

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ МАРКАЗИ
ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲУЗУРИДАГИ
ФАН ДОКТОРИ ИЛМИЙ ДАРАЖАСИНИ БЕРУВЧИ
16.07.2013.Тib.20.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ МАРКАЗИ**

ХОДЖИЕВ ДАНИЯР ШАМУРАТОВИЧ

**РЕЛАПАРОТОМИЯ: ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИКА ЖАРАЁНИДА
ЗАМОНАВИЙ УСЛУБЛАР ВА ЁНДАШУВЛАРИ**

**14.00.27 - Хирургия
(тиббиёт фанлари)**

ДОКТОРЛИК ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Тошкент шаҳри – 2015 йил

Докторлик диссертацияси автореферати мундарижаси
Оглавление автореферата докторской диссертации
Content of the abstract of doctoral dissertation

Ходжиев Данияр Шомуратович Релапаротомия: даволаш-диагностика жараёнида замонавий услублар ва ёндашувлари	3
Ходжиев Данияр Шомуратович Релапаротомия: современные принципы и подходы к лечебно- диагностической тактике	29
Hodjiev Daniyar Shomuratovich Relaparotomy: modern principles and approaches to clinical and diagnostical tactics	55
Эълон қилинган ишлар рўйхати Список опубликованных работ List of published works	80

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ МАРКАЗИ
ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲУЗУРИДАГИ
ФАН ДОКТОРИ ИЛМИЙ ДАРАЖАСИНИ БЕРУВЧИ
16.07.2013.Тib.20.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ МАРКАЗИ**

ХОДЖИЕВ ДАНИЯР ШАМУРАТОВИЧ

**РЕЛАПАРОТОМИЯ: ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИКА ЖАРАЁНИДА
ЗАМОНАВИЙ УСЛУБЛАР ВА ЁНДАШУВЛАРИ**

**14.00.27 - Хирургия
(тиббиёт фанлари)**

ДОКТОРЛИК ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Тошкент шаҳри – 2015 йил

Докторлик диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси хузуридаги Олий аттестация комиссиясида 30.09.2014/Б2014.5.Тиб485 рақам билан рўйхатга олинган.

Докторлик диссертацияси академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз) Илмий кенгаш веб-саҳифаси (www.med.uz/surgery) ва «Ziyonet» таълим ахборот тармоғида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

**Илмий
маслаҳатчи:**

Назиров Феруз Гафурович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий
оппонентлар:**

Красильников Дмитрий Михайлович.
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Хаджибаев Абдухаким Муминович.
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Хашимов Шухрат Хуршидович
тиббиёт фанлари доктори

**Етакчи
ташкilot:**

Россия Федерацияси Мудофаа вазирлиги «С.М. Киров номидаги Ҳарбий-тиббий академияси» олий касбий таълимнинг федерал бюджет ҳарбий таълим муассасаси

Диссертация ҳимояси академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази ва Тошкент тиббиёт академияси хузуридаги 16.07.2013.Тиб.20.01 рақамли илмий кенгашнинг 2015 йил «___»_____ соат _____даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент, Кичик халқа йўли, 10. Тел.: (99871) 277-69-10; факс: (99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

Докторлик диссертацияси билан академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (04 рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100115, Тошкент, Кичик халқа йўли, 10. Тел.: (99871) 277-69-10; факс: (99871) 277-26-42).

Диссертация автореферати 2015 йил «___»_____куни тарқатилди.
(2015 йил _____даги _____рақамли реестр баённомаси).

Ф.Г. Назиров

Фан доктори илмий даражасини берувчи
илмий кенгаш раиси, т.ф.д., профессор

З.М. Низамходжаев

Фан доктори илмий даражасини берувчи
илмий кенгаш илмий котиби, т.ф.д.

А.В. Девятов

Фан доктори илмий даражасини берувчи
илмий кенгаш хузуридаги илмий семинар раиси,
т.ф.д., профессор

Кириш (докторлик диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Ҳозирги кунда замонавий жарроҳликнинг барча оператив қўлланмаларида абдоминал операцияларга бағишланган бобларнинг устуворлик қилиши давом этмоқда. Ташхисот, жарроҳлик техникаси ва тактикаси борасидаги сўнгги ютуқлар сифатни ошириш ҳамда бажарилаётган аралашувлар доирасини кенгайтириш имконини берди. Шунга қарамай, қорин бўшлиғи операциясини ўтказувчи амалиёт шифокорлари ҳозирги кунгача ягона ечими бўлмаган муаммоларга дуч келишмоқда ва шу сабабли қайта жарроҳлик аралашувларини тақозо этадиган, операциядан кейинги асоратларни келтириб чиқарадиган кўпгина техник ва тактик хатоларга йўл қўйишмоқда.

Операциядан кейин пайдо бўлган асоратлар ривожланишида интенсив терапиянинг замонавий имкониятларидан фойдаланган ҳолда муаммони консерватив йўл билан ҳал қилишга уриниш ҳам баҳсли муаммолардан биридир. Бу операциядан кейинги даврда асоратлар клиник манзарасининг ўзгариши, ўткир кўринишларни яшириш, қорин бўшлиғидаги катастрофанинг одатий белгиларининг йўқолиши ва гомеостазда пайдо бўладиган силжишларни барқарорлаштиришга олиб келиши мумкин. Шунга кўра стандарт ташхислаш усуллари ҳар доим ҳам операциядан сўнгги асоратлар ривожланишини ташхислаш имкони беравермайди ва 20,8-29,7% кузатувларда қорин ичидаги асоратлар аниқланмай қолаверади. Бунинг натижасида абдоминал патология сабабли бажарилган оператив аралашувлардан кейин беморларнинг ҳаётдан кўз юмиш кўрсаткичлари 0,5% дан 50% оралиғида бўлиши кузатилади. Беморларнинг индивидуал хусусиятлари, даволаш муассасасининг ихтисослик тури ва иш тартиби, жарроҳлар малакаси, тиббий инструментлар, ташхислаш аппаратурасининг мавжудлиги, анестезиология ва реанимация хоналарининг таъминланганлиги ва имкониятлари кабилар жиддий хавф омиллари ҳисобланади.

Кўрсатиб ўтилган омилларнинг аралаш ҳолда учраши оғир асоратлар сонининг кўпайишига олиб келадики, уларни коррекциялаш учун қайта аралашувлар – релапаротомияга мурожаат қилишга тўғри келади.

Релапаротомия ҳам ташхислаш, ҳам интенсив терапия нуқтаи назаридан жарроҳликнинг энг мураккаб бўлими бўлиб, бунда оламдан кўз юмиш кўрсаткичлари 30-60% оралиғида барқарор турибди, кеч ташхисланган асоратларда эса бу кўрсаткич ўртача 77,1% ни ташкил этади.

Ўзбекистон Республикаси учун мустақиллик йилларида жарроҳликни ривожлантириш долзарб йўналишлардан бири бўлиб қолди. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги ПҚ-2107 «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури тўғрисида»ги Қарори ва бир қатор Давлат дастурларини амалга ошириш, шу билан бирга «Соғлиқни сақлаш Давлат дастурини амалга ошириш ва ислоҳотларни чуқурлаштиришдаги асосий йўналишлар тўғрисида» ги 2007 йил 19 сентябрдаги ПҚ-3923 сонли Қарори асосида соғлиқни сақлаш тизимида бошланган туб ислоҳотлар ҳозирги кунда илмий-амалий

тиббийнинг кўпгина йўналишларида сезиларли ютуқларга эришиш имконини берди. Шу қаторда беморларга кўрсатиладиган жарроҳлик хизмати сифатини яхшилаш олиб борилаётган ислохотлар ижобий натижаларининг объектив мезонларидан бири бўлиб қолди.

Шу билан бирга, соғлиқни сақлаш тизими ва саломатликни муҳофаза қилиш соҳасида асоратлар ривожланишининг олдини олиш даражаси ва, авваламбор, вилоят ва туман бўғинларида кўрсатилаётган жарроҳлик хизмати сифатини ошириш билан боғлиқ саволлар очиклигича қолмоқда. Қайта аралашувларни талаб қиладиган абдоминал асоратлар характеридаги фарқлар, шунингдек, мазкур муаммони ечишга бўлган ягона ёндашувнинг мавжуд эмаслиги қорин бўшлиғи аъзоларида бажарилган режали ва шошилиш жарроҳлик аралашувлардан сўнг қониқарсиз натижаларнинг структур таҳлилини ўтказиш, касаллик кечишини прогнозлашда махсус мезонларни аниқлаш, тактик ва ташкилий масалалар борасидаги тўғри қарорни қабул қилишни оптималлаштиришни тақозо этади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг асосий устувор йўналишларига боғлиқлиги. Ушбу тадқиқот Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялар тараққиётининг ДИТЛ-9 «Инсон касалликлари профилактикаси, ташхиси, даволаш ва реабилитациясининг янги технологияларини ишлаб чиқиш устувор йўналишига мувофиқ бажарилган».

Диссертациянинг мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи. Сўнгги йилларда қайта жарроҳлик аралашувини тақозо этувчи операциядан кейинги интраабдоминал асоратларни эрта ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволаш соҳасида дунёнинг етакчи илмий марказлари ва ўқув юртлари, жумладан, The Permanente Medical Group (USA), Hospital de Hautpierre (France), Academic Medical Centerи Gelre Hospital (The Netherlands), San Raffaele Scientific Institute (Italy), Al Jouf University (Saudi Arabia), А.В. Вишневский номидаги Хирургия институт (Россия) ларида бир қатор муҳим илмий изланишлар олиб борилди.

Илмий тадқиқот натижаларига кўра бир қатор муҳим илмий хулосалар олинди. Хусусан, Charité (Berlin, Germany) клиникасида релапаратомия сабалари сифатида асосий касалликнинг характери ва оғирлик даражаси, тўлиқ текширилмаганлиги ва перитонитдаги ноадекват санация кабилар кўрсатилди. Isar (Munich, Germany) клиникасида қайта операциядан кейин ўлимга олиб келувчи асосий сабаблардан бири релапаратомияни кеч амалга ошириш эканлиги, шифокор хатоси сабабли вужудга келган асоратлар 12,0-79,0% га етиши исботланди. Lodz (Poland) университет клиникасида кейинги йилларда релапаратомия сонининг ортиши жарроҳларнинг тактик ва техник хатолари билан боғлиқ эканлиги кўрсатилди. Diskapi Teaching and Research Hospital (Ankara, Turkey) маълумотларига кўра ташхислаш мураккаблиги боис, релапаратомиялар 30-72% ҳолатда кеч ва аксарият ҳолда асоссиз, 1,0-5,3% ҳолатда хато бажарилган. 20,8-29,7% кузатувларда эса шифокорлар қорин ичи асоратларини аниқлашнинг уддасидан чиқа олмаганлар.

Релапаратомияни тақозо этувчи операциядан кейинги асоратларни ташхислаш ва даволаш борасида сўнгги йилларда кузатилаётган ривожланиш, афсуски, якуний ечимларда ҳали ўз ифодасини топмаган. Ундан ташқари, асоратларнинг айрим турларида барқарорлашиш, ҳаттоки, номақбул оқибатлар миқдорининг бироз ошишига бўлган турғун тенденция ҳосил бўлди. Кўпгина ҳолларда релапаратомия частотасининг бундай ўзгарувчанлиги умум тасдиқланган таъриф ва таснифнинг мавжуд эмаслиги билан боғлиқ бўлиб, бу объектив таҳлилни янада мураккаблаштиради. Статистик маълумотлардаги фарқланишлар ҳақиқий фарқни кўрсатмайди, зеро улар «релапаратомия» тушунчасига бўлган субъектив ёндашувлар билан боғлиқ.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Умум қабул қилинган тушунчада релапаратомия бу – танани қайта кесишдир. Релапаратомия бу операциядан кейинги энг оғир асоратларни даволашга қаратилган, олдинги операция натижасида содир бўлган қийин вазиятда бажариладиган жарроҳлик операциясидир (Doeksen A. et al., 2007; Torer Netal., 2010; Addeo Petal., 2013; Kiewiet JS et al., 2013; Raagab A.E. et al., 2014).

Релапаратомия қорин бўшлиғида бирламчи операция ўтказилган беморларнинг 0,5-5,5 ва ундан юқори%ларда бажарилиб, кўрсаткичларининг кенг вариабеллиги кўрсатилган жарроҳлик хизматининг ихтисослашганлиги билан изоҳланади. Хусусан, шошилишч операциялардан сўнг релапаратомия режалик операцияларга нисбатан 3,5 марта кўпроқ бажарилади (Standop J et al., 2009; Brent C Ormeer et al., 2010; Pecorelli N et al., 2010; Balzano G et al., 2014).

Сўнгги йилларда релапаратомияга бўлган кўрсатмаларни объективлаштириш мақсадида замонавий параклиник ва инструментал текширув усуллари қўллана бошлади. Аммо уларнинг операциядан кейинги ташхислаш чора-тадбирлари мажмуидаги ўрни хали тўлиқ баҳоланмаган (Назиров Ф.Г., Девятов В.Я. 2005; Brasel K et al., 2009; Levin I et al., 2012; Sak ME et al., 2012).

Баъзи муаллифлар юрак-қон ва нафас олиш тизими фаолияти, модда алмашуви, иммун тизим, полиорган етишмовчилик ва септик шок каби хавфли белгиларини алоҳида кўрсатишни таклиф қилишади (Katharine A.V. et al., 2011; Christopher Metal., 2012; Marwah Setal., 2012; Qing-Guo L. Et al., 2013; Akinci M. et al., 2014).

А.М. Хаджибаев ва ҳаммуаллифлари (2011) фикрича, Республикамизда операциядан кейинги асоратларни даволаш муаммоси шошилишч ёрдамнинг турли босқичларида алоҳида долзарблик касб этади. Масалан, шошилишч марказларнинг субфилиаллари ва туман касалхоналари даражасида, релапаратомияни ўтказиш қарори кўпинча эмпирик характерга эга бўлиб, оғир категорияга кирувчи беморлар даволашини олиб бориш тактикасига бўлган стандартлашган ёндашувнинг йўқлиги аксарият ҳолларда аянчли оқибатларга олиб келади.

Шу тариқа, қорин бўшлиғи аъзоларининг операциядан кейин ривожланган интраабдоминал асоратларида ўз вақтида сифатли ташхислаш ва стандартлашган оқилона даволаш тактикаси кабилар клиник жарроҳликнинг энг мураккаб масалаларидан бири бўлиб қолмоқда.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилаётган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти академик В.Воҳидов номидаги РИХМ «Ошқозон ости беги яллиғланиш ва ҳажмли жараёнларини ташхисоти ва хирургик даволашнинг такомиллаштирилган усулларини ишлаб чиқиш ва татбиқ этиш» (ИТСС-4-1, 2009-2011йй.) мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади операциядан сўнгги интраабдоминал асоратлар ривожланиш сабабларини тизимли мультимарказ таҳлил қилиш орқали беморларда даволаш натижаларини яхшилаш, релапаротомия тактикаси ва эрта ташхисотини чуқурлаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

республикада жарроҳлик хизмати даражасига боғлиқ ҳолда бажарилаётган режали ва шошилишч аралашувлар тизимини ўрганиш;

Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази, шаҳар ва вилоят касалхоналари, ҳудудий шифохоналар кесимида режали ва шошилишч жарроҳликда релапаратомиялар частотасининг мультимарказ тизимли таҳлилинини ўтказиш;

жарроҳлик хизмати турли босқичларида касалхоналарнинг клиник-ташхислаш қобилиятининг имконияти ва самардорлигини қиёсий баҳолаш;

соғлиқни сақлаш тизими турли касалхоналарида абдоминал операциялардан сўнг қайта аралашувлар асосий сабаблар тизимини ўрганиш;

электрон сканерлаш микроскопияси ёрдамида «МГС-1» янги маҳаллий гемостатик воситанинг клиник самардорлигини баҳолаш;

операциядан кейинги интраабдоминал асоратлари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш тактикасини танлашни оптималлаштириш.

Тадқиқотнинг объекти – Ўзбекистон Республикасидаги 16 та тиббиёт муассасаларидаги 904 нафар беморларни даволаш натижалари. Улардан 605 нафари В.Воҳидов номидаги РИХМ да, 222 нафари шаҳар ва вилоят миқёсидаги турли муассасаларда, 77 нафари Қорақалпоғистон Республикасининг 9 та туман касалхонасида даволанган.

Тадқиқотнинг предмети – операциядан кейинги асоратлардаги релапаратомия натижалари, шунингдек, уни эрта ташхислаш усуллари.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот жараёнида умумклиник, инструментал (ультратовуш, эндоскопик ва рентгенологик текшириш усуллари), экспериментал, морфологик тадқиқот ва статистик усуллар қўлланган.

Тадқиқотининг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор интраабдоминал асоратлар бўлганда эрта такрорий аралашувлар натижасида шакллантирилган кўп марказли исботли база асосида, релапаратомиянинг частотаси, асосий сабаблари ва прогноз омиллари аниқланиб, Республиканинг турли миқёсидаги жарроҳлик хизмати кўрсатувчи тиббиёт муассасаларининг потенциалидан келиб чиққан ҳолда диагностика-даволаш тактикасини танлашнинг асосий принциплари ва оптимал ёндашув усуллари аниқланган;

паренхиматоз аъзолардан ва кавак органларда чоклар етишмовчилигида оқадиган қонни тўхтатиш учун мўлжалланган коллаген асосида «МГС–1» маҳаллий гемостатик плёнканинг янги тури ишлаб чиқилган;

экспериментал ва морфологик тадқиқотлар ёрдамида «МГС–1» хусусияти ўрганиб чиқилди, қимматбаҳо чет эл муқобиллардан асло қолишмайдиган, гемостатик самараси оширилган плёнкани олишнинг технологик регламенти оптималлаштирилган;

«in vitro» тажрибалари орқали «МГС–1» гемостатик таъсир механизми қон томир-тромбоцитар гемостаз, қон таркибида тромбоцитлар миқдори ва уларнинг адгезив-агрегацион хусусиятларининг ошиши билан боғлиқлиги исботланган;

«in vivo» тажрибалари орқали «МГС–1» гемостатик воситаси зарарланган ҳудудига аппликациялашда тромбоцитар тизимнинг фаоллашуви билан бирга, капиллярлар ўтказиш қобилиятининг пасайиши ва кейинчалик 1,5–2,0 дақиқа ичида қон оқшининг тўхташи аниқланган;

илк бор клиник шароитларда геморрагик синдром рецидивларини тўхтатиш ва олдини олишда «МГС–1»нинг юқори самарадорлиги исботланган;

прогностик интеграл шкалаларни қўллашни қиёсий ва комплекс баҳолаш операциядан кейинги интраабдоминал асоратлари бор беморлар терапиясини олиб боришнинг кўп босқичли жарроҳлик хизмати учун мослаштирилган протоколларини ишлаб чиқиш, қайта оператив аралашувларнинг оптимал тактикасини танлаш ва хавфини оқилона баҳолаш имконини берган;

операциядан кейинги интраабдоминал йирингли-септик (перитонит, ўткир деструктив панкреатит, қорин бўшлиғи абцесслари) ва бошқа махсус (қорин ичида қон кетиши, ўткир ичак тутилиши) асоратлари бўлган беморларда жарроҳлик тактикасининг таклиф этилган алгоритмнинг мақсадга мувофиқлиги ва самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

соғлиқни сақлаш амалиёти учун операциядан кейинги интраабдоминал асоратлари бўлган беморларни даволаш-ташхислаш тактикасининг Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимининг барча миқёсдаги жарроҳлик хизматларига мослаштирилган оптимал протокол ва стандартлари таклиф этилди;

релапаратомия хавф-хатар омиллари ва операциядан кейинги интраабдоминал асоратлар ривожланишининг сабаблари, уларнинг қониқарсиз натижалар частотаси ва ўлимга олиб келувчи асосий сабаблар структурасига бўлган таъсири ўрганилди;

жарроҳлик амалиёти учун илк бора “МГС-1” янги маҳаллий гемостатик воситасини қўлланиши клиник-экспериментал жиҳатдан асосланди, паренхиматоз органлардан ва бўш органларда тикишлар миқдори етишмаганда оқадиган қонни тўхтатишда унинг юқори самарадорлиги исботланди;

турли прогностик интеграл шкалалар самарадорлигини баҳолаш асосида оперфциядан кейинги интраабдоминал асоратларда оптимал даволаш ташхислаш-тактикасини танлаш учун ягона компьютер дастурлари ишлаб чиқилди;

релапаратомия хавф-хатарларининг стратификацияланган омиллари жарроҳлик тактикасини тезкорлик ва тахмин қилинаётган жарроҳлик аралашувининг оптимал хажмини танлаш нуқтаи назардан оптималлаштириш имконини беради.

Олинган натижалар ишончилиги тадқиқот муаммоларини бажаришда кўриб чиқилган усуллар, операциядан кейинги асоратлар ва қайта аралашув талаб қилинадиган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволашда замонавий илмий-амалий қараш ва ёндашувларга асосланган. Кўриб чиқилган вазифаларнинг ечими замонавий тасдиғини топган тиббий статистика усулларида бажарилган.

Тадқиқот натижаларининг назарий ва амалий аҳамияти. Тадқиқотнинг назарий аҳамияти тадқиқотчи томонидан олинган натижа, хулоса ва таклифлар ўлим ва ногиронликка олиб келиш хавфи юқори бўлган релапаратомияни талаб этувчи операциядан кейинги абдоминал асоратларнинг клиник-функционал кечишини ўрганишда ўз ҳиссасини кўшиши билан белгиланади. Тадқиқотнинг асосий назарий хулосалари ташхислаш ва даволашнинг янги рақобатбардош усулларини шакллантириш мақсадида, бу хавфли асоратларнинг кечиш хусусиятларини ўрганишни келгусида давом эттириш учун замин яратади. Тадқиқотнинг айрим натижаларидан талабалар, шунингдек, клиник ординаторларни қорин бўшлиғи аъзолари шошилиш операциядан кейинги патологияларини ташхислаш ва беморларни даволаш мавзулари бўйича ўқитиш дастурларининг мазмуни ва тузилишини бойитишда фойдаланиш мумкин.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундаки, иш таркибидаги асосий хулоса ва тавсиялар турли даражадаги тиббиёт муассасаларида релапаратомия ўтказишни талаб қилувчи операциядан кейинги асоратларни ташхислаш ва даволашда қўлланилиши мумкин. Релапаратомия талаб қилувчи турли хил асоратлардан сўнг асоратлар ривожланиш частотаси, яшаб кетиш прогнози мезонларини умумлаштириш асосида соғлиқни сақлаш амалиёти учун беморлар аҳволи оғирлигини аниқлайдиган ва турли аралашувлар бажарилиш хавфини баҳоловчи интеграл дастурлар ишлаб чиқилган. Турли аралашувлардан кейин ривожланган асоратлар частотаси бўйича ўтказилган таҳлил бу асоратларнинг олдини олиш учун турли жарроҳлик аралашувлар, шу жумладан, релапаратомия ўтказилиши кераклигини аниқлаш имкониятини берди. Амалий жарроҳлик учун алоҳида кўникма талаб қилмайдиган ва мазкур беморлар контингентини даволашга оид масалани хал қилишга ёрдам берадиган алгоритм ва интеграл дастурлар ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Қорин бўшлиғи операциядан кейинги абсцесслари, ичак тутилиб қолиши, операциядан кейинги перитонитларни жарроҳлик йўли билан даволаш тактикасини

танлаш бўйича ишлаб чиқилган алгоритм ва «МГС–1» янги маҳаллий гемостатик воситаси соғлиқни сақлаш амалиёти, шу жумладан, В.Воҳидов номидаги РИХМ, РИХМнинг Нукус, Бухоро ва Самарқанд шаҳридаги филиаллари фаолиятига жорий қилинган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2015 йил 10 мартдаги №19-сонли хулосаси). Тадқиқотдан олинган натижалар реллапаротомияни тақозо этувчи асоратлар оғирлигини диагностик баҳолаш усуллари оптималлаштириш, мазкур беморлар контингентини даволашнинг тактик жиҳатларини аниқлаштириш, паренхиматоз қон кетиши рецидивларини 23,1 фоиздан 10 фоизгача, ўлим кўрсаткичларини 20–25 фоиз ва беморларнинг стационарда қолиш муддатини 30 фоиз пасайтириш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Диссертацияда келтирилган асосий натижалари 7 та илмий-амалий конгресс ва конференциялар, шу жумладан 3 та хорижий конгресс, хусусан, хорижликлар иштирокидаги Умумроссия ИАК «Жарроҳлик гастроэнтерологиянинг долзарб масалалари» (2007, Сочи), жарроҳлар ва гастроэнтерологлар XI Халқаро Евроосиё конгресси (2008, Баку), РАМН академиги Л.В.Полуэктов хотирасига бағишланган «Жарроҳликнинг долзарб муаммолари» (2012, Омск) ва 4 та республика конференциялари: «Шошилич тиббий хизматни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари: шошилич тиббиётда нозокомиал инфекция масалалари» (2008, Самарқанд), «Воҳидов ўқишлари – 2009» (2009, Гулистон), «Шошилич тиббий хизмат шифокорлари ассоциациясининг I съезди» (2009, Тошкент), «Шошилич тиббий хизматни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари: шошилич жарроҳликда операциядан сўнги асоратларнинг олдини олиш, ташхислаш ва даволаш масалалари» (2012, Тошкент), шунингдек, академик В.Воҳидов номидаги РИХМнинг илмий кенгаши йиғилишида (2012, Тошкент) тақдим этилган ва ўқиб эшиттирилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича 29 та иш эълон қилинган (13 та илмий мақола, 16 та маърузаларнинг илмий тезислари), улардан 4 таси илмий мақола ва 6 таси илмий маърузалар тезислари хорижий журналларда ва электрон ҳисоблаш ускунаси дастурини расмий рўйхатдан ўтказиш учун олинган 3 та гувоҳнома.

Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши. Диссертация ишининг материаллари 193 бетли босма матндан иборат, 42 расм ва 126 жадвал билан иллюстрацияланган. Адабиётлар рўйхатига 358 кўлөзмалар киритилган бўлиб, улардан 121 таси инглиз муаллифлариникидир. Диссертация кириш қисми, адабиётлар таҳлили, тадқиқотнинг материаллар ва усуллар боби, беш бобдан иборат тадқиқотнинг хусусий натижалари, якуний боб, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланган адабиётлар рўйхатидан иборат.

Диссертациянинг асосий мазмуни

Кириш қисмида диссертация ишининг долзарблиги асосланган, мақсад ва вазифалар кўрсатилган, ҳимояга олиб чиқиладиган асосий ҳолатлар,

ишнинг илмий янгилиги ва натижаларнинг илмий-амалий аҳамияти, иш натижаларининг апробацияси ва чоп этилганлиги, диссертация ҳажми ва қисқача таркиби ҳақида маълумот келтирилган.

Биринчи боб «Релапаратомия муаммосининг замонавий аҳволи» деб номланган бўлиб, ўнта бўлимдан иборат релапаратомия муаммоси тўғрисидаги замонавий маълумотлар келтирилган, операциядан кейинги абдоминал жарроҳлик, релапаратомия терминологияси ва таснифи, уни бажаришга бўлган кўрсатмалар ёритилган адабиётлар таҳлили келтирилган. Шу билан бирга операциядан кейин ривожланган перитонит, ичак тутилиши, қон кетиш, панкреатит ва қорин бўшлиғи абсцессларнинг частотаси ва сабабалари бўйича адабиётлар маълумотлари кўриб чиқилган. Операциядан сўнги эрта даврда даволаш-ташхисот лапараскопиянинг ва операциядан кейинги интраабдоминал асоратлари бўлган беморларда прогнозлаш натижалари ва оғирлик даражасини баҳолашнинг замонавий шкаллари масалалари кўриб чиқилган.

Иккинчи боб «Материал ва усуллар» деб номланган бўлиб, Республика жарроҳлик хизматининг турли даражадаги муассасаларида операциядан кейинги турли хил интраабдоминал асоратларда қайта аралашувлар сабаб ва натижалари борасидаги маълумотлар келтирилган. Тадқиқотга 16 та тиббиёт муассасаларида даволанган беморларнинг натижалари киритилган бўлиб, улар 3 та тадқиқот гуруҳларига ажратилган.

Ишончли таҳлил учун барча беморлар бирламчи аралашув тури бўйича шошилиш ва режали операциялар гуруҳларига ажратилди (1-жадвал).

1-жадвал.

Жарроҳлик хизмати даражаси ва бирламчи операцияларнинг шошилишчилигига кўра беморларни тадқиқот гуруҳларга тақсимлаш.

Касалхона	Режали операциялар		Шошилиш операциялар			Умумий
	1 гуруҳ	2 гуруҳ	1 гуруҳ	2 гуруҳ	3 гуруҳ	
Акад.В.Воҳидов номидаги РМЖМ	353	-	252	-	-	605
РИШТЁМ Нукус филиали	-	-	-	47	-	47
№7 ШКШ	-	-	-	71	-	71
№1 ШКШ	-	14	-	37	-	51
Тошкент вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази	-	5	-	13	-	18
Самарқанд ш. шаҳар касалхонаси	-	10	-	4	-	14
СамДТИ клиникаси	-	17	-	4	-	21
Қорақалпоғистон Республикаси туман касалхоналари	-	-	-	-	77	77
Жами:	353	46	252	176	77	904

1 гуруҳга (Республика даражаси) академик В.Воҳидов номидаги РИХМ да 1976 дан 2010 йилгача барча абдоминал бўлимларда назоратда бўлган 605

нафар бемор киритилди. 2 гуруҳга (шаҳар ва вилоят даражаси) жарроҳлик хизматининг шаҳар ва вилоят миқёсидаги турли муассасаларда назоратда бўлган 222 нафар, улардан шаҳар ва вилоят миқёсида аҳолига умумий асосий хизмат кўрсатадиган касалхона беморлари киритилган, жумладан: РИШТЁМ Нукус филиали – 47 нафар бемор; №1-сонли Тошкент шаҳар касалхонаси – 51 нафар бемор ва №7-сонли касалхона – 71 нафар бемор; Тошкент вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази – 18 нафар бемор; Самарқанд ш. шаҳар клиникаси – 14 нафар бемор; Самарқанд Давлат тиббиёти институти клиникаси – 21 нафар беморлардир. 3 гуруҳга (туман клиникалари) Қорақалпоғистон Республикасининг 9 та назоратда бўлган 77 нафар бемор киритилган.

Шошилинч аралашувлар кўпинча туман касалхоналарида амалга оширилади, режали операциялар учун эса беморларасосан шаҳар, вилоят ва республика миқёсидаги касалхоналарга жўнатилган.

Учинчи боб «Шошилинч абдоминал операциялар структурасидаги эрта реллапаратомия частотаси ва эрта операциядан кейинги асоратлар тузилиши ва сабабларини омилли таҳлил қилиш» деб номланган бўлиб, шошилинч абдоминал операциялар умумий таркибида эрта реллапаратомиялар частотаси ва эрта операциядан кейинги асоратларнинг таркиби ва сабабларининг омилли таҳлили келтирилган. Таҳлил учун оператив аралашувларни оғирлигига кўра 3 гуруҳга ажратиш тамойили қўлланган:

1. Махсус жарроҳлик жиҳозларини талаб қилмайдиган, таклиф қилинаётган аралашувлар ҳажмини кенгайтириш зарурати бўлмаган, узок муддат реанимацияни ва тегишли тор соҳа мутахассислари зарур бўлмаган умумжарроҳлик операциялари.

2. Юқори технологик операциялар. Уларни бажариш учун иккита нарса: касалхонанинг жарроҳлик, ташхислаш ва реанимацион-анестезиологик жиҳозланиши ва иккинчи томондан – жарроҳлар малакаси талаб этилади.

3. Асосан Республика марказларида бажариладиган операциялар: бу асосан оғир даражадаги беморларга хос бўлиб, улар тор мутахассислик ва жарроҳлар малакаси, махсус ташхислаш, жарроҳлик жиҳозлари ва инструментлар билан таъминланганлик, динамик мониторинг имкониятлари, реаниматологик ва анестезиологик хизмат мутахассисларининг малакаларига боғлиқ.

Барча операциялар таркибида 1 гуруҳга умумжарроҳлик аралашувлар кўпроқ тўғри келди ва 51,2%, юқори технологик – 46,6% ва хусусан республика марказларида бажариладиганлари – 2,2% ташкил қилди. 2 гуруҳда бу кўрсаткичлар – 94,9%, 5,1% ва 0,05%га тўғри келди. 3 гуруҳда 99,7% умумжарроҳлик аралашувлар ва 0,3% юқори технологик операциялар бажарилган. 1-гуруҳда 51,2% умумжарроҳлик аралашувлари, 46,6% юқори технологияли ва марказда амалга ошириладиган 2% операциялар бажарилган. 2 гуруҳда бу кўрсаткич мос равишда 94,9%, 5,1% ва 0,05%ни ташкил этди. 3 гуруҳда 99,7% умумжарроҳлик ва 0,3% юқори технологик аралашувлар – бажарилган.

2-жадвал.

Беморларнинг оператив аралашувлар оғирлиги бўйича тақсимланиши

Операция категорияси	1 гуруҳ			2 гуруҳ			3 гуруҳ		
	Опер-я сони.	Рела- пар.	Час- тотаси	Опер-я сони.	Рела- пар.	Час- тотаси	Опер-я сони.	Рела- пар.	Час- тотаси
Умумжарроҳлик категориялари									
Аппендэктомия	928	1	0,11%	22025	39	0,18%	18734	25	0,13%
Ошқ. ва 12 б.и. яра кас. қон кетишини тўхтатиш ёки тикиш	124	2	1,61%	1625	41	2,52%	481	17	3,53%
Ичак тутилиши опер- ялари	147	8	5,44%	972	51	5,25%	473	26	5,50%
Холецистэктомия	411	3	0,73%	1503	10	0,67%	257	5	1,95%
Эхинококкэктомия	106	2	1,89%	211	1	0,47%			
Герниопластика	223	3	1,35%	441	7	1,59%			
Пациорлар операциялари				22	1	4,55%			
Қорин бўш-ғи санацияси							35	1	2,86%
Умумий	1939	19	0,98%	26799	150	0,56%	19980	74	0,37%
Ўртача қиймат (M±m)	1,86±0,76%			2,18±0,77%			2,78±1,14%		
Юқоритехнологик категория									
Бильрот-1 бўйича ошқ. резекцияси	77	3	3,90%	168	8	4,76%	37	2	5,41%
Бильрот-2 бўйича ошқ. резекцияси	44	2	4,55%	86	5	5,81%	17	1	5,88%
Дренаж операциялар Ваготомиялари	3	0	0,00%	26	0	0,00%	-	-	-
ЛапХЭК	1002	1	0,10%	921	1	0,11%	-	-	-
ХЭК холедох дренажи б-н	346	10	2,89%	131	4	3,05%	-	-	-
ЎЙ ташқи дренажи	69	5	7,25%	12	1	8,33%	-	-	-
Сальниксумкасини ёриш, секвестрэктомия	62	3	4,84%	-	*	-	-	-	-
ЭЭА билан айланма ХЭА	75	2	2,67%	85	4	4,71%	-	-	-
ПГ тарқоқ операциялар	88	3	3,41%				-	-	-
Умумий	1766	29	1,64%	1429	23	1,61%	54	3	5,56%
Ўртача қиймат (M±m)	3,29±0,76%			3,82±1,14%			5,65±0,24%		
Хусусан Республика марказларида бажариладиган категория									
Ошқозонда қайта тикловчи операция	6	1	16,7%	6	1	16,7%	-	-	-
Гастрэктомия	3	1	33,3%				-	-	-
Гемиколэктомия	4	1	25,0%	4	1	25,0%	-	-	-
Билиодиг.анастомозлар	21	5	23,8%	4	1	25,0%	-	-	-
ГХ да рекон-тиклан. опер.	51	5	9,80%				-	-	-
Умумий	85	13	15,3%	14	3	21,4%	-	-	-
Ўртача қиймат (M±m)	21,72±3,98%			22,23±2,77%			-		

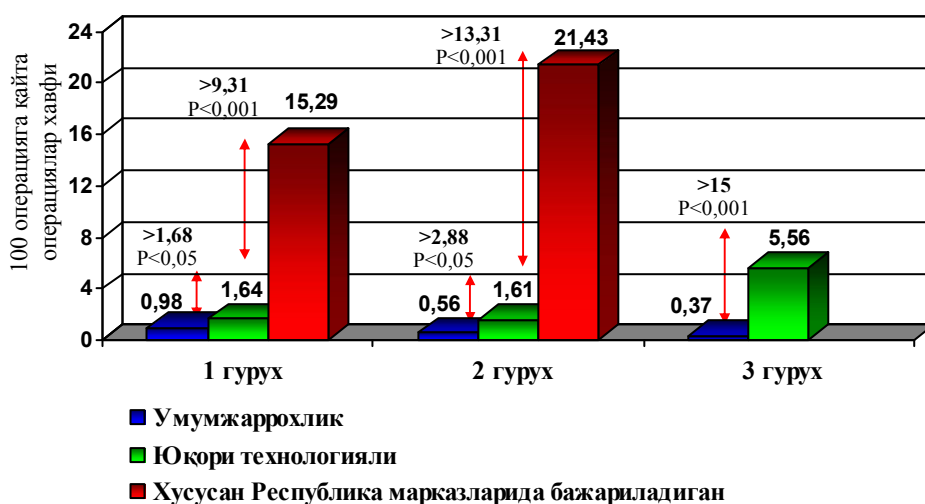
Изох: * - 2 гуруҳда 2 та панкреатити бор беморларда фақатгина ХЭК ўтказилган (умумжарроҳлик категориясига киритилган)

1-гурухда 51,2% умумжарроҳлик аралашувлари, 46,6% юқори технологияли ва марказда амалга ошириладиган 2% операциялар бажарилган. 2 гуруҳда бу кўрсаткич мос равишда 94,9%, 5,1% ва 0,05%ни ташкил этди. 3 гуруҳда 99,7% умумжарроҳлик ва 0,3% юқори технологик аралашувлар – бажарилган.

1-гурухда 1939 та умумжарроҳлик аралашувлар бажарилган бўлиб, улардан 19 (0,98%) нафар беморга релапаратомия бажарилган. 2-гурухда ушбу кўрсаткич 0,56% (26799 нафар бемордан 150 таси)ни ташкил этди. 3-гурухда 0,37% (19980 нафар бемордан 77 таси). Аммо бу кўрсаткичлар операцияларнинг умумий сонидан умумлаштириб олинди. Агарда релапаратомия частоталари фақат мана шу нуқтаи назардан олиб қаралса, бу унчалик объектив бўлмайди. Шу сабабли 2-жадвалда операциялар турига қараб, қайта аралашувлар частотаси кўрсаткичлари келтирилган. Улар аралашувларнинг умумий миқдорига қараб эмас, бажарилган релапаратомияларнинг нисбий кўрсаткичига қараб ҳисобланди.

Қайта опреатив аралашув талаб этилган барча интраабдоминал асоратлар ичида энг кўп перитонит - 36, 8% (РИХМ да – 31,3%, шаҳар ва вилоят стационарларида – 43,8% ва туман касалхоналарида – 39,0%); қон кетиши - 23,0% (интраабдоминал – мос равишда 19,4%, 7,4% ва 6,5%; ОИТ ёрилиши – 10,3%, 9,7% ва 7,8%); ўткир ичак тутилиши кабилар учрайди. Қолган 15,4 ҳолатда қорин бўшлиғи чегараланган йирингчалари; ўткир панкреатит; эвентрация ва механик сариклик кабилар сабаб бўлди.

Таҳлил шуни кўрсатдики, ургент жарроҳлигида юқори технологияли опреацияларни бажаришга уриниш 1-гурухда қайта аралашув хавфини 1,68 баробар оширади. 2-гурухда ушбу кўрсаткич 1,61 ни ташкил этди ва шунга мувофиқ хавф 2,88 марта ошди. 3-гурухда бу аралашувлар 100 та бемордан 5,56 тасида релапаратомияга олиб келиши мумкин. Бунда хавф 15м баробар ошади ($P<0,001$). Аҳволи оғир беморлар контингентига мураккаб даражали операцияни бажариш 1-гурухда олдинги хавф даражасини яна 9,31 марта, 2-гурухда эса 13,31 марта оширади.



Расм. 1. 100 операцияга нисбатан барламчи операциянинг оғирлик категориясига боғлиқ ҳолдаги қайта аралашувлар хавфининг орттиш коэффициенти

Тадқиқотнинг кейинги босқичи қайта аралашув бажариш керак бўлган ва эрта операциядан кейинги давр кечишига таъсир кўрсатувчи омилларнинг таҳлилидир. Кўрсатилган жарроҳлик ёрдам сифатини ва турли операциядан кейинги асоратлар ривожланиш сабаблари верификациясини баҳолаш учун касаллик тарихлари таҳлилида омиллар тизимлаштирилган.

Жарроҳлик хизмати даражасидан қатъий назар ташхислаш, тактик-техник ва даволаш-профилактик хатоликлар операциядан кейинги эрта интраабдоминал асоратларни ривожлантирувчи ва кучайтирувчи асосий омиллар бўлди. Шу ўрнида тактик-техник хатоликлар Республика миқёсидаги касалхоналарда 56,7% ни ташкил этиб, бу операциялар категориялари нисбатан оғирлиги билан изоҳланади; туман касалхоналарида ташхислашдаги хатоликлар 2,8% ва 12,5% ва 32,5%; даволаш-профилактик эътиборсизликлар 6,7%, 11,9% ва 15,6%ни ташкил этди.

1 гуруҳда бирламчи умумжарроҳлик аралашувлари бажарилганидан сўнг ўлим частотаси 37,3%, юқори технологик операциялардан сўнг – 57,3% ва нисбатан оғирроқ операциялар категориясидан сўнг – 48,1% ни ташкил қилди. 2 гуруҳда бу кўрсаткич 48,0%, 47,8% ва 66,7% ни ташкил этиб, 3 гуруҳда мос равишда 27,0% ва 33,3% кўрсаткичларига эга бўлди.

Тўртинчи боб «Режали абдоминал операциялар умумий структурасида қайта оператив аралашувлар частотаси ва эрта операциядан кейинги асоратлар тузилиши ва сабабларининг таҳлили» деб номланган бўлиб, режали абдоминал операциялардан сўнг релараратомия структураси тадқиқ этилган. Биринчи гуруҳга 1976 – 2010 йй. давомида акад. В.Воҳидов номидаги РИХМда назоратда бўлган ва қайта аралашувлар ўтказилган 353 нафар бемор киритилган. Иккинчи гуруҳга вилоят ва шаҳар жарроҳлик хизматининг турли тизимида даволанган 46 нафар бемор киритилган.

Республиканинг режали жарроҳлик хизмати даражасига қараб қайта оператив аралашувлар частотаси Республика марказида - 0,61% ва вилоят ва шаҳар хизматлари даражасида – 0,38% ни ташкил қилди.

Бирламчи режали операциялар таркибида Республика миқёсидаги касалхоналарда умумжарроҳлик аралашувлар 36,6% ни, юқори технологиялилар – 52,6%ни ва хусусан Республика марказларида бажариладиганлари – 10,8%ни ташкил этди; вилоят ва шаҳар касалхоналари даражасида бу кўрсаткичлар мос равишда 64,0%, 35,2% ва 0,8% ни ташкил этди. Бунда ўтказилган оператив аралашув оғирлигига қараб Республика марказлари беморлари орасида қайта операцияни келтириб чиқарувчи интраабдоминал асоратлар хавфи юқори технологияли операцияларни режалалаштиришда 2,48 баробар, нисбатан оғир операцияларни режалаштиришда 4,42 баробар ошади; ўз ўрнида вилоят ва шаҳар касалхоналарида хавф 2,32-10,08 мартагача ортиши кузатилди.

Қайта оператив аралашув бажаришни талаб қиладиган, барча интраабдоминал асоратлар таркибида асосий частота қон кетишларга 34,1% (34,8% РИХМда; шаҳар ва вилоят касалхоналарида - 28,3%); перитонит – 32,8% (31,7% ва 41,3%); қорин бўшлиғи чегараланган йирингчалари 10,5% ҳолатларда

(9,9% ва 15,2%); ўткир ичак тутилиши – 8,8% (9,1% ва 6,5%); қолган 13,8% ҳолатларда ўткир панкреатит – 6,5% (6,8% ва 4,3%), эвентрация – 2,0% (1,7% ва 4,3%), механик сариқлик 1,8% (РИХМ да 2,0%) беморларда сабаб бўлди.

Шошилинч ва режали оператив аралашувлар маълумотларини қиёслаб ҳулоса қилиш мумкинки, жарроҳлик хизмат даражасига қараб ургент патологиялар умумжарроҳлик спектр операцияларини бажаришда асосий юклама туман, вилоят ва шаҳар клиникалари (94,9-99,7%) зиммасига тушади, соғлиқни сақлашнинг ушбу тармоқларида режали операциялар фақатгина 20,2% ни ташкил этади, бундан 64,0% и умумжарроҳлик операцияларидир. Ўз ўрнида юқори технологик ва махсус аралашувлар кўпроқ Республика марказларида амалга оширилади.

Бешинчи бобда «Операциядан сўнги перитонитни (ОСП) комплекс динамик ташхисоти ва даволаш тактикасини стандартизацияси» келтирилган. Бирламчи шошилинч операциялардан сўнг ОСП 1 гуруҳда 79 нафар беморда; 2 гуруҳда 77 нафар беморда ва 3 гуруҳда 30 нафар беморда кузатилди.

Ноаниқ клиник манзарада ОСП ташхисоти алоҳида қийинчилик туғдиради. Ташхислаш мониторинги, аниқроғи унинг сифати ҳам жарроҳлик хизмати даражасига боғлиқ. Турли ташхисот усулларини қўллаш имкониятини баҳолаш борасида ўтказилган таҳлил шуни кўрсатдики, клиник-лаборатор текширувлар қиёслаш гуруҳларининг барчасида ўтказилган бўлсада, инструментал текширув усулларнинг потенциал имконияти сезиларли даражада 2 гуруҳда ва айниқса туман касалхоналарида паст эди. Бу айниқса нури ташхислаш усулларига тегишлидир.

Перитонитнинг этиологиясидан келиб чиқиб, қайта операциялар қўйидаги асоратларга ажратилди: перфорациядан сўнг тикилган чоклар ёки қўйилган анастомозлар нотурғунлиги; ўт перитонити (ўт пуфаги йўли культининг барқарор эмаслиги, холедохнинг ятроген зараланиши, БДА чокларининг нотурғунлиги); бошқа этиологияли перитонит – перитонит верификацияланган омилсиз бирламчи операциядан сўнг ривожланган, бирламчи шошилинч операциядан сўнг ривожланган ҳолатлар ёки верификация қилинмаган қўйидаги ташхислар билан боғлиқ ҳолатлар: префорацияли (Меккель) дивертикулити (аппендэктомия бажарилган 1 ва 2 гуруҳ беморлари), перфоратив язва тикилганидан сўнг 3 гуруҳ беморда ёйилган перитонитли аппендицит ривожланиши, ДПК ошқозон яраси перфорацияси ривожланиши (1 гуруҳ, гемиколонэктомия ва эхинококкэктомиядан кейинги беморларда), шунингдек, эвентрацияга олиб келган спленэктомиядан сўнг жигар циррози бўлган беморларда асцит-перитонит. Бирламчи шошилинч аралашувлардан сўнг 2 ва 3 гуруҳларда қайта чегараланган санацияларни 3-3,5 мартага ортгани, яъни 28,6% ва 33,3% ташкил этганини таъкидлаш лозим, бу ўз ўрнида бирламчи санация ёки операциядан сўнг қўлланилган тактиканинг тўғри танланмаганлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин.

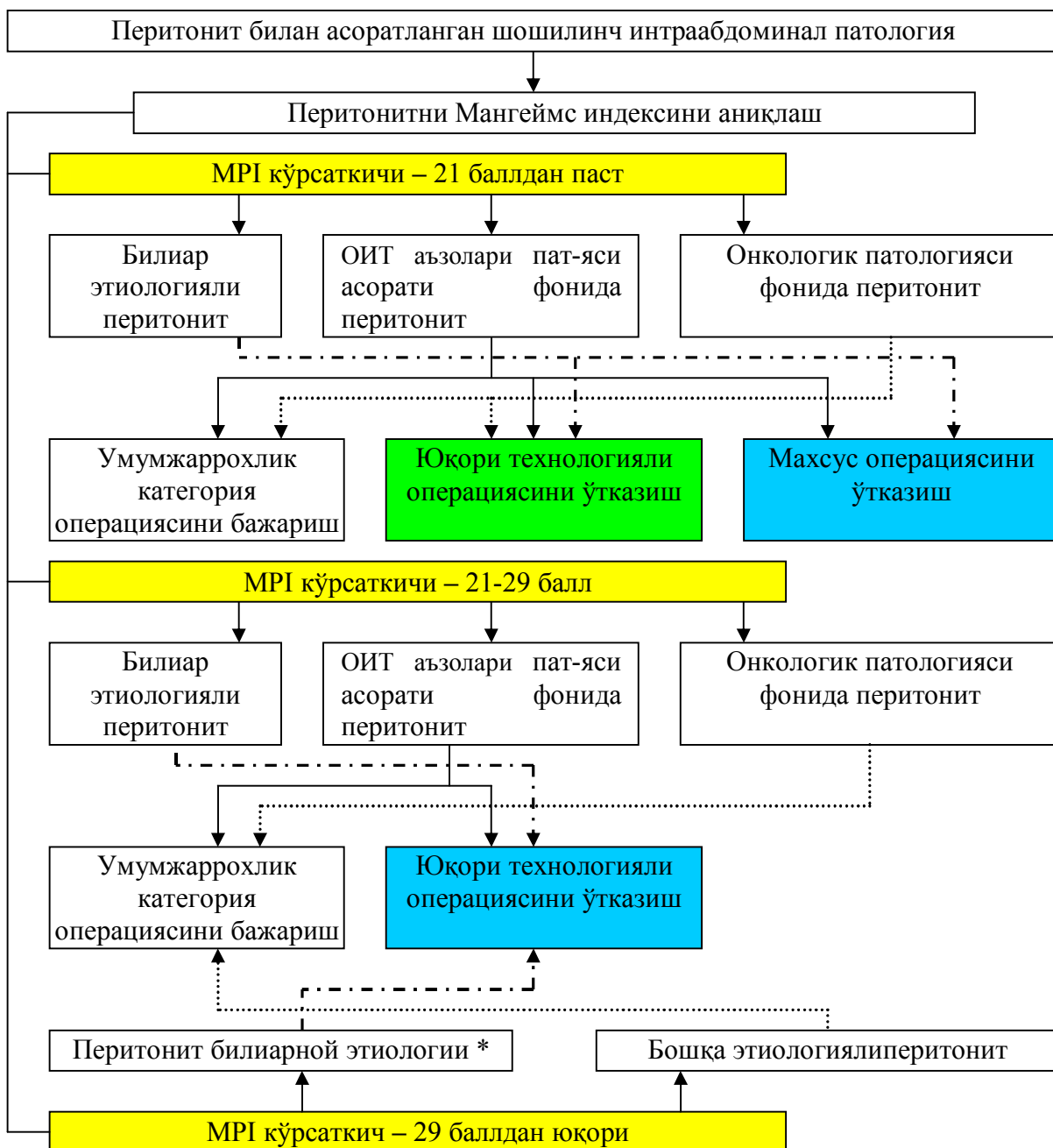
ОСП бўйича қайта аралашувлардан сўнг содир бўлган ўлим частотаси таҳлил қилинганда, қўйидаги натижа олинди: РИХМда – 46,8%, шаҳар ва

вилоят даражасидаги касалхоналарда – 62,3% ва туман касалхоналарида -36,7%. Ўтказилган таҳлил шуни кўрсатдики, турли ташхислаш, тактик-техник ва даволаш хатоликлар натижасида беморлар аҳволининг оғирлашуви билан бирга касалликнинг якуний натижасига беморларни даволашга бўлган стандартлашган тактиканинг йўқлиги маълум таъсир кўрсатади. Шу сабабли, биз тактик алгоритм ишлаб чиқариш мақсадида бир нечта прогностик шкалаларни қўлладик. Дастлаб перитонитни Мангейм индексини баҳолаш имкониятлари (Mannheim Peritonitis Index, M. Linder et al., 1992) ретроспектив кўриб чиқилди. 21 балгача бўлган ПМИ да 1 гуруҳда ўлим 10,5% ни ташкил қилди. I даражадаги ПМИ да 2 гуруҳда ўлим 14,3% ни, 3 гуруҳда 11,8% ни ташкил этди. II даражадаги ПМИ да ўлим кўрсаткичи ортганлиги аниқланди: 35,3%, 64,5% ва 63,6%. III даражада ПМИ да ўлим частотаси энг юқори кўрсаткичга чиқди, 1 гуруҳда 88,5%, қолган гуруҳларда 100% бўлди.

Қайта аралашув эҳтимолини баҳолаш учун реллапаратомия прогностик индексининг (РПИ, Pusafo J.F. et al., 1993) таҳлили ўтказилган. Ретроспектив таҳлил ўтказиб, бу индексни қўллаш нечоғлик осон бўлишига қарамай, касаллик тарихи маълумотларига кўра биз РПИни беморларининг фақатгина 1-гуруҳида 61 нафар беморда ва 2-гуруҳда 22 нафар беморда аниқлай олдик. Агарда бу индексга асосланадиган бўлсак, маълум қисм беморларда, айниқса 2 гуруҳда, қайта аралашувлар мутлақ кўрсатмасиз ўтказилган, бу эса қайта аралашувларнинг тахминан учдан бир қисми қорин бўшлиғи санацияси билан чегараланиб қолинганлигини кўрсатади, кўп ҳолларда эса ОСПнинг асл манбасини аниқлаш имкони бўлмади. РПИга қараб ўлим частотасини тақсимлаш, 20 балгача бўлган РПИ да ўлим 10% ва 14,3%ни ташкил қилди. 20 дан 22 балгача бўлган РПИ да ўлим частотаси ортди ва 48,0% ва 66,7%га етди; 23-24 балгача бўлган РПИ да – 81,0% ва 100%.

Аъзолар жароҳатлари даражасини объектив баҳоламай туриб, абдоминал сепсисда бемор аҳволи оғирлигини объектив интеграл ва миқдорий баҳолаб бўлмайди. Полиорган дисфункция оғирлиги ва даволаш муолажалари самарадорлигини динамик баҳолаш учун мўлжалланган SOFA (Sepsis-Related Organ Failure Assessment, Vincent J., 1996) баҳолаш тизими қўлланилиши осон ва қулай ҳисобланади. Таъкидлаш жоизки, фақатгина 1 ва 2 гуруҳ беморларинигина ретроспектив тақсимлаш имкони бўлди, яъни беморларнинг учдан бир қисмини. SOFA кўрсаткичининг оғирлиги бўйича ўлим частотаси 1 гуруҳда SOFA 1-4 балл бўлганда – 10%, 5-8 балда – 45% ва 9 балдан юқори бўлганда – 100%, 2 гуруҳда мос равишда – 25%, 50,0% ва 100% ни ташкил қилди.

Операциядан кейин интраабдоминал асоратлари бўлган беморлар даволаниши юритиш қатъий стандартлаштирилиши ва кўриб чиқилган касалхоналар жиҳозланишини инобатга олиб, барча баҳолаш мезонлари максимал енгиллаштирилган ва амалга ошириладиган бўлиши лозим. Шу муносабат билан, ўтказилган тадқиқот перитонит билан асоратланган абдоминал патологияли беморларни даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш имконини берди (2 расм).

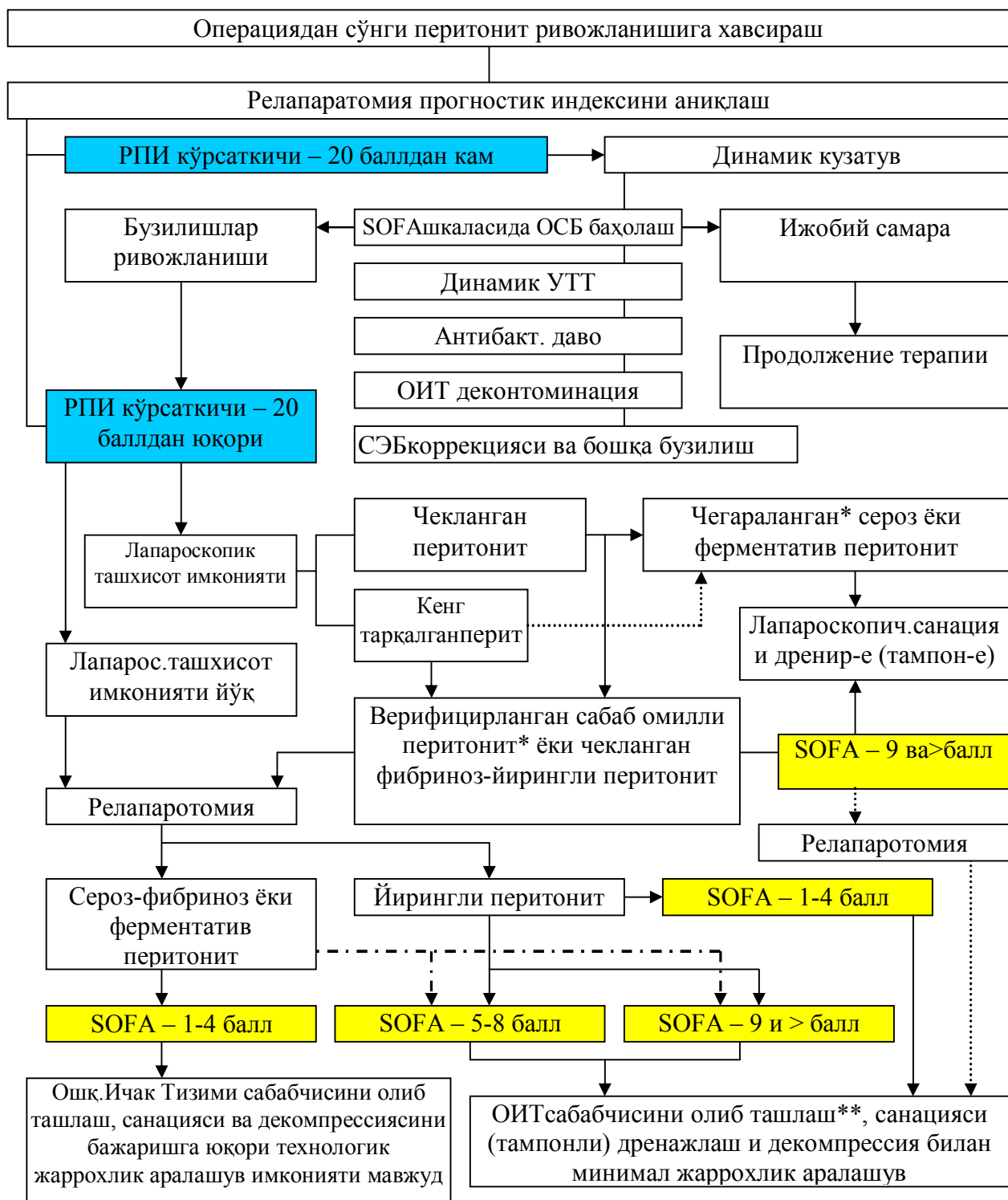


- Юқорималакали жаррохлик бригада мавжудлигида туман касалхоналарида ўтказилиши мумкин бўлган операциялар
- Махсус бўлимлар мавжудлигида шаҳар ва вилоят касалхоналари Да бажариш мумкин бўлган операциялар

Изох: * - ПМИ кўрсаткичи 21 баллдан юқори бўлган ўтли перитонитларида жаррохлик аралашувлари факатгина қорин бўшлиғи санацияси билан ўт йўллари ташқи дренажига қаратилган бўлиши керак;

2-расм. Перитонитли беморларда операция оғирлиги категориясини танлашни тактик алгоритми

ОСП беморларни даволаш тактикасини танлаш учун иккита интеграл тизим: РПИ ва полиорган дисфункцияси оғирлигини динамик баҳолаш ва SOFA шкаласи бўйича даволаш тадбирлари самарадорлигини бирга қўллаш тавсия этилади - (3 расм).



Изох: * - чекланган перитонит – мустақил асорат сифатида; верификацияланган сабабли омил – бошқа асорат сифатида перитонит кўриниши;
 ** - SOFA шкаласи бўйича 8-12 балли оғир ҳолатларда фақатгина сабабчини тампонлаш ва қорин бўлиғини дренажлаш иблан санация ўтказиш.

3-расм. ОСБ оғирлигига боғлиқ операциядан сўнги перитонит хавфсиралган беморларни даволаш тактикасини танлаш алгоритми

Олтинчи бобда «Операциядан кейинги қон кетишлар бўйича қайта аралашувлар натижалари таҳлили ва рецидив паренхиматоз қон кетишларда маҳаллий гемостатик восита «МГС-1» самарадорлигини баҳолаш» келтирилган. Тадқиқот гуруҳларида қон кетишлар частотаси куйидагича тақсимланади. ОИТ бўшлиғига қон кетишда шошилич аралашувлардан сўнг 1 гуруҳда 26 (10,3%) беморда, интраабдоминал қон кетишлар 49 (19,4%) беморда, режали операциялардан сўнг мос равишда – 39 (11,0%) ва 84 (23,8%); 2 гуруҳда шошилич операциялардан сўнг – 17 (9,7%) ва 13 (7,4%), режали операциялардан сўнг 3 (6,5%) ва 10 (21,7%); 3 гуруҳда шошилич операциялардан сўнг мос равишда 6 (7,8%) ва 5 (6,5%) га тўғри келди.

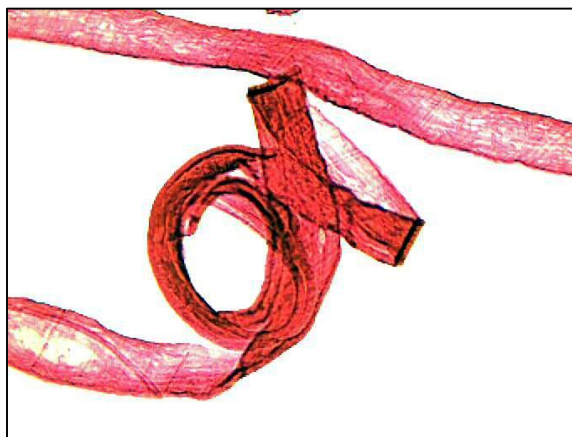
Таҳлил шуни кўрсатдики, Республика касалхоналарида операциядан кейинги қон кетишлар частотаси ўртача адабиётлар маълумотларидан фарқли равишда 1,5-2,0 мартага юқори, бунда албатта ўлим даражаси ҳам кўтарилди. Айнан шу гуруҳ асоратлари жарроҳлар эътиборсизлиги ва хатолари натижаси ҳисобланади.

Ўлим частотасини умумий олиб қарасак, унинг 1 гуруҳда юқори кўрсаткичга эга бўлиши биров ҳайратлантиради, лекин қон кетиш оғирлиги даражасига қараб ўлим кўрсаткичларини таҳлил қилсак, бунда аҳвол жарроҳлик хизмати даражасига бевосита боғлиқ ҳолда тақсимланади, яъни бемор ахволининг оғирлашуви ва касалхоналар даражаси – РИХМдан туман касалхоналарига қараб – ўлим кўрсаткичи ошиб бораверади. Агарда жарроҳлар хатоликлари улушини кўриб чиқадиган бўлсак, куйидагиларни кўрсатиш мумкин. Қон кетиш билан бўлган 198 нафар 1-гуруҳ беморларидан 40 (20,2%) нафарида оғир соматик ҳолат, ПОЕ, гипокоагуляция интраабдоминал ва гастродуоденал қон кетишлар рецидиви ривожланишининг олдиндан билиш мумкин бўлган, яъни ҳаттоки жуда юқори аралашув ва сифатли консерватив даволаш бажарилганида ҳам қон кетиш ривожланарди. Ўз ўрнида 2-гуруҳда беморлар сони 9,3% гача (43 бемордан 4), 3 гуруҳда касаллик тарихи маълумотларидан бундай беморлар умуман учрамади. Шу тариқа, жарроҳлик тактик-техник хатолик частотаси, операциядан кейинги қон кетиш омили сифатида 1-гуруҳда – 79,8%, 2 гуруҳда – 90,7% ва 3 гуруҳда – 100% ни ташкил этади.

Шундай қилиб, адабиётлардаги ўртача статистик маълумотлардан фарқли ўлароқ, Республикамиз жарроҳлик хизматида операциядан кейинги қон кетишлар барча асоратлар рўйхатида 2 ўринни эгаллаб, шошилич аралашувлардан сўнг 14,3-29,8% ва 28,3-34,8%ни ташкил қилди, бунда бу асоратлар фонида ўлим частотаси мос равишда 27,3-57,3% ва 30,8-37,4% кўрсаткичга эга бўлди, жарроҳлик хизмати даражасига қараб операциядан кейинги геморрагиялар ривожланишини кучайтирувчи омиллар таркибида тактик-техник хатоликлар 79,8-100% ни ташкил этади.

Биз рецидив паренхиматоз қон кетишларда маҳаллий гемостатик восита «МГС-1» ни қўллаш самарадорлигини баҳоладик. Тадқиқотларнинг тажриба қисми бошланғич вазни 140-10 бўлган чизиксиз эркак ва урғочи ок сичқонларда ўтказилди.

«МГС-1» плёнкаси оқарган ҳудудларга эга ва алоҳида базофил томирлари бўлган мономорф эозинофил структуралар кўринишига эга (4 расм).



4 расм. «МГС-1» плёнкаси. Натив препарат, оқарган ҳудудлари бўлган мономорф эозинофил структуралар

Ўтказилган «in vitro» тадқиқотлари гемостатик препарат механизми унинг қон томир тромбоцитлар гемостаз, қонда тромбоцитлар миқдори ва адгезив агрегацион қобилиятлари билан боғлиқлигини кўрсатди. Тромбоцитлар тизимнинг фаоллашуви билан бирга капиллярларнинг ўтказувчанлиги пасаяди, бу эса ҳосил бўлган қуйқа ретракциясини оширишга олиб келади.

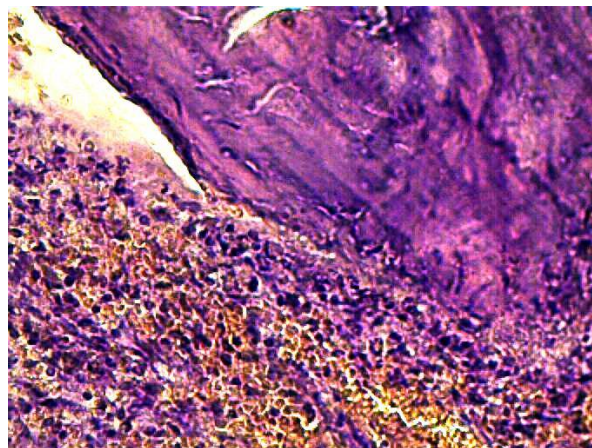


5 расм. «МГС-1» гемостатик плёнкаси аппликацияси.

In vitro тажриба тадқиқотида «МГС-1» гемостатик плёнкасининг махсус фаоллиги ўрганилган. Шу мақсадда лаборатория шароитларида тажриба ҳайвонларида жигардан паренхиматоз қон оқиши моделига қон кетишни тўхтатиш бажарилган. (5 расм).

«МГС-1» плёнкасини аппликация қилишдан сўнг 2 дақиқа ўтгач, гемостаз ҳосил бўлган. Морфологик тадқиқот ўтказиш учун орган қисми билан бирга плёнка аппликацияланган ҳудудлардан 7 суткага бориб кесмалар олинди. Ўтказилган морфологик тадқиқотлар контактдан сўнг плёнка жигар тўқимасига зич бирикишини кўрсатди. Морфологик жиҳатдан бу плёнка ва

орган юзаси ўртасида гематомаларнинг мавжуд эмаслигида намоён бўлади (6 расм). Эритроцитлар тўпланиши «МГС-1» плёнкаси билан бевосита контакти бўлмаган орган паренхимасида қайд этилади. Тўқима қавати ва плёнка юзасида жойлашган эритроцитлар одатда гемолизацияланган. Бу жарроҳлик жароҳати етказилганда уларнинг пайдо бўлишидан далолалт беради. Плёнка ва тўқима орасида микротромблар тез-тез учраб туради,бу эса «МГС-1» плёнкасининг гемостатик самарасини билдиради.



6 расм. Нур микроскопияси. Жигар тўқимасидаги эритроцитлар, «МГС-1» плёнкаси ва жигар юзаси ўртасидаги гематомаларнинг йўқлиги. 7 сутка. Г-С 10x40.

Сўнг жигар ва ошқозон ости безидан паренхиматоз қон оқиши, шунингдек, бўш органларда чоклар етишмовчилиги натижасида содир бўлган арозив қон оқишини тўхтатиш натижалари таҳлил қилинган. 80% ҳолларда қон оқиши қон оқаётган қон томирлар ва тўқималарни тикиш, қон оқаётган ҳудудларни дока билан тампонлаш орқали тўхтатилган (125 нафар бемор). 96% ҳолатдаги (120 нафар бемор) яхшигина бевосита гемостатик натижага қарамай, 35% (42) беморларда 5дан 10 кун оралиғида қайта қон оқишлар кузатилган, айниқса тампонни олишда бу эҳтимол янада кучаяди. Арозирацияланган қон томирлардан қайта қон оқиши эҳтимоли 80%гача ошган. 48 нафар бемордан иборат гуруҳда қон тўхтатиш учун кўшимча восита сифатида 25 нафар беморда «Тахокомб» воситаси, 13 нафар беморда гемостатик пўкак ва 10 нафар беморда биз ишлаб чиққан «МГС-1» гемостатик плёнкаси қўлланди.

Бевосита гемостатик самара барча беморларда кузатилди. Опреациядан кейин анча вақт ўтгач, қон кетиши рецидиви «Тахокомб» воситаси қўлланганда 12% ҳолатда (3 нафар бемор), гемостатик пўкак ишлатилганда 23,1% ҳолатда (3 та бемор) ва «МГС-1» янги гемостатик воситаси қўлланганда 10% ҳолатда (1та бемор) қон кетиш рецидиви кузатилган. Шу тариқа, самарадор маҳаллий гемостатик воситасини амалиётда қўллаш қорин бўшлиғига паренхиматоз ва рецидив қон оқишларда оператив аралашувлар самарадорлигини ошириш имконини берди. «МГС-1» янги маҳаллий гемостатик воситасини қўллаш натижасида паренхиматоз қон кетиши хавфи 10%гача пасайди.

Еттинчи боб «Операциядан сўнгги ичак тутилиши (ОСИТ), қорин бўшлиғи абсцесси ва ўткир панкреатит (ОСЎП) бўйича қайта аралашувлар натижалари» келтирилган.

Операциядан сўнг ичак тутилиши билан 166 нафар бемор операция қилинган, бу эса умумий 904 нафар беморларнинг 18,4% ни ташкил қилади, қорин бўшлиғи абсцесси билан - 88 (9,7%), ўткир панкреатит билан 41 (4,5%) бемор операция қилинган.

Барча интраабдоминал асоратлар таркибида ОСИТ частотаси шошилишч аралашувлардан сўнг 19,0-35,1% ва режали аралашувлардан сўнг 6,5-11,0% ни, ўз ўрнида бу асорат борасида қайта аралашувлардан сўнг ўлим частотаси 39,1% (87дан 34) – РИХМ; вилоят ва шаҳар касалхоналар даражасида 28,8% (52 дан 15); туман касалхоналарида 18,5% (27 дан 5) ни ташкил қилди. Бунда агар уларнинг ривожланишидаги етакчи омиллар тактик-техник хатоликлар, ОИТ декомпрессияси ва ноадекват санацияси бўлса, унда юқори ўлим частотасига беморлар аҳволининг оғирлашувини келтириб чиқарадиган узок муддатли консерватив даволаш сабаб бўлади, унинг фонида беморлар аҳволининг оғирлашуви кузатилмоқда. Систем яллиғланиш реакцияси синдроми (SIRS) кўринишига боғлиқ бўлган ўлим частотаси SIRS ўрта даражасида 27,7-33,3%ни, SIRS оғир даражасида 95,2-100%ни ташкил қилади. Демак, агарда бирламчи операциядан кейинги 5 кун ўтгач аниқланса, 3-гурухга нисбатан 1- ва 2-гурухларда қайта аралашувлар нисбатан кечроқ ($5,4 \pm 0,2$ кунга нисбатан $7,1 \pm 0,8$ кун, $P < 0,05$) ўтказилган.

Нафақат ОСИТ омилига таяниб, балки унинг SIRS оғирлик даражаси билан қиёслаб, бу оғир асоратни жарроҳлик йўли билан даволаш тактикасининг танлов алгоритмини мослаштириш мумкин. Ретроспектив таҳлил 1-2 даражали SIRS бўлган беморларда консерватив чора-тадбирлар ёрдамида ОСИТ ни бартараф этиш максимал муддат 1 кунда эканлигини кўрсатди, нисбатан кечки муддатлар беморлар аҳволини оғирлаштириши аниқланган, 3та мезонга яна бирининг қўшилиши буни исботлайди, SIRS тизими бўйича 4 мезонда эса 3 кунга келиб бу давр кузатилган 19 нафар бемордан иборат 1 гуруҳда 12 (63,2%) нафар беморда аниқланган.

Шунга мувофиқ, динамик текширувлар (рентгеноскопия, ОИТ пассажи ва ҳ.к.) верификацияланган маълумотларда тутилишнинг обтурацион характери, бир кундан кўпроқ муддат ичида беморлар аҳволининг оғирлашувига олиб келиб, қайта аралашувни ўз вақтида ўтказишни тақозо этади. Шуларни эътиборга олиб, мана шу категориядаги беморларни даволашни олиб бориш SIRSнинг қай даражада намоён бўлганлигига боғлиқ.

Қорин бўшлиғида чегараланган йирингчаларни ривожланиши қорин бўшлиғини ноадекват санацияси ва дренажи, етарли бўлмаган гомеостаз, операцияни бажаришдаги техник хатоликлар, организм реактивлигини пасайиши ва инфекциянинг вирулентлиги билан кўп ҳолатларда боғлиқдир. Бизнинг кузатувларда бу турдаги асоратлар ривожланиш частотаси 1 гуруҳда шошилишч операциялардан сўнг– 12,7% (32) ва режали операциялардан сўнг эса – 9,9% (35); 2 гуруҳда – 4,0% (7) ва 15,2% (7) мос равишда бўлиб, 3 гуруҳда шошилишч операциялардан сўнг – 9,1% (7)ни ташкил қилди.



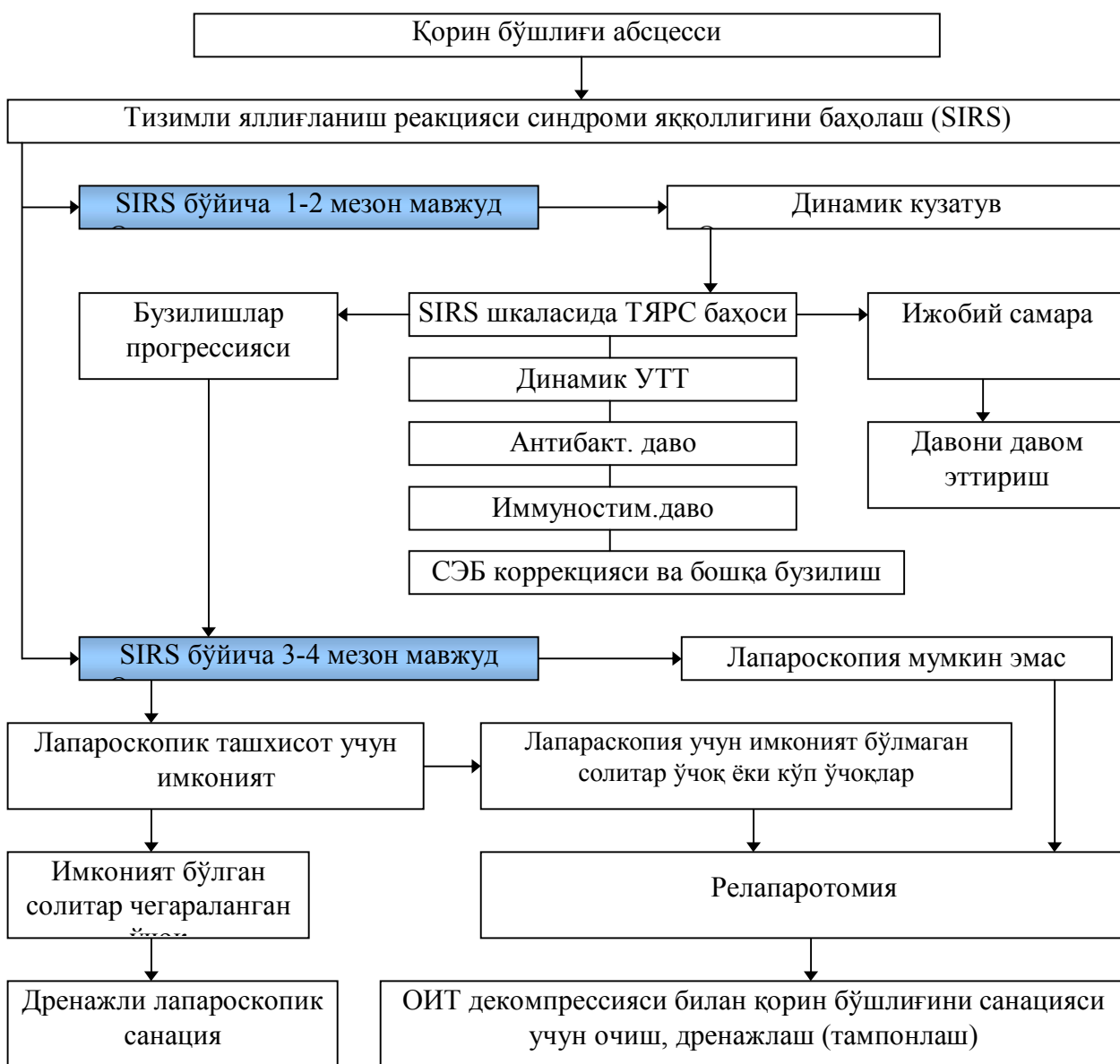
4-расм. Операциядан сўнги ичак тугилишини жаррохлик даволаш тактикасини танлов алгоритми

Бу гурух асоратлари кўп ҳолатларда холецистэктомиялар, эхинококкэктомиялар, ПХЭСдан сўнг қорин бўшлиғини ноадекват санацияси, ўткир панкреатит борасидаги операциялардан сўнг пайдо бўларди.

Шунга мос равишда беморлар оғирлиги SIRS кўрсаткичи бўйича ўлим частотаси 3 та мезон мавжудлигида 1 гуруҳда 25,6%, 2 гуруҳда 25,0% ва 3

гурухда 33,3% ни ташкил қилди. 4 мезонлар мавжудлигида ўлим частотаси 63,2-66,7% ҳолатларгача етди.

Бу ҳолатларни инобатга олиб, бу категория беморларини олиб бориш SIRS яққоллигига асосланиши мумкин.



5-расм. Қорин бўшлиғи операциядан сўнги абсцесслари жаррохлик давоси тактикасини танлов алгоритми

Қорин бўшлиғида чегараланган йирингли ҳосилаларни консерватив даволаш фақатгина ўрта даражадаги ТЯРС (SIRS бўйича 3 мезоннинг мавжудлиги) ривожлангунига қадар ўтказилиши керак.

Хулоса

1. Туман, вилоят ва шаҳар миқёсида шошинч жаррохлик ёрдам кўрсатиш тармоғида “оддий” умумжаррохлик аралашувлар миқдори юқори - мос равишда 99,7% ва 94,9%, ўз навбатида В.Воҳидов номидаги РМЖМ да

48% аралашувлар мураккаб юқори технологик ва махсус операцияларга тўғри келади.

2. Туман касалхоналари даражасидаги (бирламчи бажарилган операциялар спектрига қараб) реллапаратомиялар частотасининг стратификацияланган таҳлили шуни кўрсатдики, умумжарроҳлик операциялардан кейинги қайта аралашувлар ўрта частотаси 2,78%, юқори технологик операциялардан кейин эса 5,65% ни ташкил этади.

3. Шаҳар ва вилоят миқёсидаги муассасалардаги реллапаратомиялар частотасининг стратификацияланган таҳлили шуни кўрсатдики, умумжарроҳлик операциялардан кейинги қайта аралашувларнинг ўртача частотаси 2,18% (туман гуруҳига нисбатан $P < 0,001$), юқори технологик операциялардан сўнг – 3.82% ($P < 0,001$), махсус операциялардан сўнг эса 22,23% гача етади.

4. В.Воҳидов номидаги РИХМда реллапаратомиялар частотасининг стратификацияланган таҳлили шуни кўрсатдики, умумжарроҳлик операциялардан кейинги қайта аралашувлар ўртача частотаси – 1,86% (қиёслаш гуруҳларига нисбатан $P < 0,001$), юқори технологик операциялардан сўнг – 3.29% ($P < 0,001$) ва махсус операциялардан сўнг – 21,72% (шаҳар ва вилоят муассасаларидаги гуруҳларга нисбатан $P < 0,01$) ни ташкил қилади.

5. Бажарилаётган операциялар оғирлиги диапазони қатъий белгиланиши ва жарроҳлик хизмати даражасига мос келиши лозим. Бўлмаса, вилоят ва шаҳар касалхоналарида шошилиш юқори технологик ва махсус операцияларни бажариш реллапаратомиялар хавфини мос равишда 2,88 ва 13,31 мартага оширади, туман касалхоналарида эса бу кўрсаткич 15,0 мартага ортади.

6. РИХМда режали бирламчи операциялар таркибида умумжарроҳлик аралашувлар улуши 36,6%, юқори технологиялилари – 52,6% ва хусусан республика марказларида бажариладиганлари – 10,8% ни ташкил этади, вилоят ва шаҳар касалхоналарида аксарият ҳолларда умумжарроҳлик операциялари 64,5%, юқори технологияли аралашувлар 35,2%, фақатгина махсуслаштирилганлари 0,08% ($P < 0,001$) ни ташкил қилди.

7. В.Воҳидов номидаги РИХМда бирламчи режали операциялардан кейинги реллапаратомиялар частотасининг стратификацияланган таҳлили шуни кўрсатдики, умумжарроҳлик операциялардан кейин қайта аралашувлар ўртача частотаси 0,21%, юқори технологик операциялардан сўнг – 0,53% ва махсус операциялардан сўнг – 2,33%; шаҳар ва вилоят касалхоналарида мос равишда 0,23%, 0,53% ва 5,38% ($P > 0,05$), бунда реллапаратомиялар таркиби бўйича жарроҳлик аралашувлар оғирлиги бўйича ишончли фарқ ($P < 0,001$) ни кўрсатган.

8. Операциядан кейинги перитонит якуни ножўя асоратлиси ва энг оғири ҳисобланиб, унинг частотаси 31,1-43,8% етади, ўз навбатида, жарроҳлик хизмати даражасига қараб ва бажарилаётган операциялар оғирлиги категорияларига мос равишда бу асорат бўйича қайта аралашувлардан сўнг ўлим частотасининг умумлашган натижалари

В.Воҳидов номидаги РИХМда - 51,3%, шаҳар ва вилоят даржасидаги касалхоналарда – 63,5% ва туман касалхоналарида 36,7% ташкил қилади.

9. Адабиётлардаги ўртача статистик маълумотларидан фарқли ўлароқ Республика жарроҳлик хизматининг барча асоратлари таркибида операциядан кейинги қон кетишлар 2-ўринни эгаллайди, шошилишч аралашувлардан сўнг 14,3-29,8% ва режали операциялардан сўнг 28,3-34,8% га етади, бунда бу асоратлар фонида ўлим частотаси мос равишда 27,3-57,3% ва 30,8-37,4%, операциядан кейинги геморрагияларни кучайтирувчи омиллар таркибида жарроҳлик хизмати даражасига боғлиқ бўлган тактик-техник хатоликларга 79,8-100% ҳолатлар тўғри келади.

10. Таҷриба-морфологик тадқиқотлар “МГС-1” янги маҳаллий препаратининг гемостатик таъсири қон томир тромбоцитар гемостаз, қонда тромбоцитлар сони ва адгезив агрегацион қобилиятлари, ҳосил бўлган қуйқа ретракцияси билан боғлиқ эканлигини кўрсатди.

11. Маҳаллий гемостатик воситани амалиётга табиқ этиш қорин бўшлиғига паренхиматоз қон кетишида оператив аралашувлар натижаларини сезиларли равишда ошириш имконини берди.

12. Операциядан кейинги ичак тутилиши барча асоратлар таркибида шошилишч аралашувлардан сўнг 19,0-35,1%, ва режали операциялардан сўнг 6,5-11,0% ни ташкил қилади, бунда унинг ривожланишидаги етакчи омиллар тактик-техник хатоликлар, ОИТ декмпрессияси ва ноадекват санацияси ҳисобланади, шу билан бирга юқори ўлим частотасининг шаклланишида (18,5-39,1%) асосий эътибор узоқ муддатли консерватив даволанишларга қаратилади, уларнинг натижасида тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми (SIRS) нинг кучайиши кузатилади ва ўрта даражадаги SIRSда – 27,7-33,3% ва оғир даражада – 95,2-100% гача ўлимга олиб келади.

13. Қорин бўшлиғи абсцесслари ривожланиши улушига шошилишч аралашувлардан сўнг 4,0-12,7% ва режали операциялардан сўнг 9,9-15,2% ҳолатларга тўғри келади, уларнинг асосий сабаби эса қорин бўшлиғини нотўғри санациялаш ва дренажлаш, нотўлиқ гемостаз ва бирламчи операцияларни бажаришда техник хатоликлар қабилар ҳисобланади, бунда тизимли яллиғланиш реакция синдроми (SIRS) оғирлик кўринишларига боғлиқ ҳолда қайта аралашувлардан сўнг ўлим ўртача даражали SIRSда 25,6-33,3% ва оғир даражали SIRSда 63,2-66,7%га етади.

14. Операциядан кейинги интраабдоминал асоратлари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш бўйича таклиф этилган алгоритмлар оптимал даволаш-ташхислаш тактикасининг танланишини кўп даражали жарроҳлик шароитларига мослаштириш имконини беради ва шу тариқа реллапаратомиядан сўнг аянчли оқибатлар хавфини пасайтириш имкони туғилади

НАУЧНЫЙ СОВЕТ 16.07.2013.Тib.20.01
при РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ЦЕНТРЕ
ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА
и ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
по ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ ДОКТОРА НАУК

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В. ВАХИДОВА

ХОДЖИЕВ ДАНИЯР ШАМУРАТОВИЧ

РЕЛАПАРОТОМИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПОДХОДЫ К
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ

14.00.27 - Хирургия
(медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ ДОКТОРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

Ташкент – 2015

Тема докторской диссертации зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № 30.09.2014/Б2014.5.Tib485.

Докторская диссертация выполнена в Республиканском специализированном центре хирургии имени академика В.Вахидова.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский) размещен на веб-странице Научного совета (www.med.uz/surgery) и информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

**Научный
консультант**

Назиров Феруз Гафурович
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные
оппоненты:**

Красильников Дмитрий Михайлович.
доктор медицинских наук, профессор

Хаджибаев Абдухаким Муминович.
доктор медицинских наук, профессор

Хашимов Шухрат Хуршидович
доктор медицинских наук

**Ведущая
организация**

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Защита состоится «__» _____ 2015 г. в ____ часов на заседании научного совета 16.07.2013.Tib.20.01 при Республиканском специализированном центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии по адресу: 100115, г.Ташкент, ул. Малая кольцевая,10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru.

С докторской диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №04). (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Малая кольцевая, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42).

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2015 года.
(протокол рассылки № ____ от _____ 2015 года).

Ф.Г. Назыров

Председатель научного совета по присуждению
учёной степени доктора наук, д.м.н., профессор

З.М. Низамходжаев

Ученый секретарь научного совета по присуждению
учёной степени доктора наук, д.м.н.

А.В. Девятов

Председатель научного семинара при научном совете
по присуждению учёной степени доктора наук,
д.м.н., профессор

Введение (аннотация докторской диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. В современной хирургии в структуре всех оперативных пособий продолжают доминировать абдоминальные операции. Последние достижения диагностики, хирургической техники и тактики позволили значительно повысить качество и расширить спектр выполняемых вмешательств. Несмотря на это, практикующим врачам при выполнении операций на органах брюшной полости до сих пор нередко приходится решать задачи, на которые нет однозначного ответа. В результате чего могут допускаться тактические и технические ошибки с развитием послеоперационных осложнений, приводящих к повторным хирургическим вмешательствам.

Не менее спорным вопросом при развишихся послеоперационных осложнениях является попытка консервативного разрешения проблемы с широким применением современных возможностей интенсивной терапии. Это может способствовать резкой смене клинической картины течения послеоперационного периода, затушевывать острые явления, стирать привычные признаки катастрофы в брюшной полости и нивелировать возникающие сдвиги в гомеостазе. На этом фоне стандартные методы диагностики не всегда позволяют диагностировать развитие послеоперационного осложнения и в 20,8-29,7% наблюдений внутрибрюшные осложнения остаются нераспознанными. В результате этого летальность после оперативных вмешательств по поводу абдоминальной патологии варьирует от 0,5% до 50% и более. Серьезным отягощающими факторами являются индивидуальные особенности пациентов, характер специализации и режим работы лечебного учреждения, квалификация хирургов, оснащенность инструментарием, диагностической аппаратурой, возможности и оснащенность анестезиологии и реанимации и т.д.

Различное сочетание указанных факторов неминуемо влечет за собой увеличение числа тяжелых осложнений, для коррекции которых требуется проведение повторных вмешательств – релапаротомий.

Релапаротомия исключительно трудный раздел хирургии как с позиции диагностики и интенсивной терапии, так и со стороны показателей летальности, которая стабильно колеблется в пределах 30-60%, а при поздно диагностированных осложнениях в среднем составляет 77,1%.

Для Республики Узбекистан за прошедшие годы независимости развитие хирургии стало одним из актуальных направлений. Кардинальные изменения в системе здравоохранения, начатые согласно Указу Президента Республики Узбекистан №УП-2107 «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 10 ноября 1998г. и реализация целого ряда государственных программ, в том числе «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения» №УП-3923 от 19 сентября 2007г., в настоящий период позволили достигнуть значимых результатов по многим направлениям научно-практической

медицины. В этом ряду улучшение качества оказываемой хирургической помощи больным стало одним из объективных критериев позитивных результатов проводимого реформирования.

Вместе с тем в системе здравоохранения и защиты здоровья остаётся нерешенным вопрос, связанный с повышением уровня профилактики развития осложнений и качества оказываемой хирургической помощи, в первую очередь в областном и районном звеньях. Различия в характере абдоминальных осложнений, требующих повторных вмешательств, а также отсутствие унифицированного подхода к решению этой проблемы требуют проведения структурного анализа неудовлетворительных результатов после плановых и экстренных хирургических вмешательств на органах брюшной полости, с выявлением специфических критериев прогноза течения заболевания и оптимизацией выбора правильного решения тактических и организационных вопросов.

Соответствие исследования основным приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Настоящая работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии Республики Узбекистан ИТД-11 «Разработка высокоэффективных наукоемких технологий, современных методов и средств в медицине, совершенствование системы охраны здоровья населения и обеспечение экологической безопасности».

Обзор международных научных исследований по теме диссертации. За последние годы в ведущих медицинских центрах и учебных заведениях мира проведен ряд важнейших научных исследований в области ранней диагностики и хирургического лечения послеоперационных интраабдоминальных осложнений, требующих повторного хирургического вмешательства, в том числе The Permanente Medical Group (USA), Hospital de Hautpierre (France), Academic Medical Center и Gelre Hospital (The Netherlands), San Raffaele Scientific Institute (Italy), Al Jouf University (Saudi Arabia), Институт хирургии имени А.В. Вишневского (Россия).

По результатам научных исследований был получен ряд важнейших научных положений, в частности, в клинике Charité (Germany) среди причин релапаротомии определены характер и тяжесть основного заболевания, поздняя обращаемость больных, недостаточная ревизия органов брюшной полости и неадекватная санация при перитоните; в клинике Isar (Germany) доказано, что основной причиной летальности после повторных операций является позднее выполнение релапаротомии, а осложнения вследствие врачебных ошибок достигают 12,0-79,0%; в университетской клинике Lodz (Poland) доказано, что увеличение числа релапаротомий в последнее время связано с частотой тактических и технических ошибок хирургов; по данным Diskapi Teaching and Research Hospital (Turkey) сделано заключение, что в результате сложностей диагностики релапаротомии по поводу внутрибрюшных осложнений в 30-72% наблюдений выполняются поздно и часто необоснованно, в 1,0-5,3% - ошибочно, а в 20,8-29,7% наблюдений внутрибрюшные осложнения остаются нераспознанными.

Наметившийся за последние годы определенный прогресс в диагностике и лечении послеоперационных осложнений, требующих выполнения релапаротомии, к сожалению, пока мало отразился на конечных результатах. Более того, при отдельных видах осложнений появилась устойчивая тенденция к стабилизации и даже незначительному повышению уровня неблагоприятных исходов. Во многом вариабельность частоты релапаротомий связана с отсутствием общепринятого определения и классификации, что затрудняет объективный анализ. Расхождение статистических данных не отражает истинного различия, так как оно обусловлено, субъективным подходом к понятию «релапаротомия».

Степень изученности проблемы. В общепринятом понимании релапаротомия - это повторное чревосечение. Релапаротомия это хирургическая операция, направленная на лечение наиболее тяжелых послеоперационных осложнений, выполняемая в трудных условиях, созданных предыдущей операцией (Doeksen A et al., 2007; Torer N et al., 2010; Addeo P et al., 2013; Kiewiet JS et al., 2013; Raagab AE et al., 2014).

Релапаротомия выполняется в 0,5-5,5% и выше у больных, первично оперированных на органах брюшной полости и широкая вариабельность показателей объясняется специализацией оказываемой хирургической помощи. В частности, после экстренных операций релапаротомия осуществляется в 3,5 раза чаще, чем после плановых операций (Standop J et al., 2009; Brent C Ormeer et al., 2010; Pecorelli N et al., 2010; Balzano G et al., 2014; Mihaljevic AL et al., 2014).

С целью объективизации показаний к релапаротомии в последние годы начали применяться современные параклинические и инструментальные методы исследования. Однако их роль в комплексе послеоперационных диагностических мероприятий оценена недостаточно (Назыров Ф.Г., Девятов В.Я. 2005; Brasel K et al., 2009; Levin I et al., 2012; Sak ME et al., 2012).

Некоторые авторы предлагали выделять так называемые тревожные симптомы: нарушение деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, обмена веществ, иммунитета; полиорганную недостаточность и септический шок (Katharine AB et al., 2011; Christopher M et al., 2012; Marwah S et al., 2012; Qing-Guo L et al., 2013; Akinci M et al., 2014).

По мнению Хаджибаева А.М. с соавт (2011) особую актуальность проблема лечения послеоперационных осложнений приобретает на различных уровнях экстренной службы в нашей Республике. Так, например, на уровне субфилиалов экстренных центров и районных больниц, нередко решение о необходимости релапаротомии носит эмпирический характер, а отсутствие стандартизированного подхода к тактике ведения этой тяжелой категории больных зачастую приводит к фатальному исходу.

Таким образом, своевременная качественная диагностика и стандартизированная рациональная лечебная тактика при интраабдоминальных осложнениях, возникших после операций на органах брюшной полости, остается одной из труднейших задач клинической хирургии.

Связь темы диссертации с научно-исследовательской работой научно-исследовательского учреждения, где выполняется диссертация. Диссертационная работы выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ РСЦХ имени академика В.Вахидова по теме: «Разработка и внедрение усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения при воспалительных и объемных процессах поджелудочной железы» (ИТСС-4-1, 2009-2011гг.).

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с послеоперационными интраабдоминальными осложнениями путем структурного мультицентрового анализа причин их развития, совершенствования ранней диагностики и тактики релапаротомии.

Задачи исследования:

изучить основную структуру выполняемых плановых и экстренных вмешательств в зависимости от уровня хирургической службы Республики;

провести мультицентровой структурный анализ частоты релапаротомий в экстренной и плановой хирургии на уровне РСЦХ имени академика В.Вахидова, городских, областных и районных медицинских учреждений;

в сравнительном аспекте оценить возможности и эффективность клиничко-диагностического и хирургического потенциала медицинских учреждений различного уровня;

изучить структуру основных причин повторных вмешательств после абдоминальных операций;

определить частоту развития и факторы неблагоприятного исхода повторных вмешательств при различных послеоперационных интраабдоминальных осложнениях;

с помощью электронной сканирующей микроскопии исследовать морфологическую структуру нового отечественного гемостатического средства «МГС-1» при экспериментальном паренхиматозном кровотечении;

оценить клиническую эффективность нового отечественного гемостатического средства «МГС-1»;

оптимизировать выбор тактики хирургического лечения больных с различными послеоперационными интраабдоминальными осложнениями.

Объект исследования. Изучены результаты лечения у 904 больных из 16 медицинских учреждений Республики Узбекистан, включая 605 пациентов из РСЦХ имени академика В.Вахидова, 222 пациента из различных учреждений городского и областного уровня, 77 больных, пролеченных в 9 районных больницах Республики Каракалпакстан.

Предмет исследования – результаты релапаротомий при различных послеоперационных осложнениях, а также методы их ранней диагностики.

Методы исследования. В процессе исследования применены общеклинические, инструментальные (ультразвуковые, эндоскопические и рентгенологические), экспериментальные, морфологические исследования и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые на основании мультицентровой доказательной базы, сформированной по результатам ранних повторных вмешательств при интраабдоминальных осложнениях, определены частота, основные причины и факторы прогноза релапаротомий, конкретизированы основные принципы и подходы к выбору оптимальной лечебно-диагностической тактики в зависимости от потенциала медицинских учреждений различного уровня хирургической службы Республики;

разработана новая форма отечественной гемостатической пленки «МГС-1» на основе коллагена, предназначенной для остановки кровотечений из паренхиматозных органов и при недостаточности швов полых органов;

экспериментальными и морфологическими исследованиями изучены свойства «МГС-1», оптимизирован технологический регламент получения пленки с улучшенным гемостатическим эффектом, не уступающим дорогостоящим зарубежным аналогам;

в опытах «in vitro» доказано, что механизм гемостатического действия «МГС-1» связан с влиянием на сосудисто-тромбоцитарный гемостаз, увеличением в крови количества и адгезивной-агрегационной способности тромбоцитов с повышением ретракции образовавшегося сгустка;

исследованиями «in vivo» определено, что при аппликации на зону повреждения гемостатического средства «МГС-1» наряду с активацией тромбоцитарной системы происходит снижение проницаемости капилляров с последующей остановкой кровотечения за 1,5-2,0 минуты.

впервые в клинических условиях доказана высокая эффективность «МГС-1» в остановке и профилактике рецидивов геморрагического синдрома;

сравнительная и комплексная оценка эффективности применения прогностических интегральных шкал, позволили выработать адаптированные для многоуровневой хирургической службы протоколы ведения больных с послеоперационными интраабдоминальными осложнениями, адекватно оценивать риск и выбор оптимальной тактики повторного оперативного вмешательства;

доказана целесообразность и эффективность предложенных алгоритмов хирургической тактики у пациентов с послеоперационными интраабдоминальными гнойно-септическими (перитонит, острый деструктивный панкреатит, абцессы брюшной полости) и другими специфическими (внутрибрюшные кровотечения, острая кишечная непроходимость) осложнениями.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

для практического здравоохранения предложены оптимальные протоколы и стандарты лечебно-диагностической тактики у пациентов с послеоперационными интраабдоминальными осложнениями, адаптированные под различные уровни хирургической службы системы здравоохранения Узбекистана;

изучены факторы риска релапаротомии и анализ причин развития послеоперационных интраабдоминальных осложнений, их влияние на частоту неудовлетворительных результатов и структуру основных причин летальности;

для практической хирургии впервые проведено клинико-экспериментальное обоснование применения нового отечественного гемостатического средства «МГС-1», доказана его высокая эффективность для остановки и профилактики кровотечений из паренхиматозных органов и при недостаточности швов полых органов;

на основании оценки эффективности применения различных прогностических интегральных шкал, разработаны унифицированные компьютерные программы для выбора оптимальной лечебно-диагностической тактики при послеоперационных интраабдоминальных осложнениях;

стратифицированные факторы риска релапаротомии позволяют оптимизировать хирургическую тактику в отношении срочности и выбора адекватного объема предполагаемого вмешательства, тем самым существенно улучшить результаты лечения этой категории пациентов.

Достоверность полученных результатов обосновывается тем, что методы решения рассмотренных в диссертации проблем основываются на современных научно-практических представлениях и подходах к диагностике и хирургическому лечению больных с послеоперационными осложнениями, требующих повторных вмешательств. Решение рассмотренных задач выполнено современными апробированными методами медицинской статистики.

Теоретическая и практическая значимость результатов исследования. Теоретическая значимость полученных результатов исследования заключается в том, что полученные соискателем положения, выводы и предложения вносят существенный вклад в изучение клинико-функциональных особенностей течения послеоперационных абдоминальных осложнений, требующих релапаротомий с высоким риском летального исхода и инвалидизации. Основные теоретические результаты исследования являются базой для дальнейшего изучения особенностей течения этого грозного осложнения в целях формирования новых конкурентных методов диагностики и лечения. Отдельные результаты работы могут быть использованы в целях совершенствования содержания и структуры программы обучения студентов, а также магистров, клинических ординаторов и курсантов по диагностике и лечению больных с экстренной послеоперационной патологией органов брюшной полости.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении послеоперационных осложнений, требующих выполнения релапаротомии в медицинских учреждениях различного уровня. На основании унификации критериев прогноза выживаемости, а также частоты развития осложнений после различных

вариантов осложнений, требующих релапартомию, для практического здравоохранения разработаны интегральные программы определения тяжести состояния больных и оценки риска выполнения различных вмешательств. Проведенный анализ по частоте развития осложнений после различного рода вмешательств позволил определить потенциальную необходимость в выполнении различных хирургических вмешательств, включая релапартомию. Для практической хирургии разработаны алгоритмы и интегральные программы, которые не требуют специальных навыков использования, и помогают решить вопросы ведения данного контингента больных.

Внедрение результатов исследования. Разработанные алгоритмы выбора тактики хирургического лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости, кишечной непроходимости, послеоперационного перитонита и новое отечественное гемостатическое средство «МГС-1» внедрены в практическое здравоохранение, в том числе в деятельность РСЦХ им.акад. В.Вахидова, Нукусский, Бухарский и Самаркандский филиалы РНЦЭМП (Заключение №19 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 10.03.2015 года). Полученные результаты исследования позволили оптимизировать методы диагностической оценки тяжести осложнений, требующих релапартомию, конкретизировать тактические аспекты ведения этого контингента больных, уменьшить риск рецидивов паренхиматозных кровотечений с 23,1% до 10%, летальности на 20-25% и на 30% сроки пребывания больных в стационаре.

Апробация работы. Основные положения, изложенные в диссертации, представлены и доложены на 6 научно-практических конгрессах и конференциях, в том числе на 3 международных конгрессах, в частности, на Всероссийской НПК с международным участием «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии» (2007, Сочи), XI международном Евроазиатском конгрессе хирургов и гастроэнтерологов (2008, Баку), «Актуальные проблемы хирургии» посвященной памяти академика РАМН Л.В.Полуэктова (2012, Омск), и 3 республиканских конференциях: «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы нозокомиальной инфекции в экстренной медицине» (2008, Самарканд), «Вахидовские чтения – 2009» (2009, Гулистан), «I-ый съезд ассоциации врачей экстренной медицинской помощи» (2009, Ташкент), «Актуальные проблемы организации экстренной мед. помощи: вопросы профилактики, диагностики и лечения послеоперационных осложнений в экстренной хирургии» (2012, Ташкент), заседании ученого совета РСЦХ имени академика В.Вахидова (2012, Ташкент) и научного семинара при Научном Совете (Ташкент, 2015).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 29 печатных работ (13 научных статей, 16 тезисов научных докладов), из них 4 научные статьи и 6 тезисов научных докладов в международных журналах, и 3 свидетельства на официальную регистрацию программы для электронно-вычислительных машин.

Структура и объем диссертации. Материал диссертационной работы изложен на 193 страницах машинописного текста, иллюстрирован 42 рисунками и 126 таблицами. В список литературы включены 358 источников, из которых 121- англоязычных авторов. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы материала и методов исследования, пяти глав собственных результатов исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы.

Основное содержание диссертации

Во введении обоснована актуальность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, основные положения, выносимые на защиту, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов, приведены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе «Современное состояние проблемы релапаротомии» приведен обзор литературы, состоящий из десяти подглав, в которых приводятся сведения о современном состоянии проблемы релапаротомии, включая описание послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии, терминологии и классификации релапаротомий, показаний к их выполнению. Также рассмотрены литературные данные по частоте и причинам развития послеоперационных перитонита, кишечной непроходимости, кровотечения, панкреатита и абсцессов брюшной полости. Рассмотрены современные шкалы оценки тяжести состояния и прогнозирования исхода у больных с послеоперационными интраабдоминальными осложнениями.

Во второй главе «Материалы и методы» приведены данные по структуре повторных вмешательств по поводу различных послеоперационных интраабдоминальных осложнений в учреждениях различного уровня хирургической службы Республики. В исследование включены результаты лечения пациентов в 16 медицинских учреждениях, которые были распределены на 3 группы исследования. В группу 1 (Республиканский уровень) включено 605 пациентов, которые наблюдались в РСЦХ имени академика В.Вахидова во всех абдоминальных отделениях за период с 1976 по 2010 гг включительно. В группу 2 (городской и областной уровень) включено 222 пациента, которые наблюдались в различных клиниках городского и областного уровня хирургической службы, оказывающих основную помощь для населения города или области в целом: Нукусский филиал РНЦЭМП – 47 пациентов; Ташкентские Городские больницы №1 – 51 больной и №7 – 71 пациент; Ташкентский областной многопрофильный медицинский центр – 18 больных; Городская клиника г.Самарканда – 14 больных; Клиника Самаркандского Государственного Медицинского Института – 21 пациент. В группу 3 (районные клиники) включено 77 больных из 9 районных больниц Республики Каракалпакстан.

Для адекватного анализа все больные были также распределены по типу первичного вмешательства на экстренные и плановые операции (табл.1).

Таблица 1.

Распределение больных по группам исследования в зависимости от уровня хирургической службы и срочности первичной операции

Клиника	Плановые операции		Экстренные операции			ВСЕГО
	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2	Группа 3	
РСЦХ им.акад.В.Вахидова	353	-	252	-	-	605
Нукусский филиал РНЦЭМП	-	-	-	47	-	47
ГКБ №7	-	-	-	71	-	71
ГКБ №1	-	14	-	37	-	51
Ташкентский областной многопроф.медицинский центр	-	5	-	13	-	18
Городская клиника г.Самарканда	-	10	-	4	-	14
Клиника СамМИ	-	17	-	4	-	21
Районные больницы Республики Каракалпакия	-	-	-	-	77	77
Итого	353	46	252	176	77	904

В районных больницах в большинстве случаев выполняются экстренные вмешательства, а на плановые операции больные направлялись в клиники городского, областного и республиканского значения.

В третьей главе «Частота ранних релапаротомий в структуре экстренных абдоминальных операций и факторный анализ структуры и причин ранних послеоперационных осложнений» приведены данные по структуре экстренных абдоминальных операций. Для анализа применялось распределение спектра сложности операций на 3 группы:

1. Общехирургические операции: не требующие специфического хирургического инструментария, расширения объема предполагаемого вмешательства, длительной реанимации и соответственно специалистов узкого профиля

2. Высокотехнологичные операции: выполнение которых зависит от двух составляющих, с одной стороны это хирургическое, диагностическое и реанимационно-анестезиологическое оснащение клиники, а с другой - квалификация хирургов

3. Операции, выполняемые преимущественно в Республиканских центрах: касаются тяжелой категории пациентов и зависят от узкой специализации и квалификации хирургов, адекватного оснащения специальным диагностическим, хирургическим оборудованием и инструментарием, возможностями динамического мониторинга, квалифицированными специалистами реаниматологической и анестезиологической служб.

В группе 1 на долю общехирургических вмешательств пришлось 51,2%, высокотехнологичных – 46,6% и выполняемых преимущественно в республиканских центрах – 2,2%. В группе 2 эти показатели составили – 94,9%,

5,1% и 0,05% соответственно. В группе 3 было выполнено 99,7% общехирургических вмешательств и 0,3% высокотехнологичных операций.

Таблица 2.

Распределение больных по сложности экстренного вмешательства

Категория операций	Группа 1			Группа 2			Группа 3		
	К-во опер.	Рела- пар.	Час- тот	К-во опер.	Рела- пар.	Час- тот	К-во опер.	Рела- пар.	Час- тот
Общехирургическая категория									
Аппендэктомия	928	1	0,11%	22025	39	0,18%	18734	25	0,13%
Ушив.или остан.кровот. при язв.бол. жел.и 12 п.к.	124	2	1,61%	1625	41	2,52%	481	17	3,53%
Опер-и при киш.непрох.	147	8	5,44%	972	51	5,25%	473	26	5,50%
Холецистэктомия	411	3	0,73%	1503	10	0,67%	257	5	1,95%
Эхинококкэктомия	106	2	1,89%	211	1	0,47%			
Герниопластика	223	3	1,35%	441	7	1,59%			
Операция Пациоры				22	1	4,55%			
Санация брюш.полости							35	1	2,86%
Всего	1939	19	0,98%	26799	150	0,56%	19980	74	0,37%
Среднее значение (M±m)	1,86±0,76%			2,18±0,77%			2,78±1,14%		
Высокотехнологичная категория									
Резек.желуд.по Бильрот-1	77	3	3,90%	168	8	4,76%	37	2	5,41%
Резек.желуд.по Бильрот-2	44	2	4,55%	86	5	5,81%	17	1	5,88%
Ваготомия с дрен. опер-й	3	0	0,00%	26	0	0,00%	-	-	-
ЛапХЭК	1002	1	0,10%	921	1	0,11%	-	-	-
ХЭК с дренир.холедоха	346	10	2,89%	131	4	3,05%	-	-	-
Наруж дренир.ЖП	69	5	7,25%	12	1	8,33%	-	-	-
Вскрытие сальниковой сумки, секвестрэктомия	62	3	4,84%	-	*	-	-	-	-
Обходной ХЭАс ЭЭА	75	2	2,67%	85	4	4,71%	-	-	-
Разобщ.операции при ПГ	88	3	3,41%				-	-	-
Всего	1766	29	1,64%	1429	23	1,61%	54	3	5,56%
Среднее значение (M±m)	3,29±0,76%			3,82±1,14%			5,65±0,24%		
Категория, выполняемая преимущественно в Республиканских центрах									
Реконстр.опер.на желудке	6	1	16,7%	6	1	16,7%	-	-	-
Гастрэктомия	3	1	33,3%				-	-	-
Гемиколэктомия	4	1	25,0%	4	1	25,0%	-	-	-
Билиодиг.анастомозы	21	5	23,8%	4	1	25,0%	-	-	-
Рекон.-восстан.опер.на ГХ	51	5	9,80%				-	-	-
Всего	85	13	15,3%	14	3	21,4%	-	-	-
Среднее значение (M±m)	21,72±3,98%			22,23±2,77%			-		

Примечание: * - в группе 2 двум больным при остром панкреатите произведена только ХЭК (отнесены в общехир.категорию)

В группе 1 выполнено 1939 общехирургических вмешательств, из которых 19 пациентам (0,98%) произведена релапаротомия. В группе 2 этот показатель составил 0,56% (150 из 26799 пациентов). В группе 3– 0,37% (77 из 19980 пациентов). Однако, эти показатели усреднены из общего количества

операций. Если рассматривать частоту релапаротомий только в этом ракурсе, то она будет не совсем объективна. Поэтому в таблице 2 также приведены средние показатели частоты повторных вмешательств в зависимости от спектра операций, рассчитанных не от общего числа вмешательств, а от относительного показателя выполненных релапаротомий. Эти данные наиболее объективно отражают частоту повторных вмешательств в зависимости от их сложности.

В структуре всех интраабдоминальных осложнений, потребовавших выполнения повторного оперативного вмешательства основная частота приходится на перитонит 36,8% (31,3% в РСЦХ; 43,8% - в городских и областных стационарах и 39,0% - в районных клиниках); кровотечение 23,0% (интраабдоминальное – 19,4%, 7,4% и 6,5% соответственно; в просвет ЖКТ – 10,3%, 9,7% и 7,8%); острую кишечную непроходимость 19,0%; 27,8% и 35,1%; в остальных 15,4% случаев причиной послужили ограниченные гнойники брюшной полости; острый панкреатит; эвентрация и механическая желтуха.

Анализ показал, что попытка выполнения высокотехнологичных операций в ургентной хирургии повышает риск повторного вмешательства в группе 1 в 1,68 раза. В группе 2 этот показатель составил – 1,61 и соответственно риск увеличился в 2,88 раза. В группе 3 эти вмешательства могут привести к релапаротомии у 5,56 из 100 пациентов, с повышением степени риска в 15 раз ($P < 0,001$). Попытка выполнения наиболее сложной категории операций у тяжелого контингента больных, увеличивает прежнюю степень риска в группе 1 еще в 9,31 раза, в группе 2 в 13,31 раза (рис. 1).

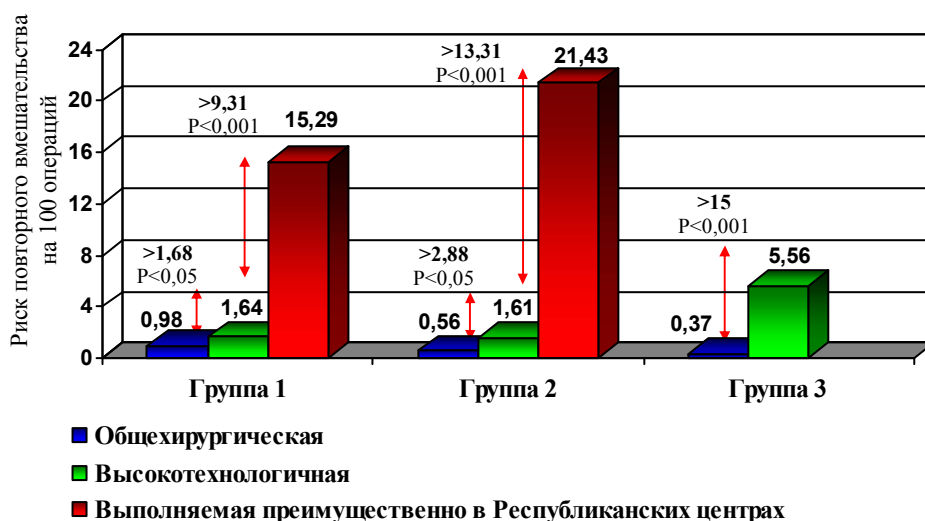


Рис. 1. Коэффициент прироста риска повторного вмешательства в зависимости от категории сложности первичной операции на 100 операций

Следующим этапом исследования явился анализ факторов, повлиявших на течение раннего послеоперационного периода и необходимость выполнения повторного вмешательства. Для оценки качества оказанной хирургической помощи и верификации причин развития различных послеоперационных осложнений при анализе историй болезни проведена систематизация факторов.

Независимо от уровня хирургической службы основными факторами, обусловившими развитие или прогрессирование ранних послеоперационных интраабдоминальных осложнений явились диагностические, тактико-технические и лечебно-профилактические погрешности. В свою очередь на долю тактико-технических ошибок в клинике республиканского значения пришлось 56,7%, что было связано с более сложной категорией операций; на долю диагностических ошибок пришлось 2,8%, 12,5% и 32,5% в районных клиниках, лечебно-профилактических недочетов – 6,7%, 11,9% и 15,6%.

В группе 1 после выполнения первичных общехирургических вмешательств частота летальности составила 37,3%, после высокотехнологичных операций – 57,3% и после наиболее сложной категории операций – 48,1%. В группе 2 эти показатели распределились 48,0%, 47,8% и 66,7%, в группе 3– 27,0% и 33,3% соответственно.

В четвертой главе «Частота повторных оперативных вмешательств в общей структуре плановых абдоминальных операций и факторный анализ структуры и причин ранних послеоперационных осложнений» освещена структура релапоротомий после плановых абдоминальных операций. В первую группу включено 353 пациента, наблюдавшихся в РСЦХ им.акад.В.Вахидова за период с 1976 по 2008 гг, которым произведены повторные вмешательства. Во вторую группу включено 46 пациентов, пролеченных в различных структурах областной и городской службы.

В зависимости от уровня плановой хирургической службы Республики частота повторных оперативных вмешательств составила 0,61% - в Республиканском центре и 0,38% - на уровне областной и городской служб.

В структуре первичных плановой операций на долю общехирургических вмешательств в клиниках Республиканского значения пришлось 36,6%, высокотехнологичных – 52,6% и выполняемых преимущественно в республиканских центрах – 10,8%; в клиниках областного и городского уровня эти показатели составили 64,0%, 35,2% и 0,8% соответственно. При этом в зависимости от сложности предпринятого оперативного вмешательства риск развития интраабдоминальных осложнений, обуславливающих повторную операцию среди пациентов Республиканских центров, увеличивается в 2,48 раз при планировании высокотехнологичной операции и в 4,42 раз при наиболее сложных операциях; в свою очередь в областных и городских стационарах риск возрастал в 2,32-10,08 раз.

В структуре всех интраабдоминальных осложнений, потребовавших выполнение повторного оперативного вмешательства основная частота пришлась на кровотечение 34,1% (34,8% в РСЦХ; 28,3% - в городских и областных стационарах); перитонит – 32,8% (31,7% и 41,3%); ограниченные гнойники брюшной полости в 10,5% случаев (9,9% и 15,2%); острую кишечную непроходимость – 8,8% (9,1% и 6,5%); в остальных 13,8% случаев причиной послужили острый панкреатит – 6,5% (6,8% и 4,3%), эвентрация – 2,0% (1,7% и 4,3%), механическая желтуха у 1,8% (2,0% в РСЦХ) больных.

Сопоставляя данные экстренных и плановых оперативных вмешательств можно заключить, что в зависимости от уровня хирургической службы основная нагрузка по ургентной патологии приходится на районные, областные и городские клиники, выполняющие преимущественно (94,9-99,7%) общехирургический спектр операций, на плановую хирургию в этих структурах здравоохранения приходится только – 20,2% операций, из которых более 64,0% - это общехирургические вмешательства. В свою очередь высокотехнологичные и специализированные вмешательства выполняются преимущественно в Республиканских центрах.

В пятой главе освещены «**Аспекты стандартизации комплексной диагностики и хирургической тактики при послеоперационном перитоните (ПП)**». В группе 1 ПП отмечен у 79 пациентов; в группе 2 у 77 пациентов и в группе 3 у 30 больных после первичных экстренных операций.

Особую проблему при стертой клинической картине составляет диагностика ПП. Диагностический мониторинг, а точнее его качество, также зависит от уровня хирургической службы. Так, проведенный анализ в плане оценки возможности выполнения различных методов диагностики показал, что если клиничко-лабораторные исследования выполнялись всем пациентам в группах сравнения, то потенциальные возможности инструментальных методов были заметно ниже в группе 2 и особенно в районных клиниках. Особенно это касалось лучевых методов диагностики.

В зависимости от этиологии перитонита повторные операции были распределены по следующим осложнениям: несостоятельность швов после ушитой перфорации или наложенных анастомозов; желчный перитонит (несостоятельность культи пузырного протока, ятрогенное повреждение холедоха, несостоятельность швов БДА); перитонит другой этиологии – случаи, когда перитонит развивался после первичной операции без верифицированного провоцирующего фактора, прогрессировал после первичной экстренной операции или ситуации с неверифицированным основным диагнозом – дивертикулит (Меккеля) с перфорацией (группа 3 – 2 пациента, которым произведена аппендэктомия), развитие аппендицита с разлитым перитонитом у больного группы 3 после ушивания перфоративной язвы, развитие перфорации язвы ДПК (группа 1 - у 2 больных после гемиколонэктомии и эхинококкэктомии), а также асцит-перитонит у больного циррозом печени после спленэктомии, который привел к эвентрации. В группе 2 и 3 после первичных экстренных вмешательств отмечено 3-3,5 кратное преобладание повторных изолированных санаций (28,6% и 33,3%), что может быть связано с неадекватной первичной санацией или послеоперационной тактикой лечения.

Сводная частота летальности после повторных вмешательств по поводу ПП достигала 46,8% - в РСЦХ, 62,3% - в стационарах городского и областного уровня и 36,7% - в районных больницах.

Проведенный анализ показал, что наряду с тяжестью состояния больных, допущенными различными диагностическими, тактико-техническими и лечебными ошибками определенное влияние на исход заболевания имело отсутствие стандартизированной тактики ведения пациентов. В связи с этим,

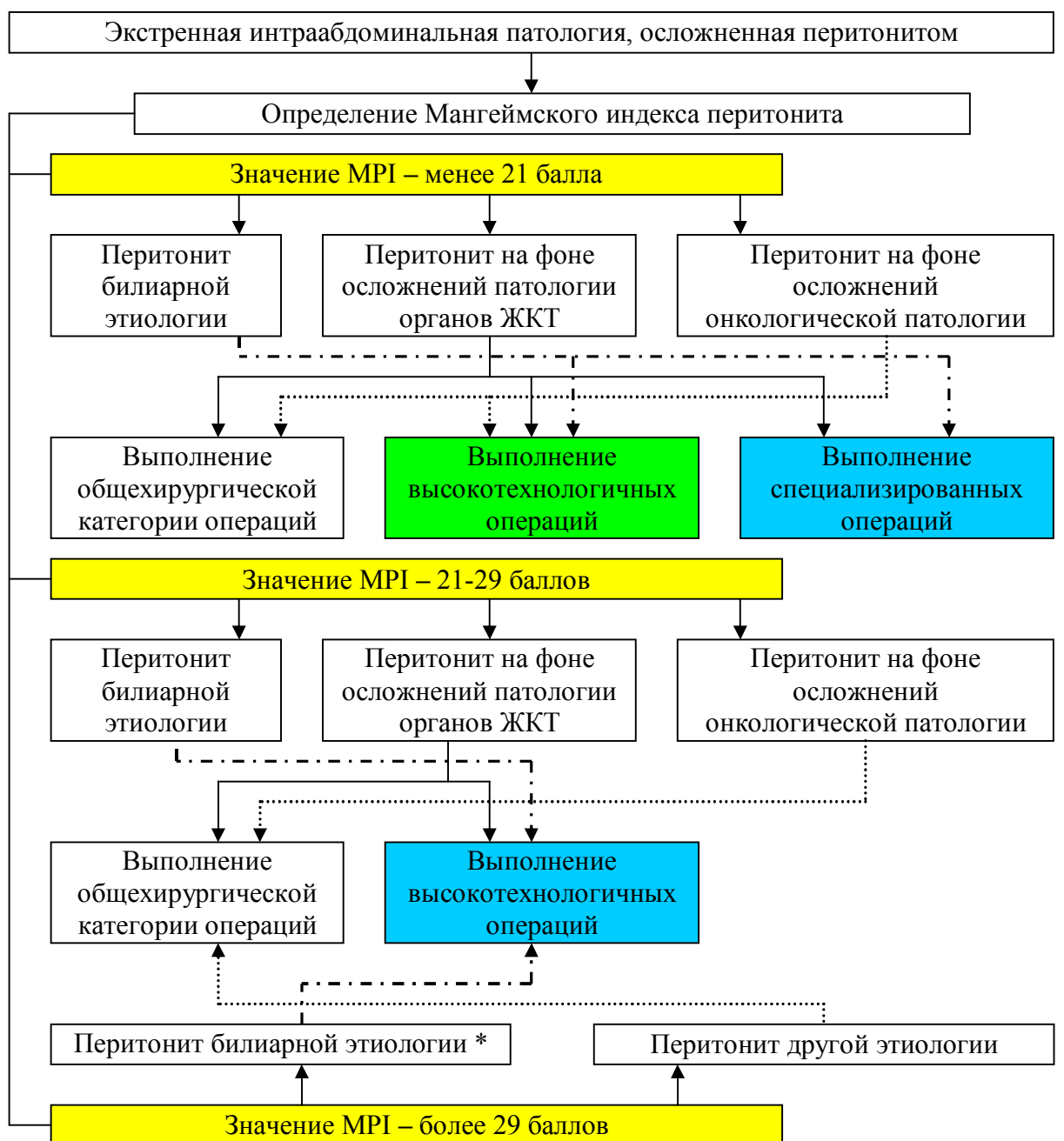
мы применили несколько прогностических шкал для выработки тактического алгоритма. Первоначально ретроспективно рассмотрены возможности оценки Мангеймского индекса перитонита (Mannheim Peritonitis Index, M. Linder et al., 1992). Летальность при МИП до 21 балла составила в группе 1 – 10,5%. В группе 2 летальность при МИП I степени составила 14,3%, в группе 3– 11,8%. Значительный прирост летальности выявлен при МИП II степени - 35,3%, 64,5% и 63,6%. Частота летальности при МИП III степени была самой максимальной и составила в группе 1 – 88,5%, и в других группах – 100%.

Для оценки вероятности повторного вмешательства проведен анализ по определению прогностического индекса релапаротомии (ПИР, Pusaño J.F. et al., 1993). Проведя ретроспективный анализ можно констатировать тот факт, что при всей простоте применения этого индекса по данным истории болезни мы смогли распределить больных по ПИР только в группе 1 у 61 пациента и в группе 2 у 22 больных. Если основываться на этот индекс, то можно предположить, что части пациентов повторные вмешательства проводились без абсолютных показаний, особенно в группе 2, это доказывает то, что около трети повторных вмешательств ограничивались изолированной санацией брюшной полости, а достоверного источника ПП в большинстве из этих случаев установить не удалось. Распределение частоты летальности в зависимости от ПИР показало, что при ПИР до 20 баллов летальность составила 10% и 14,3%. При ПИР от 20 до 22 баллов частота летальности резко возросла и достигла – 48,0% и 66,7%; при ПИР 23-24 балла – 81,0% и 100%.

Объективная интегральная и количественная оценка тяжести состояния при абдоминальном сепсисе не может быть выполнена без использования объективной оценки степени органических нарушений. Система оценки SOFA (Sepsis-Related Organ Failure Assessment, Vincent J., 1996), предназначенная для динамической оценки тяжести полиорганной дисфункции и эффективности лечебных мероприятий, является наиболее удобной и простой для применения. Следует также отметить, что ретроспективное распределение пациентов оказалось возможным только в группах 1 и 2, причем фактически только у трети этих пациентов. Соответственно распределению по тяжести показателя SOFA частота летальности составила в группе 1 при SOFA в 1-4 балла – 10%, 5-8 баллов – 45% и более 9 баллов – 100%, в группе 2 – 25%, 50,0% и 100%.

Ведение больных с послеоперационными интраабдоминальными осложнениями должно быть строго стандартизированным и с учетом оснащения рассмотренных клиник, все оценочные критерии должны быть осуществимы и максимально упрощены. В связи с чем, проведенное исследование позволило выработать алгоритмы ведения больных с абдоминальной патологией, осложненной перитонитом (рис. 2).

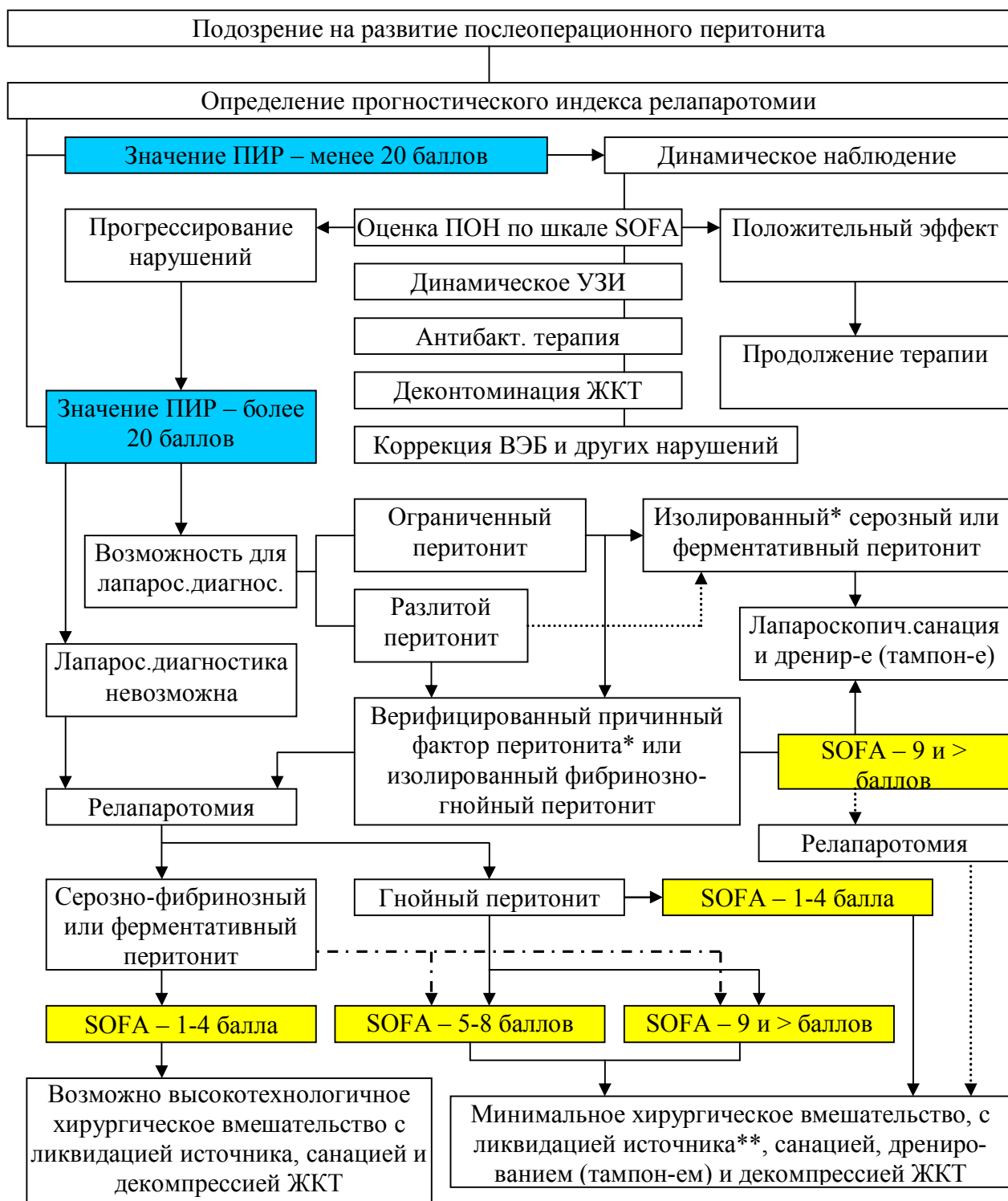
Для определения тактики лечения больных с ПП предложено применение двух интегральных систем – ПИР и динамической оценки тяжести полиорганной дисфункции по шкале SOFA (рис.3).



- Операции могут выполняться в районных клиниках при наличии квалифицированной хирургической бригады
- Операции могут выполняться в клиниках городского и областного значения только при наличии специализированных отделений

Примечание: * - хирургическое вмешательство при желчном перитоните со значением МИП более 21 балла должно быть направлено только на наружное дренирование желчных протоков с санацией брюшной полости.

Рис. 2. Тактический алгоритм выбора категории сложности операции у больных с перитонитом



Примечание: * - изолированный перитонит – как самостоятельное осложнение; верифицированный причинный фактор – перитонит как проявление другого осложнения; ** - в тяжелых случаях при 8-12 баллах по шкале SOFA возможно проведение только санации с дренированием брюшной полости и тампонированием источника.

Рис. 3. Алгоритм выбора тактики лечения больных с подозрением на послеоперационный перитонит в зависимости от тяжести ПОН

В шестой главе «Анализ результатов повторных вмешательств по поводу послеоперационных кровотечений и оценка эффективности отечественного гемостатического средства (МГС-1) при рецидивных паренхиматозных кровотечениях» приведены результаты повторных вмешательств по поводу послеоперационных кровотечений. Частота кровотечений в исследуемых группах распределились следующим образом. В группе 1 после экстренных вмешательств кровотечение в просвет ЖКТ отмечено у 26 (10,3%) пациентов, интраабдоминальные кровотечения у 49 (19,4%) больных, после плановых операций – 39 (11,0%) и 84 (23,8%) соответственно; в группе 2 – 17 (9,7%) и 13 (7,4%) после экстренных операций и 3 (6,5%) и 10 (21,7%) после плановых вмешательств; в группе 3 – 6 (7,8%) и 5 (6,5%) после экстренных операций.

Анализ показал, что в отличие от средних литературных данных частота послеоперационных кровотечений в стационарах Республики выше в 1,5-2,0 раза, при этом соответственно увеличивается и уровень летальности. Именно эта группа осложнений является последствием хирургических недочетов или ошибок.

Если смотреть на частоту летальности в целом, то ее высокий удельный вес в группе 1 вызывает некоторое недоумение, однако если провести анализ по зависимости летальности от тяжести кровопотери, то ситуация распределяется согласно непосредственному уровню хирургической службы, то есть летальность нарастает по мере утяжеления состояния пациентов и по уровню стационара – от РСЦХ к районным клиникам. Если же рассматривать долю хирургических погрешностей, то можно отметить следующее. В группе 1 на 198 пациентов с кровотечениями у 40 (20,2%) больных, на фоне тяжелого соматического состояния, ПОН, гипокоагуляции, можно было предположить развитие или рецидив интраабдоминальных и гастродуоденальных кровотечений, то есть кровотечение могло развиваться даже при безупречно выполненном вмешательстве и качественной консервативной терапии. В свою очередь в группе 2 количество этих пациентов ограничилось до 9,3% (4 из 43 больных), а в группе 3 по данным историй болезни таких пациентов не выявлено вообще. Следовательно, частота хирургических тактико-технических погрешностей, как провоцирующего послеоперационное кровотечение фактора, достигает в группе 1 – 79,8%, группе 2 – 90,7% и группе 3 – 100%.

Таким образом, в отличие от среднестатистических литературных данных в хирургической службе Республики послеоперационные кровотечения в структуре всех осложнений занимают 2 место, достигая 14,3-29,8% после экстренных вмешательств и 28,3-34,8% после плановых операций, при этом частота летальности на фоне этих осложнений составляет 27,3-57,3% и 30,8-37,4% соответственно, а в структуре провоцирующих факторов развития постоперационных геморрагий в зависимости от уровня хирургической службы на тактико-технические погрешности приходится 79,8-100% случаев.

Нами оценена эффективность отечественного местного гемостатического средства «МГС-1» при рецидивных паренхиматозных

кровотечениях. Экспериментальная часть исследований проведена на 40 неллинейных белых крысах самцах и самках с начальной массой 140 ± 10 г.

Пленка «МГС-1» представляет собой мономорфные эозинофильные структуры с участками просветлений и отдельными базофильными прожилками (рис. 4.)

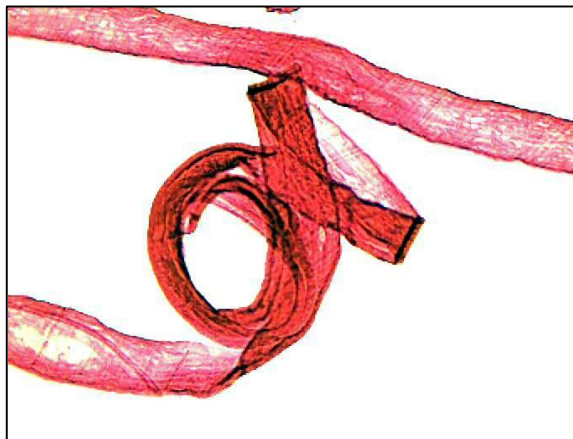


Рис. 4. Плёнка «МГС-1». Нативный препарат, мономорфные эозинофильные структуры с зонами просветления. Г-Э 10x10

Проведенные исследования «in vitro» показали, что механизм гемостатического действия препарата связан с его влиянием на сосудисто-тромбоцитарный гемостаз, увеличением в крови количества и адгезивной-агрегационной способности тромбоцитов. Наряду с активацией тромбоцитарной системы происходит снижение проницаемости капилляров, что приводит к повышению ретракции образовавшегося сгустка.



Рис. 5. Аппликация гемостатической пленки «МГС-1».

В экспериментальном исследовании «in vivo» изучена специфическая активность гемостатической пленки «МГС-1». С этой целью в лабораторных условиях на экспериментальных животных, на модели паренхиматозного кровотечения из печени (краевая и клиновидная резекция) производили остановку кровотечения (рис.5).

После аппликации пленки «МГС-1» через 2 мин наступал окончательный гемостаз. Для морфологического исследования на 7 сутки взяты срезы из участков с аппликацией пленки вместе с частью органа. Проведенные

морфологические исследования показали, что пленка после контакта, плотно прилегает к ткани печени. Морфологически это проявляется в отсутствии гематом между плёнкой и поверхностью органа (рис.6). Скопления эритроцитов отмечаются в паренхиме органа, не имеющей непосредственного контакта с плёнкой «МГС-1». Эритроциты, располагающиеся в толще ткани и на поверхности плёнки, как правило, гемолизированы. Это указывает на их появление, на момент нанесения хирургической травмы. Между плёнкой и тканью часто встречаются микротромбы, что указывает на гемостатический эффект плёнки «МГС-1».

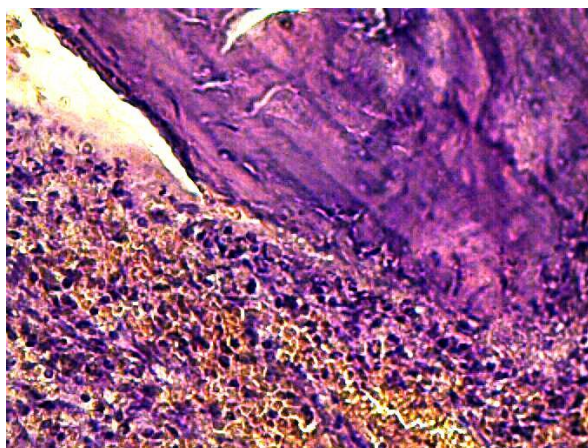


Рис. 6. Световая микроскопия. Эритроциты в ткани печени, отсутствие гематом между плёнкой «МГС-1» и поверхностью печени. 7 сут. Г-Э 10x40.

Далее проанализированы результаты остановки паренхиматозных кровотечений из печени и поджелудочной железы, а также при недостаточности швов полых органов с последующим арозивным кровотечением. Установлено, что в 80% случаев кровотечение было остановлено прошиванием кровоточащих сосудов и тканей и тампонируванием зоны кровотечения марлевыми тампонами (125 пациентов). Несмотря на хороший непосредственный гемостатический эффект в 96% (120 пациентов), повторные кровотечения наблюдались в сроки от 5 до 10 дней у 35% (42) пациентов, особенно вероятность возрастала при извлечении тампона. Риск возобновления кровотечения из арозированных сосудов возрастал до 80%. В группе из 48 пациентов дополнительным методом остановки кровотечения послужило использование местных гемостатических средств, таких как «Тахокомб» у 25 пациентов, гемостатическая губка у 13 и разработанная нами гемостатическая пленка «МГС-1» у 10 пациентов.

Было установлено, что непосредственный гемостатический эффект достигнут у всех пациентов. В отдаленные сроки после операции рецидив кровотечения наступал в 12% случаев (3 пациента) при использовании «Тахокомба», у 23,1% при использовании гемостатической губки (3 пациента) и в 10% (1 больной) при использовании нового гемостатического средства «МГС-1». Таким образом, внедрение в практику отечественного

эффективного местного гемостатического средства позволило существенно улучшить результаты оперативных вмешательств при паренхиматозных и рецидивных кровотечениях в брюшную полость. При использовании нового отечественного гемостатического средства «МГС-1» риск рецидива паренхиматозных кровотечений снизился до 10%.

В седьмой главе представлен «Сводный анализ результатов повторных вмешательств по поводу послеоперационной кишечной непроходимости, абсцессов брюшной полости и острого панкреатита». С послеоперационной кишечной непроходимостью (ПКН) оперированы 166 больных, что составило 18,4% из всех 904 пациентов, с абсцессами в брюшной полости – 88 (9,7%) больных, с острым панкреатитом – 41 (4,5%) пациентов.

Частота ПКН в структуре всех интраабдоминальных осложнений составила 19,0-35,1% после экстренных вмешательств и 6,5-11,0% после плановых операций, в свою очередь частота летальности после повторных вмешательств по поводу этого осложнения достигала 39,1% (34 из 87) – в РСЦХ; 28,8% (15 из 52) – в стационарах городского и областного уровня; 18,5% (5 из 27) – в районных клиниках. При этом если ведущими факторами ее развития являются тактико-технические погрешности, неадекватная санация и декомпрессия ЖКТ, то в формировании высокой частоты летальности основное значение отводится длительным попыткам консервативного разрешения, на фоне которых отмечается утяжеление состояния пациентов, о чем свидетельствует частота летальности в зависимости от проявлений синдрома системной воспалительной реакции (SIRS), составляющей 27,7-33,3% при SIRS средней степени и 95,2-100% при SIRS тяжелой степени. Так, если во всех группах явления ПКН констатированы спустя 5 суток после первичной операции, то повторное вмешательство в группах 1 и 2 выполнялись несколько позже, чем в группе 3 ($7,1 \pm 0,8$ суток против $5,4 \pm 0,2$ суток, $P < 0,05$).

Опираясь не просто на фактор ПКН, а сопоставляя его со степенью тяжести SIRS, можно адаптировать алгоритм выбора тактики хирургического лечения этого тяжелого осложнения. Ретроспективный анализ показал, что максимальный срок для попытки разрешения ПКН консервативными мероприятиями у больных с наличием 1-2 критериев SIRS является 1 сутки, в более поздние сроки отмечено утяжеление состояния пациентов, о чем свидетельствует прибавление еще одного критерия из четырех, а к 3 суткам 4 критерия по системе SIRS из 19 пациентов группы 1 с этим периодом наблюдения определялось у 12 (63,2%) больных.

Соответственно, опираясь не просто на фактор ПКН, а сопоставляя его со степенью тяжести SIRS, можно адаптировать алгоритм выбора тактики хирургического лечения этого тяжелого осложнения (рис.7). Ретроспективный анализ показал, что максимальный срок для попытки разрешения ПКН консервативными мероприятиями у больных с наличием 1-2 критериев SIRS является 1 сутки, в более поздние сроки отмечено утяжеление состояния пациентов, о чем свидетельствует прибавление еще одного критерия из четырех, а к 3 суткам 4 критерия по системе SIRS из 19

пациентов группы 1 с этим периодом наблюдения определялось у 12 (63,2%) больных. Соответственно обтурационный характер непроходимости, верифицированный на данных динамического обследования, в сроки более суток приводит к утяжелению состояния пациентов, что требует своевременного проведения повторного вмешательства.

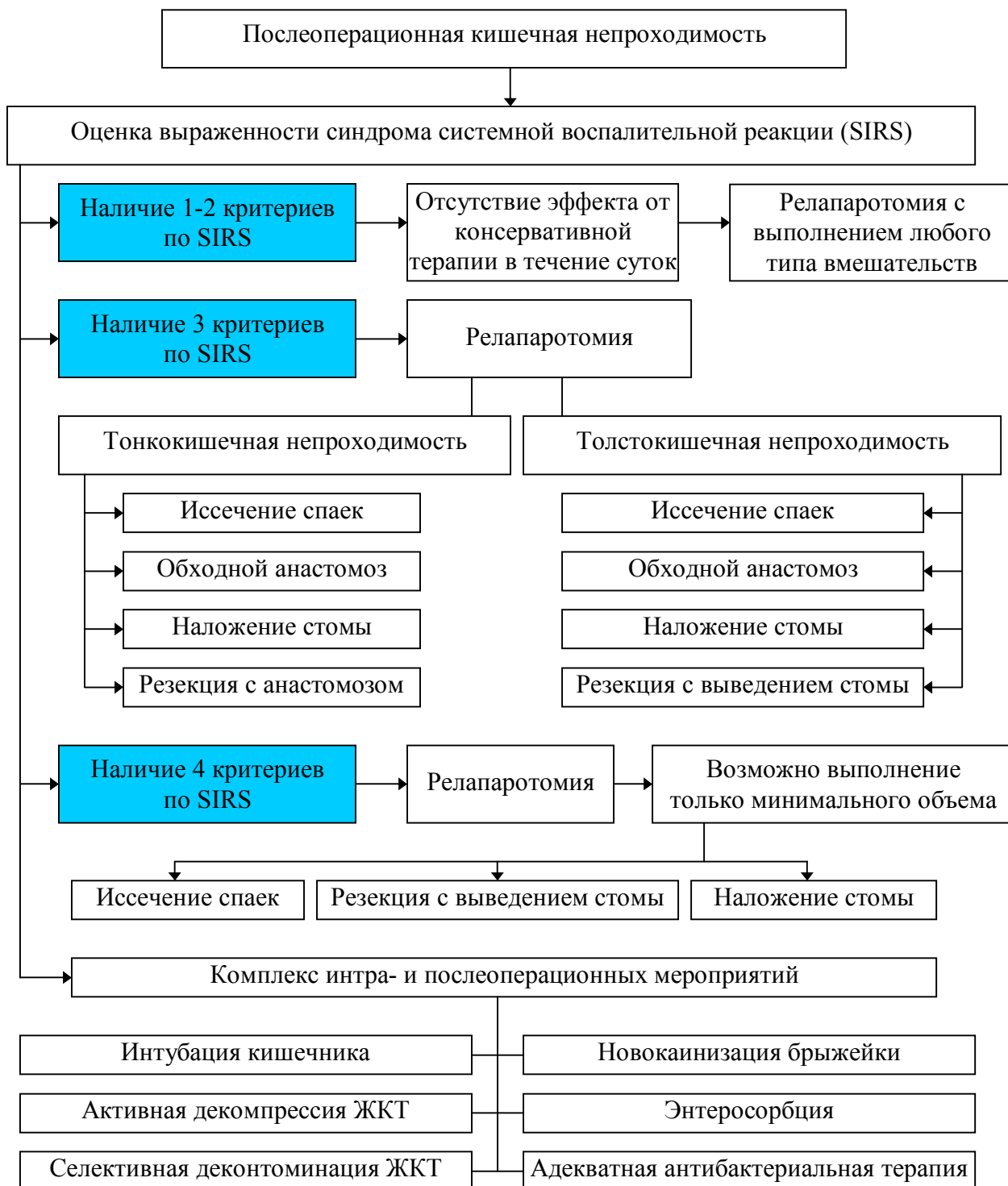


Рис. 7. Алгоритм выбора тактики хирургического лечения послеоперационной кишечной непроходимости

В наших наблюдениях на ограниченные гнойники в брюшной полости пришлось в группе 1 – 12,7% (32) наблюдений после экстренных вмешательств и 9,9% (35) после плановых операций; в группе 2 – 4,0% (7) и 15,2% (7) соответственно; в группе 3 – 9,1% (7) после экстренных операций.

По значению SIRS частота летальности при наличии 3 критериев составила 25,6% в группе 1, 25,0% в группе 2 и 33,3% в группе 3. При наличии 4 критериев частота летальности достигала 63,2-66,7% случаев. Учитывая эти обстоятельства, тактический алгоритм ведения этой категории пациентов может основываться на выраженности SIRS (рис. 8).

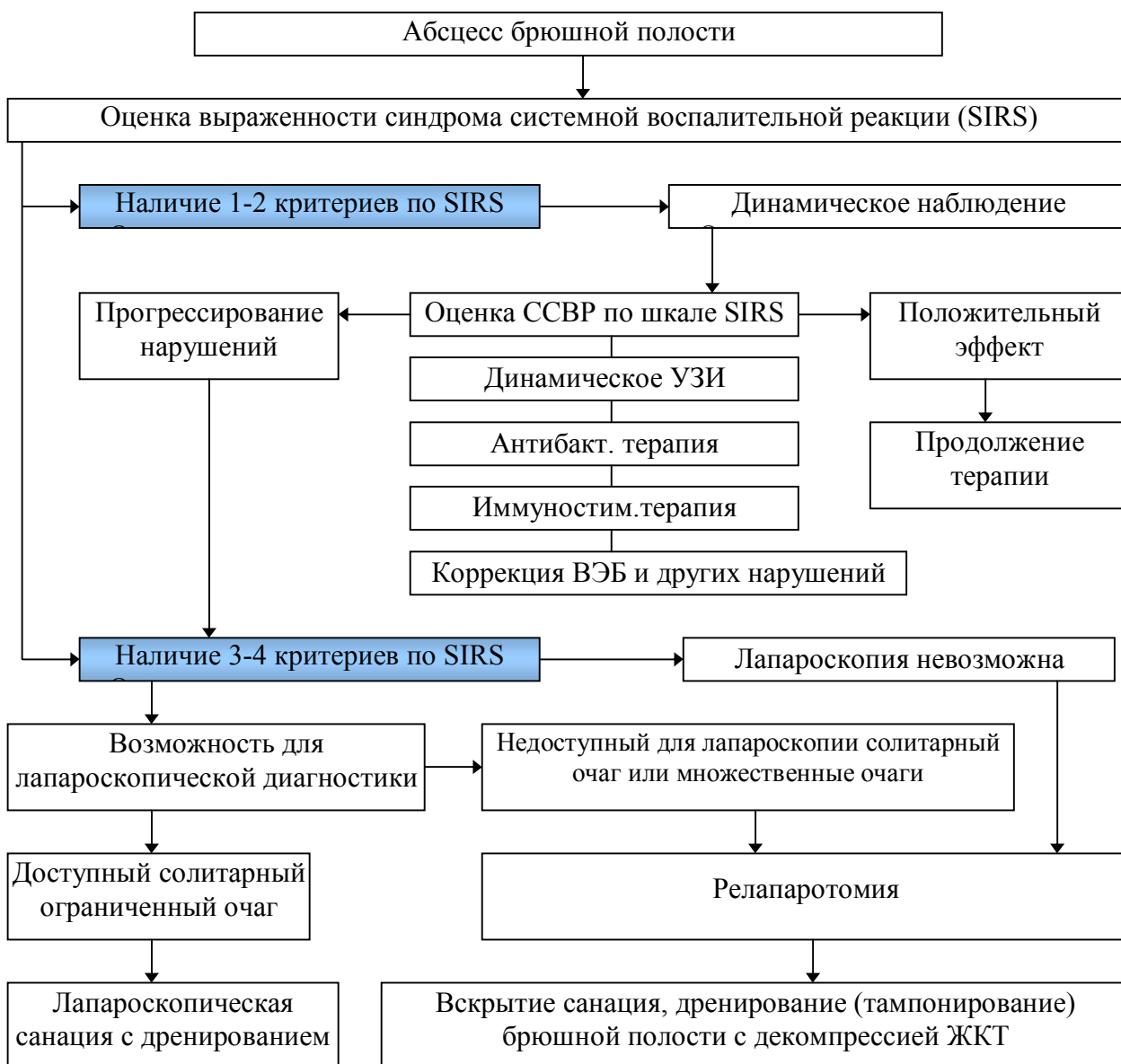


Рис. 8. Алгоритм выбора тактики хирургического лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости

Попытки консервативного разрешения ограниченных гнойных образований в брюшной полости должны проводиться только до развития средней степени ССВР (наличие 3 критериев по SIRS).

Заключение

1. В структуре оказания экстренной хирургической помощи на районном, областном и городском уровнях преобладает спектр «простых» общехирургических вмешательств - 99,7% и 94,9% соответственно, в свою очередь в РСЦХ им. акад. В.Вахидова 48,8% вмешательств приходится на сложные высокотехнологичные и специализированные операции.

2. Стратифицированный анализ частоты релапаротомий (по спектру выполненных первичных операций) на уровне районных больниц показал, что после общехирургических операций средняя частота повторных вмешательств составила 2,78%, а после высокотехнологичных операций достигает 5,65%.

3. Стратифицированный анализ частоты релапаротомий на уровне городских и областных учреждений показал, что после общехирургических операций средняя частота повторных вмешательств составила 2,18% ($P < 0,001$ к районной группе), после высокотехнологичных операций – 3,82% ($P < 0,001$), а после специализированных операций достигает 22,23%.

4. Стратифицированный анализ частоты релапаротомий в РСЦХ им. акад. В.Вахидова показал, что средняя частота повторных вмешательств после общехирургических операций составляет 1,86% ($P < 0,001$ к группам сравнения), после высокотехнологичных операций – 3,29% ($P < 0,001$) и после специализированных операций – 21,72% ($P < 0,01$ к группе городских и областных учреждений).

5. Категория сложности выполняемых операций должна быть регламентирована и соответствовать уровню хирургической службы лечебного учреждения, т.к. выполнение экстренных высокотехнологичных и специализированных операций в областных и городских клиниках увеличивают риск релапаротомий в 2,88 раза и в 13,31 раза соответственно, а для районных клиник этот показатель возрастает в 15,0 раз.

6. В структуре первичных плановых операций в РСЦХ им. акад. В.Вахидова доля общехирургических вмешательств составляет 36,6%, высокотехнологичных – 52,6% и специализированных – 10,8%, тогда как в областных и городских клиниках в большинстве случаев выполнялись общехирургические операции – 64,5%, доля высокотехнологичных вмешательств составила 35,2%, а специализированных только – 0,8% ($P < 0,001$).

7. Стратифицированный анализ частоты релапаротомий после первичных плановых операций на уровне РСЦХ им. акад. В.Вахидова показал, что средняя частота повторных вмешательств после общехирургических операций составляет 0,21%, после высокотехнологичных операций – 0,53% и после специализированных операций – 2,33%; в областных и городских клиниках 0,23%, 0,53% и 5,38% соответственно ($P > 0,05$), при этом по структуре релапаротомий получено достоверное отличие ($P < 0,001$) по количеству сложных хирургических вмешательств.

8. Послеоперационный перитонит является одним самых тяжелых и прогностически неблагоприятных осложнений, в структуре которых его частота достигает 31,1-43,8%, в свою очередь в зависимости от уровня хирургической

службы и соответственно категории сложности выполняемых операций сводная частота летальности после повторных вмешательств по поводу этого осложнения достигает 51,3% - в РСЦХ им. акад. В.Вахидова, 63,5% - в стационарах городского и областного уровня и 36,7% - в районных клиниках.

9. В отличие от среднестатистических литературных данных в хирургической службе Республики послеоперационные кровотечения в структуре всех осложнений занимают 2 место, достигая 14,3-29,8% после экстренных вмешательств и 28,3-34,8% после плановых операций, при этом частота летальности на фоне этих осложнений составляет 27,3-57,3% и 30,8-37,4% соответственно, а в структуре провоцирующих факторов развития постоперационных геморрагий в зависимости от уровня хирургической службы на тактико-технические погрешности приходится 79,8-100% случаев.

10. Экспериментально-морфологическими исследованиями доказано, что механизм гемостатического действия нового отечественного препарата «МГС-1» связан с влиянием на сосудисто-тромбоцитарный гемостаз, увеличением в крови количества и адгезивной-агрегационной способности тромбоцитов с повышением ретракции образовавшегося сгустка.

11. Внедрение в практику отечественного местного гемостатического средства позволило существенно улучшить результаты оперативных вмешательств при паренхиматозных кровотечениях в брюшную полость со снижением риска их рецидива до 10%.

12. Частота послеоперационной кишечной непроходимости в структуре всех осложнений составляет 19,0-35,1% после экстренных вмешательств и 6,5-11,0% после плановых операций, при этом ведущими факторами ее развития являются тактико-технические погрешности, неадекватная санация и декомпрессия ЖКТ, а в формировании высокой частоты летальности (18,5-39,1%) основное значение отводится длительным попыткам консервативного разрешения, на фоне которых отмечается прогрессирование синдрома системной воспалительной реакции (SIRS) с летальностью при SIRS средней степени – 27,7-33,3% и тяжелой степени – 95,2-100%.

13. На долю развития абсцессов брюшной полости приходится 4,0-12,7% случаев после экстренных вмешательств и 9,9-15,2% после плановых операций, а основной причиной является неадекватная санация и дренирование брюшной полости, недостаточный гемостаз и технические погрешности при выполнении первичной операции, при этом в зависимости от тяжести проявлений синдрома системной воспалительной реакции (SIRS), частота летальности после повторных вмешательств может достигать 25,6-33,3% при SIRS средней степени и 63,2-66,7% при SIRS тяжелой степени.

14. Предложенные алгоритмы хирургического лечения пациентов со специфическими послеоперационными интраабдоминальными осложнениями, позволяют адаптировать выбор оптимальной лечебно-диагностической тактики к условиям многоуровневой хирургической службы и тем самым снизить риск развития фатальных исходов после релапаротомии.

**SCIENTIFIC COUNCIL 16.07.2013.Tib 20.01
at REPUBLIC SPECIALIZED CENTER OF SURGERY NAMED after
ACADEMICIAN V. VAHIDOV and TASHKENT MEDICAL ACADEMY
on AWARD of SCIENTIFIC DEGREE of DOCTOR of SCIENCES**

**REPUBLIC SPECIALIZED CENTER Of SURGERY
NAMED AFTER ACADEMICIAN V.VAHIDOV**

HODJIEV DANIYAR SHAMURATOVICH

**RELAPAROTOMY: MODERN PRINCIPLES AND APPROACHES TO
CLINIC AND DIAGNOSTIC TACTICS**

**14.00.27 - Surgery
(medical sciences)**

ABSTRACT OF DOCTORAL DISSERTATION

Tashkent – 2015

The subject of doctoral dissertation is registered the Supreme Attestation Commission at the Ministers of the Republic of Uzbekistan in number 30.09.2014/Б2014.5.Tib485.

The doctoral dissertation is carried out in the Republican specialized center of surgery named after acad. V.Vahidov.

Abstract of dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English) is placed on web page to Scientific council (www.med.uz/surgery) and an information-educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific consultant:	Nazyrov Feruz Gafurovich Doctor of Medical Science, professor
Official opponents:	Krasilnikov Dmitriy Mikhailovich Doctor of Medical Science, professor Hadjibaev Abduhakim Muminovich Doctor of Medical Science, professor, Hashimov Shukhrat Khurshidovich Doctor of Medical Science
Leading organization:	Military Federal State Educational Institution of Higher Professional Education " SM Kirov Military Medical Academy" of Ministry of Defense of the Russian Federation, Saint-Petersburg

Defense will take place «__» _____ 2015 at ___ at the meeting of scientific council number 16.07.2013.Tib.20.01 at the Republic specialized center of surgery named after acad.V.Vahidov and Tashkent medical academy to address: 100115, Uzbekistan, Tashkent, Small circular str. 10. Phone: (+998971) 277-69-10; fax: (+998971) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru.

Doctoral dissertation is registered in the information-resource center at Republic specialized center of surgery named after acad. V.Vahidov (№ 04 is possible to review it IRC) (100115, Uzbekistan, Tashkent, Small circular str.10. Phone: (+998971) 277-69-10, fax: (+99871) 277-26-42).

Abstract of dissertation sent out on «__» _____ 2015 year
(mailing report № ___ on __. __. 2015 year).

F.G. Nazyrov
Chairman of scientific council on award of scientific degree of doctor of sciences, MD, professor

Z.M. Nizomhodjaev
Scientific secretary of scientific council on award of scientific degree of doctor of sciences, MD

A.V. Devyatov
Chairman of scientific seminar under scientific council on award of scientific degree of doctor of sciences, MD, professor

Introduction (annotation of doctoral dissertation)

Topicality and demand of the subject of dissertation. In modern surgery, abdominal surgeries continue to dominate the structure of all the operational manuals. Recent advances of diagnostics, surgical techniques and tactics have substantially improved the quality and range of interventions performed. Despite this, practitioners during the operations on the abdominal organs still often have to solve problems to which there is no single answer. As a result many tactical and technical errors are committed which bring to the development of postoperative complications, leading to repeated surgical interventions.

Generally, at the development of postoperative complications the modern intensive care means are widely used. This can contribute to a sharp change in the clinical picture of postoperative complications, conceal acute cases and hide the usual signs of disaster in the abdominal cavity, neutralize the resulting shifts in homeostasis. Against this background, the standard methods of diagnosis not always make it possible to diagnose the development of postoperative complications and in 20,8-29,7% of observations the cases of intra-abdominal complications remain unrecognized. As a result, the mortality after surgery intervention for the abdominal pathology varies from 0.5% to 50% or more. Serious aggravating factors are the individual peculiarities of patients, the pattern of specialization and operation of medical institutions, qualification of surgeons, equipment with tools and diagnostic devices, capabilities and equipment of anaesthesiology and intensive care, departments etc.

Various combinations of these factors inevitably entail an increase in the number of severe complications, the correction of which requires repeated interventions - relaparotomy.

Relaparotomy is extremely difficult section of the surgery both from the point of view diagnostics and intensive care, and from the point of indicators of mortality, which are stably range from 30 to 60%, and at late diagnosed complications it reaches in average 77.1%.

Over the years of independence, the development of surgery has become one of the most important directions for the Republic of Uzbekistan. Cardinal changes in the health system, initiated by the Decree of the President of the Republic of Uzbekistan No. PD-2107 «On the State program of reforming the health care system of the Republic of Uzbekistan» dated November 10, 1998. and implementation of a number of government programs, including «On the main directions of further deepening of reforms and implementation of the State Program for Health Development» (PD-3923 dated September 19, 2007), at present period have enabled the achievement of significant results in many areas of scientific and practical medicine. In addition, the improvement of surgical care quality offered to patients has become one of the objective criteria for positive results of the conducted reforms.

At the same time, some problems in the health system and health protection connected with the increase of prophylactics of complication and quality of

surgical assistance provided mainly in the regional and district levels remain unsolved. Differences in the types of abdominal complications which require surgical re-operations and lack of unified approach to the solution of the problem demand carrying out of multicentre structural analysis of planned and urgent failures of surgical interventions on abdominal organs. It is necessary to work out specific criterions for the disease course prognosis and optimization of choosing correct solution of tactical and organizational problems.

Conformity of research to priority directions of development of science and technologies in the republic. This work is accomplished in accordance with the priority trends of science and technology development of the Republic of Uzbekistan Governmental Scientific and Technological Progress SSTP-11 «The development of high-performance scienceintensive technologies, modern methods and tools in medicine, improvement of public health and environmental safety»

Review of the foreign scientific researches on the dissertation theme. For last years in the leading medical centers in the world held a number of important research in the field of early diagnosis and surgical treatment of postoperative intra-abdominal complications requiring re-surgery, including the The Permanente Medical Group (USA), Hospital de Hautpierre (France), Academic Medical Center и Gelre Hospital (The Netherlands), San Raffaele Scientific Institute (Italy), Al Jouf University (Saudi Arabia), AV Vishnevsky Institute of Surgery (Russian).

According to the results of scientific research obtained a number of important scientific provisions, in particular, at the Charité clinic (Germany) among the reasons of relaparotomy determine the nature and severity of the underlying disease, late negotiability of patients, lack of inspection of the abdominal cavity and inadequate sanitation in peritonitis; at the Isar clinic (Germany) proved that the main cause of mortality after repeated operations is the latest implementation of relaparotomy, as well the complications as a result of medical errors reach 12,0-79,0%; at the Lodz University Clinic (Poland) proved that the increasing number relaparotomies in recent years associated with frequency of the tactical and technical errors of surgeons; according Diskapi Teaching and Research Hospital (Turkey) is concluded that as a result of the complexities of diagnosis relaparotomy about intraabdominal complications in 30-72% of cases performed late and often unnecessarily, in 1,0-5,3% - mistakenly and in 20 , 8-29,7% of cases remain undetected intra-abdominal complications.

The definite progress in diagnostics and treatment of post operational complications, which require performing relaparotomy, still has little influence on the final results. Moreover, the stable tendency to stabilization and even to the rise of failure level appeared during some types of complications. In many respects, variability of a relaparotomy frequency is connected with the lack of the standard definition and classification that complicates the objective analysis. The divergence of statistical data does not reflect true distinction as it is caused by the subjective approach to the concept of «relaparotomy».

Degree of scrutiny of the problem. In the standard understanding the relaparotomy is a repeated operation on a belly. Relaparotomy is the surgery directed on treatment of the heaviest postoperative complications, carried out in a difficult condition, which is created by the previous operation (Doeksen A et al., 2007; Torer N et al., 2010; Addeo P et al., 2013; Kiewiet JS et al., 2013; Raagab AE et al., 2014).

For the purpose of objectification of indications for a relaparotomy modern paraclinical and instrumental methods of research were applied in recent years. However their role in a complex of postoperative diagnostic actions is underestimated (Nazyrov FG, Devyatov VYa. 2005; Brasel K et al., 2009; Levin I et al., 2012; Sak ME et al., 2012).

Some authors suggested singling out so-called disturbing symptoms: violation of cardiovascular and respiratory systems activity, metabolism, immunity; polyorganic insufficiency and septic shock (Katharine AB et al., 2011; Christopher M et al., 2012; Marwah S et al., 2012; Qing-Guo L et al., 2013; Akinci M et al., 2014).

According to Hadzhibayev A.M. with co-authorship (2011) the problem of treatment of postoperative complications has become especially relevant at various levels of the emergency services in our Republic. Therefore, for example, at the level of sub branches of the emergency centres and regional hospitals, quite often, the decision on the need of a relaparotomy has an empirical character, and the lack of the standardized approach to tactics of maintaining this heavy category of patients often leads to a fatal outcome.

Thus, the timely high-quality diagnostics and the standardized rational medical tactics at the intra-abdominal complications arising after operations on abdominal organs remain to be one of the most difficult problems of clinical surgery.

Connection of the dissertational research with the thematic plan of the scientific-research works is reflected in following projects: dissertation is made in accordance with the plan of scientific research of RSCS named after academician V.Vahidov on "Development and implementation of improved methods of diagnosis and surgical treatment of inflammatory and structural processes of the pancreas" (ITSS-4-1, 2009-2011).

The purpose of the study is to improve the results of patients' treatment with postoperative intra-abdominal complications by the structural multicentre analysis of the reasons of their development, to improve early diagnostics and tactics of a relaparotomy.

In accordance with the purpose of the research **following tasks were solved:**
to study the main structure of the carried-out planned and emergency interventions depending on the level of surgical service of the Republic;

to carry out the multicentre structural analysis of the relaparotomy frequency in the emergency and planned surgery at the level of the Republican specialized center of surgery, city and regional hospitals and regional clinics;

to estimate opportunities and efficiency of clinical and diagnostic potential of various level of surgical service hospitals in comparative aspect;

to study structure of the main reasons for repeated interventions after abdominal operations

to determine frequency of development and factors of adverse outcome of repeated interventions at different postoperative intra-abdominal complications;

using scanning electron microscopy to investigate the morphological structure of the new domestic haemostatic agent «MGS-1» on an experimental parenchymal hemorrhage;

estimate clinical effectiveness of new domestic haemostatic agent «MGS-1»;

to optimize the choice of surgical treatment of patients with different postoperative intra-abdominal complications.

The object of the research - was 904 patients from 16 medical institutions of the Republic of Uzbekistan, who were divided into 3 levels of surgical service. In group I (National level) 605 patients were included who were observed in the RSCS named after academician V.Vahidov, 222 patients who were observed in various institutions of the city and regional level, 77 patients who were observed in 9 district hospitals of the Republic of Karakalpakstan.

The subject of the research - the results of the relaparotomy at various postoperative complications, as well as the methods for their early diagnosis.

Methods of the research. During the research were used clinical, instrumental (ultrasound, endoscopic and radiology), experimental, morphological studies and statistical methods.

The scientific novelty of dissertation is as follows:

for the first time on the basis of a multicenter evidence, based on the results of early reoperations during intra-abdominal complications, determine the frequency, the main causes and prognostic factors of relaparotomies, concretized the basic principles and approaches to the selection of optimal diagnostic and treatment tactics, depending on the capacity of health institutions at various levels of surgical service;

developed a new form of domestic haemostatic agent «MGS-1» on the basis of collagen intended to stop the bleeding from parenchymal organs and failure of joints of hollow organs;

by experimental and morphological studies have examined the properties of «MGS-1», optimized production schedules receipt with an improved hemostatic effect is not inferior to an expensive foreign analogues;

in «in vitro» experiments proved that the mechanism of action of the hemostatic «MGS-1» is associated with the effect on vascular-platelet hemostasis, increasing the amount of blood, and the adhesive-platelet aggregation with increased retraction clot formed;

in «in vivo» studies determined that the application to the area of damage of a haemostatic agent «MGS-1» along with platelet activation system is a decrease in capillary permeability, followed stops bleeding for 1.5-2.0 minutes.

for the first time in clinical conditions proved highly effective «MGS-1» stop and prevention of recurrence of hemorrhagic syndrome;

comparative and integrated evaluation of the effectiveness of integrated prognostic scales, allowed to develop adapted for multilevel surgical service protocols for patients with postoperative intra-abdominal complications, to adequately assess the risk and the choice of optimal tactics of repeated operative intervention;

proven the feasibility and effectiveness of the proposed algorithms for surgical treatment in patients with postoperative intra-abdominal purulent-septic (peritonitis, acute destructive pancreatitis, abdominal abscesses) and other specific (intra-abdominal bleeding, acute intestinal obstruction) complications.

Practical results of the research are the following:

for practical health care offered optimum protocols and standards of diagnostic and treatment tactics in patients with postoperative intra-abdominal complications, adapted to the different levels of the health system of surgical service in Uzbekistan;

investigated risk factors of relaparotomy and analysis of the causes of postoperative intra-abdominal complications, their impact on the incidence of poor results and the structure of the main causes of mortality;

for practical surgery for the first time carried out clinical and experimental study of the application of new domestic haemostatic agent «MGS-1», proven its high efficiency to stop and prevent bleeding from parenchymal organs and failure of joints of hollow organs;

based on the evaluation of the effectiveness of different prognostic scales integrated, unified computer programs designed for optimal diagnostic and treatment tactics of postoperative intra-abdominal complications;

stratified risk factors of relaparotomy allow to optimize surgical tactics in relation to the selection of urgency and an adequate level of alleged interference, thereby significantly improve the results of treatment of this category of patients.

Reliability of obtained results is grounded on the fact that the methods of solving the problems discussed in the thesis are based on current scientific and practical ideas and approaches to the diagnostics and surgical treatment of patients with postoperative complications requiring reoperations. The decision of the considered problems was a modern proven method of medical statistics.

Theoretical and practical importance of the results of the research. The theoretical significance of the study results is that the regulations, conclusions and proposals obtained by the applicant make a significant contribution to the study of clinical and functional characteristics of post-operative abdominal complications requiring relaparotomy with high risk of fatal outcome and disability. The main theoretical results of the study are the basis for further study of the peculiarities of the course of these severe complications in order to create new competitive methods of diagnostics and treatment. The individual results can be used to improve the content and structure of the training program for students as well as for graduates and clinical surgeons for diagnostics and treatment of patients with post-operative emergency abdominal pathology.

The practical value of the work lies in the fact that the main conclusions and recommendations contained in the paper can be used in the diagnostics and treatment of postoperative complications requiring implementation of relaparotomy at health institutions of various levels. On the basis of the unification of survival prediction criteria as well as the complication incidence after various variants of interventions requiring relaparotomy the integral programs were designed for practical public health system to determine the severity of patients' condition and to assess the risk of implementation of various interventions. The analysis of the incidence of complications after different kinds of interventions made it possible to determine the potential need to perform a variety of surgical procedures for the prevention of complications, including relaparotomy. Algorithms and integrated programs for practical surgery which do not require special skills to use and help to solve the problems of conducting this group of patients were developed.

Realization of study results. The developed algorithms for choosing surgical treatment of postoperative abdominal abscesses, ileus, postoperative peritonitis and a new domestic hemostat «MGS-1» implemented in practical public health services, including the activities of RSCS, Nukus, Bukhara and Samarkand branch of the RSCEMA (Conclusion №19 the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan from 10.03.2015 years). The results of research allow to optimize diagnostic methods assess the severity of complications requiring relaparotomy, specify the tactical aspects of management of this group of patients, reduce the risk of recurrence of parenchymal bleeding from 23.1% to 10% mortality by 20-25% and 30% of the length of stay of patients in hospital.

Approbation of the work. The main provisions contained in the dissertation presented and reported at 6 scientific-practical conferences and congresses, including 3 international conferences, in particular, at the National NPC with international participation «Actual problems of surgical gastroenterology» (2007, Sochi), «XI International Eurasian Congress of surgeons and gastroenterologists» (2008, Baku), "Actual problems of surgery» in memory of academician L.V.Poluektova (2012, Omsk); and 3 national conferences: «Actual problems of the organization of emergency medical aid: issues nozokominalnoy infection in emergency medicine» (2008, Samarkand), «Vahidov Readings - 2009» (2009, Gulistan), «I-st Congress of the Association of Physicians of emergency medical aid» (2009, Tashkent), «Actual problems of the organization of medical emergency. care: prevention, diagnosis and treatment of post-operative complications in emergency surgery» (2012, Tashkent), a meeting of the Academic Council of RSCS named after academician V.Vahidova (2012, Tashkent) and the scientific seminar of the Scientific Council (Tashkent, 2015).

Publication of the results. On the topic of the dissertation is published 29 publications (13 scientific articles, 16 abstracts of scientific papers), including 4 scientific articles and 6 abstracts of scientific papers in international journals, and 3 patents for official registration of the program for electronic computers.

The structure and volume of dissertation. Material of dissertation work is presented on 193 pages of typewritten text, illustrated with 42 figures and 126 tables. The bibliography includes 358 sources, of which 121 - english-speaking authors. The dissertation consists of introduction, literature review, the material and research methods, five chapters of researching results, conclusions, conclusions, practical recommendations and a list of references.

Main contents of dissertation

In the introduction the actuality of dissertation work, formulated the goal and objectives of the study, the main provisions for the defense, is a scientific novelty, scientific and practical significance of the results, provides information about testing and the publication of results, the volume and structure of the short dissertation.

In the first chapter «Current state of relaparotomy problem» review of the literature consisting of ten sub-chapters is presented. They provide information about the current state of the relaparotomy problem, including a description of postoperative complications in abdominal surgery, terminology and classification of relaparotomies and indications for their implementation. The data on the frequency and causes of postoperative peritonitis, intestinal obstruction, bleeding, pancreatitis and abdominal abscesses is also reviewed. The questions of medical diagnostic laparoscopy in the early postoperative period and modern scale assessing the severity of the condition and outcome prediction in patients with postoperative intra-abdominal complications were considered.

The second chapter «Materials and methods» outlines the main areas for the research. The main focus for the study was a multicentre analysis of the causes and results of repeated interventions for postoperative intra-abdominal complications at various institutions of different levels of surgical service. The study included patients' outcomes in 16 health facilities, which were divided into 3 groups of the study.

In group 1 (National level) 605 patients were included who were observed in the RSCS named after academician V.Vahidov in all abdominal departments from 1976 to 2008 inclusive. In group 2 (Urban and regional level) 222 patients were included who were observed in various clinics of city and regional surgical departments which provide basic care for the population of the city or the region as a whole: Nukus branch of RSCEMC - 47 patients; Tashkent City Hospital №1 - 51 patients and №7 - 71 patients; Tashkent regional diversified medical center - 18 patients; City Clinic of Samarkand - 14 patients; Clinic of Samarkand State Medical Institute - 21 patients. In group 3 (district hospital) included 77 patients who were observed in 9 district hospitals of the Republic of Karakalpakstan.

For an adequate analysis all the patients were also assigned by the type of primary intervention for emergency and planned surgery (tab. 1).

Table 1.

Distribution of patients according to the study group, depending on the level of surgical service and the urgency of primary surgery

Clinics/Hospitals	Scheduled operations		Emergency operations			Total
	Group 1	Group 2	Group 1	Group 2	Group 3	
Republican Specialised Surgery Centre named after Vakhidov	353		252			605
Nukus branch of RSC EMC				47		47
CCH №7				71		71
CCH №1		14		37		51
Tashkent regional multidisciplinary medical centre		5		13		18
Clinic of Samarkand city		10		4		14
Clinic of SamMI		17		4		21
District hospitals of the Republic of Karakalpakstan					77	77
Total	353	46	252	176	77	904

It should be mentioned that district hospitals in most cases make emergency interventions, and patients for the planned surgeries were mainly dislocated to the clinics of urban, regional and national importance.

The third chapter «Frequency of early relaparotomies in the structure of emergency abdominal surgery and factor analysis of the structure and the causes of early postoperative complications» introduce the rate of early relaparotomies in the overall structure of emergency abdominal surgeries and factor analysis of the structure and causes of early postoperative complications were described. The complexity spectrum of surgical interventions was divided into 3 groups accepted in RSCS:

1. General surgical operations not requiring specific surgical instruments, expanding the scope of the proposed intervention, prolonged resuscitation and accordingly narrow specialist's profile.

2. High-tech operation: the implementation of which depends on two components, on the one hand, it is surgical, diagnostic and anesthetic-resuscitation equipment of the clinic, and on the other - qualification of surgeons

3. Operations carried out mainly in the Republican Centers: they are related to a severe category of patients and depend on the specialization and qualification of surgeons, adequate equipment with special diagnostic, surgical devices and tools, the ability to dynamically monitor, qualified anaesthetic and resuscitative services.

In the structure of all operations in the Group 1 the share of general surgical interventions was 51.2%; of high-tech - 46.6% and performed primarily in the Republican Centre - 2.2%. In Group 2, these figures were - 94.9%, 5.1% and 0.05% respectively. In Group 3 99.7% were general surgical interventions and 0.3% the high-tech operations.

Table 2

Distribution of patients according to the complexity of operation

Category of operation	Group 1			Group 2			Group 3		
	Q-ty oper.	Rela-parat.	Freque-ncy	Q-ty oper.	Rela-parat.	Freque-ncy	Q-ty oper.	Rela-parat.	Freque-ncy
Category of general surgery									
Appendectomy	928	1	0,11%	22025	39	0,18%	18734	25	0,13%
Suturing or cessation of bleeding in gastric ulcer and 12 duodenal ulcer	124	2	1,61%	1625	41	2,52%	481	17	3,53%
Operation for intestinal obstruction.	147	8	5,44%	972	51	5,25%	473	26	5,50%
Cholecystectomy	411	3	0,73%	1503	10	0,67%	257	5	1,95%
Echinococcectomia	106	2	1,89%	211	1	0,47%			
Hernioplasty	223	3	1,35%	441	7	1,59%			
Patsiora's operation				22	1	4,55%			
Sanation of the abdominal cavity							35	1	2,86%
Total	1939	19	0,98%	26799	150	0,56%	19980	74	0,37%
Mean value (M±m)	<i>1,86±0,76%</i>			<i>2,18±0,77%</i>			<i>2,78±1,14%</i>		
Category of high technology									
Gastrectomy Billroth -1	77	3	3,90%	168	8	4,76%	37	2	5,41%
Gastrectomy Billroth -2	44	2	4,55%	86	5	5,81%	17	1	5,88%
Vagotomy with drainage operation	3	0	0,00%	26	0	0,00%	-	-	-
Laparoscopic cholecystectomy	1002	1	0,10%	921	1	0,11%	-	-	-
Cholecystectomy with bile duct draining	346	10	2,89%	131	4	3,05%	-	-	-
Outside draining of bile ducts	69	5	7,25%	12	1	8,33%	-	-	-
Dissection of bursa omentalis	62	3	4,84%	-	*	-	-	-	-
Collateral holetsistoenteroanastomoz with enteroenteroanastomosis	75	2	2,67%	85	4	4,71%	-	-	-
Disparate surgery for portal hypertension	88	3	3,41%				-	-	-
Total	1766	29	1,64%	1429	23	1,61%	54	3	5,56%
Mean value (M±m)	<i>3,29±0,76%</i>			<i>3,82±1,14%</i>			<i>5,65±0,24%</i>		
Category performed primarily in the Republican Centre									
Reconstructive surgery on the stomach	6	1	16,7%	6	1	16,7%	-	-	-
Gastrectomy	3	1	33,3%				-	-	-
Hemicolectomy	4	1	25,0%	4	1	25,0%	-	-	-
Biliodigestive anastomoses	21	5	23,8%	4	1	25,0%	-	-	-
Reconstructive restoration surgery of hepaticocholedochus	51	5	9,80%				-	-	-
Total	85	13	15,3%	14	3	21,4%	-	-	-
Mean value (M±m)	<i>21,72±3,98%</i>			<i>22,23±2,77%</i>			<i>-</i>		

Note: * - two patients in group 2 with acute pancreatitis had only cholecystectomy (classified in the category of general surgery)

In group 1, general surgical procedures performed in 1939, of which 19 patients (0.98%) produced relaparotomy. In group 2, the figure was 0.56% (150 out of 26,799 patients). In group 3 0.37% (77 out of 19 980 patients). However, these measures are averaged on the total amount of operations. If we consider the frequency relaparotomies only in this perspective, it is not entirely objective. Therefore, Table 2 also shows the average rate of repeated interventions, depending on the range of operations, calculated not on the total number of interventions, and the relative performance indicators relaparotomies. These data most objectively reflect the frequency of repeated interventions, depending on their complexity.

In the structure of intra-abdominal complications, require the fulfillment of repeated operative intervention fundamental frequency of peritonitis accounted for 36.8% (31.3% in the RSCS, 43.8% - in city and regional hospitals, and 39.0% - in district hospitals); bleeding 23.0% (intraabdominal - 19.4%, 7.4% and 6.5% respectively in the gastrointestinal lumen - 10.3%, 9.7% and 7.8%); acute intestinal obstruction 19.0%; 27.8% and 35.1%; the remaining 15.4% of cases were the cause of a limited abdominal abscesses; acute pancreatitis; eventration and jaundice.

The conducted analysis showed that the attempt of implementation of hi-tech operations in urgent surgery promoted the risk of the repeated interference in a group 1 in 1,68 times. In group 2 this index made up— 1,61 and accordingly the risk increased in 2,88 times. In group 3 these interferences can result in relaparotomy at 5,56 out of 100 patients, with the increase of risk degree in 15 times ($P < 0,001$). The attempt of implementation of the most difficult category of operations on the heavy contingent of patients, increases a former degree of risk in group 1 in 9,31 times and in group 2 in 13,31 times (figure 1)

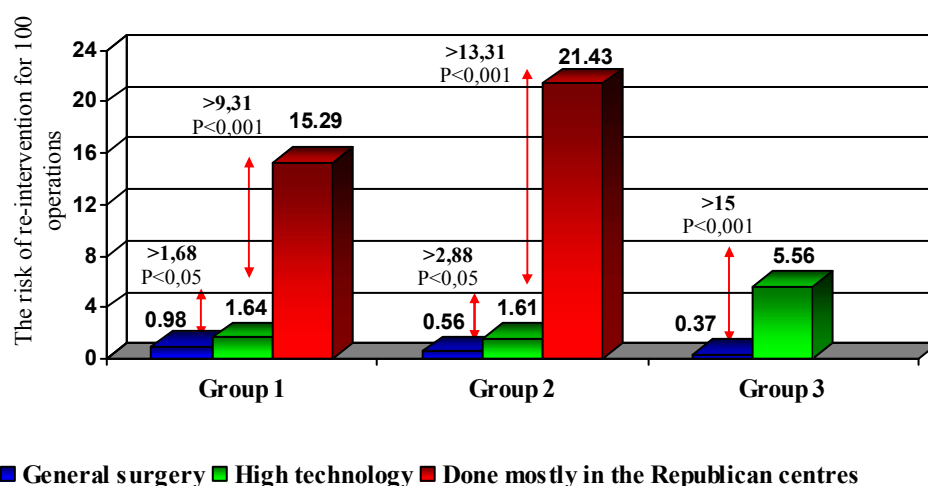


Figure 1. Growth rate risk of re-intervention, depending on the complexity of the primary operations in 100 operations

The next stage of the study was to analyse the factors that influenced the early postoperative period and the need for re-intervention. To assess the quality of surgical care provided and verification of various causes of postoperative

complications during the analysis of case histories the following factors were systematized : Underestimating the underlying pathology; Late diagnosis of other complications; Tactical errors; Technical errors; Therapeutic and prophylactic shortcomings; The progression of the pathological process and the OPA; Initially severe physical status; Complications of non-tactical-technical and medical characteristics.

Irrespective of the level of surgical service the major factors which caused development or progressing of early postoperative intra-abdominal complications were diagnostic, tactical and technical and treatment-and-prophylactic errors. In its turn the share of tactical and technical mistakes in clinics of republican importance made up 56,7% it was due to the more difficult category of operations; the share of diagnostic mistakes made up 2,8%, 12,5% and 32,5% in regional clinics, and treatment-and-prophylactic defects – 6,7%, 11,9% and 15,6% respectively.

In group 1 after performance of primary general-surgical interventions lethality frequency of made up 37,3%, after hi-tech operations – 57,3% and after the most difficult category of operations – 48,1%. In group 2 these indicators were distributed as follows: 48,0%, 47,8% and 66,7%, in group 3 – 27,0% and 33,3% respectively.

The fourth chapter «Frequency of reoperation in the overall structure of the planned abdominal surgery and factor analysis of the structure and the reasons of early postoperative complications» reports relaparotomies structure after planned abdominal surgery. The first group 353 patients who undergone repeated interventions were included into the first group. They were followed in the RSCS named after akad.V.Vahidov from 1976 to 2008. The second group including 46 patients was treated in various structures of the regional and city surgical service.

Depending on the level of the planned surgical service the frequency of reoperation was 0.61% -at the Republican Centre and 0.38% - at the level of regional and city services.

In the structure of primary planned operations the share of general surgical interventions in Republican clinics made up 36.6%; of high-tech - 52.6% and the ones that were performed mainly in the Republican Centres made up - 10.8%; at clinics of regional and city level, the figures were 64.0%, 35.2% and 0.8%, respectively. Thus, depending on the complexity of undertaken surgery the risk of intra-abdominal complications, causing repeated operation among patients of the Republican Centre, increased by 2.48 times when planning a high-tech operation and by 4.42 times during the most difficult operations; and in regional and city hospitals the risk increased by 2,32-10,08 times.

In the structure of all the intra-abdominal complications, which needed the performance of repeated surgery fundamental frequency occurred at bleeding by 34.1% (34.8% in the RSCS; 28.3% - in city and regional hospitals); peritonitis - 32.8% (31.7% and 41.3%); abdominal abscesses limited 10.5% of cases (9.9% and 15.2%); acute ileus (intestinal obstruction) - 8.8% (9.1% and

6.5%); the remaining 13.8% of cases were the cause of acute pancreatitis - 6.5% (6.8% versus 4.3%), eventration - 2.0% (1.7% versus 4.3%), jaundice in 1 8% (2.0% RSCS) patients.

Comparing the data of the emergency and planned surgeries it is possible to conclude that depending on the level of surgical service the main load of emergency pathology falls on the district, regional, regional and city clinics performing mainly (94,9-99,7%) of general surgical range of operations. In these health care facilities only 20,2% of operations are planned and from which more than 64,0% are general surgical interventions. In its turn it should be mentioned that hi-tech and specialized interventions are carried out mainly in the Republican centres.

The fifth chapter «Aspects of standardization of complex diagnostics and surgical tactics in postoperative peritonitis (PP)». In group 1, the PP was observed in 79 patients; in group 2, 77 patients in the group of 30 patients after 3y primary emergency operations..

The diagnostics of PP is a special problem because of the erased clinical picture. Diagnostic monitoring, exactly its quality, depends on the level of surgical service as well. Thus the analysis carried-out to assess the possibility of the performance of various methods of diagnostics showed that if the clinical and laboratory investigations were carried out to all patients in comparing groups, then the potential opportunities of tool methods were much lower in group 2 and especially in regional clinics. Especially it related to radial methods of diagnostics.

Depending on the etiology of peritonitis repeated operations were distributed in the following complications: failure of sutures after sutured fistulization or perforation; bile peritonitis (failure of the stump of the cystic duct, common bile duct iatrogenic injury, suture failure biliodigestive anastomosis); peritonitis of other etiologies - cases where peritonitis develops after primary surgery without verified provoking factor, progressed after primary surgery or emergency situation is not verified primary diagnosis - diverticulitis (Meckel) with perforations (group 3 - 2 patients who performed an appendectomy), the development of appendicitis with peritonitis in a patient group 3 after suturing perforated ulcer, duodenal ulcer perforation development (group 1 - 2 patients after hemicolomectomy and echinococcectomy) and ascites-peritonitis in cirrhotic patients after splenectomy, which led to the eventration.

Overall mortality rate after repeated interventions for PP reached 46.8% - in the RSCS, 62.3% - in the hospitals of city and regional level and 36.7% - in district hospitals.

The analysis showed that side by side with the severity of patients' condition due to different diagnostic, tactical, technical and medical errors the lack of standardized tactics of patients' treatment made a definite influence on the outcome. In this connection, we applied several prognostic scales to produce tactical algorithm. The possibility of assessing Mannheim peritonitis index (MPI) (Mannheim Peritonitis Index, M. Linder et al., 1992) was initially

examined retrospectively. Mortality in the MPI amounted to 21 PIONts in Group 1 - 10.5%. In group 2, mortality in the first MPI degree was 14.3% in group 3 11.8%. A significant increase in mortality was identified in the MPI of the second degree - 35.3%, 64.5% and 63.6%. The frequency of mortality at MPI of the third degree was the most maximal and in group 1 it made up – 88,5% and in other groups – 100%.

The analysis was carried out to assess the probability of repeated intervention for determining a prognostic index of a relaparotomy (PIR) (PIR, Pusajo J.F et al., 1993). Having carried out the retrospective analysis it is possible to establish that fact that at all simplicity of application of this index according to the clinical record we could distribute patients on the PIR only in group 1 at 61 patients and in group 2 at 22 patients. If to be based on this index, it is possible to assume that repeated interventions to some part of patients were carried out without absolute indications, especially in group 2, it proves that about a third of repeated interventions were limited to the isolated sanitation of an abdominal cavity, and a reliable source of PP wasn't was not identified in the majority of the cases. Distribution of lethality frequency depending on the PIR showed that at the PIR until 20 PIONts the lethality mad up 10% and 14,3%. At PIR from 20 to 22 PIONts lethality frequency has sharply increased and reached – 48,0% and 66,7%; at PIR 23-24 PIONts – 81,0% and 100%.

The objective integral and quantitative estimation of severity of a patient's state at an abdominal sepsis cannot be executed without the use of objective estimation of degree of organic violations. The system of estimation of SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment, Vincent J., 1996), intended for the dynamic estimation of severity of poliorganic dysfunction and efficiency of treatment measures is the most comfortable and simple for application. It is also necessary to mention that the retrospective distributing of patients became possible only in groups 1 and 2, thus actually only at one third of these patients. According to distribution on severity at SOFA index the lethality frequency made up in group 1 at SOFA in 1-4 PIONts – 10%, 5-8 PIONts – 45% and more than 9 PIONtss – 100%, in a group 2 – 25%, 50,0% and 100%.

The conduct of patients with postoperative intra-abdominal complications must be strictly standardized and taking into account the equipment of the considered clinics, all evaluation criteria must be feasible and maximally simplified. In this connection, an undertaken study allowed to produce the algorithms of conduct of patients with the abdominal pathology complicated by peritonitis (fig. 2).

For determination of treatment tactics for patients with PP we suggest to apply two integral systems jointly – PIR and dynamic estimation of poly-organic dysfunction severity and efficiency of treatment measures according the SOFA scale (fig. 3).

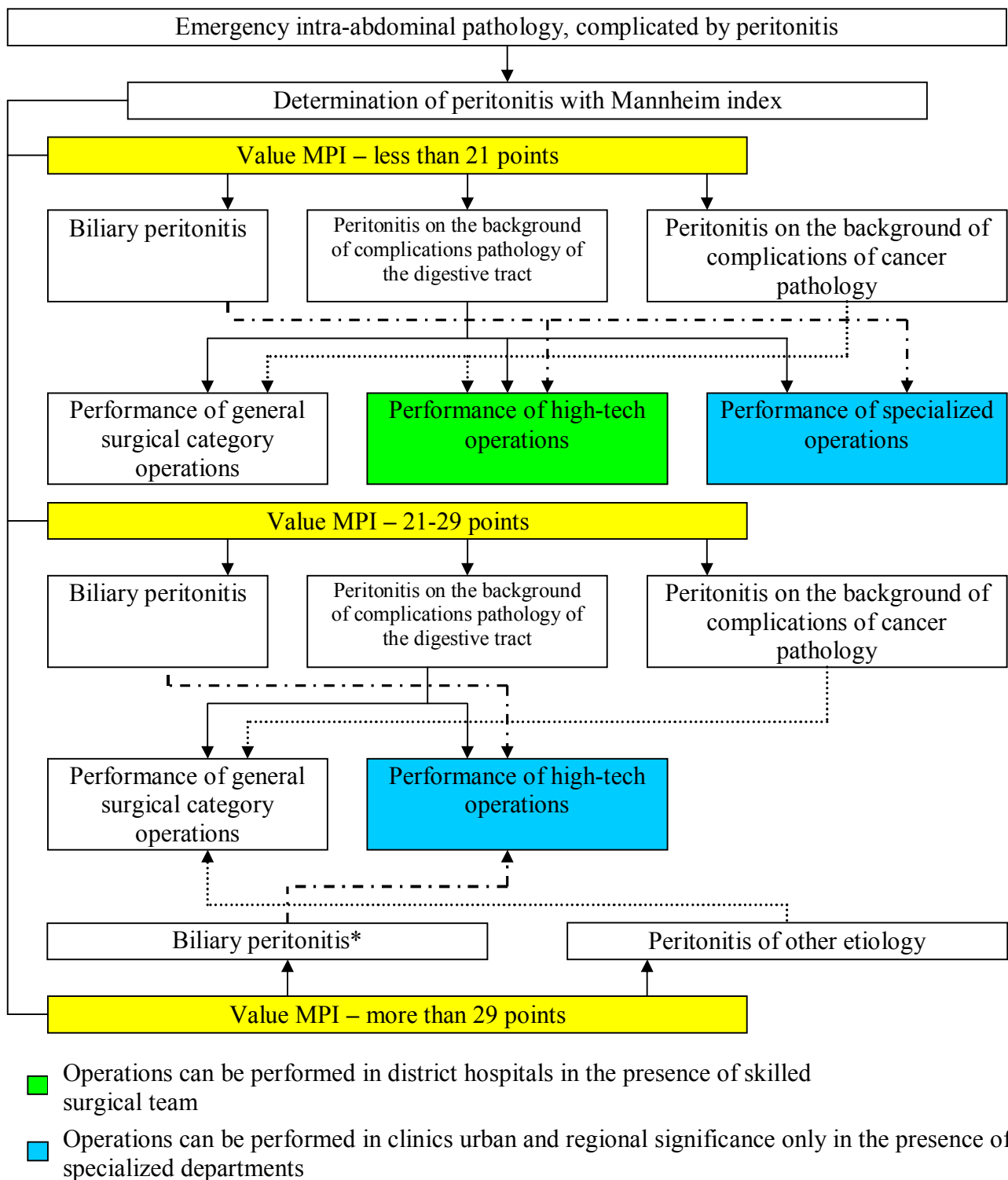
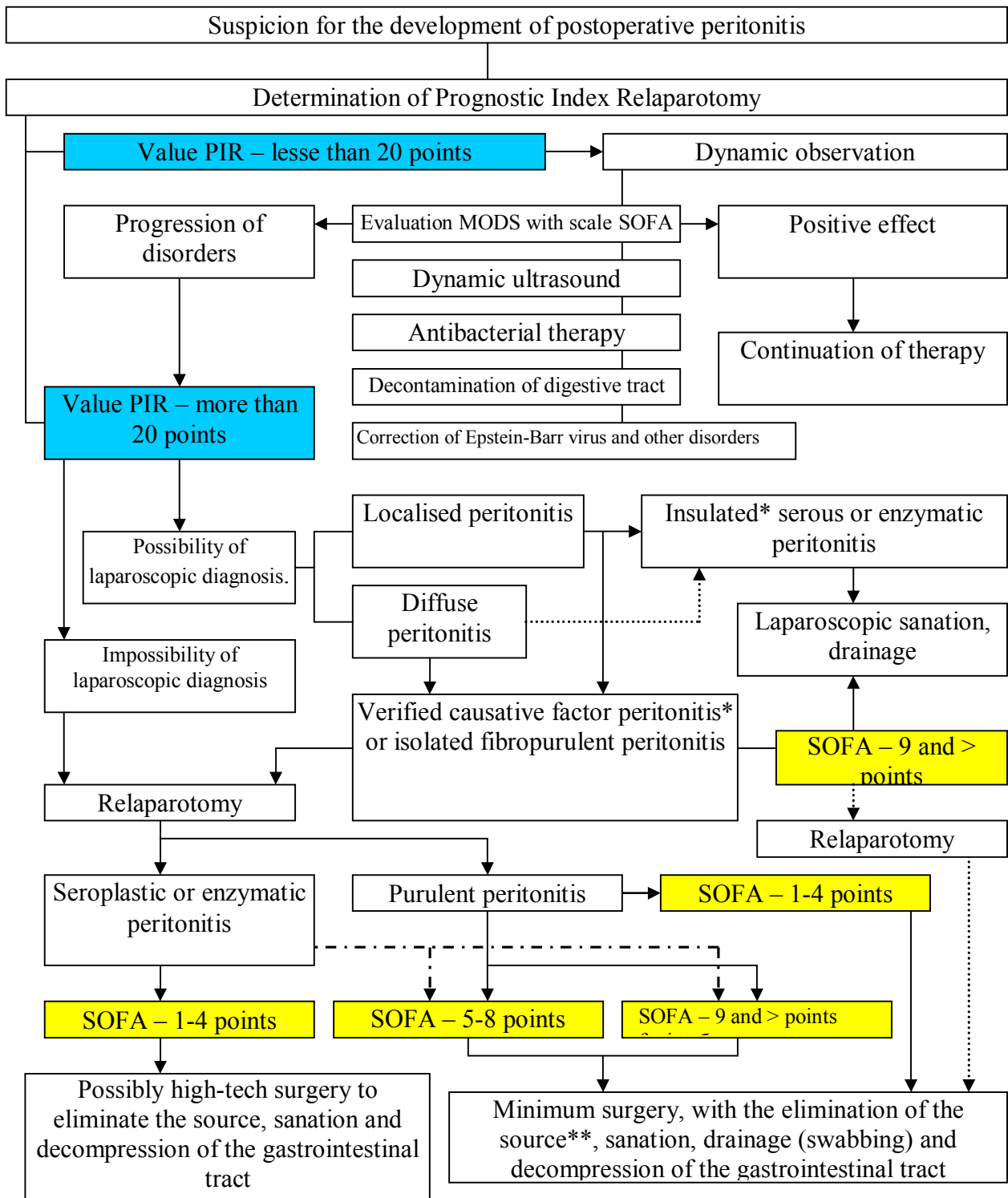


Fig. 2. Tactical algorithm of choice category for operation complications at patients with peritonitis



Note: * - isolated peritonitis - as an independent complication; verified causal factor - periodontitis as a manifestation of other complications;
 ** - In severe cases with 8-12 SOFA scores may only conduct sanitation with drainage the abdominal cavity and swabbing source.

Fig. 3. Algorithm choice of tactics for treatment of patients with suspected postoperative peritonitis, depending on the severity of MODS

The sixth chapter «Analysis of the results of repeated interventions for postoperative bleeding and assessment of efficiency of domestic haemostatic agent (MGS-1) with recurrent parenchymal hemorrhage» presents the results of repeated interventions apropos of postoperative bleeding. The frequency of bleedings in the groups under study was distributed as follows. In group 1, 26 (10,3%) patients had haemorrhages into the lumen of the gastrointestinal tract; intra-abdominal bleedings were observed at 49 (19,4%) patients; after planned operations 39 (11,0%) and 84 (23,8%) respectively. In group 2 – 17 (9,7%) and 13 (7,4%) after the emergency operations and 3 (6,5%) и 10 (21,7%) after planned interventions; in group 3 – 6 (6,5%) after the emergency operations.

The analysis showed that, unlike average literature data the cases of postoperative bleeding in Republican hospitals were 1.5-2.0 times higher, wherein the level of lethality increased respectively. Exactly this group of complications is a consequence of surgical defects or errors.

If you look at the frequency of mortality in general, its high proportion in group 1 is somewhat puzzling, however, if an analysis of the dependence of mortality on the severity of blood loss, the situation is distributed according to the level of immediate surgical service, that is, mortality increases with the worsening of the patient's condition and according to the level of a hospital - from RSCS to district hospitals. If we consider the proportion of surgical errors, the following can be noted. In group 1, 198 patients with bleeding in 40 (20.2%) patients, the presence of severe somatic state, MOF, of anticoagulation, one could assume the development or recurrence of intra-abdominal and gastro-duodenal haemorrhage, that is bleeding may develop even with flawless execution of intervention and high-quality of conservative therapy. In its turn, in Group 2 the number of these patients was limited to 9.3% (4 out of 43 patients) and in group 3 according to the histories of the patients the cases of bleeding were not found at all. Hence, the frequency of surgical tactical and technical errors provoking postoperative bleeding factor reaches in Group 1 - 79.8%, in Group 2 - 90.7% and in Group 3 - 100%.

Thus, in contrast to the average literary-data on the surgical service of the Republic the postoperative bleeding complications in the structure of all complications take the 2nd place, reaching 14,3-29,8% after emergency interventions and 28,3-34,8% after the planned operations, the frequency of mortality in the background of these complications is 27,3-57,3% and 30,8-37,4%, respectively, and in the structure of provoking factors of developing postoperative hemorrhage depending on the surgical service the tactical and technical errors account for 79, 8-100% of cases.

We have evaluated the effectiveness of of domestic local haemostatic agent «MGS-1» with recurrent parenchymal hemorrhage. The experimental part of the research carried out by 40 nonlinear white male and female rats with an initial weight of 140 ± 10

«MGS-1» represents a monomorphic eosinophilic structures with areas of enlightenment and individual basophilic streaks (Fig. 4)

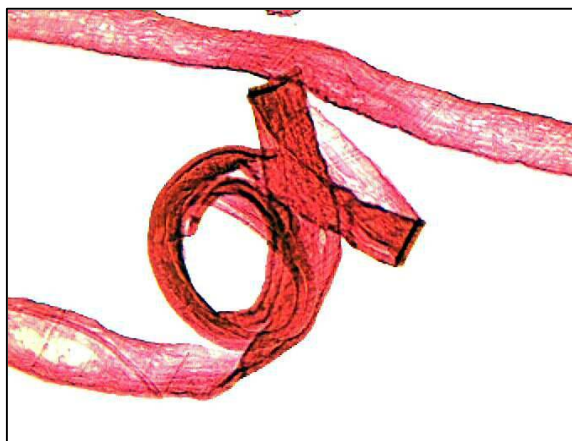


Fig. 4. Agent «MGS-1». Native drug monomorphic eosinophilic structures with areas of enlightenment. G-E 10x10

Studies «in vitro» showed that the hemostatic mechanism of action of the drug is related to its effect on the vascular-platelet hemostasis, an increase in the blood and the amount of adhesive-platelet aggregation. Along with the activation of platelets is a decrease capillary permeability, which leads to an increase in the formed clot retraction.

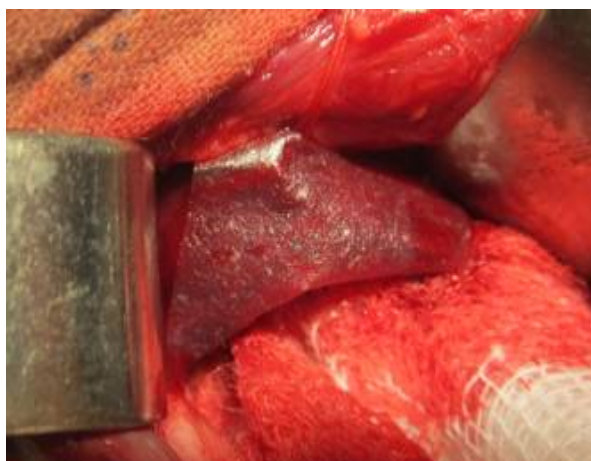


Fig. 5. Application of haemostatic agent «MGS-1».

In a pilot study «in vivo» studied the specific activity of the hemostatic film «MGS-1». For this purpose, in vitro experimental animals, on the model of the liver parenchymal hemorrhage (boundary and wedge resection) was performed to stop the bleeding (Figure 5).

After application of the «MGS-1» 2 minutes there came the final hemostasis. For morphological study on day 7 slices taken from areas with application of the film along with part of the body. Conducted morphological studies have shown that the film after exposure, tight to the liver tissue. Morphologically, it is manifested in the absence of hematoma between the film and the surface of the body (Figure 6). Clusters of red blood cells are found in the parenchyma of the organ, which has no direct contact with the film «MGS-1». Red blood cells, which are located deep in the tissue on the surface of the agent, tend to be hemolyzed. This indicates that their appearance at the time of application of surgical trauma. Between film and tissue often found microthrombuses that indicates the hemostatic effect of the «MGS-1».

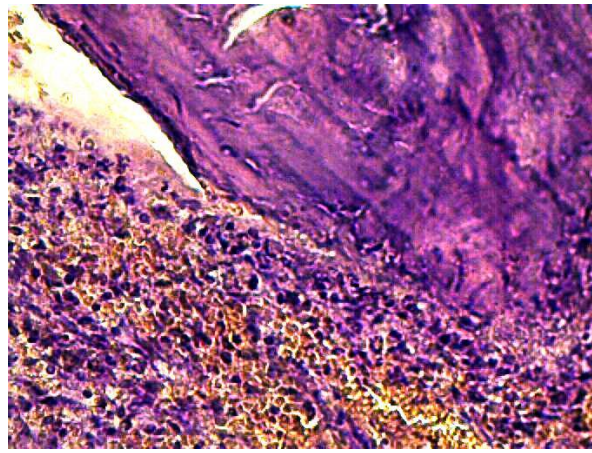


Fig. 6. Light microscopy. Red blood cells in the liver, no hematoma between the film «MGS-1» and the surface of the liver. 7 days. G-E 10x40.

Further analysis of the results stop parenchymal bleeding from the liver and pancreas, as well as the lack of seams of hollow organs followed arozivnym bleeding. It was established that 80% of the bleeding was stopped by needling bleeding vessels and tissues and bleeding swabbing zone gauze (125 patients). Despite good direct haemostatic effect in 96% (120 patients), repeated bleedings were observed in the period from 5 to 10 days at 35% (42) patients, particularly increased probability when removing the tampon. The risk of renewed bleeding arozirovannyh vessels increased to 80%. In a group of 48 patients an additional method of stopping bleeding was the use of local hemostatic agents, such as «Tachocomb» in 25 patients, hemostatic sponge in 13, and we have developed hemostatic film «MGS-1» in 10 patients.

It has been found that immediate haemostatic effect was achieved in all patients. In the late postoperative periods rebleeding due in 12% (3 patients) using «TachoComb» in 23.1% when using the hemostatic sponge (3 patients) and a 10% (1 patient) using the new hemostat «MGS-1». Thus, the implementation of domestic effective local hemostatic agents significantly improved the results of surgical interventions in the parenchymal and recurrent bleeding into the abdominal cavity. When using the new domestic hemostat «MGS-1» risk of recurrence of parenchymal hemorrhage decreased to 10%.

The seventh chapter «Analysis results of repeated interventions for postoperative ileus, abdominal abscesses and acute pancreatitis» 166 patients were operated on postoperative ileus (PI), which made up 18.4% out of all 904 patients; 88 patients were operated because of abscesses in the abdominal cavity - (9.7%); 41 patients with acute pancreatitis - (4.5%).

The frequency of PI in the structure of intra-abdominal complications was 19,0-35,1% after emergency interventions and 6,5-11,0% after planned operations, in its turn, the frequency of mortality after repeated interventions for this complication reached 39.1% (34 out of 87) - in the RSCS; 28.8% (15 of 52) - in the hospitals of city and regional level and 18.5% (5 of 27) - in district hospitals. More over if the leading factors for its development were the tactical and technical errors, inadequate sanitation and decompression of the gastrointestinal tract, then in the formation of a high incidence of fatality the

main importance attached to long-term efforts to conservative treatment, in the result the worsening of a patient's state and the frequency of mortality depended on the manifestations of systemic inflammatory response syndrome (SIRS), which made up 27,7-33,3% at SIRS of average degree and 95,2-100% at the severe SIRS. So, if in all groups PIO phenomena were ascertained after 5 days after the initial surgery, then re-interventions in groups 1 and 2 were carried out somewhat later than in group 3 ($7,1 \pm 0,8$ days against $5,4 \pm 0,2$ days, $P < 0,05$).

Leaning not just on a factor of PI, but comparing it with the severity of SIRS, we can adapt the algorithm for choosing the surgical treatment of this serious complication. A retrospective analysis showed that the maximum period for attempts to solve PI by conservative measures in patients with 1-2 criteria SIRS is 1 day, at a later time the worsening of a patient's state was observed, which evidenced in appearance of an additional criteria out four, and after 3 days 4 days criteria according to SIRS system out of 19 patients in group 1 12 (63.2%) patients with this observation period were determined.

Correspondingly, leaning not only on a factor of PI, but comparing it with the severity of SIRS, it is possible to adapt the algorithm for choosing the surgical treatment of this serious complication. A retrospective analysis showed that the maximum period for attempts to solve PI by conservative measures in patients with 1-2 criteria SIRS is 1 day, at a later time the worsening of a patient's state was observed, which evidenced in appearance of an additional criteria out four, and after 3 days 4 days criteria according to SIRS system out of 19 patients in group 1 12 (63.2%) patients with this observation period were determined.

Correspondingly, the obturative character of impassability verified on the dynamic investigation data (rontgenoscopy, passage through gastro-intestinal tract etc.) with duration period of more than 1 day leads to worsening of a patient's state which demand the timely repeated intervention (fig. 7).

In our observations on the limited abscesses in the abdominal cavity had in group 1 - 12.7% (32) nablyudeneny after emergency surgery, and 9.9% (35) after the planned operations; Group 2 - 4.0% (7) and 15.2% (7), respectively; Group 3 - 9.1% (7) after the emergency operations.

Meaningfully SIRS mortality rate in the presence of three criteria was 25.6% in the group 1, 25.0% in group 2 and 33.3% in Group 3. If four criteria mortality rate reached 63,2-66,7% of . Given these circumstances, the tactical algorithm of these patients can be based on the severity of SIRS (fig. 8).

Attempts to resolve the conservative limited purulent formations in the abdominal cavity must be carried out only up to an average degree of SIRS (presence of three criteria for SIRS).

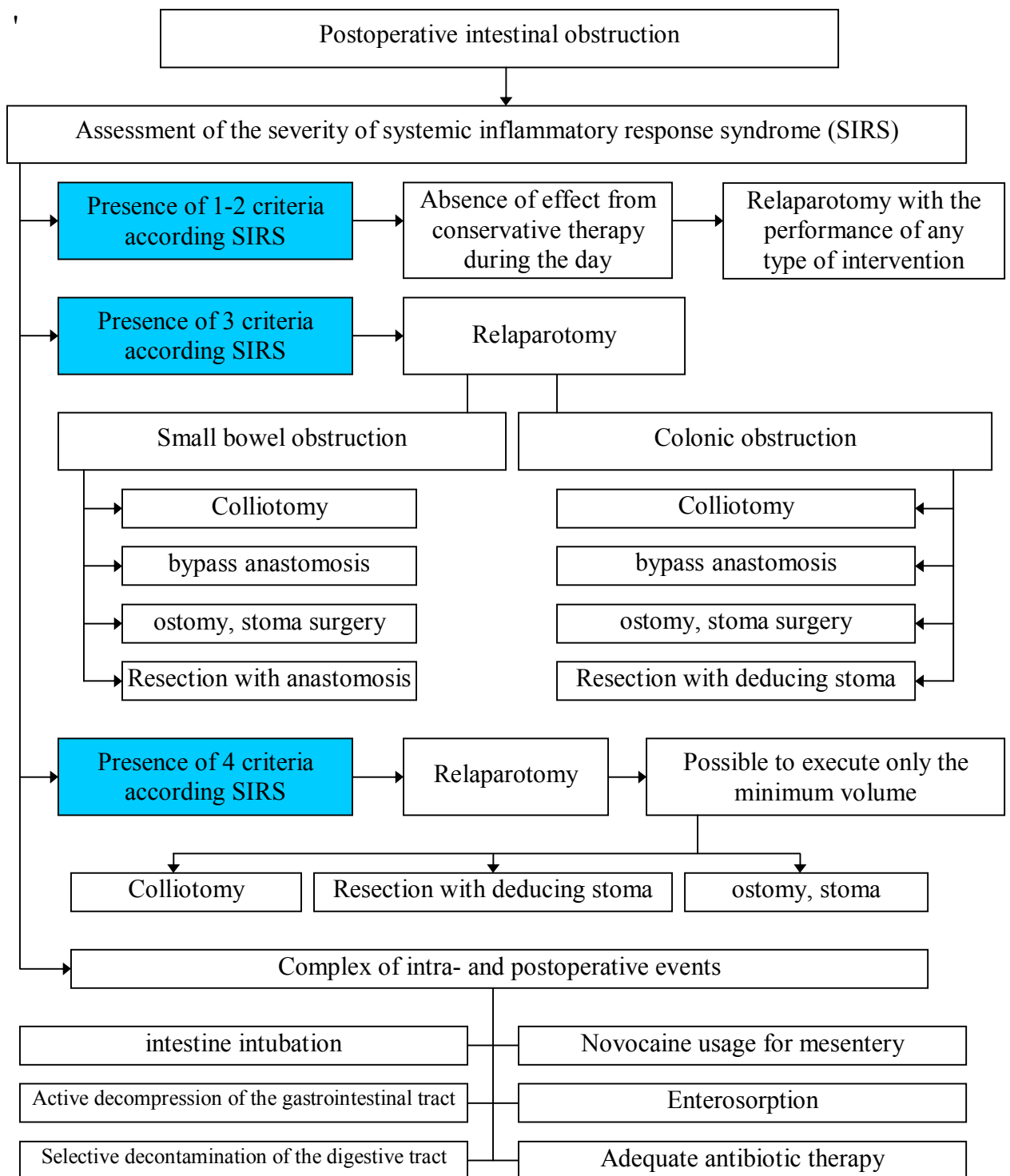


Fig. 7. The algorithm for selecting tactics of surgical treatment for postoperative intestinal obstruction

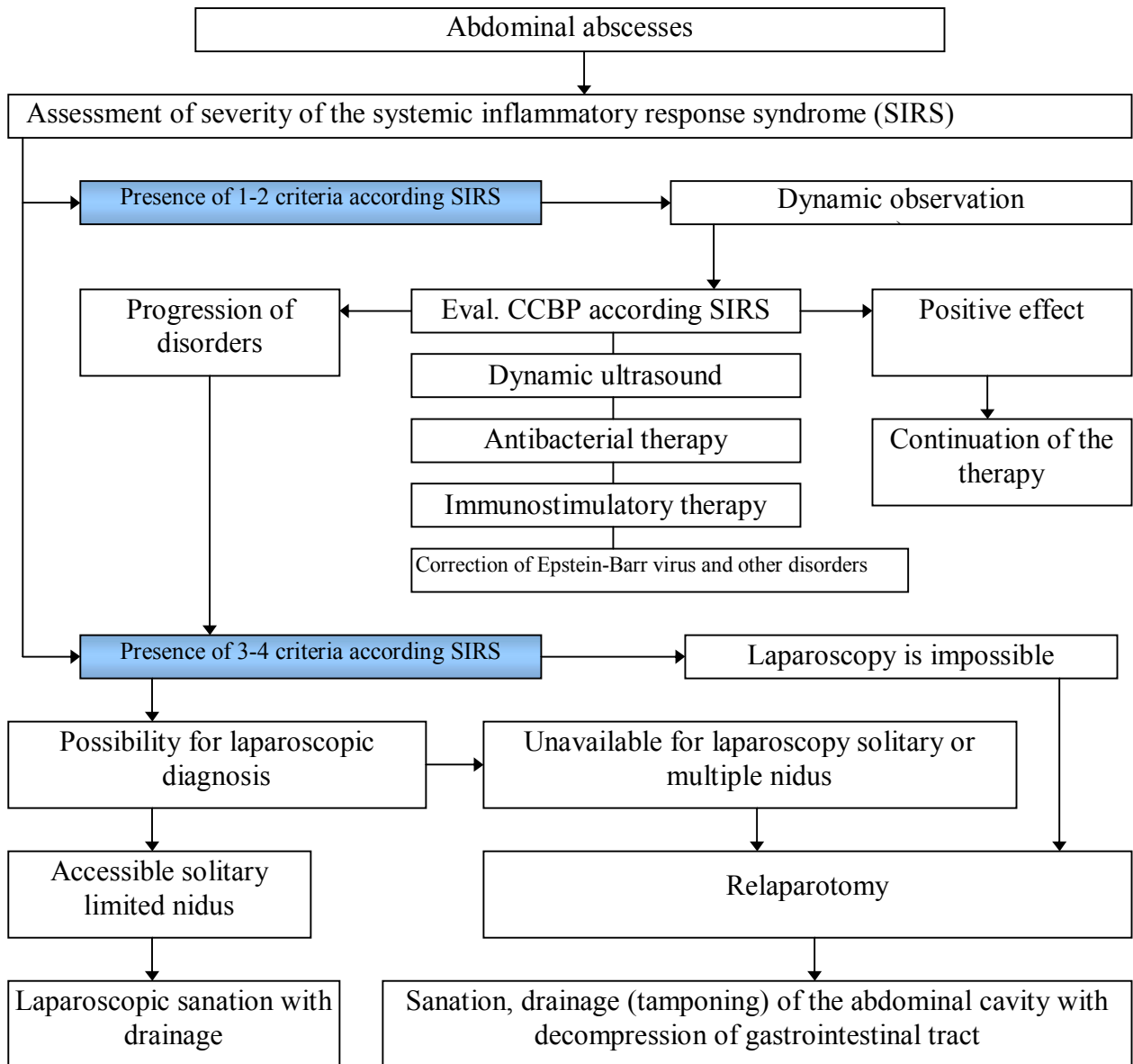


Fig. 8. The algorithm for selecting tactics of surgical treatment of postoperative abdominal abscesses

Conclusion

1. The spectrum of "simple" general surgical interventions dominate multi-level system of emergency surgical care in the Republic at the district, provincial and city levels by 99.7%. and 94.9%, respectively, and in its turn, in the National Center 48.8% of interventions account for complex high-tech and specialized surgery

2. Stratified analysis of the relaparotomies frequency (made from the spectrum of the primary operations) at district hospitals showed that after general surgical operations, the average frequency of reoperations was 2.78%, and after the high-tech operations reaches 5.65%.

3. Stratified analysis of relaparotomy frequency at city and regional level showed that after general surgical operations the average frequency of repeated interventions made up 2,18% ($P < 0,001$ to the district group), after high-tech operations – 3,29 ($P < 0,001$) and after specialized operations it reached 22,23%.

4. Stratified analysis of frequency of relaparotomy at the Republican centre level showed that the average frequency of the repeated interferences after general surgery operations was 1.86% ($P < 0,001$ to the groups of comparison), after hi-tech operations – 3.29% ($P < 0,001$) and after the specialized operations – 21,72% ($P < 0,01$ to the group of city and regional establishments).

5. The range of complication of executable operations must strictly correspond to the level of surgical service. Otherwise, the implementation of urgent hi-tech and specialized operations in regional and city clinics increases the risk of relaparotomy by 2,88 times and by 13,31 times accordingly, and for district clinics this index is increased in 15,0 times.

6. The primary structure of the planned operations in the general surgical interventions RSCS share of 36.6%, high-tech - 52.6% and specialized - 10.8%, while the regional and city hospitals in most cases performed general surgery - 64.5%, the proportion of high-tech interventions was 35.2%, and specialized only - 0,8% ($P < 0,001$).

7. Stratified analysis of the relaparotomies frequency after the initial planned operations at the National Centre showed that the average frequency of reoperations after general surgical operations make up 0.21%, after the high-tech operations - 0.53% and after specialized operations - 2.33%; in regional and urban clinics 0.23%, 0.53% and 5.38%, respectively ($P > 0,05$), while concerning the structure relaparotomies we received significant difference ($P < 0,001$) in the number of complex surgical procedures performed in the RSCS .

8. Postoperative peritonitis is one of the most severe and prognostically unfavourable complications, in the structure of which its frequency reaches 31,1-43,8%, in its turn, depending on the surgical service and thus complexity of the operations, the mortality rate after repeated interventions for this complication reaches 51.3% - in the RSCS, 63.5% - in the hospitals of city and regional level and 36.7% - in district hospitals, while in 81,1-90,9% the predominant cause of fatalities is multiple organic failure.

9. Contradiction to the average data in surgical service of the Republic postoperative bleeding takes the 2nd place in the structure of all complications, reaching 14,3-29,8% after emergency interventions and 28,3-34,8% after planned operations, the frequency of lethality against the backdrop of these complications made up 27,3-57,3% and 30,8-37,4%, respectively, and in the structure of provoking factors of development of postoperative haemorrhages depending on the surgical service the tactical and technical errors made up 79,8-100% of cases.

10. Experimentally-morphological studies have shown that the hemostatic mechanism of the new of domestic drug «MGS-1» is associated with the effect on vascular-platelet hemostasis, increasing the amount of blood, and the adhesive-platelet aggregation with increased retraction clot formed

11. The introduction of domestic local haemostatic agent significantly improved the results of surgical interventions in the parenchymal bleeding into the abdominal cavity with a lower risk of relapse by 10%.

12. The frequency of postoperative ileus in the structure of all complications made up 19,0-35,1% after emergency interventions and 6,5-11,0% after planned operations, thus the leading factors for its development were the tactical and technical errors, inadequate sanitation and decompression of the gastrointestinal tract, and in the formation of a high frequency of mortality (18,5-39,1%), the main importance was attached to long-term efforts for conservative resolution, against which the progression of systemic inflammatory reaction syndrome (SIRS) with lethality at an average degree of SIRS –27,7-33,3% and at severe degree – 95,2-100%.

13. The share of abdominal abscesses made up 4,0-12,7% of cases after emergency interventions and 9,9-15,2% after planned operations, and the main reason was inadequate sanitation and drainage of the abdominal cavity mortality rate after repeated interventions can reach 25,6-33,3% with an average degree of SIRS and 63,2-66,7% with severe SIRS.

14. The proposed algorithms of surgical treatment of patients with specific postoperative intra-abdominal complications, allow you to adapt the choice of optimal diagnostic and treatment tactics to the conditions mnourovnevoy surgical service and thereby reduce the risk of fatal outcomes after of relaparotomy.

Эълон қилинган ишлар рўйхати
Список опубликованных работ
List of published works

I бўлим (I часть; I part)

1. Nazirov F.G., Khodjiev D.Sh. Comparative Multicenter Analysis of the Early Postoperative Complications Causes in Emergency Abdominal Surgery. // International Journal of Biomedicine. New-York, June 2012. - V.2. - Issue 2. – P.128-131. (№5 Global IF. 0.422).
2. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х., Садыков Р.Ю. Стандартизация комплексной динамической диагностики и тактики лечения послеоперационного перитонита. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – Воронеж, 2011 – Т.IV. -№3. – С.31-39. (14.00.00, №27).
3. Девятков В.Я., Касымов Ш.З., Ходжиев Д.Ш., Ким.И.П., Миришова Ш.А. Балльная оценка тяжести состояния больных панкреонекрозом. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2010. - № 1. – С.79-82. (14.00.00, №9).
4. Девятков В.Я., Касымов Ш.З., Ким.И.П., Ходжиев Д.Ш. Проблемы стандартов лечения перитонита и балльная система оценки тяжести состояния больных. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2010. - № 2. – С.83-87. (14.00.00, №9).
5. Ходжиев Д.Ш., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Садыков Р.Ю. Стандартизация комплексной динамической диагностики и тактики лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2011. - № 1. – С.56-62. (14.00.00, №9).
6. Девятков В.Я., Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х. Принципы диагностики и хирургии опухолей ободочной кишки осложненной непроходимостью. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2011. - №2. – С.90-95. (14.00.00, №9).
7. Девятков В.Я., Ким И.П., Ходжиев Д.Ш., Шарипов У.К., Миришова Ш.А., Эшмуминов Д.К. Острый аппендицит: причины и исходы релапаротомий. // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2011. - №2. – С.82-85. (14.00.00, №11).
8. Ходжиев Д.Ш., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Садыков Р.Ю. Анализ причин релапаротомий в экстренной абдоминальной хирургии. // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2011. -№1. - С.24-28. (14.00.00, №17).
9. Ходжиев Д.Ш. Структурный анализ причин ранних повторных оперативных вмешательств в экстренной абдоминальной хирургии. // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2011. - №2. - С.34-39. (14.00.00, №17).
10. Назыров Ф.Г., Ходжиев Д.Ш. Анализ причин релапаротомий в плановой абдоминальной хирургии. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2015. - №1. – С.36-41. (14.00.00, №9).

11. Ходжиев Д.Ш. Современные подходы к выбору тактики лечения послеоперационной кишечной непроходимости. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2015. - №1. – С.59-67. (14.00.00, №9).

II бўлим (II часть; II part)

12. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х. Программа для выбора тактики хирургического лечения послеоперационной кишечной непроходимости. // Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, Свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин № 02552, от 16.07.2012.

13. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х. Программа для выбора тактики лечения больных с подозрением на послеоперационный перитонит в зависимости от тяжести полиорганной недостаточности. // Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, Свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин № 02553, от 16.07.2012.

14. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х. Программа для выбора операции у больных с перитонитом в зависимости от интраоперационной оценки тяжести поражения брюшины и органов брюшной полости. // Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, Свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин № 02554, от 16.07.2012

15. Nazirov F.G., Devyatov A.V., Hodjiev D.Sh., Babadjanov A.H., Sadikov R.Yu. Standardized comprehensive dynamic diagnostics and treatment of postoperative peritonitis // Benha Medical Journal. Kuwait, May 2012. - V.29. - Issue 3. - P.189-205.

16. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х., Садыков Р.Ю. Оптимизация диагностики и тактики лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости // Новости хирургии. – Витебск, 2012. - №3. – Т.20. С.48-54.

17. Ходжиев Д.Ш., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Садыков Р.Ю. Факторный анализ структуры и причин ранних послеоперационных осложнений в экстренной абдоминальной хирургии. // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2010. - №3. - С.126-30.

18. Каримов З.Д., Курбанов П.Ж., Ещанов А.Т., Ходжиев Д.Ш. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости и беременность. // Вестник Каракалпакского отделения академия наук Республики Узбекистан. – Нукусс, 2006. - №1. – С.31-33.

19. Назыров Ф.Г., Ходжиев Д.Ш., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Садыков Р.Ю. Сравнительный анализ причин релапаротомий в экстренной абдоминальной хирургии. // Сборник научных трудов VI межрегиональной конференции «Актуальные проблемы хирургии», посвященной памяти академика РАМН Л.В.Полуэктова. – Омск, 13 апреля, 2012. - С.211-218.

20. Ходжиев Д.Ш., Абдалов Т.К. Острый панкреатит // Материалы Всероссийской НПК с международным участием «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». Вестник хирургической гастроэнтерологии. - Сочи, 2007. - №3. - С.128-129.

21. Девятов В.Я., Угаров Б.А., Ким И.П., Ходжиев Д.Ш. Трудности в лечении больных с релапаротомиями // Материалы XI Международного Евроазиатского конгресса Хирургов и Гастроэнтерологов. – Баку, 12-15 июня 2008. - С.26

22. Девятов В.Я., Угаров Б.А., Ким И.П., Ходжиев Д.Ш. Ошибки, осложнения, летальность в хирургии закрытых травм органов живота. // Материалы XI Международного Евроазиатского конгресса Хирургов и Гастроэнтерологов. – Баку, 12-15 июня 2008. - С.27

23. Назыров Ф.Г., Ходжиев Д.Ш., Садыков Р.Ю. Стандартизация диагностики и тактики лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости. // Сборник научных трудов VI межрегиональной конференции «Актуальные проблемы хирургии», посвященной памяти академика РАМН Л.В.Полуэктова. – Омск, 13 апреля, 2012. - С.218-220.

24. Назыров Ф.Г., Ходжиев Д.Ш., Садыков Р.Ю. Результаты применения прогностических интегральных систем в оценке тяжести и исхода послеоперационного перитонита. // Сборник научных трудов VI межрегиональной конференции «Актуальные проблемы хирургии», посвященной памяти академика РАМН Л.В.Полуэктова. – Омск, 13 апреля, 2012. - С.220-222.

25. Девятов В.Я., Угаров Б.А., Ким И.П., Бабаджанов А.Х., Ходжиев Д.Ш. К вопросу диагностики и хирургической тактики при инфицированных формах панкреатита. // Материалы VIII-ой научно практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы нозокомиальной инфекции в экстренной медицине». Вестник экстренной медицины. – Самарканд, 2008. - С.145-146.

26. Девятов В.Я., Угаров Б.А., Ким И.П., Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х. Анализ интраабдоминальных инфекционных осложнений после операций на органах брюшной полости. // Материалы VIII-ой научно практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы нозокомиальной инфекции в экстренной медицине». Вестник экстренной медицины. – Самарканд, 2008. - С.146-147.

27. Девятов В.Я., Угаров Б.А., Ким И.П., Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х. Лечебно-диагностические и организационные факторы в проблеме распространенного перитонита. // Материалы VIII-ой научно практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы нозокомиальной инфекции в экстренной медицине». Вестник экстренной медицины. – Самарканд, 2008. - С.148-149.

28. Утегенов Н.У., Ходжиев Д.Ш., Артыкниязов М.Р. Лечение аппендикулярных перитонитов у детей. // Материалы НПК «I-ый съезд ассоциации врачей экстренной медицинской помощи». - Ташкент, 4-5 июня 2009. - С.230-31.

29. Ходжиев Д.Ш., Абдалов Т.К., Тлеумуратов Б.Д., Садыков Р.Ю. Неотложные релапаротомии при ранних послеоперационных осложнениях. // Материалы НПК «I-ый съезд ассоциации врачей экстренной медицинской помощи». - Ташкент, 4-5 июня 2009. - С.258-59.
30. Девятов В.Я., Ким И.П., Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х., Миришова Ш.А. Стандарты в хирургии панкреонекроза. // Ж. Хирургия Узбекистана. Материалы НПК «Вахидовские чтения – 2009». – Т.3. - С.51.
31. Девятов В.Я., Ким И.П., Ходжиев Д.Ш., Миришова Ш.А. Трудности в стандартах хирургического лечения распространенного послеоперационного перитонита. // Ж. Хирургия Узбекистана. Материалы НПК «Вахидовские чтения – 2009». – Т.3. - С.50.
32. Струсский Л.П., Девятов В.Я., Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А. Современные стандарты стентирования ятрогенных повреждений желчных протоков. // Ж. Хирургия Узбекистана. Материалы НПК «Вахидовские чтения – 2009». – Т.3. - С.49.
33. Ходжиев Д.Ш. Бабаджанов А.Х., Садыков Р.Ю. Анализ причин релапаротомий в экстренной абдоминальной хирургии. // Материалы X-ой научно практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной мед.помощи: вопросы профилактики, диагностики и лечения послеоперационных осложнений в экстренной хирургии». Вестник экстрен.медицины – Ташкент, 2012. - № 2. -С.109.
34. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Ходжиев Д.Ш., Садыков Р.Ю. Критерии оценки тяжести течения и выбора тактики лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости. // Материалы X-ой научно практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы профилактики, диагностики и лечения послеоперационных осложнений в экстренной хирургии». Вестник экстрен.медицины – Ташкент, 2012. - № 2. - С.75.
35. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Ходжиев Д.Ш., Садыков Р.Ю. Особенности диагностики и выбора тактики лечения больных с послеоперационным перитонитом. // Материалы X-ой научно практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы профилактики, диагностики и лечения послеоперационных осложнений в экстренной хирургии». Вестник экстрен.медицины – Ташкент, 2012. - № 2. - С.73-74.