

**И. К. АХУНБАЕВ атындагы
КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИ
УЛУТТУК ХИРУРГИЯ БОРБОРУ**

Д 14.19.600 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616.366-002-084-089.168.1-06

Толоров Жыргалбек Жолдубаевич

**ХОЛЕЦИСТИТТИН ДЕСТУКТИВДИК ФОРМАЛАРЫНЫН
ОПЕРАЦИЯСЫНАН КИЙИНКИ ТАТААЛДАШУУНУ АЛДЫН АЛУУ**

14.01.17 - хирургия

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
авторефераты

Бишкек - 2021

Илимий иш И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын факультеттик хирургия кафедрасында аткарылды.

Илимий жетекчи: **Мусаев Улан Салтанатович** - медицина илимдеринин доктору, Бишкек шаарынын №1 Шаардык клиникалык ооруканасынын башкы дарыгеринин дарылоо иштери боюнча орун басары

Расмий оппоненттер: **Ниязов Батырхан Сабитович** - медицина илимдеринин доктору, профессор, С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра окутуу жана квалификациясын жогорулатуу институтунун дарыгерлерди өркүндөтүү факультетинин жалпы хирургия кафедрасынын башчысы

Байгазаков Асылбек Топчубаевич - медицина илимдеринин доктору, доцент, «Меди ЛТД» клиникасынын башкы дарыгери

Жетектөөчү уюм: Түштүк-Казакстан медициналык академиясы, илимий кеңеш (160001, Шымкент ш., Аль-Фараби аянты 1).

Диссертацияны коргоо 2021-жылдын 29-июнда саат 13.00дө медицина илимдеринин доктору (кандидаты) илимдеринин окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборуна караштуу Д 14.19.600 диссертациялык кеңештин отурумунда өтөт (720044, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., 3-линия көчөсү, 25, 2-этаж конференц-зал дарегинде), диссертацияны коргоо онлайн берүүсүнүн идентификатор коду: https://vc.vak.kg/b/d_1-s2p-icn-nvx

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек шаары, Ахунбаев көчөсү, 92), Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборунун китепканаларынан (720044, Бишкек шаары, 3-линия көчөсү, 25) жана www.nsc.kg сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2021-жылдын 25 майда жөнөтүлдү

**Диссертациялык кеңештин
окумуштуу катчысы,
медицина илимдеринин
кандидаты, улук илимий кызматкер**

М. Б. Чапыев

ЭМГЕКТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Курч холециститти хирургиялык жол менен дарылоо көйгөйү ич көңдөйүнө шашылыш хирургиялык жардам көрсөтүүнүн актуалдуу маселелеринин бири бойдон калууда. Бул өт ташынын(ӨТО) татаал формалары менен операция болгон оорулуулардын санынын көбөйүшүнө жана сезгенүүнүн татаалданышына, айрыкча, жаракат алууну азайтуу тенденциясынын жоктугуна байланыштуу [М. М. Мамакеев жана авторлош., 1998; А. Т. Бронтвейн, 2001; М. А. Хоконов жана авторлош., 2011; Р. Курбанисмаилова, Р. Т. Меджидов, 2013; Т. Б. Оморов жана авторлош., 2017; J. Tozatti et al., 2015]. Өт ташынын оорусу көпчүлүк учурда татаал түрлөрү улгайган, жашы өткөн адамдарда жана диабет, гипертония, атеросклероз сыяктуу коштогон оорулары бар адамдарда болот [П. С. Ветчев жана авторлош., 2005; Ю. Л. Шевченко жана авторлош., 2005; А. Н. Афанасьев ж. б. авторлош., 2008; С. А. Жидков, А. И. Элин, 2009; Т. А. Педерсен жана авторлош., 1999; К. П. Сирик жана авторлош., 2015] жана операция жасалган бул топто - көбүнчө операциядан кийинки убакыттагы сезгенүү кыйынчылыктары пайда болот.

Курч холециститти дарылоодо жаңы технологиялардын өнүгүшүнө карабастан (минилапаротомдук мүмкүнчүлүк, лапароскопиялык холецистэктомия), оорлошуу жыштыгы, өзгөчө кыйратуучу формалардагы оорлошунун жыштыгы 4төн 48% га чейин [М. М. Масалин, 1998; Э. А. Ермаков, А. И. Лищенко, 2003; А. П. Уханов жана авторлош., 2008]. Курч холециститти дарылоонун негизги ыкмасы - холецистэктомия, ошондой эле өттүн таш оорусунун татаалдашына байланыштуу холедохолитиаз сыяктуу, андан кийин холецистэктомия жалпы өт жолунун тышкы же ички дренажи менен толукталат [К. С. Жумадилов, 2010; J. L. Rajen et al., 2011; R. Olmo-Lopez et al., 2012; Т. С. Shen et al., 2015].

Лапароскопиялык холецистэктомия азыркы учурда эң көп колдонулуучу ыкма, андан кийин жаракаттын татаалдашуусу сейрек кездешет, бирок холециститтин деструктивдик формаларында лапароскопиялык холецистэктомия бир катар каршы көрсөтмөлөргө ээ [С. А. Дадвани жана авторлош., 2000; Ю. И. Ульянов жана авторлош., 2002; И. Глушков жана авторлош., 2009; Б. Д. Бобоев, 2012].

Белгилей кетүүчү нерсе, операциялардын техникасы өркүндөтүлгөнүнө карабастан, ар кандай хирургиялык кийлигишүүдөн кийин сезгенүүчү татаалдашуулар байкалат.

Көптөгөн жылдар аралыгында хирургдар сезгенүү ооруларынын алдын алуу боюнча чараларды иштеп чыгышкан жана иштеп жатышат, ал эми алардын жыштыгы бир аз гана төмөндөдү.

Адабияттарда курч холецистит, анын диагнозу, ыкмасы жана

татаалдашуунун алдын алуу чараларына арналган көптөгөн изилдөөлөрдүн натыйжалары келтирилген, бирок көптөгөн суроолор дагы деле болсо чечилбей келе жатат, бул натыйжалуу методдорду издөөнү талап кылат [А. Л. Шестаков жана авторлош., 1997; Р. А. Оморов жана авторлош., 2019]. Ушуга байланыштуу эки багытта изилдөө жүрүп жатат: татаалдашууну токтото ала турган, алдын алуу ыкмаларын иштеп чыгуу жана экинчи багыт - жаракаттын сезгенүүсүнүн өнүгүшүнүн баштапкы фазасында татаалдашуулардын дарт аныктоо ыкмаларын издөө. Бул жобо ушул изилдөөнү аткарууга негиз болгон.

Диссертациянын темасынын билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүүчү ири илимий программалар (долбоорлор), негизги илимий-изилдөөчүлүк иштер менен байланышы. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган.

Изилдөөнүн максаты. Холестиститтин деструктивдүү формалары менен ооруган бейтаптарды инфракызыл лазердик нурланууну жана жаракаттын татаалдашуусунун өрчүшүнүн баштапкы фазасында аныктоону колдонуп оперативдүү дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Салттуу алдын алуучу чараларды колдонуп, холециститтин деструктивдүү формасы менен ооруган адамдардын ооруларынын жыштыгын аныктоо;

2. Холециститтин деструктивдүү формаларында сезгенүү татаалдашуусунун алдын алууда инфракызыл нурларды эки вариантта колдонуунун натыйжалуулугун негиздөө;

3. Жарааттагы сезгенүүнүн алгачкы фазасын аныктоодо эхоморфометрия ыкмасынын маалыматтуулугун баалоо;

4. Холециститтин деструктивдүү формаларында салттуу алдын алуу чараларга салыштырмалуу баа берүү жана ИК (инфракызыл) нурлануусун колдонуу

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыктары:

1. Деструктивдүү холециститтин жаракатынын татаалдашуусун алдын алууда ИК нурлануусун колдонуунун максатка ылайыктуулугу негизделди;

2. Жаракаттын татаалдашынын алдын алууда ички венага инфракызыл нурлануунун артыкчылыктары биринчи жолу сунушталган;

3. Өнүгүүсүнүн клиникага чейинки фазасындагы сезгенүүнү аныктоодо жаралардын эхоморфометриясын колдонуу максатка ылайыктуулугу далилденген.

Алынган натыйжалардын практикалык маанилүүлүгү:

1. Деструктивдүү холецистит боюнча операциядан кийин инфракызыл нурлардын практикада колдонулушу сезгенүү татаалдашууларынын жыштыгынын азайышына өбөлгө түздү. Колдонулган эки ыкманын (жараны

жана канды нурлантуу) ичинен ички венага нурлантуу натыйжалуу болду;

2. Операциялык жаранын экоморфометриясын динамикада колдонуу - бул анын өнүгүүсүнүн алгачкы этабында аныктоо үчүн маалыматтык тест, ал өз кезегинде холециститтин деструктивдүү формалары үчүн жасалган операциялардан кийин жаракаттын татаалдашуусун азайтууга жардам берет.

Жактоого чыгарылган диссертациянын негизги жоболору:

1. Деструктивдүү холециститтин сезгенүү татаалдашуусунун алдын алуу боюнча салттуу чараларды колдонуу натыйжасыз, таталдануу жыштыгы 15,6% ды түздү;

2. Операциялык жаранын жана кандын аймагына ИК нурлануусун колдонуу - деструктивдүү холециститтин жаракаттын сезгенүү татаалдашынын алдын алуу үчүн натыйжалуу чара болот;

3. Динамикада жаранын экоморфометриясын колдонуу жараат процессинин жүрүшүн баалоодо маалыматтык тест болуп саналат.

Издөнүүчүнүн кошкон жеке салымы. Холециститтин деструктивдүү түрлөрү менен ооруган адамдарды текшерүүнү жана оперативдүү дарылоону, жаракаттын жана кандын инфракызыл нурлануусун камтыйт. Алынган натыйжаларды иштеп чыгуу жана аларды талдоо аспирант тарабынан жеке жүргүзүлгөн.

Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо. Жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн натыйжалары КММАнын жаш окумуштууларынын илимий-практикалык конференцияларында (Бишкек, 2017, 2018, 2019), КММАнын факультеттик хирургия кафедрасынын кызматкерлеринин отурумунда (Бишкек, 2020), И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын жана Улуттук хирургиялык борборунун диссертациялык кеңешинин алдындагы эксперттик комиссиянын отурумунда (Бишкек, 2021) айтылган жана талкууланган.

Диссертациянын натыйжаларын басылмаларда чагылдыруу. Диссертациянын темасы боюнча 11 макала жарыяланган, анын ичинен 2 илимий эмгек КР ЖАК сунуштаган жакынкы чет өлкөлөрдүн басылмаларында жарык көрдү. И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын патент бөлүмү тарабынан берилүүчү 2 рационализатордук сунуш бекитилди (2018-жылдын 3-июлундагы №2, 2019-жылдын 22-февралындагы № 53).

Диссертациянын көлөмү жана түзүмү. Диссертация орус тилинде компьютерден терилген 115 баракта, Times New Roman шрифти менен (шрифтин ченеми 14, интервалы 1,5), киришүүдөн, адабий обзор бөлүмүнөн жана 3 баптан турган өздүк изилдөө бөлүмдөрүнөн, корутундудан, жыйынтыктардан, тажрыйбалык кеңештерден жана тиркемелерден турат. Колдонулган адабияттардын тизмесине 204 булак, анын 51ине алыскы чет элдик авторлордун эмгектери кирет.

ИШТИН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Киришүүдө изилдөө темасынын актуалдуулугу, максаты жана милдеттери, иштин илимий жаңылыгы, практикалык мааниси жана коргоого берилген диссертациянын негизги жоболору берилген.

Биринчи бөлүмдө “Холециститтин деструктивдүү формаларынан татаалдашкан жана операциядан кийинки татаалдашууларды алдын алуунун жана ӨТОНу (ЖКБ) диагностикалоонун, дарылоонун заманбап багыттары” (адабияттын обзору) курч холециститтин деструктивдүү формаларынын жыштыгы, диагностикалык ыкмалары жана оперативдик дарылоонун натыйжалуулугу баяндалган. Курч холециститтин татаалдашын алдын алууда инфракызыл нурларды колдонуу боюнча адабий маалыматтардын жетишсиздиги белгиленген. Обзор сынчыл түрдө берилген, анда негизинен акыркы 10 жылдын адабий булактары колдонулган.

Экинчи бөлүмдө “Холециститтин деструктивдүү формалары менен ооруган бейтаптардын клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык изилдөөлөрүнүн материалдары жана ыкмалары, татаалдашууну алдын алуу чаралары”- изилдөө 2010-жылдан 2019-жылды кошо алганга чейин Бишкек шаарынын №1 шаардык клиникалык ооруканасынын хирургия бөлүмдөрүндө операция болгон, курч холециститтин деструктивдүү формалары менен ооруган 220 бейтаптардын текшерүүлөрү жана оперативдүү дарылоонун натыйжаларына негизделген.

Изилдөөнүн объектиси: курч холециститтин деструктивдүү формалары менен ооруган 220 бейтап.

Изилдөөнүн предмети: клиникалык (дененин табы, ооруксунуу синдрому, стационардык дарылоонун мөөнөтү) лабораториялык (лейкоциттердин саны, интоксикациянын лейкоцитардык индекси, боор тесттери) жана аспаптык (ич көндөйүнүн органдарынын УҮЙси жана динамикадагы жаралар) көрсөткүчтөрү

Иштелмеге ооруканага келген бейтаптар кошулган. Алынган натыйжалар орточо арифметикалык (M), орточо квадрат (α) маанилерди жана катардын катасын (m) аныктоо менен статистикалык жол аркылуу иштетилген.

Ишенимдүүлүк даражасы Стьюдент таблицасына ылайык t критерийи менен аныкталды.

Көзөмөлдөөдө 220 бейтап болгон, алардын жынысы жана курагы боюнча бөлүштүрүлүшү 2.1-таблицада келтирилген.

2.1 таблица - Бейтаптарды жынысы жана жашы боюнча бөлүштүрүү

Жынысы	жалпы бейтаптар		алардын ичинен куракта (жыл боюнча)						
	абс.с	%	20 чейин	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70 жаштан өйдө
Аял	150	68,2	4	7	29	35	56	16	3
Эркек	70	31,8	-	3	14	28	18	4	3
жалпы	220	100,0	4	10	43	63	74	20	6
абс.с %	100,0	%	2,9	4,6	19,5	28,6	33,6	9,1	2,7

Кайрылгандардын көпчүлүгүндө аялдар басымдуулук кылса, эркектердин келүүсү аз болгон. Бейтаптар оперативдүү дарылоого оорунун башталышынан баштап ар кандай мезгилдеринде кабыл алынган (2.2 табл.).

2.2 таблица - Холециститтин деструктивдүү формалары менен ооруган, оорунун белгилери башталган мезгилден баштап бейтаптардын жаткыруу мөөнөтү

мөөнөтү	жалпы бейтаптар	
	абс.с.	%
6 саатка чейин	6	2,7
бдан баштап 12ге чейин	27	12,3
12ден баштап 24гө чейин	29	13,2
24төн 72 чейин	75	34,1
72 сааттан кеч	83	37,7
бардыгы	220	100,0

Кабыл алуу убактысын анализдөө көрсөткөндөй, оору башталгандан 6 саатка чейинки мезгилде, көпчүлүк учурда 24 сааттан 72 саатка чейин, андан кийин 72 саатка чейин кабыл алуу сейрек болгон. Кеч кабыл алуу көбүнчө холецистэктомияны жасоого лапаротомиялык мүмкүндүктү колдонууга негиз болгон, бирок клиникада лапароскопиялык холецистэктомия техникасын өздөштүргөн.

Бейтаптарды кабыл алганда, коштолгон ооруларды аныктоого өзгөчө көңүл бурулган (2.3 табл.), анткени пландаштырылган операциянын көлөмү алардын оордугуна байланыштуу болгон.

2.3 таблица - Холециститтин кыйратуучу түрлөрү менен ооруган адамдардын коштолуучу ооруларынын жыштыгы жана мүнөздөмөлөрү (n-220)

Оорулар	Бардык бейтаптар	
	абс.с	%
гипертониялык оору	31	14,1
ЖКО (КБС)	16	7,3
жалпы атеросклероз	31	14,1
өнөкөт бронхо-өпкө оорулары	19	8,6
өнөкөт пиелонефрит	3	1,4
өнөкөт панкреатит	3	1,8
кант диабети	3	1,4
ашказандын жара оорулары	1	0,5
ашыкча салмак кошуу	8	3,6
бардыгы	115	52,3

Эң чоң салыштырма салмакты жүрөк-кан тамыр оорулары (гипертониялык оору, ЖБС, жалпы атеросклероз) жана бронх-өпкөнүн өнөкөт оорулары ээлешкен. Коштолгон илдет 220 оорулардын ичинен 115нен аныкталды, ал 52,3%ды түздү, б.а. ар бир экинчиде коштолгон оору болгон.

Курч холециститтин семиотикасына анализ 2.4-таблицада келтирилген.

2.4 таблица - Холециститтин кыйратуучу формалары менен ооруган бейтаптардын семиотикасы

Белгилери	Жалпы	
	абс.с.	%
Он кабырганын астындагы ооруксунуу	201	91,4
Эпигастриядагы ооруксунуу	14	6,4
Курсактын бардык бөлүгүндөгү ооруксунуу	5	2,3
Жүрөк айлануу	38	17,3
Бир жолку кусуу	51	23,2
Кайталап кусуу	105	47,7
Заңдын жана газдардын кармалышы	29	13,2
Оң жактагы кабырга алдындагы булчуңдардын чыңалуусу	103	46,8
Щеткина-Блюмбердин симтому оң	151	68,6
Ортнердин оң симтому	201	91,4
Дене табынын жогорулашы	131	86,8
Сарык (желтуха)	7	3,2

Негизги даттануу оң кабырганын алдында локалдашкан оору, ошондой эле көп учурда бейтаптар кайталап кусууну, жалпы алсыздыгынын жогорулатышын белгилешкен. Кароо жана пальпация учурунда оң кабырганын алдында булчуңдардын чыңалышы жана Щеткин-Блюмберг менен Ортнердин оң белгилери байкалган. Бейтаптардын жарымынан көбүндө дене табынын жогорулашы байкалган.

Кабыл алынган учурда УҮИ (УЗИ) жүргүзүлгөн. Анын натыйжалары оорунун мүнөзүн аныктоого мүмкүнчүлүк берди (2.5 табл.). Алынган өттүн гистологиялык экспертизасынын жыйынтыгы боюнча, флегмоноздуу форма 156да (70,9%), гангреноздук 46да (20,9%) жана 18де (8,2%) персикулярдык ириң аныкталды. Кабыл алынган бейтаптарды текшерүүдө жалпы кабыл алынган изилдөөлөрдөн тышкары: (40 жаштан жогору адамдарда кан жана зааранын анализи, уюп калуусу, ЭКГсы), Я. Я. Кальф-Халифтин (1941) интоксикациялоосу боюнча лейкоциттик индексин аныктадык; кадимки ыкмаларды колдонуп, боордун жана бөйрөктөрдүн функционалдык абалын, УҮИни - операциянын алдында оорунун мүнөзүн аныктоо үчүн, операциядан кийин көкүрөк жана ич көңдөйүнөн чыккан таталдашууларды өз убагында

аныктоо үчүн жана операциядан кийинки мезгилде, УҮИ жаракат алуу процессин (эхоморфометрия) баалоо үчүн изилдедик.

2.5 таблица - Холециститтин деструктивдик формаларында УҮИнин жыйынтыгы

белгилери	бардыгы	
	абс.с.	%
боор чоңойгон жок	129	58,6
боор чоңойгон	91	41,4
	113	51,4
	68	30,9
	39	17,7
өт баштыкчасы чоңойгон эмес	91	41,4
өт баштыкчасы чоңойгон	129	58,6
баштыкчанын катмары калыңдаган	204	92,7
	93	42,3
	100	45,5
баштыкча моюнчасынын конкременттери	27	12,3
перивезикулярдык ириңдин болушу	25	11,4
өт каналдары кеңейтилген	7	3,3

Иш процессинде холециститтин деструктивдүү формаларын аныктоо үчүн биз А. М. Машков жана авторлоштору (2006) тарабынан иштелип чыккан жана Т. Б. Оморов жана М. Ч. Алымкулов (2017) (ЛИИ, жыйнак жана УҮИ) толукталган экспресс-диагностиканын критерийлерин колдондук. Көрсөткүчтөр 2.6-таблицада берилген.

2.6 таблица - Курч холециститтин формасын негиздөөчү экспресс-диагностиканын критерийлери

критерийлер	катаралдык	флегмоноздук	деструктивдүү жергиликтүү перитонит менен
курч холециститтин белгилери (анамнез, ооруксунуунун мүнөзү, нурлануу, жергиликтүү белгилери)	оң (+)	оң (+)	оң (+)
сезилген өт баштыгы	сезилбеген өт баштыгы	сезилиши так эмес	так сезилет
Щеткина-Блумбергдин симптомдору	азыраак оң	оң	кескин оң

булчундардын чыңалышы	табылган жок	орточо чыңалуу	кескин чыңалган
дене табы	Норма	37,0-37,8°	38,0° жогору
лейкоцитоз	12 миңге чейин	12 миңден өйдө	15 миңден өйдө
таякча-ядердүү жылуу	5%га чейин	5%дан өйдө	10%дан өйдө
ЧСС	80 мин. чейин	80 мин. жогору	90 мин жогору
ЛИИ	1,0-1,3	1,5-2,5	2,5 жогору
СРБ	+	++	+++, ++++
УҮИ жыйынтыктары 1. Көбүктүн чоңоюшу	узундугу 60 дан 100ммге чейин туурасы 30дан 50 ммге чейин	узундугу 70тен 110 ммге чейин туурасы 50 ммден 60 ммге чейин	узундугу 110 мм туурасы 60 ммден жогору
1. Өт баштыкчасынын стенкасынын катмарлоосу	аныкталбайт	катмарлануу так аныкталган эмес	так аныкталган катмарлануу
2. Өт баштыгынын стенкалары	2 ммден жогору	3-5ммден	5 ммден ашык калыңдады
3. Өт баштыктын айланасындагы суюктуктун болушу (выпот)	аныкталбайт	выпот белгисиз жана чексиз аныкталат	выпот жана инфильтрация болушу ачык байкалат
4. Баштыкча же моюнчадагы таш	аныкталат	аныкталат	аныкталат

Бардык бейтаптарга эндотрахеалдык наркоз жана лапаротомия жолу менен операция жасалды, көпчүлүгү минилапаротомияны (5-6 см), ал эми салттуу лапаротомияны холедохолитияга шектүү болгондо жана периэвизулярдык ирин табылганда гана колдонушкан. Чакан жеткиликтүүлүктөн операцияны жасоо мүмкүнчүлүгү Р. А.Оморов жана авторлош. (2009) тарабынан иштелип чыккан критерийлер колдонулган.

Операцияга чейин, УҮИ учурунда, кабырга сызыгынан өт баштыкчасынын түбүнө чейинки аралык өлчөнүп, андан кийин 3 өлчөм: курсактын ак сызыгынан париеталдык бүлкүлдөккө, курсактын ортоңку сызыгынан баштыкчанын моюнчасына, кабырга сызыгынан өт баштыкчасынын денесине чейинки теринин жана жумшак ткандардын калыңдыгы эске алынган. Эгерде биринчи өлчөө 6 смден, экинчиси 8 смден, үчүнчүсү 10 смден ашпаса, анда минилапаротомдук кирүүгө шарт түзүлгөн. Мындан тышкары, УҮИ учурунда

өт баштыкчасынын түбү бүлкүлдөктүн стенкасына көбүрөөк проекцияланса териге белги коюлган. Ушул критерийлерди эске алганда, бизде өтө сейрек (4 учурда) мүмкүнчүлүктү көбөйтүү зарылдыгы болгон.

Биз колдонгон алдын алуу чараларын баалоо үчүн 2 топ аныкталган: биринчи салттуу алдын алуу чаралары колдонулган көзөмөлдөөчү тобу жана экинчи инфракызыл нурлар эки вариантта колдонулган негизги топ.

Үчүнчү бөлүм “Көзөмөлдөө тобундагы холециститтин деструктивдүү формалары менен ооругандарды оперативдик дарылоонун натыйжалары” - бул топтогу бейтаптарда, көпчүлүгүндө холецистэктомия чакан кирүү аркылуу жасалган, өт баштыкты алып салгандан кийин жана жараны тигүүдөн мурун, ич көндөйү жана жара фурациллин эритмеси менен жуулган(1: 1000), жана операциядан кийинки мезгилде бейтаптар ампициллинди күнүнө 4 жолу булчуң ичине 4 жолу же гентомицинди 80мг күнүнө 2 жолу алышкан.

Бул топто жасалган операциялардын түрлөрү жана татаалдашуулардын мүнөзү 3.1-таблицада берилген.

3.1 таблица - Операциялардын түрлөрү жана көзөмөлдөө тобундагы бейтаптардын татаалдашууларынын мүнөзү

операциялардын түрлөрү	жалпы		алардын ичинен татаалдашуу болду					жалпы татаалдашуулар
	абс.с.	%	кан агуу	өт агымы	плеврит	ириндеген жаралар	инфилтрат	
холецистэктомия	98	96,2	1	2		5	4	12
холецистэктомия + сырткы дренаж кылуу	3	2,9		1	1		1	3
Холецистэктомия + ички дренаж кылуу	1	0,9				1		1
бардыгы	102	100,0	1	3	1	6	5	16 15,6%

Көпчүлүк учурларда холецистэктомия жасалып, 3 гана учурда тышкы дренаж менен, ал эми 1 холедохолитиазды аныктоого байланыштуу ички дренаж менен толукталган. Операциядан кийинки мезгилде холецистэктомиядан кийин 98 бейтаптын ичинен 12синде татаалдашуу пайда болду. Бул кайра операция жасоону талап кылган (1 адам) кан агуу, өзүнөн-өзү токтоп калган 2де өтүн агышы, 1 бейтапта операциядан кийинки мезгилде плевра тешиктери менен айыккан плеврит менен татаалдашуу болгон, ал эми 9 бейтапта операциядан кийинки учурда жаралуу татаалдашуулар менен татаалдашты.

Сырткы жана ички дренаждарда ар бир бейтапта бирден татаалдашуу пайда болгон.

Ошентип, көзөмөлдөөчү топто 16 бейтапта татаалдашуулар пайда болгон, ал 15,6% ды түздү.

Көзөмөлдөөчү тобундагы татаалдашуулардын жыштыгын анализдөө биз үчүн холециститтин деструктивдүү формаларында сезгенүү татаалдашуусунун алдын алуу боюнча иш-чараларды иштеп чыгууга негиз болду.

Төртүнчү бөлүм «Холециститтин деструктивдүү формаларындагы татаалдаштыруунун алдын алуу боюнча чаралардын натыйжалуулугу (негизги топ)» бул топ 118 бейтапты камтыган, алар негизги көрсөткүчтөр боюнча көзөмөлдөөчү топко барабар жана операциянын мөөнөтү жана кирүү мүмкүнчүлүгү бирдей, айырмачылыгы сезгенүү татаалдашууларын алдын алуу чараларында болгон. Биз негизги топтон 2 кичи топко бөлдүк. Операцияга чейин жана аягында экөө тең венага цефтриаксон же цефазолинди 1,0ден алышкан, ошондой эле операция учурунда ички жана жараны озон концентрациясы 8-10 мкг / мл болгон озондаштырылган туздуу эритме менен куюп, айыктырышкан.

Операциядан кийин биринчи чакан топко (94 адам) операциялык жарааттын аймагына дарылоо курсуна 4-5 жолу 10 мүнөттүк экспозиция менен инфракызыл нурлантуу, ал эми экинчи кичи топко (24 адам) ошондой эле, 4-5 жолу канга инфракызыл нурлантуу алышкан.

Негизги топтогу бейтаптардын көпчүлүгүнө чакан лапаротомиялык кирүү жолу менен сейрек учурларда (6 адам) салттуу, бирок 12 смден көп эмес операция жасашкан.

Биринчи кичи топтогу операциялардын түрлөрү жана татаалдашуулардын мүнөзү 4.1-таблицада берилген.

4.1 таблица - Операциянын жүргүзүлгөн түрлөрү, холециститтин деструктивдүү формалары менен биринчи негизги кичи топтогу бейтаптардын татаалдашууларынын жыштыгы жана мүнөзү

операциянын тиби	бардыгы		алардын ичинен татаалдашуу болду			Бардыгы
	абс. с	%	плеврит	ириңдеген жаралар	инфильтрат	
холецистэктомия	89	94,7	1	1	3	5
холецистэктомия холедохолитотомия менен + М. М. Мамакеев боюнча сырткы дренаждоо	3	3,2	-	-	1	1
холецистэктомия холедохолитотомия менен жана ички дренаждоо	2	2,1	-	1	1	2
бардыгы	94	100,0	1	2	5	8(6,8%)

Бул топто бейтаптардын көпчүлүгүнө холецистэктомия жасалган жана бир нечесинде гана тышкы жана ички дренаж менен айкалышкан холецистэктомия менен аткарылган, ал эми татаалдашуулар 8 бейтапта болгон, ал 6,8%ды түзгөн.

Экинчи кичи топко деструктивдүү холецистит үчүн холецистэктомия жасалган 24 бейтап кирди. 1 бейтапта операциядан кийинки татаалдашуулар байкалган (операциялык жаранын аймагына 4,1%дык инфильтрат).

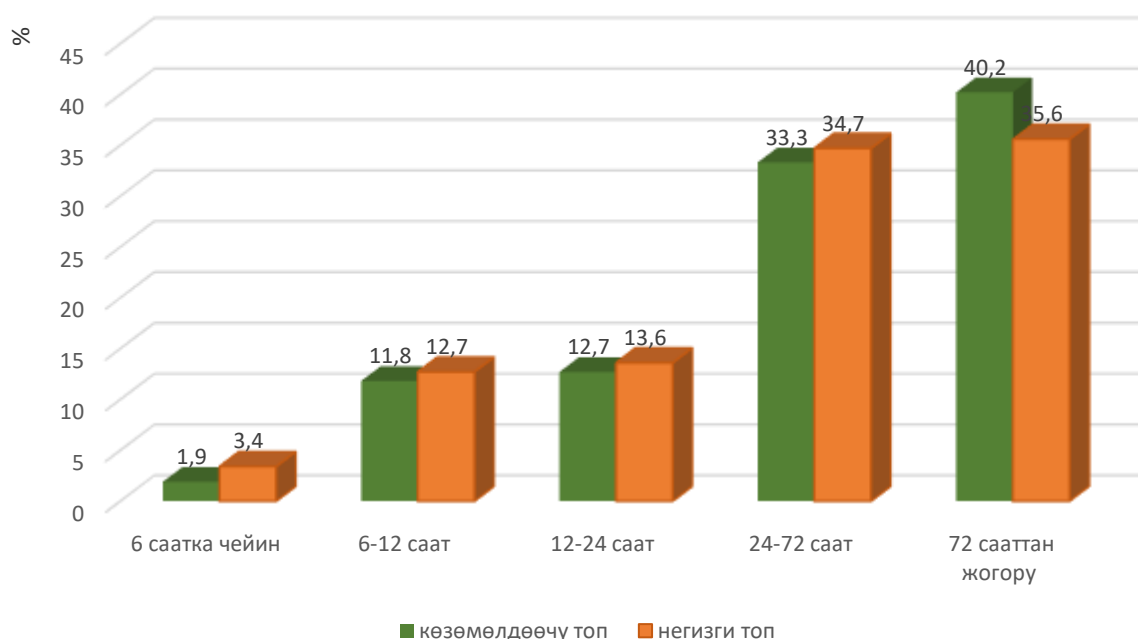
Эки кичи топтун клиникалык көрсөткүчтөрүнүн талдоосу көрсөткөндөй, вена ичине инфра-кызыл нур чачыратууда, оперативдүү жаракаттын нурлануусуна салыштырмалуу лейкоциттердин саны нормалдашып, стационардык дарылануу мөөнөтү төмөндөдү.

Эхо-морфометриянын натыйжалары канды 3-5 күндүн ичинде вена ичине нурлантуу менен инфильтрация зонасы кичине экендигин белгилөөгө мүмкүндүк берди, бул жаранын ыңгайлуу болгонун тастыктады.

Кандын жалпы анализинин көрсөткүчтөрү жана боордун функционалдык абалы олуттуу айырмаланган жок.

Колдонулган алдын алуу иш-чаралардын натыйжалуулугун баалоо үчүн көзөмөлдөөчү топтун көрсөткүчтөрүн жана негизги топту салыштыруу эң кызыктуу болду. Эки топ тең жынысы жана курагы жана оорунун мүнөзү боюнча бирдей эле.

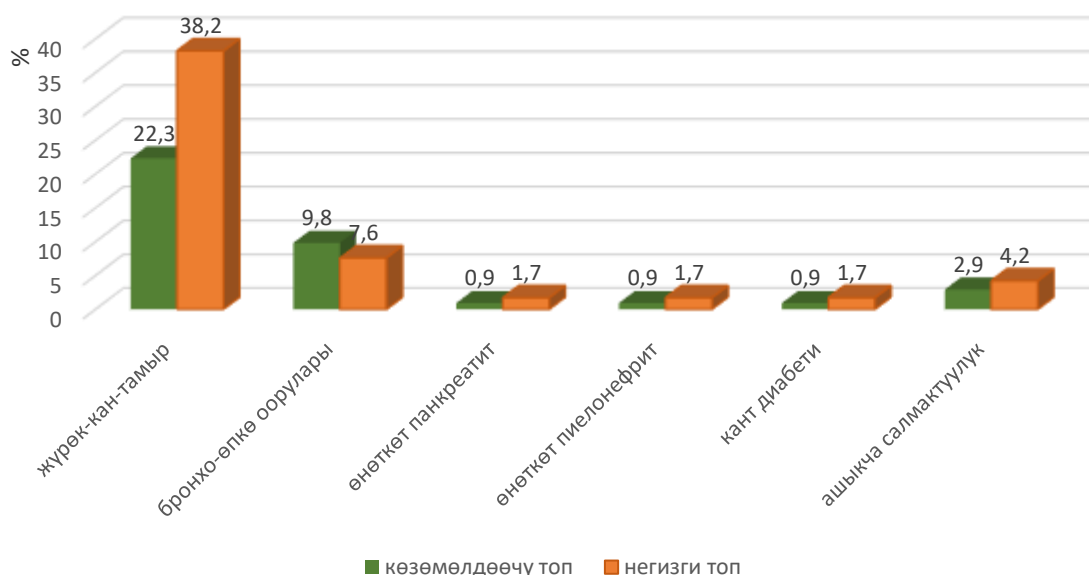
Эки топтун тең оорунун узактыгын анализдөө (4.1 сүрөт) көрсөткөндөй, негизги жана көзөмөлдөөчү топтордо бейтаптардын көпчүлүгү бир суткадан ашык убакытка кабыл алынган.



4.1 сүрөт. Курч холецистит менен ооруган бейтаптардын көзөмөлдөөчү жана негизги топтордогу оорунун узактыгы (% менен).

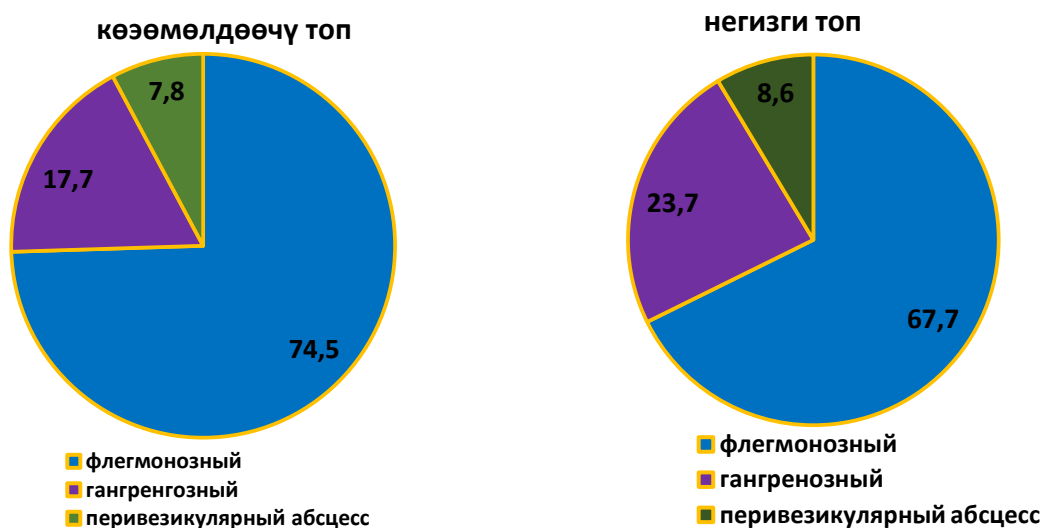
Коштолгон ооруларды аныктоого өзгөчө көңүл бурулуп, бул жерде

негизги топтогу бейтаптарда жүрөк-кан тамыр патологиясынын таралышы белгиленди (4.2 сүрөт).



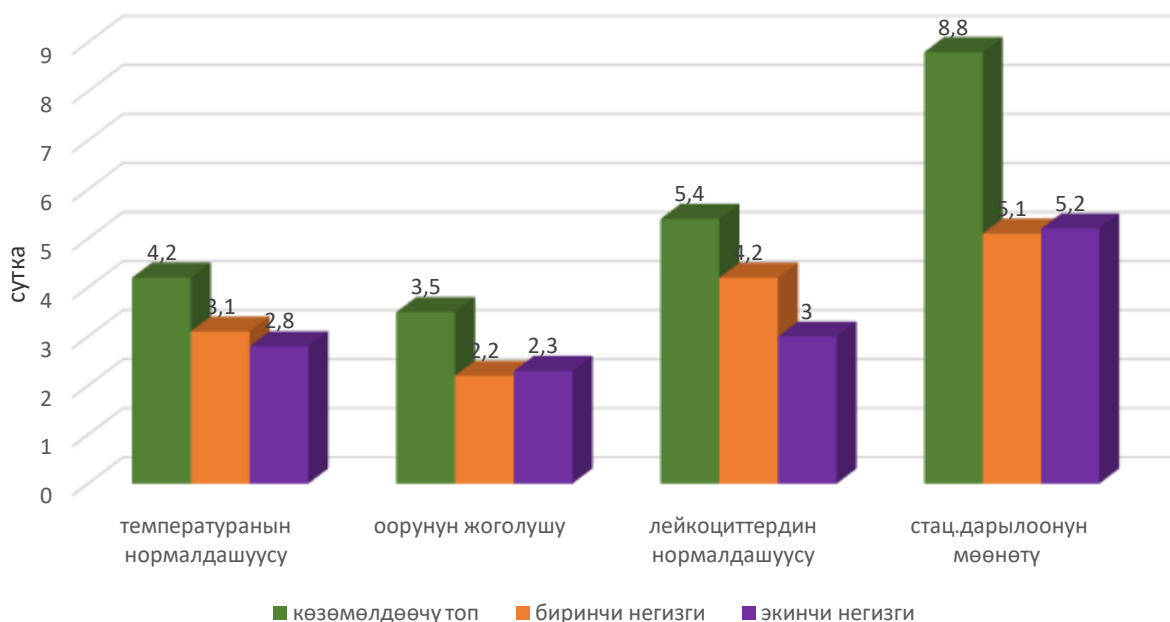
4.2 сүрөт. Көзөмөлдөөчү жана негизги топтогу бейтаптардын коштомо патологиясынын мүнөзү.

Биз холециститтин формаларын салыштырып жана ошол эле учурда олуттуу айырмачылыктарга ээ болбогон термелүүлөрдү байкадык (4.3 сүрөт).



4.3 сүрөт. Көзөмөлдөөчү жана негизги топтордогу курч холециститтин формалары (% менен).

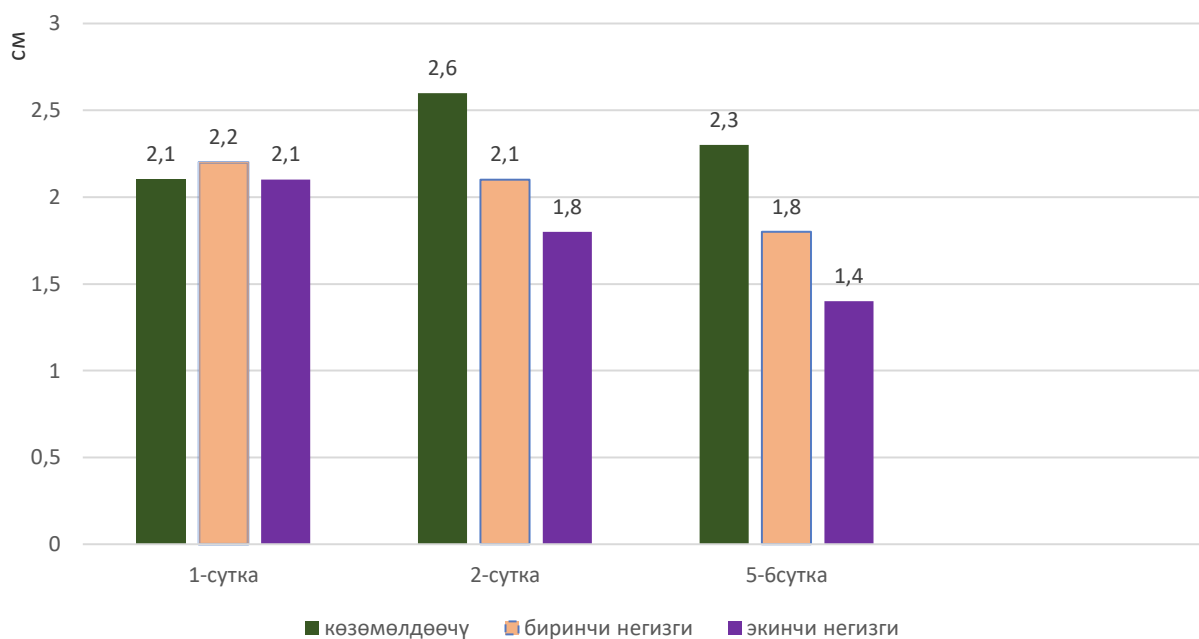
Клиникалык көрсөткүчтөрдү баалоо өтө маанилүү (4.4 сүрөт), бул инфракызыл нурлануунун артыкчылыктарын белгилөөгө мүмкүндүк берди. Инфракызыл нурлануунун кандай ыкмасы болбосун, дене табынын тезирээк нормалдашуусу, оорунун жоголушу жана стационардык дарылануунун узактыгы байкалган.



4.4 сүрөт. Көзөмөлдөөчү жана негизги топтордун клиникалык көрсөткүчтөрү.

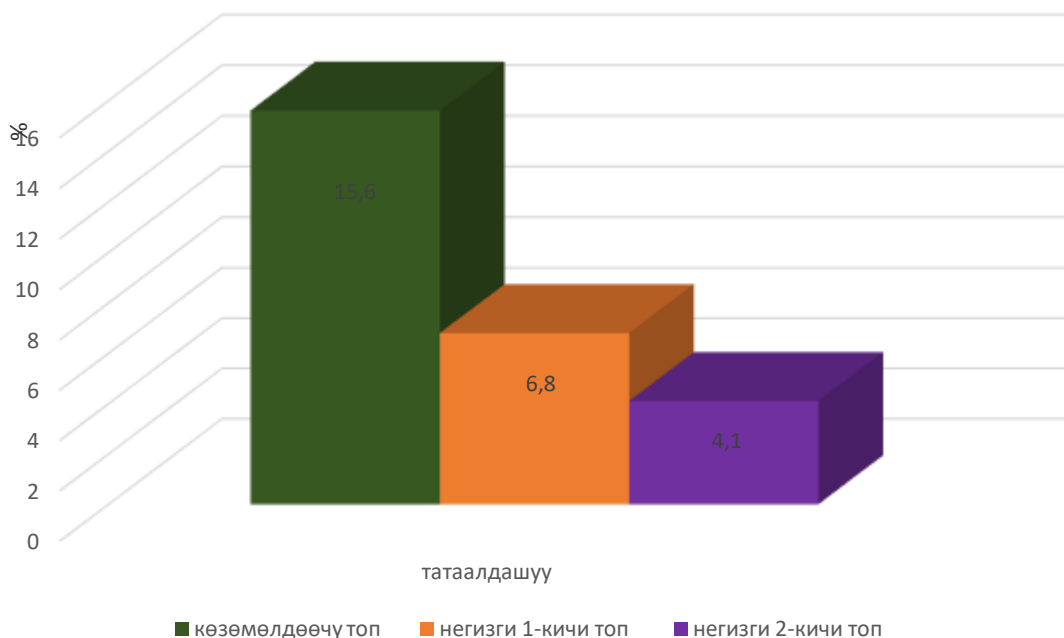
Эки негизги кичи топторду салыштырганда, температуранын нормалдашуу мезгилинде жана лейкоциттердин санында гана айырмачылыктар аныкталды.

Эхо-морфометриянын натыйжаларын талдоо (4.5 сүрөт) инфракызыл нурларды ар кандай жол менен колдонуунун артыкчылыктарын көрсөттү.



4.5 сүрөт. Көзөмөлдөөчү жана негизги топтордун эхоморфометриясынын көрсөткүчтөрү (см).

Ар бир топтогу татаалдашуу көрсөткүчтөрү инфракызыл нурлануунун маанисин көрсөтүп турат(4.6 сүрөт).



4.6 сүрөт. Көзөмөлдөөчү жана негизги топтордогу бейтаптардын ооруларынын татаалданышы.

Эгерде көзөмөлдөөчү топто татаалдашуулар 15,6%ды түзсө, биринчи негизги топто 6,8%, экинчисинде 4,1%.

Ошентип, биздин изилдөөлөр операция алдында антибиотиктерди колдонуу менен холециститтин деструктивдүү формаларында татаалдашууларды азайтуу мүмкүнчүлүгүн көрсөттү, ич көңдөйүн жана жараларды эритме менен озондолгон эритме жана инфракызыл нурлануу менен куюп, айыктыруу – биздин, изилдөөнүн максаттары жана милдеттерибиздин чечими болду.

ТЫЯНАКТАР:

1. Холециститтин деструктивдүү формаларында жасалган холецистэктомиядан кийин сезгенүүнүн татаалдашуусун алдын алуу боюнча салттуу чараларды колдонуу анчалык деле натыйжалуу эмес, кыйынчылыктар 15,6%ды түздү.

2. Операциялык жаранын аймагына ИК нурлануусун колдонуу жана вена ичине кандын нурлануусу дене табынын тезирээк нормалдашуусун, жараат процессинин жүрүшүн кыйла жакшыртат жана ооруксунуу синдромунун жоголушун, стационардык дарылануу убактысын кыскартат. Вена ичине кан нурлануусун кылуу оң эффект берери көрүнгөн.

3. Динамикадагы жаранын эхоморфометриясы - бул жаракат алуу процессинин өтүшүнүн көрсөткүчү жана сезгенүүнүн баштапкы фазасынын көрсөткүчү, бул ириндөөнү алдын алуу үчүн бир катар чараларды көрүүгө мүмкүндүк берет(жаранын ревизиясы, сезгенүүгө каршы терапиянын күчөшү).

4. Көзөмөлдөө тобундагы жана негизги топтогу бейтаптарды дарылоонун натыйжаларын салыштырмалуу баалоо ИК нурланууну вена ичине

антибиотиктер менен айкалыштырып колдонуунун натыйжалуулугун көрсөттү, хирургиялык операция учурунда жаракатты озондолгон эритме менен дарылоо - бир багыттуу, бири-бирин күчтөндүрүү жана жаракат алуу процессине таасир берүү механизмдин өркүндөтүү менен таасир берет. Алдын алуу иш-чараларды колдонуу биринчи негизги топтогу татаалдашуулардын жайылышы көзөмөлдөө топко салыштырмалуу 15,6дан 6,8% га чейин, экинчи топто 15,6дан 4,2% га чейин азайтууга мүмкүнчүлүк берди.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

1. Курч холецистит менен ооругандарды кабыл алганда, жалпы клиникалык изилдөөлөрдөн тышкары, коштолгон ооруларды аныктоо үчүн деталдуу текшерүүдөн өтүү керек (гепатодуденал зонасынын УҮЙси гана эмес, ич көңдөйүнүн бардык органдары жана кичи жамбаш сөөгү, боор жана бөйрөк анализдери, ЛИКди аныктоо).

2. Холециститтин деструктивдүү түрлөрүндө антибиотиктерди вена ичине периоперативдик жол менен колдонуу (операцияга 10-15 мүнөт калганда жана операциянын аягында).

3. Өт баштыгын алгандан кийин, өт баштыгынын орногон жерин, курсак стенкасынын жарасын озон концентрациясы 8-10мкг / мл болгон натрий хлоридинин эритмеси менен куюп, айыктыруу.

4. Сезгенүү ооруларынын алдын алуу үчүн, операциядан кийин, жаракат алган аймакка инфракызыл нурларды, 2-күндөн баштап, 4-5 сеанстагы дарылоо курсу үчүн колдонсо жана вена ичине канга нурлантуу колдонсо болот.

5. Жара процессинин клиникага чейинки фазасындагы сезгенүүнү аныктоо үчүн, динамикада (операциядан кийинки 1-3-5-күндөрү) жаралардын эхоморфометриясын жүргүзүү (жаранын инфильтрация зонасынын көлөмүн аныктоо). Нормада, көрсөткүчтөр 3-күнү жогорулайт, ал эми ыңгайлуу курс менен 5-6-күнү инфильтрация зонасы кичирейет. 5-күнү инфильтрация зонасынын көлөмү бирдей деңгээлде (3-күндөгүдөй) кала турган болсо же көбөйгөн учурларда, бул баштапкы фазанын сезгенүүсүнүн белгиси, бул жараны жана сезгенүүгө каршы терапияны күчөтүүнү кайра карап чыгуу зарылдыгын билдирет.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Толоров, Ж. Ж.** Эффективность оперативного лечения и характер осложнений при деструктивных формах холецистита [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2017. - №2. - С. 66-68. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29222781>

2. **Толоров, Ж. Ж.** Профилактика воспалительных осложнений при деструктивных холециститах (обзор литературы) [Текст] / Ж. Ж. Толоров // Известия ВУЗов Кыргызстана. - 2017. - №7. - С. 56-60. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30502101>

3. **Толоров, Ж. Ж.** Повышение эффективности использования лимфогенных технологий в комплексном лечении больных с деструктивными формами холецистита [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров, М. Ч. Алымкулов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: сб. науч. тр. - Санкт-Петербург, 2017. - С. 207-208. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35319901>
4. **Толоров, Ж. Ж.** Инфракрасное лазерное излучение в профилактике осложнений при деструктивном холецистите [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2018. - №1. - С. 78-80. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35617703>
5. **Толоров, Ж. Ж.** Меры профилактики осложнений при деструктивных формах острого холецистита [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров, Т. Б. Оморов // Вестник Ошского государственного университета. - 2018. - №3. - С. 177-182. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36486895>
6. **Толоров, Ж. Ж.** Результаты мер профилактики осложнений у больных с механической желтухой [Текст] / Ж. Ж. Толоров, У. С. Мусаев, Ж. Т. Конурбаева, К. К. Кенжекулов // Вестник КГМА им. И. А. Ахунбаева. - 2019. - №1. - С. 85-88. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41299677>
7. **Толоров, Ж. Ж.** Особенности течения раневого процесса у больных острым холециститом в различных клинико-географических зонах Кыргызстана [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров, Т. Б. Оморов // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2019. - №3. - С. 126-130. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38936606>
8. **Толоров, Ж. Ж.** Прогнозирование раневых осложнений при деструктивных формах холецистита и меры их профилактики [Текст] / Ж. Ж. Толоров // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2019. - №4. - С. 57-61. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42525187>
9. **Толоров, Ж. Ж.** Эффективность мер профилактики раневых осложнений при остром холецистите [Текст] / У. С. Мусаев, Б. А. Авазов, Ж. Ж. Толоров // Врач-аспирант. - Воронеж, 2020. - Т. 96. - №1. - С. 46-51. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42549472>
10. **Толоров, Ж. Ж.** Меры профилактики осложнений при остром калькулезном холецистите и их эффективность [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров, А. У. Айтикеев // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2021. - №1. - С. 70- 73. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46011960>
11. **Толоров, Ж. Ж.** Эффективность мер профилактики раневых осложнений при деструктивном холецистите [Текст] / Толоров Ж. Ж., Чапыев М. Б., Адиев Т. К. // Научное обозрение. Медицинские науки. - Москва, 2021. - №2. - С. 25-29. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45692743>

Толоров Жыргалбек Жолдубаевичтин «Холециститтин деструктивдик формаларынын операциясынан кийинки татаалдашууну алдын алуу » аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: холецистит, деструктивдик формалар, оперативдүү дарылоо, татаалдашуу, алдын алуу чаралары, инфракызыл нурлануу

Изилдөөнүн максаты. Холестиститтин деструктивдүү формалары менен ооруган бейтаптарды инфракызыл лазердик нурланууну жана жаракаттын татаалдашуусунун өрчүүшүнүн баштапкы фазасында аныктоону колдонуп оперативдүү дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу

Изилдөөнүн объектиси: курч холециститтин деструктивдүү формалары менен ооруган 220 бейтап.

Изилдөөнүн предмети: клиникалык (дененин табы, ооруксунуу синдрому, стационардык дарылоонун мөөнөтү) лабораториялык (лейкоциттердин саны, интоксикациянын лейкоцитардык индекси, боор тесттери) жана аспаптык (ич көңдөйүнүн органдарынын УҮЙси жана динамикадагы жаралар) көрсөткүчтөрү

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, лабораториялык, аспаптык жана статистикалык.

Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары. Иш процессинде бейтаптардын эки кичи тобу аныкталды: көзөмөлдөө (102 адам), алар салттуу дарылануудан өтүштү. Негизги топ эки кичи топторго бөлүнгөн: биринчиси - дарылоо комплексинде операциялык жаракат алган аймакта инфракызыл нурланууну (94 адам) жана экинчиси –вена ичине кандын нурлануусун алышкан. Негизги топтогу бейтаптар цефтриаксонду венага операциянын алдында жана операция бүткөндө, ал эми операция учурунда - ич көңдөйү жана жараларга озондаштырылган натрий хлоридинин эритмесин алышкан.

Натыйжалардын анализи негизги топтун алдын алуу иш-чараларынын артыкчылыктарын көрсөттү: температуранын тез төмөндөшү, ооруксунуу синдрому жоголуп, татаалдашуулардын саны жана стационардык дарылануунун узактыгы кыскарып, жараат процессинин жүрүшү оң жагына белгиленген. Көзөмөлдөө тобунда татаалдашуулар 15,6%ды, биринчи негизги топто 6,8%ды жана экинчисинде 4,1%ды түздү.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. Эмгектеги негизги корутундулар жана сунуштар күнүмдүк клиникалык практикада, билим берүү процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулууга тийиш.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Толорова Жыргалбека Жолдубаевича на тему: «Профилактика послеоперационных осложнений при деструктивных формах холецистита» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Ключевые слова: холецистит, деструктивные формы, оперативное лечение, осложнения, меры профилактики, инфракрасное излучение.

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения больных с деструктивными формами холецистита за счет применения инфракрасного лазерного излучения и диагностики раневых осложнений в начальной фазе их развития.

Объект исследования: 220 больных с деструктивными формами острого холецистита.

Предмет исследования: клинические показатели (температура, болевой синдром и сроки стационарного лечения), лабораторные (количество лейкоцитов, ЛИИ, печеночные тесты) и инструментальные (УЗИ органов брюшной полости и раны в динамике).

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные и статистические.

Полученные результаты и их новизна. Полученные результаты и их научная новизна. В процессе работы выделены две подгруппы больных: контрольная (102 чел.), они получали традиционное лечение. В основной группе выделены две подгруппы: первая – получали в комплексе лечения включено инфракрасное излучение на область операционной раны (94 чел.) и вторая - внутривенное облучение крови. Больные основной группы перед операцией вводили цефтриаксон внутривенно и к концу операции, а в момент операции - орошение брюшной полости и раны - озонированным раствором хлорида натрия.

Анализ результатов показал преимущества мер профилактики основной группы: быстрое снижение температуры, исчезал болевой синдром, уменьшались количество осложнений и сроки стационарного лечения и более благоприятно отмечено течение раневого процесса. В контрольной группе осложнения составили 15,6%, в первой основной 6,8% и во второй 4,1%.

Степень использования или рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

Область применения: хирургия.

SUMMARY

of Tolorov Zhyrgalbek Zholdubaevich's dissertation on the topic of: «Prevention of postoperative complications in destructive forms of cholecystitis» for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.17 - surgery.

Key words: cholecystitis, destructive forms, surgical treatment, complications, preventive measures, infrared radiation.

Aim of the study. Improvement of the results of surgical treatment of patients with destructive forms of cholecystitis due to the use of infrared laser radiation and the diagnosis of wound complications in the initial phase of their development.

Object of study: 220 patients with destructive forms of acute cholecystitis.

Subject of study: clinical indicators (temperature, pain syndrome and terms of inpatient treatment), laboratory (leukocyte count, LII, liver tests) and instrumental (ultrasound of the abdominal organs and wounds in dynamics).

Research methods: clinical, laboratory, instrumental and statistical.

The results obtained and their novelty. The results obtained and their scientific novelty. In the process of work, two subgroups of patients were identified: control (102 people), they received traditional treatment. In the main group, two subgroups were identified: the first - received in the complex of treatment infrared radiation on the area of the surgical wound (94 people) and the second - intravenous blood irradiation. Patients of the main group administered ceftriaxone intravenously before the operation and at the end of the operation, and at the time of the operation - irrigation of the abdominal cavity and wounds with ozonized sodium chloride solution.

The analysis of the results showed the advantages of preventive measures for the main group: a rapid decrease in temperature, pain syndrome disappeared, the number of complications and the duration of inpatient treatment decreased, and the course of the wound process was more favorably marked. In the control group, complications accounted for 15.6%, in the first base 6.8% and in the second 4.1%.

The degree of use or recommendations for use. The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

Scope of use: surgery.

Кагаздын форматы 60x90/16. Офс. кагазы. Офс бас. Көлөмү 1,0 б.ч.
Басып чыгарууга 2021 ж. 22.05. кол коюлган.
Жүгүртүү 100 нуска. Буйрутма 259.
Бишкек ш., Полярная көч., 11, «Илим Басмасы»