

Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев, А.И. Муродов, А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров, Ф.Н. Нажмуудинов

РЕЛАПАРОТОМИЯ И ПОВТОРНЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Махмадов Фарух Исроилович – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992900754490; mail.ru fmahmadov@mail.ru

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения повреждений, заболеваний печени и желчевыводящих путей путем рационального использования миниинвазивных технологий.

Материалы и методы исследования. За последние 18 лет выполнено 6548 оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения наблюдали у 643 (9,8%) больных. При этом в 420 (6,4%) наблюдениях прибегали к различным вариантам повторных оперативных вмешательств.

Результаты исследования и их обсуждение. В 46 (23,4%) наблюдениях у пациентов основной группы выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с эндоскопической папиллосфинктеротомией (n=10). Ещё в 5 (2,5%) наблюдениях выполнялась чрескожно-чреспеченочная холангиография (ЧЧХ) для купирования механической желтухи. Традиционные оперативные вмешательства с формированием различных вариантов билиодегистивных анастомозов были выполнены у 103 (52,5%) пациентов. Послеоперационные осложнения в основной группе составили 23,0%, а летальность 9,6%, а в контрольной группе больных эти показатели составили 36,0% и 19,3% соответственно.

Заключение. При лечении ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений, после оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях, миниинвазивная технология, применяемая по показаниям, безусловно считается методом выбора.

Ключевые слова: релапаротомия, ранние послеоперационные осложнения, гепатобилиарная зона, миниинвазивная технология.

F.I. Makhmadov, D.N. Sadulloev, A.I. Murodov, A.S. Ashurov, F.Sh. Safarov, F.N. Najmudinov

RELAPAROTOMY AND REPEATED MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN HEPATOBILIARY SURGERY

Department of Surgical Diseases No.1 of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"

Mahmadov Farukh Isroilovich - Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Surgical Diseases No.1, Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +992900754490; mail.ru fmahmadov@mail.ru

Aim. To improve the immediate results of surgical treatment of injuries, and diseases of the liver and biliary tract through the rational use of minimally invasive technologies.

Material and methods. Over the past 18 years, 6548 surgical interventions on the liver and biliary tract were performed. Postoperative intra-abdominal complications were observed in 643 (9.8%) patients. At the same time, in 420 (6.4%) cases, various options for repeated surgical interventions were used.

Results. In 46 (23.4%) cases, patients of the main group underwent laparoscopic cholecystectomy with endoscopic papillosphincterotomy (n=10). In 5 (2.5%) cases, percutaneous transhepatic cholangiography was performed to stop obstructive jaundice. Traditional surgical interventions with the formation of various variants of biliodegistic anastomoses were performed in 103 (52.5%) patients. Postoperative complications in the main group were 23.0%, and mortality was 9.6%, while in the control group of patients, these figures were 36.0% and 19.3%, respectively.

Conclusion. In the treatment of early postoperative intra-abdominal complications after surgical interventions on the liver and biliary tract, minimally invasive technology per indication is certainly considered the method of choice.

Keywords: relaparotomy, early postoperative complications, hepatobiliary zone, minimally invasive technology.

Введение. Неудивительно, что значительное увеличение количества оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях способствовало увеличению частоты ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений (РПВО), требующих выполнения релапаротомии. По данным литературы последних лет частота релапаротомии находится в пределах 0,5-8,6% [1-3, 5], при этом летальность варьирует от 18,8 до 48% [4, 5], а при повторных релапаротомиях и послеоперационном перитоните достигает 90% [6-8].

Следует отметить, что при возникновении внутрибрюшных осложнений, требующих выполнения релапаротомии, в 26-28% случаев допускаются как диагностические, так и тактические и технические ошибки, в том числе и во время самой релапаротомии. Вместе с тем количество нераспознанных внутрибрюшных послеоперационных осложнений достигает 20,8-29,7%, а в 17-48% наблюдений релапаротомия выполняется несвоевременно или необоснованно [9,10].

С внедрением в клиническую практику современных технологий, появилась возможность свести к минимуму негативное влияние хирургической агрессии на организм пациентам, что особенно актуально при повторных оперативных вмешательствах [7]. Многообразие эндоскопических, лапароскопических и ультразвуковых технологий позволяют значительно улучшить качество диагностики и лечения РПВО.

Отмеченные обстоятельства определяют необходимость изучения патогенеза РПВО, а также эффективного использования для их диагностики инструментальных исследований, позволяющих выявить осложнений на «доклинической» стадии.

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения повреждений, заболеваний печени и желчевыводящих путей путем рационального использования миниинвазивных технологий.

Материалы и методы исследования. В клинике хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» на базе ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе за последние 18 лет выполнено 6548 оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения наблюдали у 643 (9,8%) больных. При этом в 420 (6,4%) наблюдениях прибегали к различным вариантам повторных оперативных вмешательств с целью коррекции, развившейся внутрибрюшного осложнения.

Все больные с РПВО были распределены на две группы. В первую (контрольную) группу были включены 150 (35,7%) пациентов, лечившихся в период с 1997 по 2005 годы, до внедрения в клиническую практику современных технологий, и для диагностики и лечения РПВО применялась традиционная релапаротомия. Во вторую (основную) группу отнесены 270 (64,3%) пациентов, находившихся на лечении в период 2006-2021 годов. Для диагностики и лечения пациентов второй группы применялись современные технологии и усовершенствованная хирургическая тактика.

За РПВО считали те осложнения, которые развились в период нахождения пациентов в хирургическом стационаре. Данные осложнения являются следствием выполнения хирургических вмешательств, инвазивных лечебных и иных манипуляций на печени и желчевыводящей системе. Распределение всех больных с РПВО по полу и возрасту отражено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных с РПВО по возрасту и полу (n=420)

Возраст (лет)		Пол				Всего	
		Мужчины		Женщины		Абс.	%
		Абс.	%	Абс.	%		
До 20	О	5	1,2	8	1,9	13	3,1
	К	7	1,7	10	2,4	17	4,1
21-40	О	34	8,1	46	11,0	80	19,1
	К	23	5,5	30	7,1	53	12,6
41-60	О	51	12,1	50	11,9	101	24,0
	К	15	3,6	25	6,0	40	9,6
61-70	О	11	2,6	36	8,6	47	11,2
	К	10	2,4	15	3,6	25	6,0
Старше 70	О	9	2,1	20	4,8	29	6,9
	К	5	1,2	10	2,4	15	3,6
Итого:	О	110	26,2	160	38,1	270	64,3
	К	60	14,3	90	21,4	150	35,7

Примечание: О – основная группа, К – контрольная группа

Среди наблюдавшихся больных основной и контрольной группы мужчин было 170 (40,5%), женщин – 250 (59,5%). При этом большинство пациентов (74,3%) были в возрасте до 60 лет, т.е. в наиболее зрелом и трудоспособном возрасте.

Необходимо отметить, что РПВО после оперативных вмешательств на печени развились у 224 (53,3%) больных, а после операций на желчевыводящих путях – у 196 (46,7%) больных (табл. 2).

Таблица 2

Характер РПВО в зависимости от сроков выполнения первичных оперативных вмешательств (%)

Сроки операции	Основная группа	Контрольная группа	Итого
Плановые операции	58 (13,8)	67 (15,9)	125 (29,8)
Экстренные операции	212 (50,5)	83 (19,8)	295 (70,2)
Всего	270 (64,3)	150 (35,7)	420 (100)

Первичные оперативные вмешательства в плановом порядке были выполнены у 125 (29,8%) пациентов основной (n=58) и контрольной группы (n=67). Неотложные оперативные вмешательства на печени и желчевыводящих путях были выполнены у 295 (70,2%) больных основной (n=212) и контрольной (n=83) группы.

Для выбора адекватной и рациональной хирургической тактики при развившейся РПВО важное

значение имеет характер заболеваний, по поводу которых было выполнено первичное вмешательство (табл. 3).

Анализ результатов первичных оперативных вмешательств показал, что по поводу заболеваний печени оперировано 224 (53,3%) больных, при этом по поводу осложненного эхинококкоза печени оперировано 61 (14,5%) пациентов, гемангиомы печени – 32 (7,6%), непаразитарных кист печени – 20 (4,7%), абсцессов печени – 24 (5,7%) и травм печени – 28 (6,7%). В 196 (46,7%) наблюдениях оперативные вмешательства были выполнены по поводу патологии желчных путей, в т.ч. желчнокаменная болезнь, с вытекающими ее осложнениями – 60 (14,3%) пациентов, острый деструктивный холецистит с перитонитом – 40 (9,5%), билиарный панкреатит – 16 (3,8%), острым гнойный и хронический холангит – 53 (12,6%) и ЖКБ со стенозом БДС – 27 (6,4%).

При исследовании пациентов с РПВО важное значение придавали общепринятым методам исследования: жалобы, анамнез заболевания, данные объективного обследования. Проведены клинико-

Таблица 3

Характер заболеваний и травм печени и желчных путей (%)

Название заболеваний		Сроки операции		Итого
		Экстренные	Плановые	
Эхинококкоз печени и его осложнения	О	-	18 (4,3)	18 (4,3)
	К	6 (1,4)	37 (8,8)	43 (10,2)
Гемангиома печени	О	4 (0,9)	23 (5,5)	27 (6,4)
	К	-	5 (1,2)	5 (1,2)
Непаразитарные кисты	О	7 (1,7)	8 (1,9)	15 (3,6)
	К	-	5 (1,2)	5 (1,2)
Абсцессы печени	О	16 (3,8)	-	16 (3,8)
	К	8 (1,9)	-	8 (1,9)
Травмы печени	О	20 (4,7)	-	20 (4,7)
	К	8 (1,9)	-	8 (1,9)
ЖКБ и ее осложнения	О	33 (7,8)	-	33 (7,8)
	К	27 (6,4)	-	27 (6,4)
Острый деструктивный холецистит. Распространенный перитонит	О	20 (4,7)	-	20 (4,7)
	К	20 (4,7)	-	20 (4,7)
Билиарный панкреатит	О	10 (2,4)	-	10 (2,4)
	К	1 (0,2)	5 (1,2)	6 (1,4)
Острый гнойный холангит	О	30 (7,1)	-	30 (7,1)
	К	13 (3,1)	10 (2,4)	23 (5,5)
ЖКБ + стеноз БДС	О	14 (3,3)	8 (1,9)	22 (5,2)
	К	-	5 (1,2)	5 (1,2)
Всего	О	212 (50,5)	58 (13,8)	270 (64,3)
	К	83 (19,8)	67 (15,9)	150 (35,7)

Примечание: О – основная группа, К – контрольная группа

лабораторные и инструментальные методы исследования, включая КТ, МРТ и видеолапароскопия.

Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием программы Statistica 10,0 (StatSoft, USA). Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки. Качественные величины представлены в виде их абсолютных значений и долей (%). Различия считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Различные, по характеру и объему, оперативные вмешательства на желчевыводящих путях было произведено в 196 наблюдениях у пациентов основной ($n=115$) и контрольной ($n=81$) групп. В 46 (23,4%) наблюдениях у пациентов основной группы выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) ($n=10$). Ещё в 5 (2,5%) наблюдениях выполнялась ЧЧХ для купирования механической желтухи. Традиционные оперативные вмешательства у пациентов основной ($n=64$) и контрольной ($n=76$) групп с формированием различных вариантов билиодегистивных анастомозов были выполнены у 103 (52,5%) пациентов. В 17 (8,7%) наблюдениях выполнялась ЭПСТ с назобилиарным дренированием.

Важное значение для выбора патогенетически обоснованного метода лечения пациентов имеет выявление характера развившегося РПВО (табл. 4).

Таблица 4

Структура ранних внутрибрюшных послеоперационных осложнений ($n=420$)

Структура послеоперационных осложнений	Количество	%
Послеоперационный перитонит	54	12,9
Послеоперационные внутрибрюшные абсцессы	54	12,9
Внутрибрюшное кровотечение	97	23,1
Желчеистечение	84	20,0
Острые пищеводно-желудочно-кишечное кровотечение	58	13,8
Послеоперационный панкреатит	34	8,1
Послеоперационная желтуха	21	5,0
Послеоперационная ранняя кишечная непроходимость	18	4,3
Всего	420	100

При анализе структур РПВО установлено, что наиболее частым осложнением являлись: послео-

перационный перитонит и внутрибрюшные гнойники в 108 (25,7%) наблюдениях, внутрибрюшное кровотечение - 97 (23,1%), желчеистечение - 84 (20,0%), послеоперационные пищеводно-желудочно-кишечные кровотечения - 58 (13,8%), послеоперационный панкреатит - 34 (8,1%), послеоперационная механическая желтуха - 21 (5,0%) и ранняя послеоперационная кишечная непроходимость - 18 (4,3%).

Наиболее часто причиной послеоперационных внутрибрюшных кровотечений (69 - 16,4%) оказалось вмешательства на печени, тогда как после операций на желчевыводящих путях внутрибрюшное кровотечение возникло у 28 (6,7%) пациентов.

А вот послеоперационные гнойно-септические осложнения (перитонит, абсцессы) в 60 (14,3%) наблюдениях развились после операций на желчевыводящих путях, тогда как после вмешательств на печени оно возникло у 48 (11,4%) пациентов.

Послеоперационные желчеистечения соответственно наблюдали в 84 (20,0%) случаях, после операций на печени ($n=42$) и желчевыводящих путях ($n=42$).

Необходимо отметить, что причиной возникновения РПВО в большинстве случаев являются совокупность нескольких объективных факторов. Среди наблюдавшихся РПВО, в большинстве наблюдений ($n=394$), причиной возникновения осложнений являлись тактические и технические ошибки, низкая квалификация хирургов.

Такие факторы как прогрессирование заболевания ($n=48$) и наличие глубоких нарушений функции жизненно-важных органов ($n=67$) в целом составляют 27,4% ($n=115$) наблюдений.

При выявлении РПВО у пациентов основной группы ($n=270$) в 196 (46,7%) случаях выполняли повторные миниинвазивные вмешательства (табл. 5).

Релапаротомию по требованию, в связи с очевидной на дооперационном этапе невозможностью устранения осложнения, эндохирургическими методами выполняли 74 (17,6%) пациентам. В 95 (22,6%) случаях, при РПВО, выполняли релапароскопию с различными вмешательствами, направленными на коррекцию причины их возникновения. В 19 (4,5%) наблюдениях релапароскопия сочеталась с минилапаротомией, а в 22 (5,2%) случаях производили пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем. При этом в 10 (3,7%) случаях, по показаниям, производили 2 повторные пункции, в 3 (1,1%) случаях произвели 3 пункции. Сочетанные биэндовскопические вмеша-

Таблица 5

Характер оперативных вмешательств у больных основной группы с РПВО (n=270)

Характер вмешательств	Количество	%
Эндоскопические лечебные манипуляции	39	9,3
Релапароскопия	95	22,6
Релапароскопия + минилапаротомия	19	4,5
Пункция и дренирование под УЗ-контролем	22	5,2
Биэндоскопические вмешательства	21	5,0
Релапаротомия	74	17,6
Всего	270	64,3

Примечание: % - от общего количества больных.

тельства выполняли в 21 (5,0%) случае. Следует отметить, что в зависимости от характера послеоперационных осложнений миниинвазивные вмешательства были выполнены 196 (72,6%) пациентам.

После проведенных повторных оперативных вмешательств у пациентов основной группы послеоперационные осложнения составили 23,0%, а летальность 9,6%, а в контрольной группе больных эти показатели составили 36,0% и 19,3% соответственно.

Выводы: 1. Структуру ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений после оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путей составляют: послеоперационные геморрагии в 155 (36,9%) случаях, послеоперационные билиарные осложнения - 139 (33,1%) и гнойно-воспалительные осложнения - 126 (30,0%).

Отсутствие выраженного пареза тонкой кишки по данным УЗИ, наличие «акустические окна» и стабильные показатели гемодинамики являются показанием к выполнению миниинвазивных вмешательств.

Показания к выполнению релапаротомии при ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнениях являются: а) тяжелое общее состояние больных, б) нецелесообразность малоинвазивного вмешательства, в) невозможность устранения причины осложнения эндохирургическим методом (установленная во время диагностической релапароскопии или эндоскопии), г) неэффективность малоинвазивных методов коррекции д) развитие в процессе лапароскопических манипуляций осложнений, устранение которых при помощи миниинвазивных методов невозможно.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-10 см. в REFERENCES)

1. Абдиев А.А. Причины и диагностика осложнений, требующих релапаротомии в абдоминальной хирургии / Абдиев А.А // Наука новые технологии и инновации. - 2017. - №1. - С. 49-52.

2. Белоконев В.И. Усовершенствованная техника гепатикоэнтеростомии на сменном транспечёночном дренаже по Гетцу при лечении больных со «свежими» травмами и стриктурами гепатикохоледохса / В.И. Белоконев [и др.] // Вестник Авиценны. - 2012. - № 4 (53). - С. 22-28.

3. Маскин С.С. Плановые и срочные релапаротомии при послеоперационных внутрибрюшных осложнениях / С.С. Маскин, Т.В. Дербенцева, А.М. Карсанов, Л.А. Иголкина [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - №7. - С.101-106.

4. Жаворонкова О.И. Ультразвуковая диагностика ранних послеоперационных осложнений в хирургии органов гепатобилиарной зоны и методы их минимально инвазивной коррекции / О.И. Жаворонкова, О.В. Мелёхина, Ю.А. Степанова, Н.Н. Ветшева [и др.] // Медицинская визуализация. - 2013. - №6. - С. 133-136.

5. Чернов В.Н. Лечение инфицированных форм острого деструктивного панкреатита с использованием малоинвазивных технологий / В.Н. Чернов, Б.М. Белик, А.З. Алибеков // Новости хирургии. - 2014. - №1.

REFERENCES

1. Abdiev A.A. Prichiny i diagnostika oslozhneniy, trebuyushchikh relaparotomii v abdominalnoy khirurgii [Causes and diagnosis of complications requiring relaparotomy in abdominal surgery]. *Nauka, novye tekhnologii i innovatsii - Science new technologies and innovations*, 2017, No. 1, pp. 49-52.

2. Belokonev V.I. Usovershenstvovannaya tehnika gepatikoenterostomii na smennom transpechyonochnom drenazhe po Getcu pri lechenii bol'nyh so "svezhimy" travmami i strikturami gepatikoholedokha [Advanced technique of hepatic-enteral stomy on disposable transhepatic drainage by Goetz in treatment of patients with "fresh" injuries and strictures of hepaticocholedochus]. *Vestnik Avicenny - Avicenna Bulletin*, 2012, No. 4 (53), pp. 22-28.

3. Maskin S.S. Planovye i srochnye relaparotomii pri posleoperatsionnykh vnutribryushnykh oslozhneniyakh [Planned and emergency relaparotomies for post-operative intra-abdominal complications]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik - Kuban scientific medical journal*, 2013, No. 7, pp. 101-106.

4. Zhavoronkova O.I. Ultrazvukovaya diagnostika rannikh posleoperatsionnykh oslozhneniy v khirurgii organov gepatobiliarnoy zony i metody ikh minimalno invazivnoy korrektsii [Ultrasound diagnosis of early postoperative complications in hepatobiliary surgery and methods for their minimally invasive correction]. *Meditinskaya vizualizatsiya - Medical imaging*, 2013, No. 6, pp. 133-136.

5. Chernov V.N. Lechenie infitsirovannykh form ostrogo destruktivnogo pankreatita s ispolzovaniem maloinvazivnykh tekhnologiy [Treatment of infected forms of acute destructive pancreatitis using minimally invasive techniques]. *Novosti khirurgii - Surgery news*, 2014, No. 1.

6. Allaway M.R., Clement K., Eslick G.D. Early Laparoscopic Washout May Resolve Persistent Intra-Abdominal Infection Post-appendectomy. *World Journal of Surgery*, 2019, No. 43 (4), pp. 998-1006.

7. Elkbuli A., Ehrhardt J.D.Jr., McKenney M. Successful utilization of angioembolization and delayed laparoscopy in the management of grade 5 hepatic laceration: Case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2019, Vol. 59, pp. 19-22.

8. Eubanks R.D., Hassler K.R., Huish G. Review of Operative Treatment of Delayed Presentation of Acute Cholecystitis. *American Journal of Surgery*, 2019, Vol. 1, No. 85 (1), pp. 98-102.

9. Gupta A., Shah M.M., Kalaskar S. N. Late post-operative bleeding after Roux-en-Y gastric bypass: management and review of literature. *British Medical Journal Case Reports*, 2018, Vol. 11 (1), pp. e226271.

10. Palermo M., Davrieux C.F., Acquafresca P.A. Percutaneous Image-Guided Abdominal Interventions for Leaks and Fistulas Following Sleeve Gastrectomy and Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obesity Surgery*, 2019.

ХУЛОСА

**Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев,
А.И. Муродов, А. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров,
Ф.Н. Нажмуудинов**

РЕЛАПАРОТОМИЯ ВА АМАЛИЁТҲОИ ТАКРОРИИ ҲАДДИ АҚАЛ ИНВАЗИВӢ ДАР ҶАРРОҲӢИ ГЕПАТОБИЛИАРӢ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои фаврии муолиҷаи ҷарроҳии захмҳо, бемориҳои ҷарроҳии ҷигар ва роҳҳои сафро, бо роҳи истифодаи оқилонаи технологияи ҳадди ақал инвазивӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар заминаи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 дар тӯли 18 соли охир 6548 амалиёти ҷарроҳӣ дар ҷигар ва роҳҳои сафро анҷом дода шудааст. Дар 643 (9,8%) беморон мушкилиҳои пас аз ҷарроҳии дохили шикам мушоҳида карда шуданд. Дар баробари ин, дар 420 (6,4%) ҳолат вариантҳои гуногуни амалиёти ҷарроҳии такрорӣ истифода шудаанд.

Натиҷаҳо. Дар 46 (23,4%) ҳолат ба беморони гурӯҳи асосӣ холецистэктомияи лапароскопӣ бо папиллосфинктеротомияи эндоскопӣ (n=10) гузаронида шуд. Дар 5 ҳолати дигар (2,5%) барои қатъ кардани зардпарвини обструктивӣ холангиографияи перкутанӣ гузаронида шуд. Дар 103 (52,5%) беморон амалиёти ҷарроҳии анъанавӣ бо ташаккули вариантҳои гуногуни анастомозҳои билиодегистӣ анҷом дода шуданд. Оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ 23,0% ва фавт 9,6% буд, ки дар гурӯҳи назоратии беморон ин нишондод мутаносибан 36,0% ва 19,3%-ро ташкил меод.

Хулоса. Дар муолиҷаи оризаҳои барвакти пас аз ҷарроҳии дохили шикам пас аз даҳолати ҷарроҳӣ дар ҷигар ва роҳҳои сафро, технологияи ҳадди ақал инвазивӣ, ки мувофиқи нишондодҳо истифода мешавад, бешубҳа усули интихоб ҳисобида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: релапаротомия, оризаҳои барвакти ҷарроҳии мавзеи гепатобилиарӣ, технологияи ҳадди ақл инвазивӣ.

УДК 616.34-007.272-036.11-006-0721-089

doi: 10.52888/0514-2515-2022-353-2-60-67

Х.Ш. Назаров, Ш.К. Назаров, Н.Ш. Хасанов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ КИШЕЧНИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Назаров Хилолиддин Шарофович - к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Республика Таджикистан; Тел.: +992900500303; E-mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза при проведении радикальных операций.