

2000-154

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

БЕЙШЕНАЛИЕВ АЛЫМКАДЫР
САВИРДИНОВИЧ

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
РАННЕГО ПЕРИОДА В ХИРУРГИИ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

14.00.27 - Хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Бишкек - 2000

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии и городской клинической больнице №1 г.Бишкека.

Научный консультант:

Действительный член НАН КР, Заслуженный врач и заслуженный деятель науки Кыргызской Республики, доктор медицинских наук, профессор Рыскулова К.Р.

Официальные оппоненты:

1. Доктор медицинских наук, профессор Дж.С.Рафибеков
2. Доктор медицинских наук, профессор К.Д.Дурманов
3. Доктор медицинских наук, профессор У.Б.Байзаков

Ведущая организация:

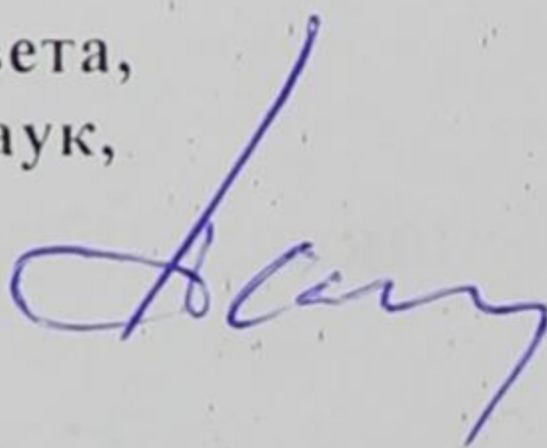
Научный центр хирургии им. А.И.Сызганова Министерство здравоохранения, науки и культуры Республики Казахстан (Алматы)

Защита диссертации состоится в.....^{13⁰⁰} часов «26» июня 2000 года на заседании специализированного совета Д.14.98.75 при Кыргызской государственной медицинской академии (720061, г.Бишкек, ул.Ахунбаева,92).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке КГМА (г.Бишкек, ул. Исы Ахунбаева, 92).

Автореферат разослан « 20 » мая 2000 г.

Ученый секретарь
специализированного совета,
кандидат медицинских наук,
доцент



Т.А.Осмонов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки по широте своего распространения и удельному весу занимала и занимает одно из первых мест в структуре гастроэнтерологической патологии, а сложность патогенеза, большая распространенность среди лиц наиболее работоспособного возраста, частые рецидивы, длительность течения и развитие осложнений, не только ведущих к временной потере трудоспособности, но и опасных для жизни - выдвигает ее на уровень социальных проблем, обуславливая актуальность проблемы лечения, прогнозирования и профилактики (Ф.И.Дуденко и соавт., 1992; Ю.И.Калиш и соавт., 1995; А.В.Кочетков и соавт., 1996; А.П.Михайлов и соавт., 1998; К.Р.Рыскулова и соавт., 1998; Х.С.Безезов и соавт., 1999; К.М.Мамакеев, 1999; E. Grundman., 1984; M.M. Lirici et al., 1985; I.Najmota et al., 1986; A.Piris et al., 1986; P.Vayre, Y.Daccache, 1989; M.P.Van et al., 1994).

Число лиц, нуждающихся в оперативном лечении по поводу осложненных форм язвенной болезни, составляет не менее 15-20% (Г.Д.Мыш, 1983; 1987; О.Д.Лукичев и соавт., 1988; И.И.Бачев, 1989; Ю.Я.Лея, 1996; Н.А.Майстренко, С.А.Вазин, 1997; M.Chellappa, 1983; J.Voeuy et al., 1990; 1992; P.Salvini et al., 1990).

В оценке любого оперативного вмешательства имеет значение частота и характер осложнений, а также летальность (Ю.М.Панцырев и соавт., 1987; А.А.Курыгин, В.В.Румянцев, 1992; Ю.В.Майорова и соавт., 1996; C.Griffith, 1972). И надо отметить, что после резекции желудка летальность достигает в плановой хирургии 3-6% (А.С.Руденко и соавт., 1986; В.Н.Чернышев и соавт., 1993; В.И.Оскретков, Н.П.Вильгельм, 1998; B.Dousset et al., 1995), а после различных видов ваготомии с дренирующими операциями от 0 до 2% (Ю.И.Калиш и соавт., 1986; Н.Н.Волобуев и соавт., 1993; М.П.Королев, 1996; M.S.Cappel, 1990).

В то же время, несмотря на совершенствование техники резекции желудка, анестезиологического и реанимационного пособия и обезболивания, возможностей антибактериальной терапии, в ближайшие сроки после резекции желудка осложнения возникают у 10,1-30,2% (Г.Д.Вилявин и соавт., 1984; М.М.Мамакеев и соавт., 1997; В.П.Петров, В.В.Осипов, 1997; G.Zimmerman, G.Miller, 1983; J.Rodriguez-Loeches et al., 1989; C.J.Ceballos et al., 1989; C.P.Choudari, 1995).

С широким внедрением ваготомии наметилась тенденция к расширению показаний к оперативному лечению больных язвенной болезнью (В.Т.Зайцев и соавт., 1991; К.Н.Мовчан, 1992; Э.М.Перкин и соавт., 1995; Н.М.Кузин, А.Н.Алимов, 1997; В.И.Подолужный и соавт., 1997; W.P.Fiser et al., 1982; V.Sabharwal et al., 1982; R.M. Wearver, J.G.Temple, 1985; J.Christiansen et al., 1987; C.P.Choudari, 1995; G.G.Champault, 1994).

Однако, несмотря на несомненное революционное значение в развитии учения о методе хирургического лечения язвенной болезни ваготомией, она не смогла решить проблем, стоящих перед хирургией данного заболевания (Ю.М.Панцырев, А.А.Гринберг, 1979; А.И.Горбашко, Р.К.Рахманов, 1991; А.А.Курыгин, В.В.Румянцев, 1992; Л.С.Серова, В.Л.Асташов, 1996; V.Dousset et al., 1995).

Необходимо отметить, что даже ярые сторонники ваготомии вынуждены все же признать, что у определенного числа больных эта операция не эффективна и дает неудовлетворительные результаты (М.И.Кузин, 1978; С.У.Джумабаев, А.Л.Касымов, 1997; В.С.Помелов и соавт., 1997; C.P.Choudari, 1995).

После различных видов ваготомии с дренирующими операциями в раннем послеоперационном периоде тоже развиваются различные осложнения (А.А.Курыгин, В.В.Румянцев, 1992; Н.М.Кузин, А.В.Егоров, 1994; O.C. Lunde et al., 1985), которые существенно снижают эффективность оперативного лечения.

Среди них ключевые позиции занимают постваготомические моторно-эвакуаторные расстройства и большой процент рецидивных язв, лечение которых

представляет значительно большие трудности, чем первичное заболевание (А.П.Крылов, В.И.Курка, 1995; Н.М.Кузин, А.Н.Алимов, 1997).

Необходимо отметить, что вопросу послеоперационных осложнений после резекции желудка и ваготомии посвящено достаточно работ (В.Л.Маневич и соавт., 1986; В.П.Петров и соавт., 1994; W.P.Fiser et al., 1982; G.Giorgio et al., 1983), но в них в основном обсуждались вопросы диагностики и лечения различных осложнений, в то же время работ, в которых комплексно освещались бы прогнозирование и профилактика осложнений, а также их влияние на конечный результат, сравнительно мало. Вместе с тем, развитие этого направления в хирургии язвенной болезни, на наш взгляд, является кардинальным для улучшения результатов оперативного лечения.

Проблема прогнозирования и профилактики послеоперационных осложнений затрагивает многие вопросы хирургического лечения язвенной болезни: это касается различных методов обследования больного до операции, определения показаний к выбору объема и характера операции, совершенствование методов предоперационной подготовки и одного из важнейших факторов, определяющего исход операции, самого оперативного вмешательства, а также ведения послеоперационного периода с учетом выявленных нарушений до операции и в момент ее выполнения. Подобных исследований в широком плане мы в доступной литературе не обнаружили.

Все вышеизложенное и явилось основанием для выполнения данного исследования.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: Улучшение результатов хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки за счет разработки и внедрения эффективных способов прогнозирования, профилактики и лечения наиболее частых ранних послеоперационных осложнений, наблюдающихся после резекции желудка и ваготомии.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Выявить и изучить силу влияния основных причинных факторов осложнений: несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и швов желудочно-кишечного анастомоза; анастомозита; послеоперационного кровотечения; острого послеоперационного панкреатита и гнойно-воспалительных осложнений.
2. Разработать надежные методы прогнозирования осложнения в ранние сроки послеоперационного периода.
3. Разработать меры профилактики: несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и швов желудочно-кишечного анастомоза.
4. Оценить эффективность различных способов гемостаза после операции на желудке и усовершенствовать его методику с позиций профилактики послеоперационных кровотечений.
5. Разработать и внедрить методы профилактики послеоперационного панкреатита и показать их преимущества;
6. Обосновать целесообразность использования разработанных мер профилактики гнойно-воспалительных осложнений и анастомозита.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА:

Получен ряд новых данных, позволяющих прогнозировать и выбирать меры профилактики основных послеоперационных осложнений, наблюдающихся при оперативном лечении больных язвенной болезнью.

Усовершенствованы ранее существующие и разработаны новые методы диагностики и оперативного лечения язвенной болезни. В частности:

- разработана методика количественного определения прогноза развития ранних послеоперационных осложнений после операции на желудке по поводу язвенной болезни;
- разработаны эффективные меры профилактики НКДК;
- для профилактики НКДК разработан метод обработки культи, отличающийся от ранее существующих;

-разработан зажим, обеспечивающий полную асептичность, надежный гемостаз и в то же время сохраняющий хорошее кровоснабжение тканей;

-уточнены и усовершенствованы методы оперативных вмешательств, использование которых способно обеспечить профилактику развития НШЖКА;

-определен наиболее оптимальный метод диагностики острого послеоперационного панкреатита (ОПП) и на основании его разработан принципиально новый метод профилактики;

-обоснованы новые подходы к профилактике послеоперационных кровотечений;

-на основании изучения прогностических критериев предложены надежные меры профилактики анастомозита;

-разработан и внедрен метод профилактики гнойно-воспалительных осложнений;

-разработана балльная оценка риска операции, благодаря чему стало возможным объективно судить о прогностически неблагоприятном течении послеоперационного периода и своевременно решить вопрос об объеме оперативного лечения и профилактике осложнений.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ:

Полученные в ходе выполнения работы данные позволяют уже в дооперационном периоде прогнозировать с большей долей вероятности развитие ранних послеоперационных осложнений.

Разработана система профилактики основных ранних послеоперационных осложнений, основанная на использовании новых методов и разработок;

В их числе:

-усовершенствована методика предоперационной подготовки и анализированы сроки проведения операции;

-усовершенствована методика декомпрессии культи желудка и приводящей петли;

-разработана новая методика обработки культи двенадцатиперстной кишки;

-предложен механический способ гемостаза при наложении желудочно-кишечного анастомоза;

-усовершенствована методика региональной лимфостимуляции;

-разработан зажим для обработки культи двенадцатиперстной кишки;

-обоснована методика ранней диагностики и лечения ОПП;

Благодаря внедрению методики прогнозирования анастомозита, усовершенствованию предоперационной подготовки, выполнению операций и ведению послеоперационного периода удалось снизить частоту развития тяжелых форм анастомозита, несмотря на формирование узких анастомозов.

С учетом прогностических критериев послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений разработана и внедрена профилактика этих осложнений с использованием иммунокоррекции и иммунолимфостимуляции.

НА ЗАЩИТУ ВЫНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

1. Прогнозирование и профилактика основных послеоперационных осложнений является неременным условием улучшения результатов оперативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Разработанные новые и усовершенствованные ранее существующие методы профилактики НКДК и НШЖКА, ОПП и анастомозита, кровотечений обеспечивают предотвращение этих осложнений.
3. Возможность снижения частоты гнойно-воспалительных осложнений с помощью иммунокоррекции и лимфостимуляции.
4. Разработанные методы профилактики позволяют улучшить результаты оперативного лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Внедрение: Результаты работы внедрены в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 и в Таласской областной больнице. Основные положения

диссертации включены в программу лекций и практических занятий по факультетской хирургии по теме: «Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки».

Апробация и реализация работы: Основные положения диссертации доложены и обсуждены на:

Конференции клинических ординаторов и аспирантов КГМА (1983-1998); республиканской конференции хирургов (г.Андижан, 1986); республиканской конференции гастроэнтерологов Литовской ССР совместно с ВНОГ (г.Вильнюс, 1988); четвертом Всесоюзном съезде гастроэнтерологов (г.Москва, 1990); заседании ВНОГ (г.Смоленск, 1991); 5-съезде хирургов Республик Средней Азии и Казахстана (г.Ташкент, 1991); республиканской конференции хирургов Узбекистана (г.Самарканд, 1993); первой научно-практической конференции, посвященной 5-летию РДЦ (г.Бишкек, 1995); республиканской конференции хирургов (г.Турсунзаде, 1994); втором съезде хирургов Кыргызстана (г.Бишкек, 1995); конференции, посвященной 50-летию научного центра им.А.Н.Сызганова (г.Алматы, 1995); Вахидовских чтениях (г.Ташкент, 1996); международной конференции хирургов (г.Бухара, 1997); заседании Ассоциации научных хирургических обществ Кыргызской республики (г.Бишкек, 1999); межкафедральном заседании комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций хирургического профиля при Кыргызской Государственной медицинской академии (г.Бишкек, 2000).

Публикации: По теме диссертации опубликовано 125 работ, из них пять монографий, утверждено 13 рационализаторских предложений и получен один патент на авторское свидетельство.

Объем работы: Диссертация изложена на 298 страницах машинописи, содержит 16 рисунков и 27 таблиц. Состоит из введения, 9 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, содержащего 410 источников, из них 125 работ авторов дальнего зарубежья.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели нами анализированы результаты оперативного лечения 1604 больных язвенной болезнью желудка и ДПК, находившихся на стационарном лечении и оперированных в клинике факультетской хирургии Кыргызгосмедакадемии с 1965 по 1999 год, которые получали традиционное лечение до и в послеоперационном периоде, а оперативные вмешательства осуществлялись по ранее разработанным классическим методам и 406 больных, которым использованы профилактические меры по предотвращению осложнений на основании прогностических критериев. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст в годах	Мужчины	Женщины	Всего	
	абс. число	абс. число	абс. число	%
до 20 лет	42	6	48	2,99
21-30	247	18	265	16,52
31-40	360	46	406	25,31
41-50	307	72	379	23,63
51-60	277	55	332	20,7
61-70	95	32	127	7,92
старше 71	31	16	47	2,93
Итого	1359	245	1604	100,0

В результате обследования у большинства больных (91,1%), было установлено наличие различных осложнений (пенетрация - 21,8%, стенозирование - 19,79%, прободение - 14,09% и др.).

Резекция желудка произведена у 1322 больных (82,42%), из них по Бильрот-I у 118 (7,36%), а по Бильрот-II - у 1204 (75,06%). Различные виды ваготомии с дренирующими операциями выполнены у 125 (7,79%), причем в основном при дуоденальной локализацией язвы и лишь у 4- с локализацией язвы в пилороантральном отделе желудка, которым произведена ваготомия с экономной резекцией (табл.2).

Ушивание перфоративной язвы сделано у 143 (8,93%) больных, гастротомия с последующим ушиванием кровоточащего сосуда - у 14 (0,87%), в тех случаях, когда их

состояние больных не позволяло выполнить радикальную операцию.

На основании своего опыта и данных литературы необходимо отметить, что выбор операции при язвенной болезни осуществлялся строго индивидуально и обосновывался детальным обследованием.

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Виды операции	Локализация язвы			Всего	
	Желудок	ДПК	двойная	абс.	%
Ваготомия	4	120	1	125	7,79
Резекция желудка из них:	392	895	35	1322	82,42
по Бильрот-1	78	39	1	118	7,36
по Бильрот-2	314	856	34	1204	75,06
Ушивание перфоративной язвы	75	68	-	143	8,92
Гастротомия, прошивание кров.сосуда	11	2	1	14	0,87
Всего:	482	1085	37	1604	100,00

В работе использованы следующие методы: рентгенологическое исследование, эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки с последующим и гистологическим и гистохимическим исследованием биоптатов, иммунологические реакции (РПК, ППН, РАЛ, иммуноглобулины, Т-В-лимфоциты, лизоцимная и комплементарная активность сыворотки крови), интрагастральный и интрадуоденальный протеолиз, пристеночное пищеварение и состояние моторно-эвакуаторной функции желудка (рентгенологически и с использованием электрогастрографии). Результаты подвергнуты статистической обработке методом вариационной статистики с определением t -критерия по таблице Фишера-Стьюдента.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Нами тщательно изучены данные больных до операции и в ранние сроки послеоперационного периода у 1604 пациентов и при этом выявлено, что НКДК возникла у 45 (2,8%) из них при локализации язвы в желудке у 10 (1,9%), а при дуоденальной - у 35 (3,2%). При анализе частоты НКДК в зависимости от способа обработки культи отмечено, что она встречалась при всех видах методик, но чаще всего при атипичном закрытии культи - 19 больных из 45.

Одним из грозных и опасных осложнений после оперативного вмешательства на желудке является НШЖКА, которая возникла у 12 больных, что составило 0,7% от общего числа оперированных. Она имела место после таких операции как резекция 2/3 желудка по Бильрот-I - у 4, после клиновидной резекции у одного, после резекции по Бильрот-II - у 6, а у одного больного после стволовой ваготомии с пилоропластикой. Из 12 пациентов с НШЖКА умерли 8.

Следующим осложнением после операции на желудке был анастомозит, который наблюдался у 43 (2,7%) больных. Он чаще всего встречался при таких осложнениях как стенозирование (10) и пенетрация (9). Как и большинство исследователей, мы чаще наблюдали это осложнение после резекции по Бильрот-I и реже по Бильрот-II (соответственно 5,9% и 2,6%).

Еще одним из опасных осложнений после операции на желудке является кровотечение в раннем послеоперационном периоде, которое наблюдалось у 26 (1,62%) в просвет желудочно-кишечного тракта и 9 (0,56%) в брюшную полость.

При анализе кровотечения в зависимости от вида оперативных вмешательств выяснено, что у 21 оно возникло после резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру, у 4 - после ушивания перфоративной язвы и у одного - после селективной ваготомии с экономной резекцией желудка. У 2 больных кровотечение имело место из второй язвы, которая была незамечена во время первой операции.

Также грозным осложнением после операции на желудке является ОПП, который наблюдался у 57 (3,55%). Все они были оперированы по поводу пилородуоденальной язвы с пенетрацией в головку или тело поджелудочной железы, им произведена

резекция желудка, лишь у троих экономная резекция сочеталась с селективной ваготомией.

Из частых осложнений после операции на желудке следует отметить гнойно-воспалительные осложнения, которые отмечены нами у 177 больных из них нагноение раны - у 88, пневмония - у 25, нагноение раны и пневмония - у 6, поддиафрагмальный абсцесс - у 4.

После детального анализа результатов оперативного вмешательства у 1604 больных для каждого из выше перечисленных осложнений мы находили прогностическое значение важнейших клинических признаков и на их основании разработали и использовали в клинике для определения и внедрения профилактических мероприятий.

С помощью метода Н.М.Амосова и соавт.,(1975) разработали прогностические критерии по таким осложнениям как НКДК, НШЖКА, анастомозит, послеоперационное кровотечение, ОПП и гнойно-воспалительные осложнения. Для этого мы определили важность 138 дооперационных признаков и 21 показатель, выявленных при ревизии органов брюшной полости в оценке исхода оперативного вмешательства. Большое значение придавали общим сведениям о больном (пол, возраст, профессия и др.), анамнестическим данным, течение заболевания, наличие осложнений, эффект проводимого ранее лечения, детально анализировали жалобы больного, результаты объективного исследования, лабораторные данные.

Наиболее выраженными прогностическими показателями для развития НКДК являлись: желудочное кровотечение средней и тяжелой степени ($t=1,0$ и $1,3$ соответственно), пенетрация язвы в поджелудочную железу ($t=1,0$) и в гепатодуоденальную связку ($t=0,8$), пенетрация в сочетании со стенозированием и пенетрация в сочетании с кровотечением ($t=1,2$ и $1,5$ соответственно), наличие воспалительного инфильтрата ($t=1,8$), спаечного процесса в верхнем отделе брюшной полости, величина язвенного инфильтрата более 3 см в диаметре ($t=1,8$ и $1,5$ соответственно), локализация язв по задней стенке двенадцатиперстной кишки, которые чаще всего пенетрировали в поджелудочную железу ($t=1,0$), погрешности в формировании желудочно-кишечного анастомоза (это длинная приводящая петля ($t=1,5$), чрезмерно высокое подшивание ее к линии швов

($t=1,3$)), атипичное укрытие культи ($t=1,8$) и по Ниссен-Знаменскому ($t=1,5$).

При ретроспективном анализе выявлено, что в возникновении НКДК большую роль играет иммунобиологическая реактивность организма.

При уменьшении числа Т-лимфоцитов менее -44% ($t=0,9$), РБТЛ с ФГА меньше 49% ($t=0,7$), IgA менее $3,6\text{г/л}$ ($t=1,0$), IgM-менее $3,0\text{г/л}$ ($t=0,4$), фагоцитарной активности $50-60\%$ ($t=0,5$), и при возрастании титра антител ($t=1,0$) чаще возникает НКДК. Учитывая вышеизложенное, мы попытались разработать и внедрить ряд профилактических мер, направленных на предотвращение возникновения НКДК.

Тем больным, у которых прогностические критерии были высокие, т.е. у которых в послеоперационном периоде могла развиться НКДК, мы проводили профилактику этого осложнения путем использования региональной лимфостимуляции по методике С.У.Джумабаева (1986). Однако, в процессе проведения региональной лимфостимуляции методика С.У.Джумабаева (1986) нами была видоизменена (рац.предложение №780 от 10.11.1999г). После завершения резекции желудка по Бильрот-II, один конец круглой связки печени освобождали и в виде капюшона одевали на культю двенадцатиперстной кишки и серозно-мышечными швами фиксировали ее к культе, а в другом конце делали тоннель в круглой связке печени и вставляли микроирригатор и фиксировали его кетгутом.

Преимущество этого метода: антибиотики вводились непосредственно в область культи двенадцатиперстной кишки, а при возникновении частичной несостоятельности культи она дренировалась бы через круглую связку печени, сверху дополнительно перитонизировали культю, что уменьшало риск возникновения НКДК. Региональная лимфостимуляция выполнена у 237 больных.

Одним из очень важных профилактических мероприятий НКДК является тщательное закрытие ее. Учитывая недостатки традиционных методов предложен зажим для ушивания культи двенадцатиперстной кишки, применением которого мы добиваемся следующих преимуществ: слизистая оболочка кишки не «проваливается», не наблюдается кровотечения, так как затягивание шва на культе двенадцатиперстной кишки проводим

одномоментно с его наложением. Исходя из вертикального положения губок осуществляется равномерное пережатие тканей их плоскостями без особого травмирования. Происходит плотное соприкосновение, обеспечивается гемостаз и предотвращение попадания содержимого кишки в брюшную полость. Это обеспечивает профилактику НКДК.

Помимо техники ушивания культи двенадцатиперстной кишки, фактором, способствующим возникновению НКДК, является повышенное давление в культе, поэтому и здесь нами разрабатывались меры, направленные на снижение давления. При выполнении резекции желудка по способу Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера широко применяем наружное дренирование культи двенадцатиперстной кишки зондом нашей модификации (рац. предложение №634 от 3.02.1994 г.). Используя эту методику, мы достигаем ликвидации застоя в двенадцатиперстной кишке, а энтеральным зондовым питанием значительно быстрее восстанавливаем перистальтику желудочно-кишечного тракта и устраняем энтеральную недостаточность.

Эта методика применена была у 148 больных, у которых по данным прогностических критериев, имелся риск развития НКДК. При пенетрирующих язвах применялся модифицированный метод укрытия культи двенадцатиперстной кишки разработанный сотрудниками нашей клиники (рац. предложение №609 от 01.04.93). В последующем мы несколько видоизменили его (рац. предложение №777 от 10.11.1999). После мобилизации двенадцатиперстную кишку пересекаем на 1,0-1,5см выше язвы, которая пенетрировала в поджелудочную железу. Острым путем отсекаем язву от двенадцатиперстной кишки, при этом кратер оставляем на ткани поджелудочной железы, т.е. острым путем освобождаем слизистую при этом образуется дефект в стенке культи двенадцатиперстной кишки, который ушиваем узловыми швами. На культю накладываем непрерывный шов кетгутом, завязываем. У основания ниже ушитого дефекта, накладываем кисетный шов и культю погружаем. Сверху кисетного шва - серозно-мышечные швы. Эта методика была применена у 128 больных.

При сравнении контрольной и основной групп выявлено, что в последней -НКДК составила 0,4% против 2,8% - в первой. В

контрольной группе от НКДК из 45 умерло 22, а в основной - не было ни одного летального исхода.

Для развития НШЖКА прогностически неблагоприятными оказались следующие показатели: желудочное кровотечение тяжелой степени ($t = 0,9$), угнетение иммуннобиологической реактивности Т-РОК- менее 35% ($t=0,7$), РБТЛ с ФГА - менее 38,1% ($t=0,6$), Ig «М»- менее 2,3 г/л ($t=0,4$), лизоцимная активность менее 2,5мкг/мл ($t=0,7$), наличие воспалительного инфильтрата в области наложения желудочно-кишечного анастомоза ($t=0,7$), обострение язвенного процесса ($t=0,8$), наличие хронического гастрита с атрофией слизистой ($t=0,9$).

Немаловажную роль в развитии осложнения играло наличие обострения язвенной болезни и инфильтрации в области анастомоза ($t=0,9$), погрешности в выполнении операции ($t=0,9$) и кровотечение тяжелой степени ($t=0,9$).

Для профилактики НШЖКА у 112 больных проведена региональная стимулирующая лимфатическая терапия, а также иная техника укрепления углов анастомоза. Непрерывный шов на заднюю стенку желудочно-кишечного анастомоза начинали накладывать не с угла анастомоза, а отступя на 1,5-2,0 см по его передней стенке. При этом угол ушивали непрерывным кровоостанавливающим швом, а угол по малой кривизне, где обычно переходили на шмиденовский шов, мы продолжали накладывать изнутри непрерывный шов на протяжении 1,5-2,0 см. Углы ушивались непрерывными швами и переход в шмиденовский шов начинался по передней стенке, где очень хорошо видны стенка желудка и кишки.

В обычных условиях перевязывали кровеносные сосуды. Нами предложена другая методика: первый шов накладываем на переднюю и заднюю стенку желудка в области угла со стороны малой кривизны, на место предполагаемого начала гастроеюнального анастомоза. Этим укрепляем одно из слабых его мест. В дальнейшем накладываем непрерывный стягивающий шов на кровеносные сосуды в подслизистом слое вокруг формируемого гастроеюноанастомоза. И место отсечения желудка приобретает форму трубочки в виде жома, затем накладываем гастроеюноанастомоз.

Учитывая прогностические факторы, нами предприняты и другие меры профилактики: операции выполнялись после

стихания обострения язвенной болезни, начиная с момента операции осуществлялась лимфотропная терапия с включением иммунокорректора тактивина. Эти меры оказались достаточно эффективными. Если в контрольной группе НШЖКА возникла у 12 (0,7%) и из них умерло 8, то в основной группе только у одного (0,24%), а случаев смерти не было.

В развитии анастомозита в прогностическом отношении имел место атрофический гастрит ($t=0,8$), дуоденит с частичной атрофией ворсин ($t=0,6$) и атрофический дуоденит ($t=1,0$), шов прошел через инфильтрат ($t=1,5$) и в шов захватывалась на большом протяжении стенка желудка ($t=1,2$).

В возникновении анастомозита, также имело значение наличие воспалительного инфильтрата ($t=1,0$), кровотечение, при средней тяжести прогностический балл равнялся $t=0,9$, а при тяжелой степени $t=1,2$, снижение количества бокаловидных клеток менее 13,4, что способствует развитию послеоперационного анастомозита ($t=0,8$).

Для профилактики анастомозита мы изменили способ наложения анастомоза. Раньше у больных, у которых было решено произвести типичную резекцию желудка по Бильрот-I или Бильрот-II, для формирования анастомоза использовали непрерывный кетгутовый шов Шмидена. Причём при резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру размеры соустья составляли в среднем 5-6 см, по Бильрот-I-3-5 см. С применением прогностических критериев предпочтение мы начали отдавать формированию небольших соустьев (около 2-2,5 см). Для уменьшения риска анастомозита нами использовался атравматический хромированный кетгут, который в силу более позднего рассасывания и меньшей аллергенности по сравнению с простым кетгутом, реже являлся причиной отёка и воспаления анастомоза. Профилактикой анастомозита служил хороший гемостаз и отсутствие избыточного пролабирования слизистой кишки в рану, что способствовало меньшей травме и лучшей адаптации тканей при формировании анастомоза. Ушивание кровеносных сосудов производили в подслизистом слое. Это давало меньше кровопотери во время операций и они проходили асептично, что предотвращало развитие анастомозита. Предварительное ушивание кровоточащих сосудов имеет преимущества перед обычным лигированием тем, что при этом в

шов попадает только сосуд, а слизистая оболочка остается интактной. При прогностически больших баллах для профилактики анастомозита нами применялась региональная лимфостимуляция круглой связки печени. Большое значение в профилактике анастомозита придавалось методике дренирования культи желудка. И здесь был разработан свой метод.

При выявлении *Helicobacter pylori* мы до операции на протяжении 5 дней назначали трихопол или метронидазол и после операции, как только больных начинали кормить.

В контрольной группе из 1604 больных, у которых операция сопровождалась формированием желудочно-кишечного соустья, у 43 (2,7%) в послеоперационном периоде развился анастомозит. В основной группе, где применялись профилактические мероприятия для предотвращения послеоперационного анастомозита, это осложнение имело место у 2 больных (0,49%) из 405 оперированных.

Учитывая тяжесть состояния больных в послеоперационном периоде после любого вмешательства на желудке, возникновение кровотечений в просвет или в брюшную полость еще более отягощает состояние больных. Учитывая, что это осложнение связано с нарушением техники операции, мы разработали ряд технических приемов. При рассечении петли тонкого кишечника и желудка с целью наиболее тщательного гемостаза мы рассекали серозу, обнажали сосуды в подслизистом слое и тщательно их прошивали и перевязывали. Это обеспечивало гемостаз лучше, по сравнению с обычной методикой, при которой мы захватывали сосуд зажимом и перевязывали, и обеспечивало бескровное наложение анастомоза. При использовании УКЛ в области малой кривизны, мы дополнительно шов укрепляли П - образными швами, а затем накладывали серозно-мышечные швы. Также применялся лазер при наложении анастомоза, это тоже обеспечивало хороший гемостаз. Ни в одном случае кровотечения в просвет желудка не наблюдалось.

Предложенный нами специальный зажим на культю двенадцатиперстной кишки и культю желудка играл существенную роль не только в предотвращении несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки, но и в профилактике послеоперационного кровотечения. В тех случаях,

когда на малую кривизну не накладывали УКЛ, пользовались этим зажимом, и швы всех слоев желудка сразу прошивались непрерывным кровоостанавливающим швом, соскальзывания слизистой не наблюдалось. Все перечисленные меры были направлены на предотвращение кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта.

Для профилактики кровотечения в свободную брюшную полость при мобилизации большой и малой кривизны желудка брались тонкие пряди сальника и при этом пользовались нашим разработанным зажимом. Одним из ответственных моментов оперативного лечения язвенной болезни при резекции желудка является мобилизация его по большой и малой кривизне. При этом хирурги чаще пользуются пинцетом или зажимом. Отрицательной стороной пользования пинцетом является то, что при отпускании пинцета бранши его отходят по сторонам и ткани рвутся, это ведет к кровотечению и образованию гематомы. Для устранения этих недостатков нами предложен специальный зажим для мобилизации желудка (рац.предложение №610 от 01.04.1993г.)

С целью выяснения эффективности наших профилактических мер мы провели сравнительный анализ частоты и исхода кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта и в брюшную полость в контрольной группе, в которой профилактические меры не использовались и в основной (405 больных), где мы применяли ряд профилактических мер. В контрольной группе кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта имело место у 26 больных (1,62%), из них умерло двое: один от повторного кровотечения (была выполнена резекция желудка для исключения) и второй - от кровотечения из незамеченной язвы двенадцатиперстной кишки, а в основной группе у двух больных (0,49%), а в свободную брюшную полость - не наблюдалось ни одного случая, тогда как в контрольной у 9 (0,56%)

Наиболее выраженные прогностические критерии для развития послеоперационного панкреатита являлись: локализация язвы в дистальной части двенадцатиперстной кишки ($t=0,8$), наличие воспалительного инфильтрата ($t=0,8$), величина его более 3 см в диаметре ($t=0,9$), пенетрация язвы в ткань поджелудочной железы ($t=0,9$), локализация язвы в дистальной части луковицы двенадцатиперстной кишки ($t=0,8$), дооперационное повышение интрадуоденального протеолиза

(выше 5,0 мм/час - $t=1,1$), обработка культи по Ниссен-Знаменскому ($t=1,0$), атипичное закрытие культи ($t=1,3$), желудочное кровотечение тяжелой степени ($t=0,7$), снижение Т-РОК менее 35% ($t=0,8$), при снижении РБТЛ с ФГА менее 40% ($t=0,6$), при снижении уровня иммуноглобулинов: А менее 3,2г/л ($t=0,5$), М менее 2,3г/л ($t=0,4$), G менее 20,0г/л ($t=0,4$), комплементарной активности менее 0,08 усл.ед. ($t=0,5$) и лизоцимной активности менее 2,1мкг/мл ($t=0,6$).

Для ранней диагностики этого осложнения нами предложена методика определения интрадуоденального протеолиза в приводящей петле после резекции желудка (рац.предложение №576 от 17.04.1991г). Нами был усовершенствован зонд, позволяющий удалять содержимое приводящей петли и, тем самым, обеспечивающий хорошую декомпрессию, одновременно определяется протеолитическая активность. Ценность этого исследования заключается в том, что при благоприятном течении послеоперационного периода протеолитическая активность содержимого приводящей петли незначительно повышается на 3 сутки после операции, а затем идет постепенное ее снижение. В то время как при неблагоприятном течении идет резкое повышение протеолитической активности на 3 сутки и позже. Учитывая это обстоятельство, мы уже на 3 сутки начинали комплекс лечебных мероприятий: введение ингибиторов ферментов поджелудочной железы, обезболивающих и спазмолитических средств, не менее двух антибиотиков.

При сравнении в контрольной группе у 57 (3,55%) развился ОПП, а в основной группе из 405 больных у 7 (1,7%) появились его признаки. Но, благодаря нашему методу диагностики ОПП, своевременно определена угроза его развития, и вовремя начатое лечение предотвратило развитие его деструктивных форм.

Если из 57 больных в контрольной группе от ОПП умерло 11 больных (19,2%), то в основной - летальных исходов не наблюдалось.

Не отрицая роли других факторов в развитии гнойно-воспалительных осложнений, в своем исследовании мы отвели главную роль изменениям показателей иммунобиологической реактивности организма. Целесообразность такой постановки

вопроса не вызывает сомнений, но в литературе до настоящего времени этот вопрос достаточно не освещен. В наших исследованиях мы исходили из предположения, что раз уж изменения иммунологической реактивности организма способствуют развитию гнойно-воспалительных осложнений, то признаки этой предрасположенности должны быть заложены уже в дооперационных иммунобиологических сдвигах.

Предварительный анализ причин гнойно-воспалительных осложнений у больных с разным риском их возникновения показал, что при обычной величине риска развитие осложнений, в основном, связано с грубыми нарушениями правил хирургического вмешательства (асептики, антисептики, грубое обращение с тканями и др.) Поэтому широкое применение дефицитных антибактериальных, иммуномодулирующих средств здесь нецелесообразно, и только в определенных случаях при нарушении стерильности в ходе операции, следует назначать профилактические средства.

В группе больных с повышенным риском возникновения осложнений вероятность их более высокая, однако она бывает обусловлена преимущественно одним из факторов, а именно: большой длительностью операции, техническими погрешностями, наличием сопутствующих заболеваний, то есть такими причинами, которые при совершенствовании хирургической техники, тщательности предоперационной подготовки и устранении или переходе в неактивную фазу сопутствующих заболеваний могут быть исключены, а прогнозирование при их наличии недостоверно. Поэтому профилактика осложнений и для этой группы больных вскоре будет нецелесообразна. При возникновении вышеперечисленных погрешностей хирургической техники, этим больным в послеоперационном периоде широко назначали антибиотикотерапию и иммуномодуляторы.

Дополнительные профилактические меры показаны и могут принести наибольшую пользу лишь у больных с большим риском вероятности возникновения осложнений.

Исходя из этого, больным с повышенным риском развития гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде для профилактики в дооперационном периоде назначался тактивин, который давали в дозе 1 мл, один раз в день

в течение 3-4 дней до операции и в послеоперационном периоде по 1 мл 3-4 раза через день, а также проводилась региональная лимфостимуляция.

Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после операции должна включать комплексную предоперационную подготовку больного, тщательное соблюдение асептики и антисептики, технически безупречное проведение операции, грамотное ведение послеоперационного периода. Учитывая прогностические критерии развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, для профилактики этих осложнений нами была разработана и внедрена в повседневную практику специальная система мероприятий, включающая следующие пункты: 1. Иммунокоррекция тактивинном; 2. Региональная лимфоиммуностимуляция; 3. Мероприятия, направленные на предупреждение инфицирования в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде в основной группе осложнения наблюдались у 34 (8,3%), (послеоперационная пневмония у - 8 больных, нагноение раны - у 19, сочетание нагноения раны и пневмонии - у 6, поддиафрагмальный абсцесс - у одного больного), один больной умер.

В группе без усиленной профилактики (контрольная) послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения развились у 127 (18,2%) больных, (нагноение раны - у 88, пневмония - у 25, нагноение раны и пневмония - у 6, поддиафрагмальный абсцесс - у 4), умерло 3.

Использование комплекса профилактических мероприятий до и в послеоперационном периоде у больных с повышенным риском возникновения осложнений способствует снижению осложнений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, на основании нашего большого клинического материала были выявлены причины наиболее грозных осложнений после операций на желудке, выполненных по поводу язвенной болезни, разработаны прогностические критерии для каждого осложнения и на их основании совершенствовались известные и разрабатывались новые меры профилактики, которые подтвердили целесообразность применения их в желудочной хирургии.

ВЫВОДЫ

1. Разработка основных прогностических тестов для послеоперационных осложнений явилась основой для совершенствования мер профилактики и лечения конкретно каждого из них, что позволило снизить осложнения с 32,84% до 11,62%, а летальность с 5,1% до 0,98%, различия эти достоверны ($P < 0,01$).
2. Прогностически неблагоприятными тестами для НКДК являются: наличие инфильтрации тканей вокруг язвы, рубцовых изменений, пенетрирующих язв и локализация их в постбульбарном отделе, снижение иммунологической защиты и чрезмерная мобилизация двенадцатиперстной кишки. Мерами профилактики НКДК являются совершенствование методик обработки культи двенадцатиперстной кишки, декомпрессия приводящей петли при наличии инфильтрации в этой зоне, энтеральное питание в раннем послеоперационном периоде и использование иммунокоррекции. Внедрение этих мер позволило снизить НКДК с 3,7% до 0,4%.
3. Прогностически неблагоприятными показателями НШЖКА являются инфильтрация тканей в области наложения анастомоза, постгеморрагическая анемия, снижение показателей иммунологической реактивности, технические погрешности при наложении анастомоза. Профилактика должна строиться на неукоснительном соблюдении всех этапов операции, иссечении по возможности инфильтрированных тканей, борьба с анемией и введение иммунокорректоров. Использование этих мер дало возможность снизить это осложнение с 0,7% до 0,24%.
4. Клинико-эндоскопические данные, указывающие на обострение язвенной болезни, повышение уровня сиаловой кислоты и С-реактивного белка, наличие микробного обсеменения *Helicobacter pylori*, атрофического дуоденита и гастрита, использование кетгута при наложении анастомоза свидетельствуют о высоком риске возникновения послеоперационного анастомозита. Противоязвенное, противовоспалительное и иммуностимулирующее лечение,

ниппельное поэтапное дренирование и зондовое энтеральное питание, региональная лимфотропная стимуляция, применение хромированного кетгута при наложении анастомоза позволили снизить частоту послеоперационного анастомозита более чем в два раза.

5. Эффективная профилактика кровотечения из сосудистого сплетения при формировании гастроэнтероанастомоза достигается при использовании высокоэнергетического лазерного скальпеля и способа предварительного гемостаза, разработанного нами до рассечения слизистой и подслизистого слоя этих органов. Частота послеоперационных кровотечений с использованием профилактических мер снизилась с 2,16% до 0,49%.
6. Прогностически неблагоприятными тестами при ОПП являются пенетрирующие язвы в поджелудочную железу, травма ее тканей в момент выделения язвы и обработки культи, чрезмерная мобилизация двенадцатиперстной кишки, оставление кратера язвы в ткани железы открытым. Профилактика этого осложнения строилась на ранней диагностике с учетом показателей интрагастрального и интрадуоденального протеолиза, бережном отношении к тканям поджелудочной железы, совершенствовании методов обработки культи двенадцатиперстной кишки, предусматривающих тщательную ее герметичность, применении массивной антибактериальной терапии и антиферментных препаратов. Весь этот комплекс позволил снизить частоту послеоперационного панкреатита с 4,75% до 1,7%.
7. Целенаправленное комплексное лечение, включающее региональную лимфостимуляцию через круглую связку печени, своевременная и в достаточном объеме иммунокоррекция обеспечили снижение гнойно-воспалительных осложнений с 18,2% до 8,3%.
8. Прогнозирование осложнений, их учет в каждом конкретном случае и выполнение профилактических мер с учетом показателей прогностических тестов являются реальной основой для улучшения оперативного лечения больных язвенной болезнью.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При трудно обрабатываемых культиях двенадцатиперстной кишки (пенетрация) использовать нашу модификацию мобилизации ДПК и ее обработки.

2. Для профилактики НКДК при труднообрабатываемой культе использовать региональную лимфостимуляцию в нашей модификации.

3. После операций, выполненных по поводу язвенной болезни, осложненной стенозированием, кровотечением и пенетрацией, при ненадежной обработке культи ДПК, использовать энтеральное питание в сочетании с декомпрессией приводящей петли.

4. Поскольку основной причиной НШЖКА являются технические погрешности, то с целью профилактики этого грозного осложнения необходимо неукоснительно выполнять все правила желудочной хирургии для каждого этапа операции (не накладывать анастомоз на инфильтрированные ткани, не захватывать стенки желудка и кишечника на большом расстоянии, осуществлять тщательный гемостаз).

5. Для профилактики анастомозита использовать хромированный кетгут или капрон, в послеоперационном периоде осуществлять региональную лимфостимуляцию.

6. Для диагностики ОПП необходимо исследовать интрадуоденальный протеолиз, а при его повышении в ближайшие сроки после операции использовать комплекс медикаментозных средств и осуществлять активную аспирацию желудочного содержимого с промыванием холодной водой.

7. После любой операции на желудке с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений использовать региональную лимфостимуляцию в сочетании с иммунокоррекцией (тактивин)

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Особенности лечения больных пожилого возраста и старческого возраста с гастродуоденальным кровотечением. //Актуальные вопросы патологии у лиц пожилого и старческого возраста.-Андижан,1986.- С. 18-19.(соавторы Рыскулова К.Р., Амерханов А.К.).
2. Показатели иммунологической реактивности, интрагастрального и интрадуоденального протеолиза при язвенной болезни двенадцатипёрстной кишки осложнённой кровотечением. //Гастродуоденальное кровотечение. Сб. науч. работ. КГМИ.- Фрунзе,1987.- т.167.- С.42-50.
3. Показатели интрагастрального и интрадуоденального протеолиза как критерии выбора метода операции при язвенной болезни двенадцатипёрстной кишки. // Гастроэнтерология-88.- Вильнюс,1988.-С.141-143. (соавтор К.Р.Рыскулова).
4. Кишечная непроходимость как осложнение после операции на органах брюшной полости. //Кишечная непроходимость (диагностика, лечение, осложнение).Сб. науч. тр. КГМИ.- Фрунзе,1990.-т.175.-С.33-37.(соавтор А.К.Амерханов).
5. Показатели иммунобиологической реактивности при осложнённых формах язвенной болезни.//В кн.: Матер. 4 Всесоюз.съезда гастроэнтерологов.- М-Л.-1990.-С.137-138. (соавторы А.К.Балабекова Д.Осмоналиев).
6. Значение определения интрагастрального и интрадуоденального протеолиза в диагностике пенетрирующих язв. //Матер. 4 Всесоюз.съезда гастроэнтерологов.- М-Л.-1990.- С.139-140.(соавторы Рыскулова К.Р, Оморов Р.А.).
7. Клеточные и гуморальные показатели иммунологической реактивности в оценке состояния больных язвенной болезнью до и после операции. //Здравоохранение Киргизии .-1990.-№3.-С.45-47.(соавтор К.Р.Рыскулова).
8. Дуоденогастральный рефлюкс в отдалённые сроки после ваготомии // Психолого-деонтологические аспекты и новые направления гастроэнтерологии. Поиски, решения, Смоленск-Москва, 1991.-С.40-42. (соавторы Балабекова А.К., Маженов А.Ш., Осмоналиев Д.М.).

9. Отдалённые результаты ваготомии при лечении язвенной болезни двенадцатипёрстной кишки. // Там же. - С.60-61. (соавторы Рыскулова К.Р., Амерханов А.К., Оморов Р.А.).

10. Ранняя и поздняя острая механическая кишечная непроходимость как осложнение после операции на органах брюшной полости. // Тез. докл. съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. - Ташкент, 1991. - С.206-207. (соавторы Рыскулова К.Р., Кенжаев М.Г., Зубехина Л.М.)

11. Тактика хирурга при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. // Тезисы докл. республ. конф. хирургов. Самарканд-Ташкент-1993. С.6-7. (соавторы Акматов Б.А., Оморов Р.А., Осмоналиев Д.М.)

12. Холецистит в сочетании с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки. // Актуальные вопросы диагностики и лечения осложненного холецистита и огнестрельных ранений. - Турсунзаде, 1994. - С.7-8. (соавтор Акматов Б.А.).

13. Диагностические возможности эндоскопии оперированного желудка. // Актуальные вопросы медиц. диагностики. Матер. 1-ой научно-прак. конф. посвященной 5-летию РДЦ. - Бишкек, 1995. - С.59-61. (соавтор Асаналиев Н.А.).

14. Диагностика источника гастродуоденальных кровотечений. // Там же. - С.67-69. (соавторы Маженов А.Ш., Кулбатыров К.К.)

15. Ультразвуковая диагностика послеоперационного панкреатита. // Там же. - С.172-174. (соавторы Акматов Б.А., Осмоналиев Д.М.)

16. Ранняя диагностика и профилактика послеоперационного панкреатита. // Актуальные вопросы совр. медицины (Матер. 2-й Междунар. конф. студентов и молодых учен.). - Бишкек, 1995. - С.29-30. (соавтор Осмоналиев Д.М.).

17. Отдаленные результаты оперативного лечения язвенной болезни. // Там же. - С.101-102. (соавтор Осмоналиев Д.М.)

18. Региональная лимфостимуляция и ее клинические возможности. // Актуальные проблемы клин. и эксперим. хирургии. - Матер. 2-съезда хирургов Кыргызстана. - Бишкек, 1995. - С.32. (соавторы Акматов Б.А., Жолдошбеков Э., Усенбеков Р.Т.).

19. Прогнозирование гнойно-воспалительных осложнений после операций на желудке. // Там же. - С.86-88. (соавтор К.Р. Рыскулова)

20. Особенности предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода у больных с язвенным гастродуоденальным стенозом. // Там же.-С.102-103.(соавтор Р.Т.Усенбеков)
21. Диагностика и лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии. // Там же.-С103-104.(соавторы Оморов Р.А., Осмоналиев Д.М., Маженов А.Ш.)
22. Хирургическое лечение язвенной болезни, осложненной пенетрацией в поджелудочную железу.// Там же.-С.105-106. (соавторы Акматов Б.А., Осмоналиев Д.М., Ахмедов Дж.Г.)
23. Региональная лимфатическая терапия при язвенной болезни. // Там же.-С.106-107.
24. Эндоскопическая диагностика ранних осложнений послеоперативного вмешательства на желудке. // Актуальные вопросы хирургии. 50 лет научному центру им.А.Н.Сызганова. Алматы,1995.-С.-123-124.(соавтор Маженов А.Ш.)
25. Хирургическая тактика при несостоятельности швов после резекции желудка при язвенной болезни. //Сборник научных работ, посвящённых 30-летию открытия урологического отделения ГКБ №1 Бишкек,1995.-С.-64-68. (соавторы Ахметов Дж. Г., Параскевопуло Е.Н.).
26. Неспецифическая реактивность и методы ее повышения у больных язвенной болезнью. // Там же.-С.75-78.(соавтор Вишняков Д.).
27. Причины летальных исходов после операций на желудке, выполненных по поводу язвенной болезни. // Там же.-С.79-81.
28. Диагностика и лечение анастомозитов после резекции желудка.// Там же. С.97-99. (соавторы Маженов А.Ш., Кулбатыров К.)
29. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения язвенной болезни. // Там же.- С.101-104. (соавтор А.И.Мусаев).
30. Послеоперационный панкреатит. // Там же, -С.-110-112. (соавтор Р.А.Оморов).
31. Профилактика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки и послеоперационного панкреатита после резекции желудка при язвенной болезни. // Там же.-С.114-117. (соавторы Осмоналиев Д.М., Исабеков Р.А., Жолдошев Р.А.)

32. Показатели интрадуоденального протеолиза как метод диагностики послеоперационного панкреатита. // Там же.-С.117-119. (соавтор Д.М.Осмоналиев).
33. Опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Там же.-С.120-123.(соавторы Рыскулова К.Р., Усенбеков Р.)
34. Клинико-иммунологические аспекты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Бишкек; «Учкун»,1995.-177с. (соавтор К.Р.Рыскулова).
35. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнения (Диагностика, клиника, лечение). Методические рекомендации. Бишкек-1995.- 32 с.
36. Резекция желудка по способу Бильрот-1. (Методические рекомендации) Бишкек,1996.-12с.
37. Резекция желудка по способу Бильрот-2 и ее модификации. (Методические рекомендации) Бишкек,1996.-27с.
38. Энтеральное зондовое питание при язвенной болезни. //Актуальные вопросы совр. медицины (Матер.3-й Междун.конф. студентов и молодых ученых. 24-26 апреля.1996г. 2-я часть). Бишкек.-1996.-С.23. (соавторы Осмоналиев Д.М. Усенбеков Р.Т.)
39. Региональная лимфоиммунокоррекция при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. //Там же.-С.46.
40. Иммунологические предпосылки развития гнойно-воспалительных осложнений после операций на желудке. //Там же.-С.46-47.
41. Эффективность хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Актуальные вопросы совр. медицины (Матер.3-й Междун.конф. студентов и молодых ученых. 24-26 апреля.1996г. 2-я часть). Бишкек,1996.-С.47-48.
42. Иммунобиологическая реактивность организма при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки до и после операции. //Там же.-С.55-56. (соавтор Д.В.Вишняков).
43. Некоторые вопросы диагностики и лечения острых анастомозитов после операций на желудке. //Там же.-С.94. (соавторы Ниязбеков К., Абылгазиев И.).
44. Модифицированный способ измерения степени пилородуоденального стеноза. //Там же.-С.121. (соавтор Усенбеков Р.Т.).

45. Пути снижения летальности при хирургическом лечении рубцово-язвенных пилородуоденальных стенозов. // Там же.- С.121-122. (соавтор Усенбеков Р.Т.).
46. Реконструктивные операции при пострезекционных и постваготомных синдромах // Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. Ташкент.- 1996.-С.209-210. (соавтор Р.А.Оморев).
47. Сочетанные операции при патологии желчного пузыря, желудка и двенадцатиперстной кишки. // Холецистит и его осложнения. Бухара, 1997.-С.37-38.
48. Показания к хирургическому лечению язвенной болезни. // Актуальные вопросы совр. медицины. Бишкек, 1997.-С.47-48. (соавторы Абытов З., Суюнбаев Б.Ж.)
49. Повторные операции при ранних осложнениях после вмешательств на желудке. // Там же.-С.50-51. (соавтор Н.Э.Акматов)
50. Особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных с нарушением иммунного статуса. // Актуальные вопросы совр. медицины. Бишкек.-1997.-С.51-52. (соавтор К.К.Акынбеков).
51. Региональная лимфоиммуностимуляция в раннем периоде после операции на желудке. // Там же.-С.57-58.
52. Выбор операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Там же.-С.66-67. (соавтор Ж.Деркимбаева).
53. Региональная иммунолимфостимуляция при язвенной болезни. // Там же.-С.95-96. (соавтор Н.Омурова).
54. Выбор метода и объема резекции желудка при язвенной болезни. // Там же.-С.108-109. (соавтор Р.Усенбеков).
55. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Пластичность и реактивность организма, органов, тканей и клеток. /Сб.науч. тр. Бишкек.-1997.- С.292-294. (соавтор Б.Акматов).
56. Сравнительная оценка иммунологической реактивности у больных язвенной болезнью в ближайшие сроки после различных хирургических вмешательств. // Там же.-С.324-327.
57. Тактика хирурга при желудочных язвах. // Там же.-С.327-329.

- 58.Риск послеоперационных осложнений после операций, выполненных по поводу язвенной болезни. // Хирургическая гастроэнтерология (Сб. науч. работ).-Бишкек.-1997.-С.67-71.
- 59.Выбор метода операции при желудочных язвах. //Там же.-С.88-91.
- 60.Показания к операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. //В кн: Актуальные проблемы современной медицины.-Бишкек.-1997.-С.183-189. (соавтор Дж.Г.Ахмедов).
- 61.Современные подходы к хирургическому лечению язвенной болезни. // Актуальные проблемы современной медицины.-Бишкек.-1997.-С.189-192.
- 62.Выбор метода операции при перфоративных язвах. //Там же.-С.192-196.
- 63.Реакция потребления комплемента при язвенной болезни. //Там же.-С.293-296. (соавтор А.Г.Усупбаев).
- 64.Интрадуоденальный протеолиз у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. //Там же.-306-308.
- 65.Состояние внутрижелудочного протеолиза у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. // Там же.-С.340-343. (соавтор А.Ч.Усупбаев).
- 66.Влияние региональной иммунолимфостимуляции на состояние иммунитета у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. //ЦАМЖ.-1997.-№5.-С.431-434.
- 67.Ваготомия. (Методические рекомендации.).Бишкек,1997.-18с.
- 68.Клинико-функциональная и морфологическая характеристика больных после резекции желудка и ваготомии при язвенной болезни. Бишкек, «Учкун», 1997.-208с.(соавтор К.Р.Рыскулова).
- 69.Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки и швов желудочно-кишечного анастомоза. Бишкек, «Учкун»,1998.-114с.
- 70.Эндоскопия в изучении пристеночного пищеварения двенадцатиперстной кишки. //Эндоскопические методы диагностики в хирургии (сб. науч. работ).-Бишкек.-1998.-С.6-13. (соавтор А.Ш.Маженов).
- 71.Возможности эндоскопических исследований в диагностике и определении характера патологии двенадцатиперстной кишки. //Там же.-С.15-22.
- 72.Морфологическое состояние печени при язвенной болезни. //Там же.-С.22-34. (соавторы Маженов А.Ш., Мусаев А.И.).

73. Морфо-функциональное исследование слизистой желудка при язвенной болезни. // Там же. - С.34-40. (соавтор К.Р. Рыскулова).
74. Диагностика и лечение инфицированности слизистой желудка при язвенной болезни. // Эндоскопические методы диагностики в хирургии (сб. науч. работ). - Бишкек. - 1998. - С.44-47. (соавторы Асаналиев Н.Ж., Осмоналиев Д.М.).
75. Выбор метода операции при желудочных язвах. // Там же. - С.59-67. (соавтор К.Р. Рыскулова).
76. Методы операции при дуоденальных язвах. // Там же. - С.67-76.
77. Хирургическое лечение язвенной болезни, осложненной перфорацией. // Там же. - С.76-83. (соавтор Д.М. Осмоналиев).
78. Отдалённые результаты оперативного лечения язвенной болезни // Торакоабдоминальная хирургия. Сб. науч. раб., Бишкек, 1998. - Т.1. - С.27-31.
79. Моторно-эвакуаторная функция желудка при язвенной болезни до и после операции. // Там же. - С.62-70.
80. Ближайшие результаты оперативного лечения язвенной болезни. // Там же. - С.70. (соавтор Д.М. Осмоналиев).
81. Иммуноморфологические изменения слизистой желудка. // Хирургическая гастроэнтерология. Сб. науч. раб. Бишкек, 1998. - Т.2. - С. 64-69. (соавтор А.К. Амерханов).
82. Особенности выбора показаний к операции при язвенной болезни желудка и двенадцатипёрстной кишки. // Там же. - С.70-81.
83. Секреторная функция желудка при язвенной болезни // Там же. - С.81-92. (соавторы Д.Г. Ахмедов, Е.Н. Парасквепуло).
84. Ранние осложнения послеоперационного периода при язвенной болезни // Там же. - С.93-103.
85. Иммунобиологическая реактивность организма при язвенной болезни желудка и двенадцатипёрстной кишки // Хирургия Кыргызстана, 1998 №1. - С.99-107.
86. Пристеночное пищеварение 12-пёрстной кишки при язвенной болезни. // Актуальные вопросы хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы: Нарын. - 1998. - С.97-99.
87. Изменение слизистой оболочки желудка при язвенной болезни. // Там же. - С.99-101.
88. Тактика хирурга при желудочных язвах. // Там же. - С.101-103. (соавтор К.Р. Рыскулова).
89. Тактика хирурга при дуоденальных язвах. // Там же. - С.103-106.

90. Научные исследования сотрудников посвященные язвенной болезни желудка и 12-пёрстной кишки. // Академик К.Р. Рыскулова и её вклад в медицину. Бишкек, 1998.-С.38-41.
91. Тридцатилетний опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-пёрстной кишки. // Там же.-С.52-62.
92. Иммунолимфостимуляция при язвенной болезни. // Там же.-С.78-84. (соавтор Д.М.Осмоналиев).
93. Иммунологические аспекты язвенной болезни. // Совр. методы исследования и лечения в медиц. науке и практике и их дальнейшее развитие. Сб. науч. работ мол.ученых ЦА и Казах., России.-г.Бишкек., 1998.- С.214-216. (соавтор С.К.Койчуманов).
94. Сочетанные операции при патологии гепатодуоденальной зоны. // Там же.-С.761-762. (соавтор Б.К.Карабаев).
95. Современные методы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией. // Там же.-С.759-760. (соавтор М.Л.Сейтахунов).
96. Значение показателя интрадуоденального протеолиза в диагностике послеоперационного панкреатита. / Современные проблемы экстренной хирургии. Матер. 1- респ. Конф. Молодых хирургов КР. г. Бишкек, 1998.- С.217-220.
97. Реакция бластной трансформации лимфоцитов при язвенной болезни. // Там же.-С.220-222.
98. Диагностика и лечение несостоятельности швов культи 12-пёрстной кишки после резекции желудка. // Там же.-С.215-217.
99. Тактика хирурга при гастродуоденальных кровотечениях. // Совр. подходы к лечению язвенной болезни желудка и 12-пёрстной кишки.(Сбор. науч. трудов), г. Бишкек -1998.-С. 10-13. (соавтор К.И.Ниязбеков).
100. Диагностика, лечение и профилактика послеоперационного панкреатита у больных язвенной болезнью. // Там же.-С.13-16. (соавтор Г.Аманов).
101. Интрагастральный и интрадуоденальный протеолиз при язвенной болезни 12-пёрстной кишки, осложнённой кровотечением. // Там же.-19-22.
102. Иммуноглобулины при язвенной болезни. // Там же.-С.29-33.
103. Лизоцимная активность сыворотки крови при язвенной болезни. // Там же.-С.33-36.

104. Пристеночное пищеварение при язвенной болезни. // Там же.- С.36-39. (соавторы А.К.Амерханов, А.Ш.Маженов).
105. Изменения слизистой оболочки 12-пёрстной кишки при язвенной болезни. // Там же.-С.40-43.
106. Влияние различных видов ваготомии на секреторную и ферментообразующую функцию желудка. // Актуальные проблемы урологии. Мат. науч. трудов 3-й респ. научно-практической конф. урологов г. Бишкек- 1998.-С.298-300.
107. Хирургия язвенной болезни желудка и 12-пёрстной кишки // Там же.-С.300-304.
108. Ошибки и осложнения оперативных вмешательств по поводу язвенной болезни // Там же.-С.304-310.
109. Дифференцированный подход к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и 12-пёрстной кишки // Хирургия Кыргызстана, - 1998,- №3.-С.54-62.
110. Лечение и профилактика несостоятельности культи 12-пёрстной кишки // Хирургическая эндокринология /Сб. науч. статей. Бишкек, 1999.-С.107-113.
111. Определение бальной оценки риска операции при язвенной болезни // Там же.-С.114-117.
112. Прогнозирование несостоятельности культи 12-пёрстной кишки // Хирургия Кыргызстана - 1999.-№1.-С.28-30.
113. Прогнозирование острого послеоперационного панкреатита // Актуальные проблемы хирургии Бишкек.—1999.-С.26-31. (соавтор Амерханов А.К.).
114. Анализ причин развития острого послеоперационного анастомозита // Там же.-С.135-141.
115. Прогнозирование неблагоприятного исхода больных при язвенной болезни // Там же.-С.141-147.
116. Результаты прогнозирования и профилактики несостоятельности швов желудочно-кишечного анастомоза (НШЖКА) // Хирургия Кыргызстана.-1999.-№2.-С.60-65.
117. Современное состояние вопросов лечения, прогнозирования и профилактики несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки (НКДК) // Хирургия Кыргызстана.-1999.-№2.-С.77-91.
118. Иммунобиологическая реактивность организма при язвенной болезни и ее связь с гнойно-воспалительными осложнениями // Династии в хирургии.-Бишкек.-1999.-С.154-165.

119. Иммунокоррекция и региональная лимфатическая терапия как метод профилактики гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений. // Там же. - С.166-173.
120. Профилактика и лечение кровотечений, возникающих после операции на желудке. // Там же. - С.141-145. (соавтор Амерханов А.К.).
121. Профилактика анастомозита. // Роль науки в высшем образовании и актуальные проблемы практ. мед. г. Бишкек, -1999. - С.615-621
122. Диагностика, лечение и профилактика послеоперационного панкреатита. // Там же. - С.622-625.
123. Клинико-иммунологические аспекты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. (2-е издание, переработанное) Бишкек, «Учкун», 1999. - 177с. (соавтор К.Р. Рыскулова).
124. Ранние осложнения после операций на желудке, выполненных по поводу язвенной болезни Бишкек, «Учкун», 1999. - 144с.
125. Зажим для ушивания культи двенадцатиперстной кишки. Предпатент КР №20000002.1 на изобретение №1028 от 11.01.2000.

СПИСОК РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИХ ПРЕДЛОЖЕНИЙ

1. Модификация зонда Ц.Г. Масевича и И.И. Матвеевой. №374. от 10.10 1985.
2. Модификация Рн-зонда. №393. от 23.01.1986.
3. Профилактика желудочных и кишечных послеоперационных кровотечений. №398. От 11.02.1986. (соавт. Оморов Р.А.)
4. Исследование интрадуоденального протеолиза в приводящей петле. №525. от 7.04.1989 (соавт. Маженов А.Ш.)
5. Способ диагностики послеоперационного панкреатита. №576. От 17.04.1991 (соавт. Осмоналиев Д.М., Амерханов А.К.)
6. Зонд для определения протеолитической и амилалитической активности. №577. от 17.04.1991 (соавт. Осмоналиев Д.М.)
7. Зажим для мобилизации желудка. №610 от 01.04.1993.
8. Способ диагностики дуоденогастрального и гастроэзофагального рефлюкса. №618. От 08.06.1993.

9. Зонд для энтерального питания. №634.от 3.02.1994 (соавт.Кенжаев М.Г., Усенбеков Р).
10. Способ обработки культи двенадцатиперстной кишки. №777 от 10.11.1999.
11. Способ наложения желудочно-кишечного анастомоза. №778 от 10.11.1999.
12. Способ внутреннего дренирования культи двенадцатиперстной кишки. №779 от 10.11.1999.
13. Модификация метода лимфостимуляции по С.У.Джумабаеву. №780 от 10.11.1999.

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

ДПК-двенадцатиперстная кишка;
НКДК-несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки;
НШЖКА-несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза;
ОПП-острый послеоперационный ;
ППН-показатель повреждения нейтрофилов;
РАЛ-реакция агломерации лейкоцитов;
Ig-иммуноглобулины.

АННОТАЦИЯ

диссертации Бейшеналиева А.С. «Прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений раннего периода в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 140027- хирургия.

Работа основана на большом клиническом материале (1604 больных) оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом учтены следующие данные: показатели иммунологической защиты, уровень интрагастрального и интрадуоденального протеолиза, результаты исследования желудочного сока, данные эндоскопического и гистологического исследования слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки, пристеночного пищеварения, состояние моторно-эвакуаторной функции желудка (рентгенологически и с применением электрогастрографии), особенности клинического течения и операционных находок.

Проведен анализ 1604 оперированных больных и выявлены причины несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки, швов желудочно-кишечного анастомоза, кровотечения, анастомозита, острого послеоперационного панкреатита и гнойно-воспалительных осложнений. Для каждого осложнения разработаны Прогностические критерии и на их основании разрабатывались новые меры их профилактики.

Учитывая факторы риска разработана методика обработки культи двенадцатиперстной кишки и зажим для ее ушивания, усовершенствована методика наложения желудочно-кишечного анастомоза, обеспечивающая герметичность и заживление швов, разработана и обоснована ранняя диагностика острого послеоперационного панкреатита, определены наиболее оптимальные способы снижения частоты гнойно-воспалительных осложнений и анастомозита с помощью индивидуального выбора предоперационной подготовки, иммунокоррекции и региональной лимфостимуляции.

Разработанные меры профилактики использованы у 405 больных и при этом показана целесообразность их применения. Осложнения снизились с 32,84% до 11,62 %, а летальность с 5,1 % до 0,98 %.

Диссертация иллюстрирована 27 таблицами, 16 рисунками. Библиография включает 410 источников, в том числе 125 авторов дальнего зарубежья.

ANNOTATION

of doctor dissertation by A.S.Beishenaliev "Prognostication and prophylaxis of postoperative complications of early periods in stomach and duodenum ulcer surgery" according to speciality 14.00.27 - surgery.

This thesis is based on treatment clinical material in 1604 patients operated on stomach and duodenum ulcer. The following data was taken into consideration: immunologic protection indexes, the stage of intragastric and intraduodenal proteolysis, the results of stomach liquid research, endoscopic and histological data of stomach and duodenum mucosa research, parietal digestion data, the state of stomach function (roentgenologic and electrogastrographic), the peculiarities of clinical process and operational discoveries.

The analyses of 1604 patients were done. The reasons of failure duodenum stump, gastrointestinal anastomosis suturae, bleeding, anastomosis, acute postoperative pancreatitis, and pyo-inflammatory complications were revealed. Prognostic criterious were worked out for every case of complications, and on their basis new prophylaxis measures were being elaborated.

The method of duodenum stump treatment and clamp for it's sewing were elaborated; the method of application of gastrointestinal anastomosis guarantees hermiticy and healing of suturae was improved; it was worked out and gave proof of early diagnosis of acute postoperative pancreatitis; the most optimum methods of decreasing the frequency of pyo-inflammatory complications and anastomosis with the help of individual choice of preoperative preparation, immunocorrection and regional lymphostimulation were defined.

The worked out measures of prophylaxis were tested on 405 patients after that the complications decreased from 32,84% to 11,62%, and mortality decreased from 5,1% to 0,98%.

The work is illustrated with 27 tables, 16 pictures. Bibliographic list includes 410 works, 125 works of them are the works of authors from the rest of the world.

А.С. Бейшеналиевдин «Карын менен он эки эли ичегинин жара оорусундагы операциядан кийинки эрте кабылдоолорунун алдын алуу жана прогноздоосу» аттуу 14.00.27 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин докторлугуна илимий даража издеген диссертациясынын

Аннотациясы

Эмгек карын менен он эки ичегини жара оорусу боюнча операцияланган (1604 сыркоо) көптөгөн клиникалык материалга негизделген.

Ошону менен томонку корсоткучтор эске алынган: иммунологиялык коргоонун корсоткучтору, карын ичиндеги жана он эки эли ичиндеги протеолиздин денгээлдери, карын ширесин текшеруу жыйынтыктары, эндоскопиялык жана гистологиялык карын жана он эки ичегинин челдеринин текшеруулору, ичеги кырындысындагы тамак синируу карындын жыйрылып суруу касиети (рентгендоо жана электрогастрография ыкмасын колдонуу менен) клиникалык сакайтуунун озгочулугу жана операция учурундагы табылгылар.

Операция жасалган 1604 оорулууга талдоо жүргүзүлгөн жана он эки эли ичегинин тигилген мултусунун карын ичеги кошулмаларынын бирикпей калууларынын, кан агуунун, анастомозиттин, операциядан кийинки кескин кармалган ашказан безинин сезгенуусунун жана ириндеп сезгенуу кабылдоолорунун себептери аныкталган.

Ар бир кабылдоого карата прогноздук критерийлер жана алардын негизинде алдын алуунун жаны чараларын иштеп чыгарылган.

Кабылдоо чакыруучу факторлорду эске алуу менен он эки эли ичегисинин мултусун иштен чыгуу ыкмасы жана тигуу учун атайын кыпчуур иштелип чыккан, карын ичеги бириктируусунун ыкмасы оркувдотулгон, ал бутундук менен жаратгын бутушун камсыз кылган, операциядан кийинки ашказан беренин операциядан кийинки эрте мезгилдеги сезгенуусун аныктоосу негизделген жана иштелип чыккан, иринден сезгенуу кабылдоолордун жана анастомозитти азайтуунун, операциянын алдындагы даярдоонун, иммундук коррекциялоонун, регионалдык лимфостимуляциянын оптималдуу ыкмалары аныкталган.

Иштелип чыккан кабылдоолордон алдын алуунун ыкмалары 405 оорууларга колдонулган жана ошону менен аларды колдоонун натыйжалуулугу корсотулгон. Кабылдоо 32,84%тен 11,62%ке чейин, ал эми олум 5,1%тен 0,98%ке чейин азайган.

Диссертация 27 таблицалар, 16 суроттор менен коркомдолгон. Библиографиясында 410 аталыштар, анын ичинде 125 алыскы чет элдик авторлор корсотулгон.

Подписано в печать 18.05.2000г. Формат бумаги 60x84/16.

Печать офсетная. Объем 2,0 п.л. Заказ №38. Тираж 100.

Г.Бишкек, ул.Медерова,68. Типография Кырг.агр.академии