

**ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ
ВА ПРОФИЛАКТИКА ҚИЛИШ МУАММОЛАРИ****С.А. Абдуллаев, У.С. Рахмонов, А.С. Тоиров, Ф.У. Умаров**Самарқанд Давлат тиббиёт институти,
хирургик касалликлари кафедраси,
Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси**Таянч сўзлар:** битишма касаллиги, ўткир битишмали ичак тутилиши, ичаклар резекцияси, хирургик даволаш.**Ключевые слова:** спаечная болезнь, острая спаечная кишечная непроходимость, резекция кишечника, хирургическое лечение.**Key words:** adhesive disease, sharp adhesive intestinal obstruction, resection intestinal surgery.

Тадқиқотнинг мақсади ўткир битишмали ичак тутилишида оптимал хирургик даволаш ва битишма касаллигини профилактика қилиш усуллари тақомиллашдир. Кузатувда 76 та бемор бўлиб улар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди. Биринчи гуруҳ беморлар анъанавий усулда ва иккинчи гуруҳга тақомиллашган хирургик ва профилактика усуллари қўлланилган. Кузатувдаги беморларнинг 63% да адгезиолизис, 20% ичаклар резекцияси, 17% илео ва еюностома (иккитасида) шакллантирилган. Таққослаш гуруҳи беморларида яъни тақомиллаштирилган хирургик ва битишмаларнинг профилактика усуллари қўлланилиши операциядан кейинги асоратларни икки мартагача камайтиради.

**ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ****С.А. Абдуллаев, У.С. Рахмонов, А.С. Тоиров, Ф.У. Умаров**Самарқандский Государственный медицинский институт,
кафедра хирургических болезней,

Самарқандское городское медицинское объединение

Целью исследования является определить оптимальный хирургический способ лечения острой кишечной непроходимости и профилактики спаечной болезни. Обследовано 76 больных острой спаечной кишечной непроходимостью. Больные разделены на две группы. Первая группа больных оперированные традиционным способом хирургического лечения и профилактики спаечной болезни. Вторая группа больных оперирована и произведена профилактика спаечной болезни специальной смесью, в состав которой входит мезогель. Все больные оперированы по показаниям; адгезиолизис произведен 63% больным, резекция кишечника 20%, сформирована илеостомы у 17%, у двух больных еюностомы. Во второй группе больных в два раза реже отмечались послеоперационные осложнения, чем в первой группе больных.

**PROBLEMS OF SURGICAL TREATMENT AND PREVENTION
OF SHARP ADHESIVE INTESTINAL IMPASSABILITY****S.A. Abdullaev, U.S. Rakhmonov, A.S. Toirov, F.U. Umarov**Samarkand State medical institute,
department of surgical diseases,
Samarkand city medical association

Research objective is to define an optimum surgical way of treatment of sharp intestinal impassability and prevention of an adhesive illness. 76 patients with sharp adhesive intestinal impassability are examined. Patients are divided into two groups. The first group of patients operated with a traditional way of surgical treatment and prevention of an adhesive illness. The second group of patients is operated and made prevention of an adhesive illness by special mix which part mesogel is. All patients are operated according to indications; adgeziolizis it is made 63% by the patient, the resection of intestines of 20%, is formed an ileostoma at 17%, two patients have eyunostoma. In the second group of patients twice more rare postoperative complications, than in the first group of patients were noted.

Битишма касаллиги – абдоминал хирургиянинг оғир ва ҳал қилинмаган муаммоларидан ҳисобланади. Охирги юз йилдан кўпроқ вақт ичида хирурглар битишма касаллигини профилактика қилишнинг оптимал усуллари топиш билан илмий изланишлар олиб бормоқдалар. Битишма касаллиги ва унинг асорати тўғрисида биринчи маълумот XIX асрнинг охирларида пайдо бўлди. Томас Брейт 1872 йилда тухумдоннинг ўсма шиши билан операциядан кейин беморда ўткир ичак тутилиши битишмалар фонида ривожланиши билан биринчи марта операция қилган. Ҳалқаро битишмаларни ўрганиш жамиятининг кузатувлари бўйича қорин бўшлиғи-даги

операциядан кейинги битишмаларнинг ҳосил бўлиши абдоминал хирургиянинг энг кўп асоратларидан ҳисобланади. Битишма касаллиги билан ҳар йили хирургия бўлимларида 1% қорин бўшлиғида операция қилинган беморлар даволанади. Шулардан 50%да ўткир битишмали ичак тутилиши ривожланади, операциядан кейинги ўлим эса 10-15% ни ташкил қилади. Қорин бўшлиғида бир нечта қилинган операциялардан кейин айрим адабиёт маълумотларига асосан 93-100% ҳолатларда битишма ҳосил бўлади. Охириги ўн йилликда абдоминал хирургиянинг жарроҳликдаги юксак даражада ривожланиши, анестезия усулларининг такомиллашиши, қорин бўшлиғи аъзоларида бажариладиган режали ва шошилиш операциялар суръатининг кўпайишига сабабчи бўлди. Бу ҳолат эса битишма касаллигига чалинган беморлар сонининг ошишига ва тезкор ўткир битишмали ичак тутилишининг кўпайишига олиб келди.

Битишмаларнинг пайдо бўлиши мураккаб патогенезли полиэтиологик ҳолат ҳисобланади. Операциядан кейинги битишмаларнинг олдини олишнинг ишончли усуллари ҳозирда мавжуд эмас. Юқорида келтирилган тамойиллар битишмалар келиб чиқишининг олдини олиш йўлларини ўрганиш ва уни даволашни такомиллаш бўйича илмий изланишлар ўтказиш лозимлигини тақозо этади. Ҳозирги пайтда қорин бўшлиғида битишма жараёнини профилактика қилишнинг 4 усули мавжуд: қорин парда зарарланишини камайтириш; операция соҳасида яллиғланиш реакциясини камайтириш; қорин бўшлиғида фибрин ажралиши эҳтимолини пасайтириш; зарарланган мезотелиал юзаларни чегаралаш.

Биз ўз тадқиқотимизда шу келтирилган профилактик ҳолатларга эътибор қилдик.

Ишнинг мақсади: Ўткир битишмали ичак тутилишини хирургик даволаш ва профилактика қилиш усулларини такомиллаштириш.

Ишнинг материаллари: Илмий ишнинг материали бўлиб 2010-йилдан 2017-йилгача Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси жарроҳлик бўлимларига тушган ва даволанган 76 (100%) битишма касаллигига учраган беморларни текшириш ва хирургик даволаш натижаларига асосланган.

Беморларнинг жинси бўйича тақсимланишига кўра, уларнинг кўпчилиги аёл жинсли бўлган-46 (60.5%), эркаклар эса—30(39.5%) (диаграмма 1).

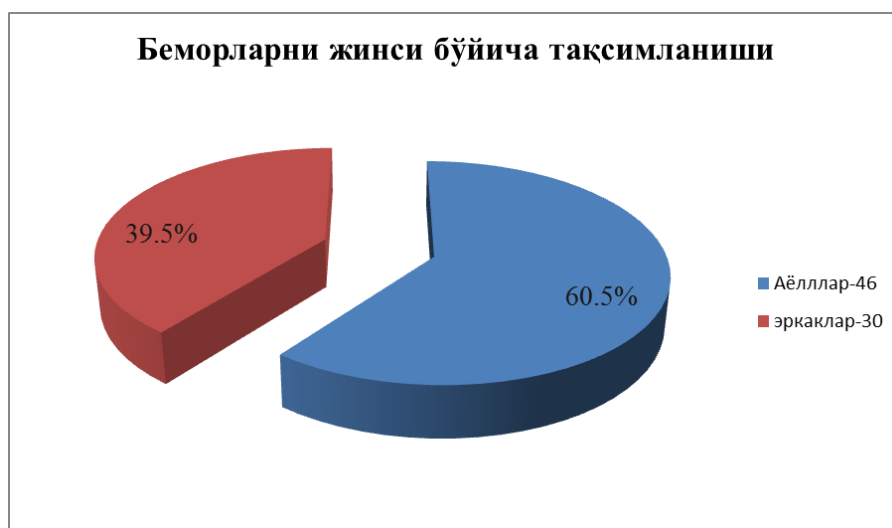


Диаграмма 1.

Беморларнинг ёшига қараб тақсимланишига кўра 17 ёшдан 70 ёшгача бўлиб улардан 73,2% (55) меҳнатга лаёқатли аҳоли ташкил қилган, бу эса муаммонинг ижтимоий аҳамиятга эга эканлигини кўрсатади. Ўсмир ёшдагилар (15-21 ёшлилар) 25,1%ни, етук ёшлилар (21-60 ёшгача) 48,5% ва қариялар (60 ёшдан юқори) 26,4%ни ташкил қилдилар. Улар орасида

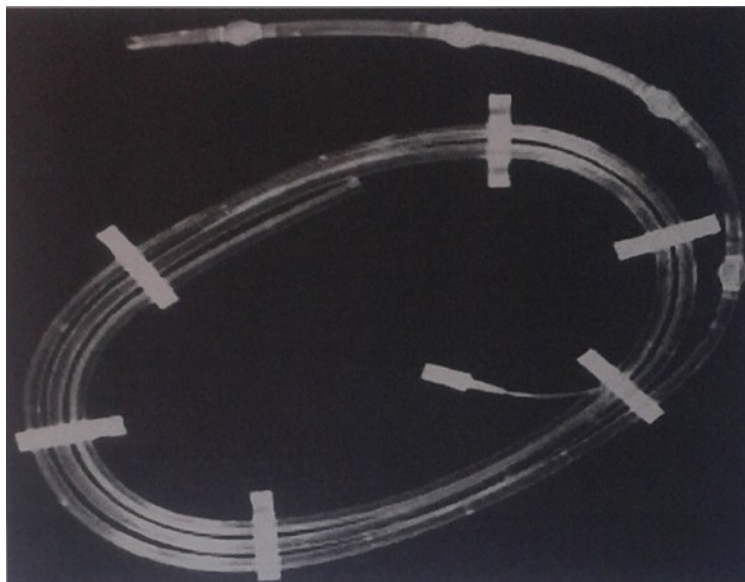
шаҳар аҳолиси – 49та (64,5%)ни, қишлоқ жойларда яшовчилар – 27та (35,5%)ни ташкил қилдилар. Ўткир битишмали ичак тутилишига учраган беморларнинг 32таси (42%) ни ишчилар, хизматчилар 4та (5,1%), мактаб ёшидагилар 13та (17,1%), вақтинча ишсизлар ва уй бекалари 27та (35,5%) эканлиги аниқланди.

Қорин бўшлиғи битишма касаллигининг ривожланишида ўтказилган операциялар асосий факторлар ҳисобланади. Бизнинг кузатувимизда бўлган беморларнинг 11тасида ўткир деструктив аппендицит, қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатлари билан – 11та, овқат ва ўн икки бармоқли ичак ярасининг перфорацияси билан – 19, деструктив холецистит билан – 28 ва 7 беморда ҳар хил гинекологик касалликлар билан операция бўлган.

Кузатилган беморларда қорин бўшлиғида ва кичик чанок аъзоларида турли оператив аралашувлар ўтказганлар ва қорин бўшлиғида битишмалар ҳосил бўлишининг сабабчиларидир. Шундай бирламчи сабаблардан ўткир деструктив аппендицит 7 та, қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатлари 11та, ошқозон ва 12 бармоқли ичак ярасининг перфорацияси 19 та, деструктив холецистит 28та ва ҳар хил гинекологик касалликлар билан 7та бемор операция бўлганлар.

Ўткир битишмали ичак тутилиши билан тушган 76та беморнинг 61%да 1 марта, 24,6% да 2 марта, 13,2% да 3 марта ва 11,2 % да 4 марта операция қилинганлар. Охириги қилинган операциядан ўткир ичак тутилиши хуружи бошлангунча ўтган муддат 1 йилгача – 31,4%, 1 йилдан 3 йилгача 37%, 3 йилдан 10 йилгача 21,4% ва 11 йилдан кўпроқ ўтгандан кейин 10,2 % беморларда кузатилди.

Стационарга тушган беморларда ўткир битишмали ичак тутилишининг диагностикаси касалликнинг умумклиник манзарасига, анамнезига, лаборатория текширувлар, рентгенологик (ошқозон-ичак тизимини контрастли рентгенография ва ирригография қилиш), ультратовуш ва **Меллори-Эбботта зонди** (расм 1) эндоскопик текширув усуллари маълумотларига асосланади. Барча беморлар стационарга



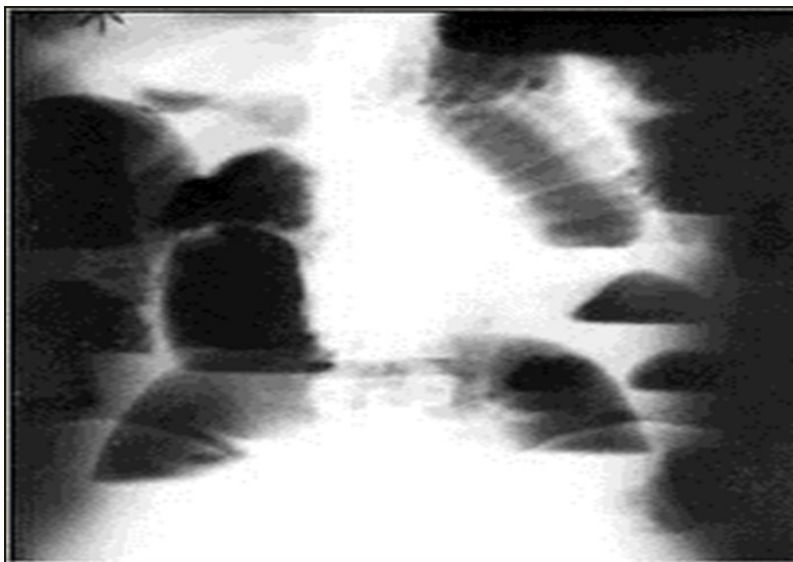
Расм 1.

тушгандан сўнг диагностик алгоритм бўйича ва текширув босқичларида умум қабул қилинган клиник текширув усуллари қўлланилди. Бунда объектив кўрик пайтида периферик ва марказий гемодинамик кўрсаткичларни аниқлаш, ЭКГ, қон ва сийдикнинг умумий ва биохимик таҳлиллари ўтказилди. Ўткир битишмали ичак тутилиши билан беморларни клиника функционал ҳолатини баҳолаш учун умумий оксил, мочевино, креатинин, қолдик азот, қондаги қанд миқдори, билурибин, ва унинг фракциялари, қон ферментлари (АлТ, АсТ) миқдори, қон плазмасидаги

электролитлар – K^+ ва Na^+ микдорини аниқлаш бу касалликнинг динамикасини аниқлашда яллиғланиш фаоллигининг тести сифатида ишлатилади. Кўрсатма бўлганда махсус текширувлар кенг қўлланилди (УТТ, ЭФГДС, КТ).

Қорин бўшлиғи манзаравий рентгеноскопияси беморларда ўткир битишмали ичак тутилишини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга (расм 2). Касалликнинг манзараси ноаниқ бўлганда ошқозон-ичак трактини контрастли рентгенологик текшириш ўтказилди. Ўткир битишмали ичак тутилишининг клиник манзараси ноаниқ бўлганда суюқ барий аралашмасидан 200 мл ичирилади ва ошқозон ичак тизими бўйича контраст модданинг ҳаракатланиши кўздан кечирилади. Текширувнинг бу тўғрисида қуйидаги рентгенологик белгилар диагностик аҳамиятга эга; ошқозоннинг кегайиши унда суюқлик йиғилиши билан, тўсиқ жойидан юқорида ингичка ичак сиртмоқларининг дилатацияси ва суюқлик ва газ йиғилиши билан кўндаланг жойлашган ва шишган Крекнинг қаватчаларининг контрастлашиши аниқланади. Айрим ҳолларда кўп сонли деформациялар битишмаларга гумон қилинганда ингичка ичак қисмларидан иборат конгломерат кўриниши ва Клойбер косачалари аниқланади. Бу текширишнинг камчилиги ичакларнинг проксимал қисмида барий эритмаси эвакуациясининг секинлашиши натижасида ичак сиртмоқлари бир-бирига қисилиб нотўғри информация бериши мумкин. Бундай ҳолатларда ошқозон ичак тизимини зонд орқали контрастлаш маъқул. Зонд бурун орқали ўн икки бармоқли ичакка ўтказилади ва $10-12^0$ С совутилган 15 % ли барий эритмаси Трейц боғламидан пастга 250 мл юборилади. Контраст модда транзитини динамик тарзда рентгенологик кузатувда 2 соат давомида ичак тутилиши жойини аниқлаш мумкин. Ичак тўсиғи аниқлангандан кейин зонд фаол аспирацияга уланади ва киритилган контраст модда ичак суюқликлари билан токсик маҳсулот сўриб олинади.

Ўткир битишмали ичак тутилишининг ривожланишида ичак найи бўйлаб эвакуация бузилишига, ичак секрецияси кучайиши билан маҳаллий трофик бузилишларга ҳам олиб келади, тўсиқ жойи устидан ичакдан сўрилиш анча камаяди, бу эса ичак маҳсулоти стазига ва оғир интоксикация ривожланишига сабаб бўлади. Шунинг учун эндоинтоксикация билан курашганда, операция пайтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам ошқозон-ичак трактдан туриб қолган маҳсулотни эвакуация қилиш муҳим аҳамиятга эга. Бунинг учун барча назорат гуруҳи беморларига, ичак тутилиши манбаи йўқ қилингандан сўнг, оператив аралашув



Расм 2. Бемор М. Қорин бўшлиғи рентгенографияси (кўп сонли Клойбер косачалари).

пайти такомиллаштирилган зонд билан ингичка ичакни трансанал тотал интубацияси ўтказилди (шиналаштириш). Бир қисм беморларда назоинтестинал ва трансректал интубация қилинди.

Ўткир битишмали ичак тутилишининг эрта диагностикаси 65та (85,5%) беморда аниқланган (тушгандан сўнг 3 соат ичида), 11тасида (14,5%) касалликнинг клиник манзарасининг билинмаслиги ва атипик кечиши сабабли (6-8 соатдан сўнг) кеч аниқланган.

В.С. Савельевнинг (1996) клиник амалиётга тавсия этган таснифига амал қилган ҳолда, беморлар касалликнинг қуйидаги босқичларида келиб тушган: 1-чи босқичда 28та (36,8%), 2-чи босқичда- 33та (43,4%) ва 3-чи босқичда 15та (19,8%).

Ишнинг муҳокамаси ва натижалари.

Биз ўз илмий ишимизда қўйилган мақсад ва вазифаларимизга асосан текширилган беморларни 2 гуруҳга: биринчи таққослаш гуруҳи 25 бемор (33%)ни ташкил қилди, уларга анъанавий умумқабул қилинган даволаш ўтказилди. Иккинчи асосий гуруҳда 51 бемор (67%) бўлиб, такомиллашган хирургик усуллар ва битишмаларни профилактика қилиш учун таркибида мезогель бўлган аралашма қорин бўшлиғига юборилди.

Такомиллаштирилган даволаш тадбири комплексига қуйидагиларни киритдик:

- Битишма пайдо бўлишининг олдини олиш мақсадида биз қуйдагича аралашма тавсия қилдик; 100 мл 0,25% новокаин эритмаси + 0,8% метилурацил + 125 мг гидрокортизон + 20 000 ЕД фибринолизин, канамицин 3 гр, ва мезогел 400 мл аралашмаси билан операция охирида қорин бўшлиғининг ҳамма қисми ҳўлланади ва қорин бўшлиғи қўйилган найлар 4-5 соатга беркитиб қўйилади.
- Илеостома орқали ингичка ичаклар интубацияси.
- Операция пайтида трансректал йўғон ичаклар илеоцекал бурчаккача интубацияси, илеостома қўйилмаган ҳолларда Меллори-Эбботта зонди орқали ингичка ичакнинг проксимал қисмигача интубация қилиш (расм 3, 4).

Иккала гуруҳ беморларининг жинси, ёши касалликнинг оғирлик даражаси, ўтказилган операцияларнинг характери ўзаро таққослашга тўғри келар эди. Биринчи таққослаш гуруҳидаги 25 ўткир битишмали ичак тутилиши билан беморларга даволаш ишлари қуйдагича ўтказилди: Энг аввало ўткир ичак тутилишини бартараф қилиш ва бузилган гомеостазни коррекция қилиш, қондаги гидроион балансини коррекция қилиш, сув ва



А

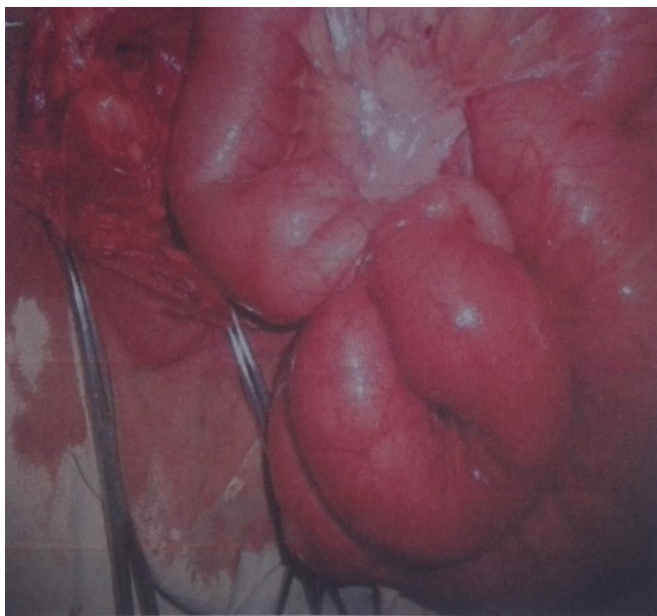


Б

Расм 3. Бемор Э., 58 ёш. Битишмали ичак тутилиши, ингичка ичак некрози (А), Операциядан кейин илеостома қўйилган ҳолат (Б).

электролит ҳолатини тиклаш, детоксикацион терапия, ошқозон ичак тизимини назогастрал зонд билан декомпрессия қилиш, паранефрал ва перидурал новокаинли блокада, тозаловчи ҳукна қилинди. Бу даволаш тадбирларининг критерияси бўлиб ўткир ичак тутилишининг бартараф бўлиши ҳисобланади.

Зудлик билан операция қилишга кўрсатма бўлиб, консерватив даволашнинг самара бермаслиги ҳамда ўткир перитонитнинг ривожланиш белгилари ҳисобланади. Бундай шароитда 2,5 соат операциядан олдинги тайёргарлик ўтказилди. Юқоридаги келтирилган комплекс даволаш тадбирлари билан бирга операция пайтида ўткир битишмали ичак тутилиши сабаблари бартараф қилинади, ичак



Расм 4. Бемор М., 60 ёш. Битишмали ингичка ичак тутилиши, ичак сиртмогининг бошланаётган некрози.

ўзакларига новокаинли блокада, трансанал ингичка ичакни тўлиқ интубацияси, актив ҳолда ичаклар суюқлиги сўриб олинган ҳолда декомпрессияси, перитонитнинг оғир тарқалган босқичлари кузатилган беморларда трансректал декомпрессив йўғон ичак интубацияси ва қорин бўшлиғини дренажлаш қилинди. Операциягача клиник белгиларни қиёслаганимизда деярли 94% беморларда операция пайтида топилган патологик ўзгаришларга мос келди. Бизнинг кузатувимизда 2та 60-65 ёшли беморда операциядан олдин перитонитнинг жуда ривожланган белгилари аниқланди ва операция пайтида эса ингичка ичак некрози аниқланди. Шунини таъкидлаш лозимки, қорин бўшлиғида кўп ҳар хил битишмалар бўлган беморларда ўткир битишмали ичак тутилиши белгиларининг атипик кечиши аниқланди (14,5%). Шундай ҳолатларда кўшимча текшириш усуллари ишлатилди. Бундай ҳолатларда кўпроқ аниқ ахборот олиш учун зонд орқали контраст моддалар юборилиб ўткир битишмали ичак тутилиши ташҳиси қўйиш мумкин. Бундай усул 2та беморда ишлатилди. Бундан ташқари назорат гуруҳидаги беморларда ультратовуш текшируви ишлатилди. Шулардан 11 тасида ўткир битишмали ичак тутилишига хос жуда аниқ бўлмаган белгилар топилди. Ваҳоланки ана шу белгилар ҳам ичак тутилиши ҳолатини тўғри баҳолашга ёрдам берди. Ультратовуш текширувида ингичка ичакнинг кенгайиши, улар деворининг қалинлашиши, ичак ички суюқлигининг орқа ва олдинга силжиши ўткир битишмали ичак тутилишининг аниқ белгилари ҳисобланади. Ичак тутилишининг муддати қанча узоқ давом этса, сув-электролит баланси, модда алмашинуви бузилиши чуқурроқ юзага чиқади ва кўп аъзоли етишмовчиликка олиб келади. Шунинг учун ҳам ўткир битишмали ичак тутилишида яхши натижа олиш учун эрта ташҳис қўйишни ташкил қилиш зарур. Қилинган таҳлиллар ичак тутилишининг уч даври (В.С.Савельев 1996 йил бўйича) назорат гуруҳи беморларида ягона касалликнинг босқичма-босқич ривожланиши эканлигини кўрсатди. Биринчи даврда беморларда яхши анамнези ўрганиш, умумий кўрик, рентген ва УТТ текширишлар ўтказилса етарли. Касалликнинг иккинчи ва учинчи босқичларида ҳамма текширишлар билан бирга энтерография қилиниб, ўткир ичак тутилиши сатҳини аниқлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Назорат гуруҳидаги беморларни анъанавий даволаш маълум босқич орқали олиб борилди. Қорин бўшлиғини тафтиш қилиш, ўткир ичак тутилиши сабабини аниқлаш ва бартараф қилиш, қорин бўшлиғидаги суюқликни эвакуация қилиш, ичак ўзакларини новокаинли блокада қилиш,

ичакларни интубация қилиш яъни операциядан кейинги даврда декомпрессия қилиш мақсадли ҳисобланади. Кўпроқ ишлатилган оператив усуллари: висцеролиз(адгезиолиз)-(63,7%)да қилинди. Ингичка ичак резекцияси “учма-уч” ва “ёнма-ён” энтеро-энтероанастомоз қўйиш (19,4%) беморларда, илеостома шакллантириш-(16,9%) ва еюностома 2 та беморда қилинди.

Тарқалган перитонит белгилари топилган беморларда интраоперацион лаваж ва обдовлаш ҳамда битишмаларни профилактика қилиш тадбирлари ўтказилди. Асосий гуруҳидаги беморларга операциядан кейинги даврда гемостазни коррекция қилиш, детоксикацион терапия ўтказиш, ошқозон-ичак тизими фаолиятини стимуляция қилиш ва актив ичакларни декомпрессия қилиш тадбирлари ўтказилди.

Кузатишлардан маълум бўлдики эндотоксикознинг оғирлиги 3 даражаси ўткир битишмалари ичак тутилиши билан беморларда доимий бўладиган ҳол бўлиб биридан иккинчи босқичга ўтиш организмнинг компенсатор имкониятларига ва адекват ўтказилган даволаш тадбирларига боғлиқ бўлади. Ичак тизимидаги транзит ҳолатни тиклашнинг етишмовчилиги натижасида компенсатор ҳолатнинг кучсизлиги организмдаги гемодинамик бузилишларни ва ҳаётий муҳим аъзоларнинг фаолиятини тиклаб бўлмайди.

Ана шу ҳолатларнинг олдини олиш учун ўткир битишмалари ичак тутилишини эрта ташхислаб оператив даволашни ўз вақтида ўтказилгандагина эндотоксикознинг биринчи даражаси бошқа оғир даражаларига ўтишдан сақлаш мумкин. Шунинг учун эндотоксикознинг оғирлик даражасини ўз вақтида аниқлайдиган сезгир ва махсус тестларни ўзлаштириш катта амалий аҳамиятга эга. Ана шундай тестлардан бири лейкоцитларнинг интоксикация индекси ҳисобланади. Таққослаш гуруҳида ўтказилган текширишлар шуни кўрсатдики, қорин бўшлиғида бўлган деструктив ўзгаришлар айниқса бу ҳолат қорин пардага ҳам ўтган бўлса яъни перитонит кўзатилганда лейкоцитларнинг интоксикацион индекси кўрсаткичлари динамик ҳолда кўтарилган.

Ўткир битишмалари ичак тутилиши билан перитонит кузатилган беморларда лейкоцитларнинг интоксикацион индекси кўрсаткичлари соғлом кишиларга нисбатан 2-2,5 марта ошган.

Асосий гуруҳ беморларидан ўпка артерияси тромбоземболияси, ёйилган перитонит ҳамда ўткир буйрак ва жигар етишмовчилиги билан 4 та бемор ўлими кузатилди. Ўлим тафсилоти асосан зудлик билан қилинган операциялардан кейин юрак-қон томирлари йўлдош касаллиги билан содир бўлди. 6 та беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши асорати аниқланди. Олинган маълумотлардан маълумки ханузгача операциядан кейинги ўлим суръатининг юқорилиги кўрсатадики ўткир битишмалари ичак тутилишининг профилактикаси борасида илмий изланишлар қилиш ва амалиётга ўткир битишмалари ичак тутилишини профилактика қиладиган янги усуллари татбиқ қилиш зарур.

Ҳозирги вақтда клиницистлар томонидан битишмаларнинг ҳосил бўлишини профилактика қилишнинг асосий 6 механизм орқали таъсир қилиш мумкинлиги аниқланган: Қорин парда жароҳатини камайитириш, яллиғланишга организмнинг биринчи жавобини камайитириш, фибриннинг ҳосил бўлишини бартараф қилиш, фибринолизни фаоллаштириш, коллоген тўпланишига ва фибринолитик ҳолатларни бартараф қилиш ва битишмаларнинг ҳосил бўлишини бартараф қиладиган тўсиқлар ишлатиш. Ана шу ҳолатларни ҳисобга олган ҳолда биз ўз амалиётимизда битишмаларни профилактика қиладиган янги даволаш усулини таклиф қилдик.

Ана шундан сўрилувчи барьер хусусиятга эга бўлган модда “мезогель” (карбоксиметилцеллюлозанинг натрий тузи сувли гели)ни ишлатдик. Асосий гуруҳ беморларига лапаротомия ярасини тикишдан олдин қорин бўшлиғига битишмага қарши аралашма мезогель билан бирга юборилади. Мезогельнинг ҳажми беморнинг оғирлигига асосан 2,5 мл/кг ҳисобида олинди. Операциядан кейинги даврда 2-3 кун дренаж най орқали мезогель юбориш давом эттирилди, қўйилган назогастрал зонд орқали махсус антиоксидант ва антигипоксантилар ичак деворларидаги микроциркуляцияни яхшилаш учун

юборилди. Трансректал интубацион най орқали эндоген интоксикацияни пасайтириш учун энтеросорбитлар юборилади.

Асосий гуруҳ беморларида операциядан кейинги асоратлар 51та бемордан 10 тасида аниқланди. Ўтқир битишмалари ичак тутилиши билан биз таклиф қилган такомиллашган даволаш ва профилактика усуллари билан кейин ўлим икки марта камайди.

Хулоса. Шундай қилиб битишмалари ўтқир ичак тутилиши билан беморларга ўз вақтида диагноз қўйиш, сифатли операция қилинганда ва қорин бўшлиғида битишмалар ҳосил бўлишини комплекс профилактика (мезогель ишлатилиши) қилинганда беморлардаги операциядан кейинги асоратлари ва ўлим тафсилотининг икки марта пасайишига эришилди.

Фойдаланадиган адабиётлар:

1. Андреев Г.Н. Спаечная кишечная непроходимость и абдоминальная спаечная болезнь // Скорая медицинская помощь. Санкт-Петербург, 2004. №3. С.66-67.
2. Баймаков С.Р., Каюмов Т.Х., Мадалиев У. К профилактике послеоперационной спаечной болезни при перитоните аппендикулярной этиологии // Хирургия. Узбекистан. 2002. №3. С.15.
3. Баранов Г.А., Карбовский М.Ю. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной непроходимости // Хирургия. Узбекистан. 2006. №7. С.56-60.
4. Воробьев А.А. Проблемы и перспективы развития учения о послеоперационных спайках брюшной полости // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2006. №4. С.44-53.
5. Коморовский Ю.Т., Корчинский И.Ю., Спорные вопросы спаечной болезни брюшины в свете успехов и неудач оперативного лечения // Вестник хирургии. 2008. №1. С.84-89.
6. Матвеев Н.Л. Внутривнутрибрюшные спайки-недооцененная проблема // Эндоскопическая хирургия. 2007. №5. С.60-69.
7. Плечев В.В. Острая спаечная кишечная непроходимость. Уфа, 2016. с.679.
8. Степоян С.А., Апоян В.Т и др. Применение противовоспалительных средств в профилактике спаечной болезни живота // Вестник хирургии И.И.Грекова. 2012. №1. Том 171. С.25.
9. Филенко Б.П., Лазарев С.М. Профилактика и лечение спаечной болезни. Вестник хирургии И.И.Грекова. 2012. №1. Том 171. С.15.
10. Шеянов С.Д., Харитонов Е.А., Зухраева З.И. Диагностика острой спаечной кишечной непроходимости методом измерения внутрибрюшного давления // Вестник хирургии, 2012. №5. Том 171. С.24.
11. Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины. М. 2008. с.160.
12. Attard Jo-Anne pMoclean A.R. Adhesive small bowel obstruction epidemiology biology and prevention // Can.7. Surg. 2007.
13. Bergstrom M. CO₂ promotes plasminogen activator inhibitor type 1 expression in human mesothelial cell // Surg. Endosc. 2003. vol.17, №11. P.1818-1822.