эске алынбай, изилдөө толук бүтпөй калганы эсептелет. Операция учурунда кайра операция жасоого техникалык каталар, толук эмес ревизия, операциядан кийин коштолгон ооруларды коррекциялоонун жетишсиздиги себеп болгон. Кайрадан операция жасоого көрсөткүч болгон татаалдашуулардын келип чыгышынын ушул себептерин эске алып, бейтаптар кийин кардиологдун, терапевттин, кант диабетинде эндокринологдун консультациясынан өткөн. Анестезияны тандоо анестезиолог менен биргеликте чечилген. Кайра операцияга чейин аныкталган катачылыктарды ондоого багытталган операцияга чейинки даярдык жүргүзүлгөн. Кайра жасалган операция орто-жарым-жартылай ыкманы колдонуу менен курсак көңдөйүн натрий хлоридинин эритмеси менен озондолгон санитардык тазалоо аркылуу жасалды, ал жакшы бактерициддик таасирге ээ болду.

Кайра жасалган операция учурунда ичке жана жоон ичегилердин тамырына регионардык лимфостимуляция киргизилген, бул иш чара ичегинин мотордук-эвакуатордук функциясын тез калыбына келтирүүнү шарттаган, бирок перитонитте лимфоторптук аралашманы бир жолу саюу жетишсиз деп эсептелген жана ошондуктан ичке ичегинин чычыркайына микроирригаторду байлап, сыртка чыгарган жана ошонун жардамы менен операциядан кийинки мезгилде суткасына 1-2 жолу, 5-6 күндүн аралыгында антибиотиколимфоторптук аралашма сайылган.

Назогастралдык жана назоинтестиналдык зонддоого чоң маани берилген, ашказандын ичиндегилер алынып, ашказан озондоштурулган эритме менен жуулуп, операция учурунда ичке ичегиге Трейц байламтасынын астынан зонд киргизилип, ичиндегилери алынып, ичегилер озондолгон эритме менен жуулган. Бул ичегидеги ачуу жана чирүү процессин алдын алып, ич көңдөйүнүн инфекциясын азайтып, интоксикацияны жок кылууга өбөлгө түздү.

Перитонит жана ичеги бүтөлүп калышы менен жабыркаган өзгөчө оор бейтаптарга мурун назоинтестиналдык интубациялоодон тышкары (4 адам) озондолгон эритме да жоон ичегиге ретрограддык түрдө куюлган. Бул чаралардын колдонулушу эндотоксикоздун даражасын төмөндөтүүгө жана ашказан-ичеги-карын жолдорунун функциясын калыбына келтирүүгө жардам берди. Тамактанууга өзгөчө көңүл бурулду, анткени көп жолу операция жасалган бейтаптарда эреже катары, узакка созулган ачкалык менен байланышкан энтералдык жетишсиздик бар. Бул жагдайды эске алып, биз эрте энтералдык тамактанууну, ал эми өтө оор бейтаптарга Кабивен дары-каражатын колдондук, аны кабыл алгандан кийин ичегилердин абалынын жакшырышы жана калыбына келиши байкалды.

Кайра жасалган операцияларды жаракаты азыраак кылып, ич көңдөйүн дренаждоо менен бүтүргөнгө аракет кылдык. Операция учурунда ичегилердин сезгенүүгө каршы, инфузиялык жана стимулдаштыруучу функциясын толук камсыз кылуу үчүн максималдуу лимфогендик технологиялар колдонулган. Кайра жасалган операция үчүн негиз болгон кыйынчылыктардын мүнөзүн эске алуу жана ондоонун эң адекваттуу ыкмасын тандоо зарыл болгон. Байкоолордун негизинде релапаротомиядан кийин бейтаптарды кароо алгоритмин түздүк (7.2-сүрөт).



7.2-сүрөт – Релапаротомиядан кийин бейтаптарга алгоритм киргизүү.



7.3-сүрөт – Контролдук жана негизги топтордогу бейтаптардагы кайра жасалган операциянын натыйжалары.

Татаалдашуулардын алынган натыйжаларын кайра операция жасоону талап кылган татаалдашуулар байкалган бейтаптарды дарылоонун биз тандаган жолдорунун натыйжалуулугун баалоо үчүн Clavien Dindo классификациясына ылайык бөлүштүрдүк.

7.2-таблица Clavien-Dindo классификациясы боюнча татаалдашуулардын бөлүштүрүлүшү (1992, 2004)

Даражасы	Аныктоо	Негизги топтун абс.с n-58	%	Салыштырма топтун абс.с n-52	%
I	Дары-дармек менен дарылоону же хирургиялык, эндоскопиялык же радиологиялык кийлигишүүнү талап кылбаган кадимки операциядан кийинки ар кандай четтөөлөр. Терапиялык дарылоого жол берилет: антипиретик, анальгетик, диуретик, электролиттер, физиотерапия. Бул ошондой эле жара инфекцияларын дарылоону камтыйт.	1	1,7	5	9,6
II	Гемотрансфузия, энтералдык же парентералдык тамактандыруу түрүндө дарылоо талап кылынат.	4	6,9	5	9,6

7.2-таблицанын уландысы

III	Хирургиялык, эндоскопиялык же радиологиялык кийлигишүүнү талап кылат:	1	1,7	2	3,8
IIIa	Жалпы ооруксуздандыруусуз кийлигишүү.	3	5,2	5	9,6
IIIb	Жалпы ооруксуздандыруу астында кийлигишүү.	1	1,7	3	5,7
IV	Интенсивдүү терапияны, реанимация бөлүмүндө байкоону, органдарды резекциялоону талап кылган өмүргө коркунуч туудурган татаалдашуулар (анын ичинде борбордук нерв системасынан келип чыккан ооруулар)*				
IVa	Бир органдын иштебей калышы.	1	1,7	2	3,8
IVb	Көп органдын иштебей калышы.				
V	Бейтаптын өлүмү	2	3,4	4	7,7

Натыйжаларды талдоо көрсөткөндөй, биздин ыкманы колдонуу татаалданууну 50дөн 22,4%га жана өлүмдү 7,7ден 3,4%га кыскарткан.

Мындан тышкары, өз натыйжаларыбызды башка авторлордун натыйжалары менен салыштырып көрдүк, алар дагы абдоминалдык хирургияда кайталанган операцияларды жасашкан.

Автордун аты-жөнү	Басылманын чыккан жылы	Бейтаптардын саны	Көп кайталанган татаалдашуулар %	Өлүм, %
Томнюк Н.Д. жана авторлоштор	2008	202	67,7	31,4
Третьяк С.И. жана авторлоштор		109	71,2	33,6
Жидков С.А.	2007	94	82,4	35,0
Шакирова А.И. жана авторлоштор	2017	120	52,8	42,4
Биздин натыйжалар	2022	110	35,5	6,4

Биздин натыйжаларыбызды башка авторлордун натыйжалары менен салыштырганда, биздин натыйжалар башкалардыкынан кем калган жок, ал эми кээ бири менен салыштырганда биздики ал тургай жогору экендигин көрсөттү.

Ошентип, биздин көп жылдык ишибиздин натыйжалары кайра жасалуучу операцияны талап кылган татаалдашуулардын мүнөзүн жана жыштыгын аныктоого мүмкүндүк берди жана операциядан кийинки мезгилди жекече мамиле кылуу жана кароо менен кайра кийлигишүүнү жакшыртуу мүмкүнчүлүгүн көрсөттү.

Кайра жасалган операциялардан кийин бейтаптардын өлүмүнүн себептерин да кеңири талдап чыктык. Операция жүргүзүлгөн 110 бейтаптын 7си каза болгон (6,4%). Өтүң куюлушунан 2 адам каза болгон, экөө тең улгайган адамдар.

Чоң чат-калта чукуру менен жабыркаган бир улгайган бейтап кан кетүүдөн каза болгон.

Ичегинин бүтөлүп калышынын эрте мезгилиндеги операция жасалгандардын тобунда 1 бейтап каза болгон, аларга биринчи операция жасалган, бирок операциядан кийин кайрадан ичегинин бүтөлүп калышы пайда болгон, консервативдик ыкмалар колдонулган, бирок ичегинин бүтөлүп калышы азайган эмес, 8 суткадан кийин кайра операция жасалган.

Биринчи операция перитонит менен татаалдашуудан 3 бейтап өлгөн, үчөөнө тең көпкө чейин байкоо жүргүзүлгөн, андан кийин дарылоонун натыйжасыздыгынан улам экинчи операция жасалып, терапиянын бардык көлөмү аткарылган, бирок аларды көп органдын иштен чыгуусунан улам сактоо мүмкүн болгон эмес.

Кайталап жасалган операциялардан кийин каза болгондордун анализи, 7 адамдын экөө аял жана 5 эркек, 7 адамдын 5и улгайган жана карылыгы жеткен, ошондой эле оор коштолгон оорулар менен жабыркагандар экендигин көрсөттү. Кечиктирилип кайра жасалган операция 3 бейтаптын оорусунун күчөшүнө жана өлүмүнө себеп болсо, 4 бейтаптын кечиктирилип кайра жасалган операциясы пайда болгон татаалдашууну аныктоонун кыйынчылыгына байланыштуу болгон.

Алгачкы операциялар кандай жол менен жасалганын аныктоого аракет кылдык жана ачык лапаротомиялык операциялардан кийин 91 бейтапка (82,7%), лапароскопиялык операциядан кийин 19на (17,3%) кайра операция жасалганы аныкталды. 61 (54,5%) бейтапка шашылыш, 41не (45,5%) план боюнча кайталап операциялар жасалган.

Кайра операция жасоого көрсөткүч болгон татаалдашуунун келип чыгуу себептери менен таанышуунун жыйынтыгында алардын алдын алуу үчүн кандай чараларды көрүү керектиги белгиленген.

Операциядан мурун ар бир хирург бейтаптын текшерүүсүнүн жыйынтыгын талдап, анын көлөмүн аныкташы шарт. Абдоминалдык

хирургияда сезгенүү татаалдашууларын алдын алуу үчүн операциядан мурун операциядан кийинки антибиотиктерди колдонуу зарыл.

Кан кетүүнү алдын алуу үчүн бүткүл операция бою кылдат гемостаз жүргүзүү керек, жада калса жабышып калган ичегилерди кесүүдө да гемостазга көңүл буруп, жабыркаган жерге кан берүү жолдорун жакшы билүү жана кайчылашкан тамырларды кыпчуу зарыл. Операциянын негизги жана негизги эмес этаптары аяктагандан кийин гемостазды текшерүү абзел. Бул видеолапароскопиялык жана лапаратомдук жеткиликтүүлүктү колдонуу менен жасалган операцияларга тиешелүү. Бул ыкмаларды колдонуу менен кан кетүүнү алдын алууга болот.

Операцияга чейин өттүн куюлушун алдын алуу үчүн өт агып чыгышы мүмкүн болгон каналдардын локализациясын эске алуу зарыл. Боордо же өт жолдорунда операция учурунда өт түтүкчөлөрүнүн жүрүшүн деталдуу жана операция учурунда алардын байлоону билүү шарт. Боор эхинококкозунда, айрыкча фиброздуу капсуланын көндөйүн абдоминация жолу менен жок кылууда фистулалардын жана холестаздын бар же жок экендигин текшерүү керек. Бул оорулууну кайра жасалуучу операциядан сактап калууга жардам берет.

Перитонит менен татаалдашкан курсак көндөйүнүн органдарынын сезгенүү ооруларына операция жасоодо, алгачкы операцияда очогун алып салуу керек, курсак көндөйдөгү экссудатты ичегилерге зыян келтирбестен кылдаттык менен алып, андан кийин операция аянтынын жана жаранын булганышын азайтуу үчүн, антисептик, антибиотик же озондоштурулган эритме менен курсак көндөйүн жуу керек. Ичке жана жоон ичегинин мезентериясында аймактык лимфостимуляциялоо керек, ал эми ичегинин мезентериясында ириндүү экссудат болгондо микроирригаторду бекитип, ал аркылуу аймактык лимфостимуляциялоо керек. Операциядан кийинки мезгилде оорунун патогенезинин бардык бөлүктөрүнө таасир этүүчү дарылоо улантылат. Операциялык жараатка сиңишип кетпеген тигүүчү материал менен тигилет.

Ичегинин бүтөлүп калышында текшерүү жана байкоо жүргүзүү убактысын минималдуу кыскартуу керек жана алар 6 сааттан ашпоого тийиш, анткени операциянын узакка созулушу ичегидеги кайтарылгыс өзгөрүүлөргө алып келет. Операция убагында, ошондой эле жүзөгө ашырат регионардык лимфастимуляция жасалат, ал эми өнүккөн ичеги кесиги болгон учурда интестиналдык зонддоо колдонулат

Операциялык жараатты тигип жатканда эвентацияны болтурбоо үчүн сиңишип кетпеген тигиш материалы колдонулат жана операциядан кийин сөзсүз бандаж кийүү керек, ошондой эле өнөкөт бронхит, өнөкөт пневмония, бронхиалдык астма, алардын күчөшү сыяктуу коштолгон ооруларды эске алуу керек, алардын кошголушу эвентацияга алып келиши мүмкүн.

Эгерде биринчи операцияда ичеги резекциясынын зарылдыгы жаралса, анда татаалдашуунун алдын алуу үчүн ичеги аралык анастомоздорду коюуда былжырлуу челге биринчи катардагы узакка сиңишүүчү тигиш материалы (викрил 2.0; 3.0) колдонулат, ал эми калган учурларда оңой сиңишүүчү монофиллометикалык тигиш материалы (полипропилен жана пролен) колдонулат.

Ошентип, изилдөөлөр көрсөткөндөй, абдоминалдык хирургияда кайра жасалуучу операциялар сейрек кездешпейт, алардын себептери ар түрдүү, диагнозу татаал жана операциядан кийинки жүрүшү оор, бул дарылоонун көлөмүн тандоодо жекече мамилени талап кылат. Биз иштеп чыккан ыкманы жана профилактикалык иш-чаралардын комплексин колдонуу изилдөөнүн максаты менен милдеттерин чечүү жолу болгон кайра жасалган операциялардын натыйжалуулугун жогорулатууга мүмкүндүк берди.

КОРУТУНДУ:

1. Кайра жасалган операциянын көрсөткүчү төмөндөгүдөй болду: өтүн куюлушу (33,6%), кан кетүү (22,7%) ичегинин эрте бүтөлүп калышы (15,5%), перитонит (18,2%) жана эвентрация (10%). Кайра операция жасоонун негизги себептери операцияга чейин бейтаптардын толук текшерилбегени (7,3%), операцияга чейин толук даярдалбагандыгы (8,3%), операция учурунда жана андан кийинки техникалык каталар (19,1%), татаалдашуу пайда болгондон бери узак мөөнөттүү байкоо жүргүзүү (16,4%) жана коштолгон оорунун оордугун жана мүнөзүн жетишсиз эске алуу (19,1%) болду. Аткарылган операциянын жеткиликтүүлүктөн көз карандылыгы табылган жок.

2. Лапароскопиялык хирургияга салыштырмалуу биринчи лапаротомиялык операциядан кийин кайра операцияны талап кылган татаалдыктар көп кездешет.

3. Кайра операциядан кийин алдын алуу чаралары үчүн түзүлгөн жана ишке ашырылган алгоритмдер натыйжаны жакшыртууга жардам берет.

4. Эгерде кайра операцияны талап кылган татаалдашуулар пайда болсо, сезгенүү реакциясынын синдромунун белгилерин аныктоонун жыштыгы 84,7% түзөт, аларды дарылоо учурунда аныктоо операциядан кийинки мезгилдин жүрүшүнө өз убагында баа берүүгө жана татаалдашуунун пайда болушун аныктоого мүмкүндүк берет. Татаалдашууну аныктоо жана эң ылайыктуу дарылоо ыкмасын колдонуу шарт.

2. ССРСдин негизги себептеринин бири коррекцияны жана кайра жасалуучу операциялык дарылоону талап кылган, энтералдык жетишсиздик болуп саналат.

3. Кайра жасалган операциялардан кийин операциядан кийинки мезгилге таасир этүүчү ар кандай татаалдашуулар пайда болот, бирок аларды өз

убагында таап чыгуу жана дарылоонун комплекстүү методдорун колдонуу алардын кесепеттерин алдын алат.

4. Кайра жасалган операциялардан кийин татаалдашуулардын алдын алуу боюнча иштелип чыккан чараларды колдонуу татаалдашуулардын жыштыгын 44,1%дан 22,3%ке чейин, ал эми өлүмдү 9,6%дан 3,4%ке чейин төмөндөтүүгө мүмкүндүк берди.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

- Эгерде операциядан кийинки мезгилдин жүрүшү кадимки байкалгандан айырмаланса, анда мурда жасалган операциянын жүрүшүнө талдоо жүргүзүү керек - адаттан тыш жүрүүнүн себептерин аныктоо үчүн кошумча текшерүүлөрдү жүргүзүү шарт.

- Эгерде сиз хирургиялык операциядан кийин татаалдашуудан шектенсеңиз, анда бардык мүмкүн болгон диагностикалык ыкмаларды (кан анализи, ЛИИ, УҮИ жана КТ көрсөткүчү боюнча, системалуу сезгенүү реакциясы синдрому) колдонуу керек.

- Өзгөчө улгайган жана карылыгы жеткен адамдарга кайра операция жасардан мурун, операциялык жана анестетикалык тобокелдик факторлорун эске алуу менен, органдардын жана системалардын функционалдык өзгөрүүлөрүнүн даражасын баалоо зарыл.

- Эгерде курсак көндөйүнүн ичиндеги кан кетүүнүн же эвентрациянын белгилери аныкталса, тез арада кайрадан операция жасоо керек, өттүн куюлуусунда кайра жасала турган операциянын убактысын тандоодо дифференцияланган ыкманы колдонуу абзел;

- Операциядан кийинки ичегинин эрте бүтөлүп калышында консервативдик дарылоону 6 сааттан ашык эмес жүргүзүү керек, эгерде консервативдик дарылоодон кийин кыска мөөнөттүү абалдын жакшыруусунан кийин кайра толгоо сымал оору пайда болуп, ал эми УҮИде ичегилердин бүтөлүп калуу белгилери байкалса, анда релапаротомия жасалышы зарыл;

- Кайталап операция жасаганда, татаалдашуунун мүнөзүнө карабастан ичке ичегинин мезентериясынын тамырына лимфотроптук аралашмасы бар антибиотикти сайып, лимфотроптук аралашмага 2 мл прозерин кошуп, ириндүү перитонитте: ичке ичегинин мезентериясына микроирригаторду бекитип, ал аркылуу күнүнө бир жолу операциядан кийин антибиотиктерди жана лимфотроптук аралашманы ичеги парезинин алдын алуу жана сезгенүү процессин жок кылуу үчүн саюу керек;

- Перитонит боюнча кайра операция жасоодо операция учурунда экссудаттарды алып салуу жана микробдук булганууну азайтуу үчүн ич

көндөйүн озондоштурулган натрий хлорид эритмеси менен санитардык тазалоо, андан кийин курсак көндөйүн адекваттуу дренажды жүргүзүү шарт;

- Кайра операциядан кийин дарылоо көлөмүн тандоо үчүн биз иштеп чыккан алгоритмди колдонсо болот;

- Перитонитке кайрадан операция жасалгандан кийин озондолгон аралашмаларды колдонуу менен энтералдык жетишсиздикти оңдоого өзгөчө көңүл буруу абзел.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. Абдиев, А. А. Осложнения стрессовых язв желудка как причина смерти [Текст] / А. А. Абдиев, Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев // Известия вузов Кыргызстана. - 2015. - №4. - С.59-61; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_24292799_12508675.pdf

2. Результаты повторных операций при альвеококкозе [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев // Наука и новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2017. - №4. - С.46-49; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_29817220_29069192.pdf

3. Динамика поступления больных альвеококкозом печени в Кыргызской Республике [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев // Известия Вузов Кыргызстана. - 2017. - №6. - С.41-43; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_29817026_26752450.pdf

4. Абдиев, А. А. Профилактика пострезекционной печеночной недостаточности при альвеококкозе печени [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. – Санкт-Петербург, 2017. – С.213-214; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://heptoassociation.ru/wp-content/uploads/2011/01/17-09-19_Gepato_abstr.pdf

5. Абдиев, А. А. Желчеистечение – как причина повторных операций в абдоминальной хирургии [Текст] / А. А. Абдиев, С. А. Айтбаев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии. - 2017. - №6.- С.187-190; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_32738437_79809548.pdf

6. Абдиев, А. А. Повторные операции в абдоминальной хирургии и их эффективность [Текст] / Р. А. Оморов, А. А. Абдиев // Известия Вузов Кыргызстана. – 2017. - №1. – С.41-43; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_28864806_54038369.pdf

7. **Абдиев, А. А.** Причины и диагностика осложнений, требующих релапаротомии в абдоминальной хирургии (обзор литературы) [Текст] / А. А. Абдиев // Наука и новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2017. - №1. – С.49-52; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_28865648_46394631.pdf
8. Сочетание альвеококкоза с эхинококкозом печени [Текст] / С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев и др. // Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию Дагестанского государственного медицинского университета. - 2017. - С. 18-19; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35118456>
9. Желчеистечение как осложнение после операции на печени и желчных путях [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев и др. // Тенденции развития науки и образования. – Самара, 2018. – №39. – С.47-50; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_36297980_21277139.pdf
10. Результаты повторных операций при внутрибрюшных кровотечениях и желчеистечении [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. А. Каниетов, А. А. Абдиев и др. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Естественные и технические науки. – Москва, 2018. - №6 – С.205-209; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35565952>
11. Результаты оперативного лечения больных альвеококкозом печени [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2018. - №1. – С.74-79; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_32763662_70094888.pdf
12. **Абдиев, А. А.** Лечение плевроролечочных осложнений после резекции печени по поводу альвеококкоза печени [Текст] / А. А. Абдиев, А. Э. Эркинбеков, М. С. Абдрасулова // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. - 2019. –№II. - С.71-73; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_41299674_66121957.pdf
13. Лапароскопическая задне-петлевая ректопексия сетчатым имплантом (клиническое наблюдение) [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. А. Абдиев, Б. Т. Токтогазиев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. Сборник материалов посвященный 80-летию КГМА им. И.К. Ахунбаева.- 2019. – часть II. - С.104-107; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2019/vestnik-dni-nauki-kgma-2-2019.pdf>

14. Стрессовые язвы желудка как осложнение в абдоминальной хирургии [Текст] / Р. А. Оморов, А. А. Абдиев, А. Ж. Акешов, М. С. Абдрасулова // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. - 2020. - №5-6. - С.56-62; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_44745652_22867410.pdf

15. **Абдиев, А. А.** Ведение больных после повторных операций в абдоминальной хирургии [Текст] / А. А. Абдиев, А. Э. Эркинбеков, У. К. Казиев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии. Сборник материалов Международного научного форума Дни науки КГМА – 2021, «COVID-19: Профилактика, диагностика и лечение». – 2021. – часть I. – С.65-68; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2021/dni-nauki-1-2021.pdf>

16. Сравнение компьютерной томографии с эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографией в диагностике и первые шаги в эндоскопической папиллосфинктеротомии [Текст] / С. Ш. Сапаров, С. А. Айтбаев, А. А. Абдиев и др. // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии. Сборник материалов Международного научного форума Дни науки КГМА – 2021, «COVID-19: Профилактика, диагностика и лечение». – 2021. – часть I. – С.111-113; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2021/dni-nauki-1-2021.pdf>

17. Коррекция синдрома воспалительной реакции при перитоните различного генеза [Текст] / А. А. Абдиев, М. Ж. Алиев, А. Ж. Акешов, К. Т. Туратбекова // Вестник Смоленской Государственной медицинской академии. - Смоленск, 2022. – Т.21. - №1. - С.118-125; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_48488810_24034707.pdf

18. Role of videolaparoscopy in the surgical treatment of hepatic cystic echinococcosis [Текст] / А. А. Абдиев, Б. Т. Токтогазиев, С. А. Айтбаев и др. // Biomedicine, 2022. - 42(6). – С. 1268-1271; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://www.researchgate.net/publication/366806152_Role_of_videolaparoscopy_in_the_surgical_treatment_of_hepatic_cystic_echinococcosis

19. Results of repeat operation for early adhesive intestinal obstruction [Текст] / А. А. Абдиев, Н. Н. Маматов, А. С. Токтосунов и др. // Biomedicine, 2022. - 42(6). – С. 1272-1274; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <https://biomedicineonline.org/article/results-of-repeat-operation-for-early-adhesive-intestinal-obstruction/>

20. Повторные операции при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе [Текст] / А. А. Абдиев, С. Ш. Сапаров, А. С. Токтосунов и др. // Наука. Образование. Техника. - 2024.- №2.- С.152-157; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_67895167_26558816.pdf

14.01.17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору илимий даражасын алуу үчүн Абдиев Аллан Асыгалиевичтин “Абдоминалдык хирургиядагы лапаротомиялык жана лапароскопиялык кийлигишүүлөрдө кайра жасалган операциялардын себептери жана натыйжалары” аттуу темадагы диссертациялык ишинин

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: курсак көндөйүнүн органдарынын оорулары, татаалдашуулар, кайра жасалган операциялар, алдын алуу чаралары.

Изилдөөнүн максаты: абдоминалдык хирургияда кайра жасалган операциялардын натыйжалуулугун жогорулатуу.

Изилдөөнүн предмети: кайра операция жасалган 110 бейтап.

Изилдөө предмети: клиникалык, лабораториялык, инструменталдык

Алынган натыйжалар жана алардын жанылыгы: Татаалдашуунун мүнөзү аныкталды: өтүн куюлушу (33,6%), кан кетүү (22,7%), перитонит (18,2%), ичегилердин эрте бүтөлүп калышы (15,5%) жана эвентация (10,0%). Татаалдашуунун себептери: операцияга чейин жана аны ишке ашыруу учурунда толук текшерүүдөн өткөрбөө, коштолгон ооруларды эсепке албоо эсептелет. Кайра жасалган операция татаалдашууларды, ич көндөйүн санитардык тазалоону жана дренажды ичине камтыйт. Кайра жасалган операциядан кийин татаалдашууну алдын алуу чаралары: озондогон эритмени колдонуу, аймактык антибиотик-лимфоциттик аралашманы колдонуу, сезгенүү реакциясынын системалуу синдромун коррекциялоо жана нутритивдик колдоо. Мунун баары оорунун татаалдашуусун 44,1%дан 22,3%ке, өлүмдү 9,6%дан 3,4%га төмөндөтүүгө мүмкүндүк берди.

Колдонуу тармагы: хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии» представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия

Ключевые слова: заболевания органов брюшной полости, осложнения, повторные операции, меры профилактики.

Цель исследования: повысить эффективность повторных операций в абдоминальной хирургии.

Объект исследования: 110 больных, которым выполнена повторная операция.

Предмет исследования: Клинические, лабораторные, инструментальные.

Полученные результаты и их новизна. Установлен характер осложнений: Желчеистечение (33,6%), кровотечение (22,7%), перитонит (18,2%), ранняя кишечная непроходимость (15,5%) и эвентрация (10,0%). Причиной осложнений явились: не полное обследование до операции и в момент ее выполнения, не учтение сопутствующих заболеваний. Повторные операции включали ликвидацию осложнений, санации брюшной полости и дренирование. Меры профилактики осложнений после повторной операции: использование озонированного раствора, применение регионарной антибиотиколимфоцитарной смеси, коррекцию синдрома системной воспалительной реакции и нутритивную поддержку. Все это позволило снизить осложнения с 44,1% до 22,3%, и летальность с 9,6 до 3,4%.

Область применения: хирургия.

SUMMARY

of the dissertation of Abdiev Allan Asygalievich on the topic "Causes and results of repeated operations during laparotomy and laparoscopic interventions in abdominal surgery" submitted for the degree of Doctor of Medical Sciences in specialty 14.01.17 – surgery

Key words: diseases of the abdominal cavity, complications, repeated operations, preventive measures.

The purpose of the study: to increase the efficiency of repeated operations in abdominal surgery.

The object of the study: 110 patients who underwent repeated surgery.

Subject of research: Clinical, laboratory, instrumental. The results obtained and their novelty. The nature of complications was established: Bile discharge (33.6%), bleeding (22.7%), peritonitis (18.2%), early intestinal obstruction (15.5%) and eventration (10.0%). The cause of the complications were: incomplete examination before and at the time of surgery, failure to take into account concomitant diseases. Repeated operations included the elimination of complications, abdominal rehabilitation and drainage. Measures to prevent complications after repeated surgery: the use of an ozonated solution, the use of a regional antibiotic-lymphocyte mixture, correction of systemic inflammatory reaction syndrome and nutritional support. All this reduced complications from 44.1% to 22.3%, and mortality from 9.6% to 3.4%.

Scope of application: surgery.

