

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

**ТИБ-ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИ
ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАР КАФЕДРАСИ**

Маъруза мавзуси:

**ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ БАЖАРИЛГАН ОШҚОЗОН
КАСАЛЛИКЛАРИ**

Педиатрия факультетининг 6 курс талабалари учун

Тошкент – 2018

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОН СИНДРОМЛАР МАЪРУЗАНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, давомийлиги	Фаолият	
	Ўқитувчи	Талабалар
<u>1 босқич</u> Кириш (5 минут)	1. Мавзунинг номи, мақсади, маърузадан кутилаётган натижалар ва уни ўтказиш режасини айтади.	1. Тинглайдилар.
<u>2 босқич</u> Билимлар долзарблаштириш (20 минут)	2.1. Талабалар билимларини долзарблаштириш мақсадида йўналтирувчи саволларни беради; анатомия, нормал ва патологик физиология фанларидан билимларни такрорлайди. Блиц-сўров ўтказади. 2.2. Слайдларни экранга чиқаради ва уларга таъриф беради.	2.1. Саволларга жавоб берадилар. 2.2. Слайдларда кўрсатилган маълумотларни ўрганадилар.
<u>3 босқич</u> Информацион (55 минут)	3.1. Маъруза материалларини кетма-кетлик билан режадаги саволлар бўйича изоҳлайди, визуал маълумотлар ва йўналтирувчи саволлар тизимини қўллайди. Мавзунинг муҳим томонларини алоҳида эътибор билан ёритиб беради, уларни ёзиб олишни таклиф қилади.	3.1. Берилган маълумотларни мазмунини муҳокама қиладилар, аниқлик киритадилар, саволлар берадилар. Асосийларини ёзиб оладилар.
<u>4 босиқ</u> Якуний (10 минут)	4.1. Ўтилган мавзуни мустаҳкамлаш мақсадида маълум бир клиник ҳолатларни қўллаш орқали бир қатор саволлар беради. 4.2. Мустақил ишлаш учун вазифалар беради.	4.1. Саволларга жавоб берадилар. 4.2. Тинглайдилар, ёзиб оладилар.

Мавзуни асослаш: Кейинги ун йилликларда меъдани касалликлари ахолининг хасталаниши, уни ногирон килиб қуйиши ва улимга учратиш бўйича юрак-томир касалликлари ва ҳафвли усмалардан сунг учинчи уринни эгаллаб олди. Бундай беморлар сони йилига 5% купайиб, ногиронлар сонини ошириб борапти. Академик В.И. Стручков маълумотларига кура, меъдани хасталиклари 7% ҳолда амалиётдан кейинги даврда ҳар касалликларга олиб келади. Шунинг учун ҳам амалиётдан кейинги меъда касалликлари тиббиётнинг долзарб мавзуларидан ҳисобланиб кенг ўрганишга лойиқ.

Маъруза мақсади: талабаларга амалиётдан кейинги меъдани касалликлари ривожланиш сабаблари, кечишини ўзига хослиги, асорати, қиёсий ташхислаш, даволашнинг самарадор усуллар, амалиётдан кейинги парвариш қилишни тушунтириш.

Тарбиявий мақсадлар: маъруза талабада билимни оширишни ёрдам беради, ташхис қуйишга ўргатади. Амалиётдан кейинги меъдани касалликлари этиологиясини, патогенезини, жаррохлик асоратини ўз вақтида олдини олишга имкон берувчи чораларни қўллашни ва уларни ривожлантиришга имкон беради.

Маъруза масалалари: Амалиётдан кейинги меъдани касалликлари бўйича тушунтириш бериш, унинг этиопатогенези, ушбу касалликнинг клиник манзараси ва асоратларини ёритиш, диагностика ва дифференциал диагностикаси, замонавий даволаш усулларини ёритиш

Мухокама учун саволлар:

1. Мавзуни асослаш - 5 мин
2. Меъдада бажариладиган амалиётлар ҳақида қисқача маълумотлар, текшириш усуллари - 20 мин
3. Амалиётдан кейинги меъдани касалликлари таснифи - 10 мин
4. Амалиётдан кейинги меъдани функционал касалликлари клиникалари - 20 мин.
5. Амалиётдан кейинги меъдани органик касалликлари клиникалари - 10 мин.
6. Амалиётдан кейинги меъдани функционал касалликлари даволаш усуллари - 15 мин.
7. Амалиётдан кейинги меъдани органик касалликлари даволаш усуллари - 10 мин

РЕЦИДИВ ПЕПТИК ЯРА

Анатомик - физиологик маълумотлар Меъда чап ковурағалар остида ва кориннинг чап ярмида жойлашган, унинг чиқиш қисмигина ўрта чизикдан ўнгга ўтади. Меъда тўлганда унинг катта эгрилиги киндик соҳасида проекцияланади. Меъдада кардиал бўлим, туби, танаси, антрал бўлим, пилорик канал фарқ қилинади. Пилорик қисқич меъда билан 12-бармоқли ичак ўртасидаги чегара ҳисобланади.

12-бармоқли ичак меъда ости беги бошчасини тақа кўринишида букиб, Трейц бойлами олдида дуоденоюнал букилма ҳосил қилади. 12-бармоқли ичакда 4 қисм қайд қилинади: юқори горизонтал, пастга тушадиган (унга умумий ўт йўли ва меъда ости беги йўли қуйилади), пастки горизонтал ва юқорига кўтариладиган қисм.

Меъда танаси билан антрал бўлим ўртасида бурчак кемтигига мувофиқ келадиган оралик эгат чегара бўлиб ҳисобланади. Меъдани шу тарзда бўлиш меъданинг гистологик тузилишига ва физиологик хусусиятларига мувофиқ, келади.

Меъда қон билан қорин аортаси тармоқларидан таъминланади. Томирларнинг аъзолар ичидаги катта алоқалари, уларнинг анастомозлари қон таъминотининг мўллигини келтириб чиқаради. Бу ҳол эрозиялардан ва яралардан қон оққанда қон кетишини тўхтатишни қийинлаштиради. Меъда веналари артерияларга мос келади ва қопка вена тармоғи ҳисобланади. Меъда кардиал бўлимининг шиллиқ, пардаси остидаги қаватда веноз чигаллар портал системани юқори ковак вена системаси билан туташтиради, бу портал гипертензияда веналарнинг варикоз кенгайишини диагностика қилишда ва даволашда ғоят муҳим.

Меъдадан лимфа оқиб кетадиган йўллар меъдада онкологик жараён сабабли ўтказиладиган радикал операцияларда муҳим аҳамиятга эга. Асосан томирлар йўли бўйлаб жойлашадиган асосий лимфатик соҳалар сони 3 та: 1) чап меъда артерияси соҳаси; 2) талоқ артерияси бўйлаб ўтган лимфатик томирлар; 3) жигар артерияси бўйлаб жойлашган лимфатик тугунлар.

Бу учала асосий артериялар тармоқлари бўйлаб жойлашган тугунлар биринчи тартибдаги лимфатик тугунлар, бу артерияларнинг ўз тутами бўйлаб жойлашгани - иккинчи тартибдаги тугунлар, қорин артерияси бўйлаб жойлашгани эса учинчи тартибдаги лимфатик тугунлар деб аталади. Меъдани интрамурал нерв чигаллари, адашган нервлар ва қуёш чигалидан симпатик нервлар иннервация қилади.

Меъда функциясини идора қилишда олдинги ёки орқа, баъзан эса ҳам олдинги, ҳам орқадаги қўшимча тутамлар кўринишидаги адашган нервлар, ўнг тутамдан чиқадиган ва қизилўнгачнинг орқа чап юзаси бўйлаб меъда тубига Гис бурчаги соҳасида борадиган Грасси қўшимча тармоғи муҳим аҳамиятга эга. Бу қўшимча тармоқлар ваготомиядан кейин яра касаллигининг қайталанишида муҳим роль ўйнайди. Адашган нерв тутамлари секретор фаолиятини бошқарадиган Латарже олдинги ва орқа тармоғи билан тугалланади, унинг охириги 2-4 тармоқлари эса мотор функциясини

бошқаради. Олдинги ва орқа Латарже тармоқлари орасида антрал бўлим соҳасида ҳам, танаси ва ҳатто кардия соҳасида ҳам коллатераллар бўлади.

Меъда секрецияси бутун ҳазм қилиш даври мобайнида ўзаро таъсир қиладиган нейрогуморал механизм билан амалга оширилади. Адашган нервлар I фаза деб аталадиган нейроген фазани таъминлаб беради, у ўрта ҳисобда тахминан ярим соат давом қилади ва секрециянинг гўё иш солиш механизми ҳисобланади. Айни вақтда адашган нервлар овқатнинг меъдадан 12-бармоқли ичак моторикасини ва эвакуациясини таъминлаб беради. Охирги маълумотларга кўра овқат ейилгандан кейин меъдани бўшашиши ноандренергик тормозланиш нерв толалари томонидан амалга оширилади.

Меъда секрециясининг (II фаза) гуморал рағбатлантиришни 1905 йил Эдкинс кашф этган ва 1964 йилда Грегори ва Траси соф ҳолда ажратиб олган гастрин воситасида амалга оширилади. Гастрин меъданинг антрал бўлими шиллиқ пардасида жойлашган хужайралар (уларнинг 90%гача), 12- бармоқли ва оч ичакларнинг проксимал қисмларида, ҳатто меъда ости безидаги хужайралар томонидан синтез қилинади. Физиологик шароитларда С-хужайралар оксили овқат, пептонлар, аминокислоталар, адашган нерв кабилар билан рағбатлантирилади ва энди унинг ўзи ички омил ишланиши, хлорид кислота, пепсин, меъда ости беи ферментлари секрециясини рағбатлантиради, меъда ва оч ичак перистальтикасини кучайтиради.

Ичак фазаси (III фаза) механизми унчалик равшан эмас: айрим муаллифлар ингичка ичакнинг юқори бўлимларида меъда секрециясини рағбатлантирадиган энтерогастрон ҳосил бўлади деб ҳисобласалар, бошқалари ингичка ичакда оксил парчаланишида гистамин ҳосил бўлади деб ҳисоблайдилар. Маълумки, ингичка ичак секрецияни фақат кўзғатиш таъсирига эмас, балки тормозлаш таъсирига ҳам эга. Бироқ, бу вагус иннервацияси сақланиб қолган тақдирдагина шундай бўлади.

Меъдада 3 та секретор безсимон соҳалар фарқланади:

1. Кардиал - овқат луқмаси учун қулай шароит яратадиган шиллиқ ажратади.
2. Фундал безлар, хужайраларнинг 4 туридан ташкил топган: бош хужайралар пепсиноген ажратади, париетал (ёки қоплама) хужайралар хлорид кислота ва Кастл ички омилини ажратади; кўшимча хужайралар буфер хоссаларга эга шиллиқ ишлаб чиқаради; дифференциацияланмаган хужайралар - улардан қолган хужайралар ривожланади.
3. Антрал безлар хужайрадан ташқари суюқлик рН ига яқин бўлган рН ли эрийдиган шиллиқ, ва гастрин гормони ажратади.

Меъданинг цилиндрсимон эпителий билан қопланган бутун шиллиқ пардаси шиллиқ пардани ўз-ўзини ҳазм қилишдан ҳимоя қиладиган ва уни парда кўринишида бекитиб турадиган асосий восита ҳисобланган шиллиқ ажратади.

12-бармоқли ичак шиллиқ пардасида эндокрин хужайралар жойлашади: гастрин ишлаб чиқарадиган С-хужайралар, S-хужайралар - секретин, J – хужайралар - панкреозимин.

Бир сутка ичида меъдада 1 л гача меъда шираси ҳосил бўлади. Овқатда хлорид кислота, пепсиногендан ҳосил бўладиган пепсин томонидан хлорид кислота таъсири остида ишлов берилади. Овқатнинг 12-бармоқли ичакка порция-порция бўлиб тушишини пилорус ва меъданинг антрал бўлими функцияси таъминлаб туради.

Текширув наҳорда ўтказилади. Меъда ингичка зонд билан зондланади ва йиғилган суюқлик аспирация қилинади. Сўнгра 1 соат мобайнида суюқликни доимий аспирация қилиб, кислотанинг базал ишланиши текширилади. Кислотанинг базал ишланиши кўрсаткичлари бўйича вагус тонуси ва унинг секретор аппаратга таъсири тўғрисида билвосита хулоса чиқариш мумкин.

Максимал гистамин (пентагастрин) тести — секрецияни ўрганишнинг энг аҳамиятли усуллари: меъда ширасининг ажралиши бўйича шиллиқ парда патоморфологияси ҳолатига баҳо бериш мумкин. Гистаминнинг қўшимча таъсири бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, олдиндан антигистамин препаратлар юборилади. Меъда суюқлиги 1 соат ичида (0,024 мг/кг дозада гистамин юборилгандан кейин 30 минут ўтгач) аспирация қилинади. Секреция ҳажми, умумий кислоталик ва озод хлорид кислота титрлаш бирликларида, хлорид кислота дебити ммоль/соат ҳисобида қуйидаги формула бўйича аниқланади:

$$\text{НС1 дебити} = \frac{\text{меъда шираси ҳажми(мл)} \times \text{НС1 титр бирлиги}}{1000}$$

Максимал гистамин (пентагастрин) тестларининг қуйидаги норматавлари фарқ қилинади: соатлик ажралиши – соатига 180 - 220 мл; кислотанинг базал ишланиши –соатига 18 - 20 ммоль; ёши улғайган ва кекса одамлар учун улар бирмунча паст - соатига 15 - 20 ммоль. Нормада базал секреция кўрсаткичлари: соатлик ажралиши - соатига 50 - 100 мл; кислотанинг базал ишланиши - соатига 4,5— 5,5 ммоль.

Меъда ярасида секреция кўрсаткичлари нормоцид ёки гипоацид, 12-бармоқли ичак ярасида - гиперацид (соатига 40 - 45 ммольгача), секрециянинг бирмунча юқори кўрсаткичларида (гиперсекреторлар) Золлингер - Эллисон синдроми бўлиши мумкинлиги ҳақида ўйлаш лозим (бундай ҳолларда зардоб гастринини ўрганиш зарур).

Холландер инсулин тестини қўлланишда 10 кг тана оғирлигига 2 ТБ ҳисобидан венага инсулин юборилади, унда меъда ширасини 2 соат ичида йиғилади (ҳар 15 минутда 8 порция). Тест қондаги қанд миқдорини назорат қилган ҳолда ўтказилади. Бу тестни қўлланиш адашган нервнинг меъда секрециясига таъсирини тадқиқ қилиш имконини беради. Бироқ, у Кей тестига қараганда кам маълумот беради, уни ҳозирги вақтда ҳам қўлланилади. Ёши улғайган ва кекса одамларда меъда секрециясини текиришда Кей тести билан чегараланиш лозим.

Радиотелеметрия ва рН-метрия. Биринчи усулда меъдага рН муҳити ўзгаришини қайд қиладиган митти капсула - радиоузатгич ўрнатилади, у маълумотни қабул қилиб қайд этадиган мосламага узатади ва лентага эгри чизик кўринишида ёзилади.

Бернар зонди (1968) билан рН ни интрагастрал аниқлаш усули ҳам бор. Бу усул беморлар учун оғирроқ бўлсада, бироқ рН ни танада ҳам, антрал бўлимда ҳам бирданига аниқлашга имкон беради.

Аспирацион усул билан меъда ширасида рН ни аниқлаш ўртасидаги муҳим фарқ шундаки, биринчи ҳолда НС1 текширилади, иккинчисининг ёрдамида эса рН нинг ҳақиқий қийматлари бевосита меъда деворида унинг турли бўлимларида бир вақтнинг ўзида аниқланади. Бу усуллар бир-бирига рақобатчи эмас, балки бири иккинчисини тўлдиради. Ёши улгайган ва кекса одамларда, шунингдек оғир ётган ва заифлашган беморларда бу усуллардан биттасини қўллаш мумкин.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги патологиясидаги режали ва шошилиш хирургияда текширишнинг рентгенологик усуллари - обзор рентгенография (озод газ борлигини аниқлашда яра тешилганига шубҳа бўлганда ёки яра перфорациясида), пневмогастрографияга (шубҳали ҳолларда меъдага 2—3 л газ инсуфляция қилиниб такрор рентгенографияда) катта аҳамият берилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакни контраст рентгенологик текшириш наҳорда ўтказилади. Бунда барий сульфат қабул қилишдан олдин меъдада эвакуация ёки гиперсекреция бузилишлари содир бўлганидан далолат берадиган талай микдордаги суюқликни аниқлаш мумкин, уни зонд билан чиқариш керак. Озроқ микдордаги барий аралашмаси қабул қилингандан сўнг шиллиқ парда рельефи аниқланади, сўнгра “тиғиз” тўлдиришда шакли, жойлашиши, катта-кичиклиги, контурлари, сўрилувчанлиги, бўшалишнинг бориши ва бошланиш муддатлари, патологик ўзгаришлар (тўлиш нуқсонлари, «токча» симптоми), газ пуфаги ҳолати, унинг деформацияси, оғриқ нуқталари аниқланади. Динамик, флюорографик, кинематографик текширув электрон-оптик ўзгартиргичдан фойдаланиб олиб борилганда меъда моторикасини, унинг турли бўлимларини ва эвакуация муддатларини қайд қилиш мумкин.

Қатор ҳолларда икки ва уч марта контрастлашдан фойдаланилади. Икки марта контрастлаш иккита вариантда қўлланилиши мумкин:

- 1) меъдага контраст аралашма ва газ киритиш;
- 2) меъдага газ киритиш ва пневмоперитонеум ҳолатида билан томография ўтказиш.

Уч марта контрастлаш - бу меъдага газ киритиш, пневмоперитонеум ва контраст аралашма ичиришдан иборат.

Дуоденография 12-бармоқли ичак ҳолатини батафсил ўрганиш учун (асосан панкреатобилиар соҳаси ҳолатини ва жараёнини ўрганиш учун) ўтказилади.

Гастродуоденофиброскопия — меъда ва 12-бармоқли ичак томонидан патологияни аниқлашнинг энг кўп маълумот берадиган усули бўлиб, фибротолали оптика ёрдамида ўтказилади. Эрталаб наҳорда бажарилади, бироқ шошилиш ҳоллари зарурат бўлганда сутканинг ҳар қандай вақтида меъда бўшалишидан сўнг ўтказилиши ҳам мумкин.

Текширишнинг бу замонавий турлари ёрдамида шиллик пардада бўлган ҳар қандай арзимаган ўзгаришлар: эрозия, йиртилиш, яра, бошланғич босқичдаги ўсмалар аниқланади, биопсия қилиш имконияти борлиги хавфли ўсмалар ва меъда ярасини дифференциал диагностика қилишда бу усулнинг ниҳоятда қимматли эканлигини кўрсатади. Бу усул операция қилинган меъда шиллик пардаси, чоклар, ингичка ичак ҳолати тўғрисида етарлича аниқ тасаввур беради. Бу усул меъдада кам шикастлайдиган альтернатив операциялар қилишга, операциядан кейинги эрта даврда даво тадбирлари (қон кетишини тўхтатиш, тўсиқ, соҳасига зондлар киритиш ва бошқалар) ўтказишга имкон беради.

Лапароскопия шубҳали ҳолларида яра перфорациясини қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари патологиясидан дифференциация қилади, хавфли жараённинг тарқалганлигини аниқлаб беради, биопсия олишга имкон беради.

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОН СИНДРОМЛАР

Демпинг-синдром пайдо бўлишида психоневрологик ўзгаришларга, вегетатив нерв системаси бузилишларига катта аҳамият берилади.

Клиник жиҳатдан демпинг-синдром бўшашиш, иссиқлаб кетиш, совуқ тер чиқиши, бош айланиши, юрак уриши, тахикардия, кўкракда оғриқ ва қисилиш сезгиси, ҳатто хушдан кетиш ҳолати билан юзага чиқади. Қасаллик клиникаси ва симптомларининг нечоғлик юзага чиққанлиги демпинг-синдромнинг оғир-енгиллигига ва овқат, хусусан ширин, сутли овқатлар ейиш билан боғлиқ.

Жараён диагностикаси анамнестик, клиник жиҳатдан қийинчилик туғдирмайди. Рентгенологик текширишда контрастнинг тезлашган эвакуацияси қайд қилинади.

Демпинг-синдромни даволаш парҳезга риоя қилиш, рациондан демпингга сабаб бўладиган таомларни чиқаришдан иборат, тез-тез мунтазам овқатланиш ва имкон борида дағал овқат: гўшт, балиқ, сабзавот, тузланган қарам қабиларни истеъмол қилиш керак. Консерватив даво ёрдам бермаганда ва демпинг-синдромнинг оғир ҳолларида операция қилинади. Бу дуоденал пассажни тиклашга қаратилган асосан реконструктив операциялар ҳисобланади (Бильрот II ва Бильрот I).

Келтирувчи қовузлок синдроми - операция техникасидаги камчилик, битишма жараёни ёки дуоденал ўтказувчанлик бузилишлари ривожланиши натижаси ҳисобланади. Патология аксарият операциядан кейин биринчи йилиёқ пайдо бўлади.

Клиник жиҳатдан касаллик кўпроқ ўнг қовурға ости соҳасида оғирлик ва оғриқ билан ўтади, вақти-вақтида ўт аралаш ёки овқат билан ўт аралаш қайт қилинади, шундан сўнг бемор сезиларли енгиллик ҳис қилади.

Овқатни қайтариш, кекириш, жиғилдон қайнаши, тўш орқасида оғриқлар бўлиши эҳтимол.

Келтирувчи қовузлок синдроми патогенези мураккаб ва кўп қиррали: 1) келтирувчи қовузлокнинг гастроэнтероанастомоз орқасида қисилиши; 2) келтирувчи қовузлок ротацияси ёки буралиб қолиши; 3) келтирувчи қовузлокнинг ичаклар орасидаги туташган жой инвагинацияси (кириб қолиши); 4) келтирувчи қовузлок шиллиқ пардасининг меъда-ичак анастомозига тушиши; 5) унинг битишмалардан босилиши; 6) ўсмадан босилиши, чандикли торайиши; 7) техник хатоликлар ва бошқалар.

Диагностика рўй-рост клиник манзара асосида ўтказилади. Рентгенолегиқ текширувда контраст модданинг келтирувчи қовузлокқа тушиши қайд қилинади, бироқ бу келтирувчи қовузлок синдроми манзараси бўлмаган беморларда ҳам рўй бериши эҳтимол.

Даволаш демпинг-синдромдаги каби консерватив, витаминлар билан даволаш - оксилли препаратлар, аминокислоталар юборилади, санаторий-курортда даво қилинади. Келтирувчи қовузлок синдромининг оғир даражасида, механик тусиқлар пайдо бўлганда яхши натижа берадиган операция усулини қўлланиш тавсия этилади.

Анастомознинг пептик яраси асосан сақланиб қолган меъда секрециясида ҳосил бўлади. Кислоталилик жуда ошган бўлса, улар тез-тез учраб туради, паст бўлса, кам учрайди, ахилияда сира учрамайди. Бу резекциядан кейин юз берадиган энг оғир асорат ва операция қилинган беморларнинг 0,5-2,5 фоизида одатда дастлабки 3 йил ичида ва асосан эркакларда учрайди. Бироқ, аёлларда, ёши улғайган ва кекса ёшдаги кишиларда ҳам бўлиши мумкин.

Пептик яра жойлашуви ҳар хил - келтирувчи қовузлокда ҳам, анастомоз соҳасида ҳам бўлади, кўпинча ичак тутқич, кўндаланг чамбар ичак, меъда ости беzi, ичакка пенетрациялайди.

Пептик яранинг бош симптоми қаттиқ ва азоб берадиган оғриқ ҳисобланади. У операциядан олдинги оғриқдан кучли. Оғриқсиз дамлар тобора камайиб боради, оғриқ доимий, орқага, кўкрак қарасига берилади (иррадиация), жиғилдон қайнаши, қусиш характерли. Бемор озиб кетади, доимо грелка қўлланилиши сабабли эпигастрий соҳасида пигментация пайдо бўлади.

Операциядан кейинги пептик яра бир қанча асоратлар - қон кетиши, перфорация, пенетрация бериши, оғирлашган ҳолларда ҳатто оқма яра ривожланиши эҳтимол (ташқи ёки меъдачамбар оқма яра).

Анастомоз пептик яраларини ва асоратларини даволашнинг асосий усули операция ҳисобланади.

АДАБИЁТЛАР

I. Асосий:

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.
3. Chirurgik kasalliklar. Sh.I. Karimov. Toshkent, 2011.
4. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.
5. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина, 2002.
6. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
7. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю.М. М. «Медицина», 1988
8. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
9. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
10. Назыров Ф.Г., Денисов И.И., Улугбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.
11. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М.Медицина 1959-1966.

II. Қўшимча:

12. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.
13. Вахидов В.В., Хаджибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Ташкент, 1993.
14. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
15. Основы оперативной хирургии. Под ред. С.А.Симбирцева, 2002.
16. Диагностический справочник хирурга – Астафуров В.Н. 2003.
17. Этюды желудочной хирургии – Юдин С.С.2003.
18. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии – Егиев В.Н. 2002г
19. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии – Моше Шайн.2003г
20. Неотложная абдоминальная хирургия – Майстренко Н.А.2002г
21. Абдоминальная хирургия – Григорян Р.А. В 2-х томах.2006г