

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

А. Г. МАХАМАДАМИНОВ

Problems of forecasting of post-operative bronchopulmonary illness complications in emergency abdominal surgery

A. G. MAKHAMADAMINOV

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Неуклонное увеличение заболеваемости, высокие показатели летальности обуславливает большое медицинское и социально-экономическое значение проблемы послеоперационных бронхолегочных осложнений (БЛО) при экстренной абдоминальной патологии, которая в большинстве случаев сопровождается деструктивными изменениями со стороны органов брюшной полости. В этих условиях оценка тяжести состояния больного и прогнозирование течения как основного заболевания, так и послеоперационных БЛО требует столь же пристального внимания, что и определение адекватного объема и характера лечения последних. Основная цель оценки тяжести – необходимость прогнозирования течения заболевания, «заглянуть в будущее, чтобы обогнать болезнь, которая мчится во весь упор, увидеть некроз, когда его еще нет». Проблемы прогнозирования послеоперационных БЛО наиболее актуальны при раннем поступлении больных, особенно если ургентная абдоминальная патология относительно нетяжелая. Существующие в литературе прогностические схемы для послеоперационных БЛО построены в основном на регистрации «маркеров патологии», которые иначе называются факторами риска, складывающихся в многопараметрические системы. В них задействованы многие показатели, определение которых в экстренных условиях всем поступившим больным невозможно. В этой связи совершенно очевидно, что описанные методы прогнозирования способствуют профилактике послеоперационных БЛО в экстренной абдоминальной хирургии.

The steady increase of morbidity along with a high enough death rate determines great medical and socio-economical importance of the problem of postoperative IBI in the cases of emergency abdominal pathology which in most cases is accompanied by destructive changes of abdominal cavity organ. In these situation the estimation of the patients condition and the forecast of clinical course of his both major illness and postoperative IBI requires close attention and determination of an adequate therapy.

The main purpose of an estimation of condition of a patient is a necessity of forecasting of clinical course of his disease, a necessity of «glancing in the future to overtake illness, which rushes in all emphasis, predicting necrosis, when there is no even a single sign of the last». The problems of forecasting of post operative IBI are most urgent at early receipt of the patients, especially when the pathology is relatively not serious. Forecasting schemas for are mainly based on the registration of "pathology markers" in which in other words are called risk factors and which form multiparameter systems. Many parameters are involved in that systems and it is impossible to check all of them in emergency cases. Due to this it becomes clear that diagnostics methods for emergency abdominal surgery should be based on such parameters which in the first place hold high degree of informativeness, in the second place - repeatability and in the third place are relatively simple and available in practical surgical activities. Besides, these parameters should be subjected to careful mathematical processing with definition of reliability coefficients to simplify their application in practical medicine. Undoubtedly, it will allow to design effective preventive measures with the purpose of the prevention (warning) of development and formation of postoperative IBI in urgent abdominal surgery.

Расширение диапазона и объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости привело к значительному увеличению частоты послеоперационных осложнений, которые встречаются у 6-10%, а при продолжительных и обширных операциях – у 12-27,5% оперированных [1, 6, 8, 16].

Послеоперационным осложнением считается новое патологическое состояние, не характерное для нормального течения послеоперационного периода и не являющееся следствием прогрессирования основного заболевания [11, 13, 19, 20, 24, 54, 56, 58, 59].

Несмотря на многообразие все послеоперационные осложнения можно разделить на две основные группы. Первая группа включает специфические осложнения, являющиеся логическим завершением общих или местных

нарушений в организме больного, которые вызывает основное заболевание. Сюда же относятся многочисленные осложнения, обусловленные плохим качеством технического выполнения операций, хирургических манипуляций и применением недостаточно обоснованных методов лечения [6, 9, 13, 16].

Вторая группа – это неспецифические послеоперационные осложнения, вызванные глубокими нарушениями функций жизненно важных систем больного (дыхательной, сердечно-сосудистой, печени и почек) вследствие сопутствующих болезней. В этом случае операционная травма становится той чрезмерной агрессией, в результате которой компенсаторные возможности организма больного оказываются несостоятельными. К таким осложнениям можно отнести

острую сердечно-сосудистую, дыхательную и печеночно-почечную недостаточность, резкое снижение резистентности организма больного к воздействию инфекции [4, 7, 10, 11, 14, 23].

В структуре неспецифических осложнений после абдоминальных операций довольно большую группу составляют бронхолегочные осложнения (БЛО) в виде острого трахеобронхита, послеоперационной пневмонии, ателектаза, плеврита, синдрома Мендельсона. При тяжелом течении послеоперационного периода может развиться респираторный дистресс-синдром, или синдром «шокового легкого».

Специфические послеоперационные осложнения, которые находятся под пристальным вниманием хирургов, имеют тенденцию к снижению. В то же время осложнения со стороны функций жизненно важных органов, в частности дыхательной системы, остаются вне поля зрения специалистов. Вероятно, это связано с тем, что развитие послеоперационных БЛО воспринимается хирургами в недостаточно обостренной степени [11, 18-20, 55, 56, 59].

Между тем, по данным О.Б Милонова и соавт. [16], БЛО после хирургических вмешательств на органах брюшной полости составляют 25-35%, а при операциях по поводу экстренной абдоминальной патологии их частота достигает 59,8%.

В этих условиях оценка тяжести состояния больного и прогнозирование течения как основного заболевания, так и формирования послеоперационных БЛО требуют пристального внимания. Это связано с необходимостью определения адекватного объема и характера профилактики послеоперационных БЛО и лечения основного заболевания [10, 13, 21, 22, 32, 53].

В классическом понимании основная цель оценки тяжести – это прогнозирование течения заболевания, необходимость «заглянуть в будущее, чтобы обогнать болезнь, которая мчится во весь упор, увидеть некроз, когда его еще нет» [5, 18, 21, 22, 25].

Проблема количественной оценки тяжести состояния при любых экстренных состояниях пациентов особую актуальность приобрела в последние десятилетия. Это связано с тем, что объективизация состояния больных позволяет прогнозировать вероятность летального исхода, сроки общей госпитализации и пребывания в отделении, оценить эффективность проводимой терапии [26, 29, 43]. О необходимости объективизации оценки тяжести состояния больных пишут многие исследователи [2-4, 6, 8, 14, 16, 18, 21, 22].

Известно много систем оценки тяжести патологического состояния больных, адекватно отражающих сущность клинической картины заболевания.

В 1974 г. D.Cullen [28] предложена система TISS (Therapeutic Intervention Scoring System). В соответствии с этой системой все диагностические и лечебные мероприятия, необходимые для ведения больного, разделены на 4 группы, каждая процедура оценивается в баллах от 1 до 4-х. Эта версия часто обозначается как TISS-76 по количеству составляющих ее критериев.

В 80-е годы система TISS использовалась для количественной оценки тяжести состояния больных, однако с появлением более специфических систем она утратила свою практическую значимость из-за неэффективности прогнозирования возможного

летального исхода. Это было обусловлено недостаточностью информации, касающейся специфических патологических процессов, которые в большинстве случаев обуславливают смертельный исход [45, 48].

Неудовлетворенность исследователей системой TISS стимулировала поиск новых путей оценки тяжести состояния больных. В 1981 г. W.Knaus [33] разработал принципиально новую систему APACHE (the Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation), лишенную многих недостатков TISS. Шкала была создана на основании экспертной оценки клинико-лабораторных параметров, которые влияют на тяжесть состояния больных [52]. Система APACHE включает 35 пунктов, отражающих функциональное состояние различных органов и систем.

В 1985 г. W.Knaus [31, 32] была предложена упрощенная система APACHE II, которая учитывала фактор экстренности госпитализации больного в стационар. Как и система APACHE, APACHE II позволяет определить вероятность летального исхода. Система состоит из трех частей. Первая – показатель острых физиологических нарушений, которые определяют с помощью 12 критериев. Вторая – возрастной показатель, который оценивается по 6-балльной шкале. Третья – показатель хронических заболеваний. Окончательный результат определяется суммой баллов 3-х частей [31, 40].

В результате дальнейших исследований на свет появилась очередная версия – APACHE III, которую W.Knaus предложил в 1991 г. [30]. Система включает физиологические параметры, показатели кислотно-основного состояния, неврологического статуса, возраст и характер сопутствующих хронических заболеваний.

Несмотря на высокую специфичность APACHE III является громоздкой и трудной в использовании. Авторы указывают, что APACHE III разрабатывалась не для оценки тяжести индивидуального больного или прогноза лечения, а с целью классифицирования групп пациентов.

В 1984 г. J.Le Gall [35] разработал систему SAPS (Simplified Acute Physiology Score), включающая 14 клинико-лабораторных критериев, каждый из которых оценивается от 0 до 4 баллов. Анализ зависимости частоты летальных исходов от количества баллов по системе SAPS выявил прямую корреляционную связь: при количестве баллов до 4 летальность равна нулю, при 5-6 баллах летальность составляет 10%, 7-8 баллов – 15%, 9-10 баллов – 20%, 11-12 баллов – 25%, 13-14 баллов – 30%, 15-16 баллов – 35%, 17-18 баллов – 45%, 19-20 баллов – 50%, свыше 21 балла – 80% [35].

В 1993 г. J.Le Gall [34] предложил новую версию системы SAPS – SAPS II, основанную на модели логистической регрессии и методики статистического моделирования, которая заключается в оценке состояния больных и вероятности летального исхода без учета первичного диагноза.

В 1985 г. предпринята попытка упрощения шкалы SAPS. В результате была разработана система, которая по информативности не уступает предложенным ранее шкалам MPM (Mortality Prediction Model) [27, 37-39, 49, 53].

Сравнительный анализ различных систем показал, что APACHE переоценивает, SAPS недооценивает вероятность летального исхода, и только MPM наиболее точно

определяет прогноз [36, 41, 42]. Причем наилучший прогноз с использованием SAPS и MPM был получен в группе больных после плановых оперативных вмешательств по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, разработчики каждой из описанных систем попытались заглянуть в будущее, прогнозировать возможность развития патологического процесса, когда его еще нет. Решение этой задачи позволит сконцентрировать лечебные усилия на крайне нуждающихся в них больных [21, 22, 36, 39, 41, 46].

Вместе с тем необходимо отметить, что все предложенные системы оценки тяжести состояния больного предполагают выявление возможных осложнений в послеоперационном периоде в обобщенном виде. Эти системы довольно громоздки, что затрудняет их практическое применение, особенно у больных с экстренной абдоминальной патологией, когда для проведения полноценной предоперационной подготовки время отсутствует [18, 20, 24].

В связи с этим возникает необходимость некоторого упрощения их в плане прогнозирования возможных осложнений со стороны отдельных функциональных систем организма [4, 7, 18].

Эта проблема наиболее актуальна для послеоперационных БЛО в экстренной абдоминальной хирургии, так как при этом в связи с некоторыми особенностями патогенетических механизмов они имеют достаточно самостоятельный характер [4, 7, 11, 13, 19].

Безусловно, при позднем поступлении в стационар больного с наличием запущенных форм острой хирургической патологии брюшной полости прогнозировать исход заболевания несложно. Вероятность формирования респираторных послеоперационных осложнений в этом случае достаточно высока [4, 6, 9, 11, 13, 17, 20, 54-56, 58, 59].

При раннем поступлении больных, особенно при отсутствии внутрибрюшных осложнений, начальная клиническая симптоматика респираторных расстройств может отсутствовать, либо быть не достаточно выраженной. Как предугадать неблагоприятный исход респираторных нарушений в самом их начале, какой арсенал профилактических мероприятий использовать в каждом конкретно взятом случае? [10, 16, 18-20, 23, 57, 62].

Известно несколько схем для прогнозирования развития послеоперационных БЛО. Однако все они построены в основном на регистрации «маркеров патологии», или факторов риска, складывающихся в многопараметрические системы [4, 7, 10, 12, 13, 15, 19, 25, 30, 31, 49, 60, 61]. В них задействованы многие показатели, определение которых в экстренных условиях у всех поступивших больных невозможно. Кроме того, в большинстве предложенных схем «маркеры патологии» служат не столько для прогнозирования, сколько для клинической диагностики послеоперационных БЛО [7, 11-13, 15, 23, 44, 47, 50, 51, 60, 61].

Совершенно очевидно, что в настоящее время имеется необходимость разработки прогностических схем для послеоперационных БЛО в экстренной абдоминальной хирургии, которые должны быть построены на основе таких параметров, которые, во-первых, обладают высокой

достоверной информативностью, во-вторых, надежной воспроизводимостью, в-третьих, отличаются сравнительной простотой. Кроме того, они должны быть обработаны математическим способом и обладать высокой достоверностью. Вместе с этим они должны позволять определять субклинические респираторные нарушения у экстренных абдоминальных больных, клинические проявления расстройств со стороны дыхательной системы у которых отсутствуют.

Выводы

1. Прогнозирование послеоперационных БЛО в экстренной абдоминальной хирургии является актуальной проблемой, требующей дальнейших исследований.

2. Имеющиеся схемы прогнозирования послеоперационных БЛО далеки от совершенства, так как основаны на большом количестве параметров, определение которых в экстренных условиях у всех поступивших больных невозможно.

3. В настоящее время необходима разработка прогностических схем для послеоперационных БЛО в экстренной абдоминальной хирургии, отличающихся высокой достоверной информативностью, надежной воспроизводимостью и сравнительной простотой и доступностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антибактериальная Профилактика инфекционных осложнений в хирургии: Метод. рекомендации; Под ред. В.К.Гостищев. М 1997; 16.
2. Бобров О.Е. Острый послеоперационный панкреатит. Киев феникс 2000.
3. Буянов В.М., Маскин С.С., Ковалёв А.И. Профилактика микробной контаминации операционных ран. Клин хир 1990; 1: 1-3.
4. Василева Е. С. Факторы риска послеоперационных легочных осложнений у больных в перед- и послеоперационном периоде. Острая дыхательная недостаточность: клиника и диагностика, интенсивная терапия. Душанбе 1987; 233-234.
5. Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курьпин А.А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. СПб Питер 2000.
6. Воробьева Г.Д. Ранние послеоперационные осложнения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Тезисы докладов Красноярской краевой конференции хирургов. Красноярск 1985; 19-22.
7. Госпитальная пневмония у взрослых: диагностика, оценка тяжести заболевания, начальное антимикробное лечение и стратегии профилактики. Американское торакальное общество, Медицинское отделение американской пульмонологической ассоциации. Согласованное заявление 1995.
8. Гостищев В.К. Пути и возможности профилактики инфекционных осложнений в хирургии. Рациональные подходы к профилактике инфекционных осложнений в хирургии. М 1997; 2-11.
9. Данилов М.В. Рецидивирующий панкреатит как хирургическая проблема. Актуальные вопросы абдоминальной хирургии. Материалы науч-практ конф посв памяти акад. АН РУз и РАМН У.А.Арипова Ташкент 2004; 84-85.

10. Зильбер А.П. Респираторная терапия в повседневной практике М Медицина 1986; 399.
11. Ильченко Ф.Н. К патогенезу и лечению бронхолегочных осложнений при острых перитонитах: Автореф. дис. канд. мед. наук. Симферополь 1986; 19.
12. Какимов Т.Х., Мавлянов И.Р., Матчанов Ф.Р. Связь сурфактантной системы легких с бронхолегочными осложнениями послеоперационного периода на органах брюшной полости. Ташкент 1997.
13. Какимов Т.Х. Прогнозирование и профилактика бронхолегочных осложнений после операций на органах верхнего этажа брюшной полости: Автореф. дис. д-ра мед. наук. Ташкент 1997; 23.
14. Кубышкин В.А., Тарасенко В.С., Гавриленко Г.А. и др. Состояние перекисного окисления липидов у больных острым панкреатитом. Анналы хир гепатол 2000; 1: 59-64.
15. Маруфханов Х. М., Какимов Т.Х. Бронхофиброскопия с изъятием бронхоальвеолярного лаважа как прогностический, диагностический критерий в профилактике и лечении послеоперационных бронхолегочных осложнений. Тез. докл. 1-го конгресса по внутренней медицине стран Центральной Азии. Ташкент 1994; 284-285.
16. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М Медицина 1990; 560.
17. Гельфанд Б.Р. и др. Нозокомиальная пневмония в хирургии. Метод. рекомендации. М 2003.
18. Проценко Д.Н., Гельфанд Б.Р., Романовский Ю.Я. Факторы риска и развития и неудовлетворительного прогноза нозокомиальной пневмонии на ИВЛ у пациентов с тяжелой травмой. Современные проблемы антимикробной химиотерапии: Тез докл Рос. конф. М 2002; 39.
19. Родионов В.В., Мамилляев Р.М. Бронхолегочные осложнения после операций на органах брюшной полости. М 1991.
20. Саркисов Д.С., Дарбинян Т.М., Крымский Л.Д. Послеоперационные легочные осложнения. Пульмонология 2004; 10: 31-34.
21. Светухин А.М., Звягин А.А., Слепнев С.Ю. Системы объективной оценки тяжести состояния больных. Часть 1. Хирургия 2002; 9: 51-57.
22. Светухин А.М., Звягин А.А., Слепнев С.Ю. Системы объективной оценки тяжести состояния больных. Часть 2. Хирургия 2002; 10: 60-69.
23. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. М 2000.
24. Шарафутдинова Г.Х. и др. Госпитальные пневмонии в хирургической практике. Узбекистон хирургияси 2005; 1: 84-86.
25. Шулуток А.М., Сурин В.В. и др. Возможности математического прогнозирования риска оперативного вмешательства у больных механической желтухой неопухолевого генеза. Актуальные вопросы абдоминальной хирургии. Материалы VII Всероссийского съезда хирургов. Л 1989; 311-312.
26. Cho D., Wang Y. A comparison of APACHE III, APACHE II and Glasgow Coma Scale in acute head injury for prediction of mortality and functional outcome. J Int Care Med 1997; 1: 7-84.
27. Capriny L., Saez J., Martinez J. et al. Factors predicting mortality in severe acute pancreatitis. J Pancreatol 2003; 2: 144-148.
28. Cullen D., Civetta J., Briggs B. Therapeutic Intervention Scoring System: A method for quantitative comparison of patient care. J Crit Care Med 1974; 2: 57.
29. Dickie H., Vecio A., Dundas R. Relationship between TISS and ICU cost. J Intens Care Med 1998; 24: 1009.
30. Knaus W., Douglas P., Wagner D. The APACHE III prognostic System: Risk Prediction of Hospital Mortality for Critically III Hospitalized Adults. J Chest 1991; 100: 1619-1636.
31. Knaus W., Drapper E., Wagner D. APACHE II: a severity of disease classification system. J Crit Care Med 1985; 13: 818.
32. Knaus W., Drapper E., Wagner D. Prognosis in acute organ-system failure. J Ann Surg 1985; 202: 685-692.
33. Knaus W., Zimmerman J., Wagner D. APACHE - acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. J Crit Care Med 1981; 9: 951.
34. Le Gall J., Lemeshow S., Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European North American multicenter study. JAMA 1993; 270: 2957-2963.
35. Le Gall J., Loirat P., Alperovich A. A simplified acute physiology score for ICU patients. J Crit Care Med 1984; 12: 975.
36. Lemeshow S., Klar J., Teres D. Mortality probability models for patients in the intensive care unit for 48 and 72 hours: A prospective multicenter study. J Crit Care Med 1994; 22: 1351-1358.
37. Lemeshow S., Teres D. et al. A comparison of methods to predict mortality of intensive care unit patients. J Crit Care Med 1987; 8: 715-722.
38. Lemeshow S., Teres D., Avrunin J. Refining intensive care unit outcome prediction by using changing probabilities of mortality. J Crit Care Med 1988; 16: 470.
39. Lemeshow S., Teres D., Pastides H. A method for predicting survival and mortality of ICU patients using objectively derived weights. J Crit Care Med 1985; 13: 519.
40. Marsh H., Krishan I., Naessens J. Assessment of prediction of mortality by using the APACHE II scoring system in intensive-care units. J Mayo Clin Proc 1990; 65: 1549.
41. Meek K., Toosie K., Stabile B.E. et al. Simplified Admission Criterion for Predicting Severe Complications of Gallstone Pancreatitis. J Arch Surg 2000; 135: 1048-1052.
42. Moreau R., Soupison T., Vauquelin P. Comparison of two simplified severity scores (SAPS and APACHE II) for patients with acute myocardial infarction. J Crit Care Med 1989; 17: 409 - 413.
43. Pipelis G., Austrums E., Snippe K. Importance of a clinical protocol in the treatment of severe acute pancreatitis. J Zentralbl Chir 2002; 11: 975 - 981.
44. Reis M. The therapeutic intervention scoring system: one single tool for the evaluation of workload, the work process and management?. J Intens Care Med 1997; 23: 615.
45. Reis M., Langreh D. National and regional organization. In management of intensive care - guidelines for better use resources. Kluwer-Dordrecht-Boston-London 1990; 83-102.
46. Rosenberg A., Watts C. Patient readmitted to ICUs. A systematic review of risk factors and outcomes. J. Chest 2000; 118: P. 227.
47. Shuster H., Wilts S. et al. Predictive value of score parameters of the Simplified Acute Physiology Score (SAPS) -

II for duration of treatment of intensive care patients. *J. Wien Klin Wochenschr* 1996; 108: 462-466.

48. *Smith L., Orts C., O'Neil.* TISS and mortality after discharge from intensive care. *J. Intensive Care Med* 1999; 25: - P. 1061.

49. *Teres D., Lemeshow S., Avrunin J.* Validation of the mortality prediction model for ICU patients. *J. Crit Care Med* 1987; 15: 208.

50. *Toh S.K., Phillips S., Johnson C. D.* A prospective audit against national standards of the presentation and management of acute pancreatitis in the South of England. *J. Gut* 2000; 46: 239-243.

51. *Wilson C, Heath D.I., Imrie C.W.* Prediction of outcome in acute pancreatitis: a comparative study of APACHE II, clinical assessment and multiple factor scoring systems. *Br J. Surg* 1990; 77: 1260-1264.

52. *Wong D., Barrow P. et al.* A comparison of the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II score and the Trauma-Injury Severity Score for outcome assessment in intensive care unit trauma patients. *J. Crit Care Med* 1996; 24 (10): 1642-1648.

53. *Zhu B., Lemeshow S., Hosner D. et al.* Factors affecting the performance of the models in the Mortality Probability Model II system on strategies of customization: A simulation study. *J. Crit Care Med* 1996; 24: 57-63.

54. *Craven D.E. and Driks M.R.* Pneumonia in the intubated patient. *Semin Respir Infect* 1987; 2: 20-33.

55. *Craven D.E., Steger K.A., Barber T.W.* Preventing nosocomial pneumonia: state of the art and perspectives for the 1990's. *Am J Med* 1991; 91 (3B): 44S-53S.

56. *Holladay R.C., Campbell G.D.* Nosocomial viral pneumonia in the intensive care unit. *Clin Chest Med* 1995; 16: 121-33.

57. *Montravers P., Veber B., Auboyer C. et al.* Diagnostic and therapeutic management of nosocomial pneumonia in surgical patients: results of the Eole Study. *Crit Care Med* 2002; 30: 368-375.

58. *Montravers P., Veber B., Auboyer C. et al.* Diagnostic and therapeutic management of nosocomial pneumonia in surgical patients: results of the Eole Study. *Crit Care Med* 2002; 30: 368-375.

59. *Fagon J.Y., Chastre J., Hance A.J. et al.* Nosocomial pneumonia in ventilated patients: a cohort evaluating attributable mortality and hospital stay. *Am J Med.* -1993. -94.- p.281-8.

60. *Saglione F.* Pharmacotherapy - the Facts and Fantasies

of Prophylaxis and Combined Therapies. *Eur J Surg* 1997; 578: H-15.

61. *Scher K.S.* Studies on the duration of antibiotic administration for surgical prophylaxis. *Am Surg* 1997; 63: 59-62.

62. *Taylor E.W.* Surgical Infection: Current Concerns. *Eur J Surg* 1997; 578: 5-9.

Тезкор абдоминал жарроқликда операциядан сўнгги гўпка-бронх тизимни асоратларини башоратлаш муаммолари

А.Г.Махаммадаминов

Республика шохлиқчи тиббий ёрдам илмий маркази

Жорин бўшлиғи аъзоларининг тезкор жарроқлик касалликлари сонининг йилдан-йилга ошиши ва уларда кузатилаётган юқори гўлим кўрсаткичлари бу каби беморларда операциядан сўнгги маътий аъзолар, жумладан гўпка-бронх системаси асоратларининг аъамиятини наинки тиббий, балки иитисодий даражадаги муаммага айлантиради.

Юқорида келтирилган маълумотларни рибобга олган ҳолда операциядан сўнгги гўпка-бронх асоратларини башоратлаш, профилактик ва даволаш усулларини такомиллаштириш ниҳоятда катта аъамиятга эгадир. Булар ичида ушбу асоратларни келиб чиқишини башоратлаш алоҳида гўрин эгаллайди.

Башоратлашнинг асосий маисади мажозий маънода «тўғималарнинг некрозини ҳали у ривожланмасидан аввал кўриш, касалликнинг жадал харакатида ҳали босиб гўтилмаган йўллари кўз олдида келтиришир».

Адабиётларда келтирилган гўпка-бронх системаси операциядан сўнгги асоратларини башоратлаш схемалари жуда мураккаб ва кўп ваитни талаб ииладиган белгиларга асосланган. Шуларни рибобга олган ҳолда муаллиф бу асоратларни башоратлашини янги, нисбатан содда кўринишдаги схемаларини ишлаб чиқиш лозимлигини илмий асослайди. Бундан ташқари бу схемадаги белгилар чуқур математик анализдан гўказилган бўлиши керак. Шубҳасиз бу каби схемаларнинг ишлаб чиқилиши операциядан сўнгги гўпка-бронх системаси асоратларини олдини олиш ва даволаш усулларини такомиллаштиришга тўртки бўглиб хизмат иилади.