

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ  
AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ**

*Əlyazması hüququnda*

**ELMAR YƏHYA OĞLU ŞƏRİFOV**

**MƏDƏ REZEKSİYALARINDAN SONRAKİ ERKƏN  
AĞIRLAŞMALARIN PROFİLAKTİKASI**

**3213.01 – «Cərrahlıq»**

**Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq  
üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın**

**A V T O R E F E R A T I**

**Bakı – 2014**

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Pediatriya fakültəsinin Cərrahi xəstəliklər kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

**Elmi rəhbər:**

ə.e.x., tibb elmləri doktoru, professor

**M.Y.NƏSİROV**

**Rəsmi opponentlər:**

Tibb elmləri doktoru, professor

Tibb elmləri doktoru

**M.M.KƏRİMOV**

**N.A.QASIMOV**

***Aparıcı müəssisə:***

Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin qida borusu, mədə və onikibarmaq bağırsaq cərrahiyyəsi şöbəsi

Dissertasiyanın müdafiəsi “19” fevral 2014-cü il tarixdə, saat “14<sup>00</sup>” –da Azərbaycan Tibb Universitetinin D 03.011 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: 370022, Bakı şəh., Bakıxanov küç., 23.

Dissertasiya ilə ATU-nun kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat göndərilib “15” fevral 2014-cü il.

**D 03.011 Dissertasiya Şurasının elmi katibi,  
tibb elmləri doktoru, professor**

**Ş.F.İBRAHİMLİ**

## İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

**Problemin aktuallığı.** Mədə rezeksiyaları ölkəmizdə və MDB məkanında mədə şişlərinin və qastroduodenal xoraların ağırlaşmış formalarının geniş yayılmış cərrahi müalicə metodu kimi qalmaqdadır. Rusiyada və MDB ölkələrində xora xəstəliyinə görə hər il təxminən 50 000 belə əməliyyat icra edilir [A.E.Борисов и др., 2002; B.A.Ağayev, 2007; M.И.Козырев и др. 2007]. Bundan əlavə, mədə şişlərinə görə icra edilən rezeksiyaların sayı da az deyildir [A.E.Борисов и др., 2002]. Hazırda perforasiya ilə ağırlaşmış duodenal xoraların geniş yayılmış radikal cərrahi müalicə metodları arasında xoranın tikilməsi və ya xoranın kəsilib xaric edilməsi və vaqotomiyadan istifadə olunduğu halda, mədə xoralarında mədənin distal rezeksiyalarına (onkoloji baxımdan) daha çox üstünlük verilir. Piloroduodenal zonanın dekompensə olunmuş stenozu ilə müşayiət olunan perforasiyaları, xoradan qanaxma, onikibarmaq bağırsaqda «öpüşən» xoraların olması, mədə xoralarında maliqnizasiyaya şübhə, mədənin «çətin» xoraları, eləcə də perforativ dəliyin tikilməsinin və ya kəsilib çıxarılmasının qeyri-mümkün olması mədənin distal rezeksiyalarına göstəridir [B.K.Гостищев, М.А.Евсеев, Р.А.Головин, 2009; Ю.И.Калиш, А.А.Туркуметов, 2009; D.Lobo, 2006]. Mədənin şişləri 40% hallarda piloroantral şöbədə yerləşmiş olduğundan subtotal distal rezeksiyalardan şişlərin müalicəsində də geniş istifadə olunur [С.В.Насонов, 2001; Ş.B.Quliyev, 2005; S.A.Əliyev, 2008]. Mədənin distal rezeksiya əməliyyatı keçirmiş xəstələrin 30-39,7%-də əməliyyatdan sonra erkən ağırlaşmalar inkişaf edir [Н.Н.Крылов, 2007; Н.А.Никитин, Т.П.Коршунова, М.А. Онучин и др., 2010]. Tənəffüs orqanları tərəfindən ağırlaşmalara 21,4%, mədə-bağırsaq anastomozu və duodenal güdül tikişlərinin çatmamazlığına 0,9-20,8%, mədə-bağırsaq traktı mənfəzinə qanaxma hallarına 7,2-11,6%, mədə güdülünün motor-evakuator pozğunluğuna 19,5-62,4%, əməliyyatdan sonrakı pankreatitlərə isə 2,8-6,35% xəstələrdə rast gəlinir [S.İ.Nadiyev və b., 1999; O.Г.Сизов, 1975; М.Д.Альхасун, 1980; В.А.,Ступин и др., 2003; И.И.Таранов и др., 2006; N.Budisin et al. 2001; K.Kudsk et al. 2003]. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə ölüm faizinin aşağı salınmasında erkən ağırlaşmaların qarşısını almağa yönəlmiş profilaktik tədbirlər mühüm əhəmiyyət kəsb edir [M.Y.Nəsirov və b., 2009]. Bununla əlaqədar olaraq bir çox müəlliflər duodenal güdül və anastomoz tikişlərinin çatmamazlığının, peritonitin və motor-evakuator pozğunluğun səbəblərini öyrənməyə və profilaktik tədbirlər görməyə çalışırlar [Г.И.Гренков и др., 2000; А.А.Гринберг и др., 2000; М.А.Евсеев и др, 2008]. Lakin hazırkı dövrə qədər

əməliyyatönu hazırlığın və əməliyyatdan sonrakı dövrün aparılmasının erkən ağırlaşmaların profilaktikasındakı roluna dair çoxlu fikir ayrılığı mövcuddur. Bir çox ağırlaşmaların meydana çıxmasında patogenetik faktor kimi təsir göstərən motor-evakuator pozğunluğun patofizioloji aspektləri və əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmaların inkişafında onun rolu kifayət qədər öyrənilməmişdir.

**Tədqiqatın məqsədi.** Mədənin distal rezeksiyalarından sonra meydana çıxan erkən ağırlaşmaların təkmilləşmiş kompleks profilaktika üsullarının işlənilib hazırlanması.

### **Tədqiqatın vəzifələri**

1. Əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmaların qarşısının alınmasında mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və monoantibiotikoprofilaktikanın rolunu müəyyənləşdirmək;
2. Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və enteral zondla qidalanmanın birgə tətbiqinin qanın elektrolit, zülal göstəricilərinə təsirini öyrənmək;
3. Əməliyyatdan sonrakı motor-evakuator pozğunluğun qarşısını almaq məqsədilə mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və erkən enteral zondla qidalanmanın birgə tətbiqinin məqsəduyğunluğunu müəyyən etmək;
4. Əməliyyatönu və əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə aparılan *Helicobacter pylori*-nin eradikasiyasının anastomozitlərin, irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktikasındakı rolunu müəyyənləşdirmək.

### **Tədqiqatın elmi yeniliyi:**

- Mədə rezeksiyalarından sonrakı erkən ağırlaşmaların profilaktikasında mədə güdülünün aktiv dekompressiyasının rolu obyektiv qiymətləndirilmişdir.
- Anastomozitin, motor-evakuator pozğunluğun və ağciyər ağırlaşmalarının profilaktikasında mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və erkən enteral zondla qidalanmanın birgə tətbiqinin üstün cəhətləri müəyyənləşdirilmişdir.
- Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə *Helicobacter pylori*-nin eradikasiyası ilə yanaşı, anastomozitlərin və irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktikasını təmin edən vahid müalicə sxemi işlənilib hazırlanmışdır.

### **Praktiki əhəmiyyəti:**

- Sadə və effektiv olan mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və onun mənfəzinin yuyulması motor-evakuator pozğunluğun, duodenal güdül və anastomoz tikişlərinin çatmamazlığının, əməliyyatdan sonrakı pankreatitlərin, anastomozitlərin və ağciyər ağırlaşmalarının mühüm profilaktika tədbiridir.

- Erkən enteral zondla qidalanma bağırsaqlara stimüləedici təsir göstərməklə yanaşı, həm də metabolik pozğunluqların qarşısını alır. Orqanizmin plastik və energetik tələbatını enteral zondla qidalanma hesabına ödəmək mümkün olduğundan iqtisadi cəhətdən baha başa gələn parenteral qidalanmanı məhdudlaşdırmağa nail olunur.
- *Helicobacter pylori* nəzərə alınmaqla aparılan antibiotikoprofilaktika əməliyyatdan sonrakı erkən irinli-iltihabi ağrılaşmaların qarşısını almaqla yanaşı anastomozun sağlmasına da müsbət təsir göstərir.
- Xora xəstəliyinin cərrahi müalicəsində təqdim olunan kompleks profilaktika üsulu əməliyyatdan sonrakı gedişi yaxşılaşdırır, erkən ağrılaşmaların rastgəlmə tezliyini və ölüm faizini aşağı salır, xəstələrin stasionarda qalma müddətini qısaldır.

#### **Müdafiəyə çıxarılan əsas müddəalar:**

1. Mədə güdülünün aktiv dekompressiyası əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişinə əlverişli təsir göstərir və anastomozitin, eləcə də anastomoz tikişlərinin çatışmazlığının profilaktika tədbiridir.
2. Mədə güdülü möhtəviyyatının aktiv aspirasiyası qan plazmasında elektrolitlərin, zülalların miqdarını və turşu-qələvi tarazlığını pozmur.
3. Mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və erkən enteral zondla qidalanmanın birgə tətbiqi mədə-bağırsaq traktının əməliyyatdan sonrakı parezi ilə əlaqədar olan ağrılaşmaların—duodenal güdül və qastroenteroanastomoz tikişlərinin çatışmazlığının, anastomozitin, irinli-infiltrativ və ağciyər ağrılaşmalarının profilaktika tədbiridir.
4. *Helicobacter pylori* nəzərə alınmaqla aparılan antibiotikoprofilaktika, mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və enteral zondla qidalanmanın birgə tətbiqi mədə rezeksiyalarından sonrakı erkən ağrılaşmaların sayını azaltmağa və əməliyyatın bilavasitə nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa imkan verir.

**İşin ilkin müzakirəsi və klinik tətbiqi.** Tədqiqatın nəticələri ATU-nun Pediatriya fakültəsinin cərrahi xəstəliklər kafedrası və F.Ə.Əfəndiyev adına 4 saylı şəhər klinik xəstəxanasının cərrahiyyə şöbəsində xora xəstəliyinə görə mədə rezeksiyası əməliyyatı keçirmiş xəstələrin müalicə prosesində, eləcə də ATU - nun tələbələrini tədris prosesində tətbiq olunmuşdur.

**İşin aprobasiyası.** Dissertasiyanın materialları prof. T.Ə.Əliyevin anadan olmasının 90-illik yubileyinə həsr edilmiş elmi-praktik konfransda (Bakı, 2011), Qrodno Tibb Universitetinin operativ cərrahiyyə və topoqrafik anatomiya kafedrasının 50 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransda (Belorus Respublikası, 2011) məruzə edilmişdir. Dissertasiya ATU-nun pediatriya fakültəsinin cərrahi xəstəliklər kafedrasının, ümumi cərrahiyyə, I və II müalicə-profilaktika fakültələrinin cərrahi xəstəliklər

kafedralarının, F.Ə.Əfəndiyev adına 4 sayılı ŞKX-nın cərrahiyyə şöbəsinin əməkdaşlarının birgə iştirakı ilə 05.07.2011 tarixdə keçirilən elmi konfransda və 08.06.2012 tarixdə ATU-nun cərrahiyyə üzrə aprobasiya şurasında müzakirədən keçmişdir.

**Dərc olunmuş elmi işlər.** Dissertasiya mövzusu üzrə 6 jurnal məqaləsi və 2 tezis çap edilmişdir ki, bunlardan da 3-ü xarici jurnallarda dərc olunmuşdur.

**Dissertasiyanın quruluşu və həcmi.** Dissertasiya işi 146 kompüter səhifəsində yazılmışdır, giriş, ədəbiyyat icmal, 4 fəsil, yekun, nəticələr, praktik tövsiyyələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Dissertasiyada 26 cədvəl və 9 şəkil verilmişdir. Ədəbiyyat siyahısı 25 vətən və 285 xarici mənbəni əhatə edir.

## **İŞİN ƏSAS MƏZMUNU**

**Klinik material və müayinə metodları.** Tədqiqatın əsasını 1994-2008-ci illərdə ATU-nin Pediatriya fakültəsinin Cərrahi xəstəliklər kafedrasında və F.Ə.Əfəndiyev adına 4 sayılı şəhər klinik xəstəxanasının cərrahiyyə şöbəsində mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinə görə mədə rezeksiyası əməliyyatları keçirmiş 286 xəstə və onlar üzərində aparılmış klinik müşahidələrin və laborator müayinələrin nəticələrinin təhlili təşkil etmişdir.

Tədqiqat obyektinə daxil edilmiş bütün xəstələr klinik müayinələrlə yanaşı, laborator müayinələrdən də keçmiş, mədə və onikibarmaq bağırsağın isə rentgenoloji və endoskopik müayinələri aparılmışdır.

Qanda bilirubin miqdarı Endraşek metodu ilə, qanda şəkər fermentativ metoddla, ümumi zülal refraktometr üsulu ilə, zülalların fraksiyaları bufer məhlulla (pH=8,6) isladılmış kağız üzərində elektroforez və elektroforeqramın bromfenol abısı ilə rənglənməsi metodu ilə öyrənilmişdir. Qalıq azot Rappoport-Eyxqorn metodundan, qanın ion tərkibi (kalium, natrium, kalsium) alovlu fotometriya metodundan, sidikdə diastaza isə Volhemut metodundan istifadə etməklə qiymətləndirilmişdir. Eyni zamanda sidik cövhəri diasetilmonoksimin və «Lahema» firmasının istehsalı olan biotest vasitəsilə, qanın turşu-qələvi müvazinəti Mikroastrup metodu ilə öyrənilmişdir. Mədənin selikli qişasının *H.pylori* ilə məskunlaşması əməliyyata qədərki (FEQDS zamanı), əməliyyat vaxtı (rezeksiya olunmuş mədədən) və əməliyyatdan sonrakı dövrdə (mədə rezeksiyasından sonra 10-12-ci günlərdə FEQDS vasitəsilə) götürülmüş bioplatların sitoloji və histoloji müayinəsi əsasında öyrənilmişdir. Bu məqsədlə eradikasiyaya qədərki və eradikasiyadan sonrakı dövrdə

götürülmüş biopatlal Romanovski-Gimza metodu ilə rəngləndikdən sonra histoloji olaraq tədqiq edilmişdir.

Mədənin motor funksiyası və bioelektrik aktivliyi «Elektroqastroqraf-4M» aparatında M.A.Sobakin (1975) tərəfindən təklif edilən metodla yazılmış elektroqastroqramlara əsasən qiymətləndirilmişdir.

Tədqiqat zamanı alınmış bütün rəqəm göstəricilərinin müasir tövsiyyələr nəzərə alınmaqla statistik təhlili aparılmışdır. Qruplardakı göstəricilər variason sərəya düzülmüş və hər bir variason sıra üçün orta hesabı göstərici (M), bu göstəricinin orta kvadratı meyli ( $\sigma$ ), standart xətası (m), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır.

İlkin mərhələdə parametrik üsullardan, sonrakı mərhələdə qruplardakı göstəricilərin sayı nəzərə alınaraq göstəricilər arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsuldən – Uilksxon (Mann-Uitni) meyarından istifadə olunmuşdur. Bütün hesablamalar EXCEL-2003 elektron cədvəlində aparılaraq, alınmış nəticələr cədvəllər və diaqramlarda verilmişdir.

## **TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ**

Biz mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi olan 286 xəstədə cərrahi müalicənin bilavasitə nəticələrini təhlil etmişik. Mədə rezeksiyası əməliyyatları keçirmiş və I müqayisə qrupuna daxil edilən 160 xəstənin xəstəlik tarixlərinin retrospektiv təhlili aparılmışdır. Prospektiv təhlil isə mədə rezeksiyası əməliyyatları keçirmiş və II əsas qrupa daxil edilən 126 xəstəni əhatə etmişdir. Xəstələrin 210 (73,4%) nəfərini kişilər, 76 (26,6%) nəfərini isə qadınlar təşkil etmişdir. Müqayisə və əsas qrupa daxil olan xəstələrdə mədə və onikibarmaq bağırsaq xoralarının lokalizasiyası və fəsadları cədvəl 1 və 2-də göstərilmişdir. Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, müqayisə qrupuna daxil olan 20 (12,5%) xəstədə ağırlaşmamış xoralara, 140 xəstədə (87,5%) isə xoranın müxtəlif ağırlaşmalarına rast gəlinmişdir. Bu zaman 15 (9,4%) xəstədə peforasiya və qanaxma stenozla birgə rast gəlinmiş, 125 (78,1%) xəstədə isə yalnız bir fəsad aşkar olunmuşdur. Stenoz (50 xəstə; 31,25%) və penetrasiya (47 xəstə; 29,36%) ilə ağırlaşmış duodenal xoralar üstünlük təşkil etmişdir. Müqayisə qrupunda aşağıdakı əməliyyatlar icra edilmişdir: mədənin Bilrot-II, Hofmeyster-Finsterer modifikasiyası ilə rezeksiyası - 124 (77,5%) xəstədə, Bilrot-II, Vitebski modifikasiyası ilə - 28 (17,5%) xəstədə və mədənin Bilrot-I üsulu ilə rezeksiyası - 8 (5,0%) xəstədə. Əməliyyat olunanların 96 (76,2%) nəfərini kişilər, 30 (23,8%) nəfərini isə qadınlar təşkil etmişdir.

Cədvəl 1.

Müqayisə qrupuna daxil olan xəstələrdə xoranın  
ağırlaşmalarının strukturu

| Xoraların lokalizasiyası və onların<br>ağırlaşmaları |                       | Xəstələrin sayı |       |
|------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-------|
|                                                      |                       | Mütləq sayı     | %-lə  |
| Duodenal xoralar                                     | Fəsadsız              | 5               | 3,12  |
|                                                      | Piloroduodenal stenoz | 50              | 31,25 |
|                                                      | Penetrasiya           | 47              | 29,36 |
|                                                      | Perforasiya+stenoz    | 10              | 6,25  |
|                                                      | Qanaxma               | 3               | 1,87  |
|                                                      | Qanaxma+stenoz        | 2               | 1,25  |
| Mədə xoraları                                        | Fəsadsız kallyoz xora | 11              | 6,87  |
|                                                      | Penetrasiya           | 13              | 8,13  |
|                                                      | Perforasiya+stenoz    | 3               | 1,87  |
|                                                      | Qanaxma               | 7               | 4,37  |
|                                                      | Maliqnizasiya         | 5               | 3,16  |
| Mədə və onikibarmaq bağırsağın müştərək<br>xoraları  | Fəsadsız              | 4               | 2,5   |
|                                                      | Cəmi                  | 160             | 100   |

Əsas qrupda isə xəstələrin əksəriyyətində xoranın iki və daha artıq ağırlaşmasına eyni vaxtda rast gəlinir (cədvəl 2). 39 (30,95%) xəstədə onikibarmaq bağırsaq xorası yalnız piloroduodenal stenozla ağırlaşmış olduğu halda, 38 (30,2%) xəstədə stenoz digər ağırlaşmalarla (penetrasiya, perforasiya, qanaxma) birgə rast gəlinmişdir. Mədə xoralarına görə cərrahi müalicə almış xəstələr arasında da müştərək ağırlaşmalar üstünlük təşkil etmişdir. Belə ki, 11 (8,7%) xəstədə eyni vaxtda iki fəsadın (perforasiya və stenoz, qanaxma və stenoz, qanaxma və penetrasiya) olması müəyyən edilmişdir. Əsas qrupa daxil edilmiş 126 xəstədə icra edilən əməliyyatlar aşağıdakı kimi olmuşdur: mədənin Bilrot-II Hofmeister-Finsterer modifikasiyası - 108 (85,7%) xəstədə, Bilrot-II Vitebski modifikasiyası - 14 (11,1%) xəstədə və mədənin Bilrot-I üsulu ilə rezeksiyası - 4 (3,2%) xəstədə. Əməliyyat olunanların 96 (76,2%) nəfərini kişilər, 30 (23,8%) nəfərini isə qadınlar təşkil etmişdir. Retrospektiv təhlil olunan 160 xəstə I qrupa (müqayisə) daxil edilmişdir. Əməliyyatı hazırlıqdan, antibiotikoprofilaktikanın xüsusiyyətindən və əməliyyatdan sonrakı dövrün aparılmasından asılı olaraq əsas qrupa daxil olan xəstələr 2 yarımqrupa (IIA və IIB) bölünmüşdür.

Cədvəl 2.

Əsas qrupa daxil olan xəstələrdə xoranın  
ağırlaşmalarının strukturu

| Xoraların lokalizasiyası və onların<br>ağırlaşmaları |                            | Xəstələrin sayı |            |
|------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|------------|
|                                                      |                            | Mütləq say      | %-lə       |
| Duodenal xoralar                                     | Fəsadsız                   | 2               | 1,58       |
|                                                      | Piloroduodenal stenoz      | 39              | 30,95      |
|                                                      | Penetrasiya+stenoz         | 32              | 25,40      |
|                                                      | Perforasiya+stenoz         | 5               | 3,97       |
|                                                      | Qanaxma                    | 2               | 1,58       |
|                                                      | Qanaxma+penetrasiya        | 4               | 3,17       |
|                                                      | Qanaxma+penetrasiya+stenoz | 1               | 0,79       |
| Mədə xoraları                                        | Fəsadsız kallyoz xora      | 10              | 7,94       |
|                                                      | Penetrasiya                | 14              | 11,11      |
|                                                      | Perforasiya+stenoz         | 4               | 3,17       |
|                                                      | Qanaxma+stenoz             | 4               | 3,17       |
|                                                      | Qanaxma+penetrasiya        | 3               | 2,38       |
|                                                      | Maliqnizasiya              | 3               | 2,38       |
| Mədə və onikibarmaq bağırsağın müştərək<br>xoraları  | Stenozla ağırlaşmış        | 3               | 2,38       |
|                                                      | Cəmi                       | <b>126</b>      | <b>100</b> |

IIA yarımqrupa 58 xəstə daxil olmuşdur. Xəstələrdə əməliyyatönu hazırlığın xüsusiyyətləri aşağıdakı kimi olmuşdur: planlı olaraq əməliyyata hazırlanan xəstələrdə yoğun bağırsaq sifon imalənin köməyi ilə təmizlənmişdir. Mədə güdülü mikroflorasının III nəsil sefalosporinlərə həssas olmasını nəzərə alaraq IIA yarımqrupuna daxil olan xəstələrdə antibiotikoprofilaktikaya əməliyyatdan 30-60 dəq əvvəl əzələ daxilinə seftriakson yeridilməsi ilə başlanılmış və əməliyyatdan sonrakı dövrdə davam etdirilmişdir. Mədə güdülünün aktiv dekompressiyası 4-5-ci günlərdən etibarən dayandırılmışdır. Əməliyyatdan sonra aşağıdakı tədbirlər həyata keçirilmişdir: əməliyyatdan 2 saat sonra mədə güdülü furasillin məhlulu və Jane şprisindən istifadə etməklə transnazal zond vasitəsilə yuyulur və rezindən hazırlanmış elastiki ballon sıxılmış vəziyyətdə ona birləşdirilərək mədə möhtəviyyatının aktiv aspirasiyası həyata keçirilir. Bundan sonra xəstəyə ağızdan su verilir və aktiv aspirasiyanın effektivliyi yoxlanılır. Ağızdan qəbul edilən su mədə güdülü möhtəviyyatı ilə birlikdə rezin aspiratorla aspirasiya olunur. Xəstələr adətən növbəti günə qədər təxminən 2000 ml-ə qədər maye qəbul edir və bu

zaman mədə güdülündən nazoqastral zond vasitəsilə çoxlu miqdarda selik, bəlgəm və qan qalıqları xaric olur. Qəbul edilən və aspirasiya olunan mayələrin həcmi müqayisə edilir və bununla da mədə güdülünün adekvat boşalmasına nəzarət olunur. Bu zaman mədə güdülünün genişlənməsinin qarşısı alınır, qusma, gəyirmə, hıçqırma kimi hallara rast gəlinmir; anastomoz nahiyyəsinin sağlması üçün əlverişli şərait yaranır, mədədə və anastomoz nahiyyəsində iltihabi proseslərin qarşısı alınır, belə ki, parçalanan üzvi maddələr (qan, selik, bəlgəm) aktiv şəkildə xaric olunur. Mədə güdülü və nazik bağırsaqların yuxarı şöbələri üzvi maddələrin proteoliz məhsullarının təsirinə məruz qalmadığından onların motor fəaliyyətinin erkən bərpa olunması üçün əlverişli şərait yaranır; mədə güdülünün həddən artıq genişlənməsi nəticəsində yaranan intramural işemiyənin artmasının qarşısı alınır; əməliyyatdan sonrakı pnevmoniyaların qarşısı alınır, belə ki, ağızdan sistematik olaraq maye qəbulu bəlgəmin asan xaric olmasını təmin edir; ağız boşluğunun quruması nəticəsində meydana çıxan əməliyyatdan sonrakı parotidlərin profilaktikası üçün əlverişli şərait yaranır.

IIB yarımqrupa 68 xəstə daxil olmuşdur. IIB yarımqrupda da IIA yarımqrup xəstələrdə aparılmış analoji profilaktika və müalicə tədbirlərinin hamısı həyata keçirilmişdir. Bu yarımqrupa daxil olan 40 xəstə *Helicobacter pylori*-yə görə yoxlanılmışdır. Onlardan 20-də müayinələr əməliyyatdan əvvəldə, digər 20-də isə əməliyyat vaxtı götürülən materiallar əsasında əməliyyatdan sonrakı dövrdə aparılmışdır. Bu xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl 7 gün ərzində amoksisillin/klavulanat 500/125mq-dan gündə 2 dəfə, omeprazol 20 mq-dan gündə 2 dəfə daxilə və klaritromisin 500 mq-dan gündə 2 dəfə daxilə qəbul edilməklə *H.pylori*-nin eradikasiyası aparılmışdır. Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə də xəstələrdə rəşional antibiotikoprofilaktika apararkən mədə güdülündə məskunlaşan və infeksiya ağırlaşmalarına səbəb olan mikroorqanizmlərlə yanaşı, *H.pylori*-nin eradikasiyası nəzərə alınmışdır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə bu xəstələrə amoksisillin/klavulanat 1,2 q-dan gündə 3 dəfə, metronidazol 0,5%-100 ml, gündə 3 dəfə vena daxilinə təyin edilmişdir. Bu müalicə əməliyyatdan sonrakı dövrdə 3 gün davam etdirilmiş və bununla da xəstələrdə ümumilikdə 10 günlük adekvat eradikasyon terapiya təmin olunmuşdur.

IIB yarımqrup xəstələrdə cərrahi əməliyyata başlamazdan əvvəl mədəyə adi nazoqastral zond yeridilir. Mədə mobilizasiya edildikdən sonra patologiyənin xarakterindən və lokalizasiyasından asılı olaraq müxtəlif həcmdə mədə rezeksiyası əməliyyatı icra edilir. Qastroeyunal anastomozun arxa divarı tam, ön divarı isə hissəvi olaraq tikilir. Əməliyyatdan əvvəl mədəyə yeridilmiş nazoqastral zondun distal ucu

anastomozun ön divarında açıq saxlanmış hissədən qarın boşluğuna çıxarılır və diametrləri uyğun olaraq 2-2,5 və 4-4,5 mm, uzunluqları isə 130 və 100 sm olan iki ədəd steril termoplastik zond ona möhkəm bağlanır. Asta hərəkətlə mədə zondunu anestezioloq tərəfindən xaric edilir və ona bağlanmış zondlar burun dəliyindən xaricə çıxarılaraq bir-birindən ayrılır. Qarın boşluğu tərəfdə böyük diametrli zond üzərində 2-3 ədəd yandeşiklər açılaraq adekvat dekompressiya məqsədilə mədə güdülünün böyük ayrılığı boyunca yerləşdirilir. Duodenal güdülün işlənməsində müəyyən çətinlik və ya güdül çatmamazlığı əmələ gəlməsi təhlükəsi olduqda həmin zondun distal ucunda əlavə yandeşiklər açılır və anastomozdan keçməklə retrograd istiqamətdə onikibarmaq bağırsağa yeridilir. Bununla həm onikibarmaq bağırsaqda, həm də mədə güdülündə daim dekompressiya aparılması təmin edilmiş olur. Digər daha nazik və uzun zondun ucunda 3-4 yandeşiklər açıldıqdan sonra o, anastomozdan keçməklə nazik bağırsağın aparıcı ilgəyinə 25-30 sm məsafəyə yeridilir və anastomozun arxa divarına nazik ketqut sapla fiksə edilir ki, dekompression zond çıxarılanda o dartılmasın. Bundan sonra anastomozun ön divarı hermetik tikilir. Bu zond əməliyyatdan sonrakı dövrdə enteral qidalandırma aparmaq üçün istifadə edilir. Əməliyyatdan sonrakı ilk saatlarda bağırsaq mənfəzinə yeritmək üçün aşağıdakı tərkibdə məhlul hazırlanır: 400 ml fizioloji məhlulə 10 ml-10%-li kalsium-xlorid, 10 ml-4%-li kalium-xlorid və 5 ml-25%-li maqnezium-sulfat məhlulları əlavə edilir. Bu tərkibdə hazırlanmış 400-500 ml məhlul damcı üsulu ilə (dəqiqədə 20-30 damcı) enteral zondla nazik bağırsağın başlanğıc hissəsinə yeridilir. Bu məhlul normal osmolyarlığa malik olduğundan bağırsaqdan asanlıqla sorulur. Əməliyyatdan sonrakı 1-ci gündən etibarən su-duz mübadiləsini tənzimləməklə yanaşı, orqanizmin plastik və energetik tələbatını ödəmək məqsədilə ATU-nun cərrahi xəstəliklər və dərman maddələrinin texnologiyası kafedralarının birgə səyi ilə hazırlanmış «Enqid-N» qida qarışığından istifadə etmişik. Bu qida qarışığı konsentratlaşdırılmış qida məhsulu olmaqla yüksək enerji tutumuna (4-5 kkal/q və ya hazır məhlulda 2-2,5 kkal/ml) malikdir.

Mədə güdülünün passiv və aktiv dekompressiyasının ayrılıqda, eləcə də aktiv dekompressiyanın enteral zondla qidalandırma ilə birgə istifadəsinin metabolizm proseslərinə təsirini öyrənmək məqsədilə qanın plazmasında zülalların miqdarını tədqiq edərkən müəyyən etmişik ki, I qrup və IIA yarımqrup xəstələrdə plazma zülallarının miqdarı əməliyyatdan sonrakı 7-ci günə qədər azalmaqla davam edir (uyğun olaraq  $64,3 \pm 1,9$  və  $76,8 \pm 2,8$  q/l-ə qədər). IIB yarımqrup xəstələrdə isə qanın ümumi zülallarının miqdarının azalması əməliyyatdan sonrakı dövrün 3-cü günündə dayanır ( $71,0 \pm 3,4$  q/l) və 7-ci gün artıq onun səviyyəsində

yüksəlmə qeydə alınır. ( $72,1 \pm 2,9$  q/l). Əməliyyatdan sonrakı 10-cu gün zülalların ümumi miqdarı hər iki yarımqrupda əməliyyata qədərki səviyyəyə çatır və əməliyyatdan sonrakı dövrdə erkən enteral qidalanma aparılmış IIB yarımqrup xəstələrdə bu səviyyə hətta əməliyyata qədərki səviyyədən də yüksək olur (əməliyyata qədərki dövrdə –  $76,5 \pm 1,3$  q/l, 10-cu gün –  $81,0 \pm 3,03$  q/l) ( $p < 0,01$ ). Əməliyyatdan sonrakı 10-cu gün I qrupdan və IIA yarımqrupdan olan xəstələrdə albuminlərin miqdarı ilkin göstəricilərə qədər yüksəlməmişdir ( $6,0$ - $8,1\%$  azalma qeyd edilmişdir), lakin bu zaman səviyyə normanın aşağı həddində qalmışdır ( $p < 0,05$ ).

Qanda elektrolitlərin miqdarını öyrənərkən əməliyyatdan sonrakı ilk günlərdən qan plazmasında kaliumun miqdarının bütün qruplarda 7-ci günə qədər azalması müəyyən olunmuşdur (əməliyyata qədərki göstərici I qrupda və IIB yarımqrupunda  $4,6$  mmol/l, IIA yarımqrupda isə  $4,8$  mmol/l). I qrupda və IIB yarımqrupunda 7-ci gündən etibarən plazmadakı kaliumun miqdarı artmağa başladığı halda, IIA yarımqrupunda bu göstərici dəyişməmişdir ( $p < 0,01$ ). Enteral zondla qidalanma aparılmış IIB yarımqrup xəstələrdə plazmadakı kaliumun miqdarı 10-cu gün ilkin səviyyəyə qayıtmışdır ( $4,6 \pm 0,14$  mmol/l).

Əməliyyata qədərki dövrdə I qrupdan və IIA yarımqrupdan olan xəstələrdə eritrositlərdə kaliumun səviyyəsi, uyğun olaraq  $89,1 \pm 2,4$  mmol/l və  $85,1 \pm 2,7$  mmol/l, enteral zondla qidalanma aparılmış IIB yarımqrup xəstələrdə isə  $78,0 \pm 3,3$  mmol/l olmuşdur. Eritrositlərdə kaliumun səviyyəsi aktiv dekompressiya aparılmayan I qrup xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı 10-cu günə qədər əhəmiyyətli dərəcədə azaldığı halda ( $72,0 \pm 3,0$  mmol/l), IIA və IIB yarımqrupda eritrositlərdə kaliumun miqdarı tədricən artaraq əməliyyatdan sonrakı 10-cu gün ilkin səviyyə ilə müqayisədə ən yüksək həddə çatmışdır (IIA yarımqrupda -  $88,0 \pm 2,1$  mmol/l, IIB yarımqrupda –  $91,8 \pm 2,0$  mmol/l) ( $p < 0,05$ ). Aktiv dekompressiya və enteral zondla qidalanmadan istifadə olunan xəstələrdə turşu-qələvi müvazinətinin tədqiqi zamanı metabolik alkalozla meylik aşkar edilməmişdir. Aktiv dekompressiya aparılarkən mədə güdülü möhtəviyyatı ilə itirilən zülal və elektrolitlərin miqdarını öyrənmək məqsədilə IIA və IIB yarımqrupa daxil olan 30 xəstədə əməliyyatdan sonrakı 1-ci, 2-ci və 3-cü günlərdə aspirasiya olunan möhtəviyyatın müayinəsi aparılmışdır. Tədqiqalar zamanı müəyyən edilmişdir ki, əməliyyat olunmuş xəstələrin su qəbuluna olan tələbatı 3-cü günə qədər  $0,85$ - $1,0$  litrdən  $1,5$ - $2,5$  litrə qədər artır. Birinci gün mədə güdülü möhtəviyyatının debiti  $178,9 \pm 14,4$  ml, 3-cü gün isə  $308,3 \pm 56,4$  ml təşkil etmişdir, yəni təxminən  $1,5$  dəfə artmışdır ( $p < 0,001$ ). Mədə güdülü möhtəviyyatında zülalların səviyyəsi 3-cü günə qədər 2 dəfə azalmışdır (1-ci gün –  $0,29 \pm 0,1$  q/l, 3-cü gün –  $0,14 \pm 0,04$  q/l) ki, bu da bəlgəmin xaric

olmasının yaxşılaşması və mədə güdülündə iltihabi prosesin zəifləməsi ilə izah olunur. Kaliumun səviyyəsi əməliyyatdan sonrakı dövrün 1-ci günündə  $4,63 \pm 0,45$  mmol/l-dən, 3-cü günündə  $2,8 \pm 0,37$  mmol/l-ə qədər azalmağa meylli olmuşdur. Natriumun səviyyəsi 63,1-63,8 mmol/l həddində sabit qalmışdır. Mədə güdülü möhtəviyyatında kalsiumun miqdarı 1-ci gün  $0,2 \pm 0,06$  mmol/l təşkil etmiş və 3-cü günə qədər onun səviyyəsi  $0,26 \pm 0,02$  mmol/l-ə çatmışdır ( $p < 0,05$ ).

Beləliklə, enteral zondla qidalanma ilə birgə mədə güdülünün aktiv dekompressiyası nəinki qanda elektrolitlərin, zülalların miqdarında və turşu-qələvi müvazinətində dəyişiklik törətmir, hətta homeostazın daha erkən bərpa olunmasına kömək edir.

Mədə güdülü möhtəviyyatından alınmış çöküntünün mikroskopik müayinəsi zamanı hər 3 gün ərzində yastı epitelə (görmə sahəsində 2-7) və leykositlərə (görmə sahəsində 6-23) rast gəlinmişdir ki, bu da çox güman ki, anastomozun selikli qişasının sağlması ilə əlaqədardır. Mədə güdülü möhtəviyyatının bakterioloji müayinəsi zamanı mikrofloranın fərqli olduğu müəyyən edilmişdir: *Candida* növündən olan göbələklər - 55%, *Staphylococcus citobacter* - 14,7%, *Proteus mirabilis* - 12,1%, *Proteus aeruginosa* - 8,8%, *Escherichia coli* - 5,9%, *Staphylococcus aureus* - 2,9% hallarda aşkar edilmişdir. Göbələk mikroflorası hər əməliyyatdan sonrakı gün artmağa meylli olmuşdur.

Beləliklə, apardığımız tədqiqatın nəticələrinə əsasən belə qənaətə gəlmək olar ki, mədə rezeksiyalarından sonrakı erkən dövrdə mədə güdülünün aktiv dekompressiyası zamanı zülal və elektrolitlərin itkisi minimaldır. Digər tərəfdən, rezeksiyadan sonra mədə güdülündə bronxial sekret, qopmuş epitel, leykositlər, eritrositlər, maya göbələkləri və mikrobların digər koloniyaları mexaniki olaraq təmizlənir ki, bu da anastomoz nəhiyəsində reparativ proseslərə öz müsbət təsirini göstərir.

Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və erkən enteral zondla qidalanmanın mədənin hərəkəti funksiyasına müsbət təsirini obyektiv qiymətləndirmək məqsədilə əməliyyatdan sonrakı 1-ci, 2-ci, 3-cü və 4-cü günlərdə mədə güdülünün bioelektrik aktivliyi öyrənilmişdir. Elektroqastroqramların təhlili göstərdi ki, mədə rezeksiyası mədə güdülü biopotensialının ritminin, dalğa tezliyinin pozulmasına və amplitudunun kiçilməsinə gətirib çıxarır. Lakin əməliyyatdan sonrakı 4-cü gün mədə güdülünün yığılma tezliyində və amplitudunda ən yaxşı müsbət dinamika IIB yarımqrup xəstələrdə, yəni mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və enteral zondla qidalanma birgə aparılan xəstələrdə izlənmişdir (yığılma tezliyi: I qrupda -  $2,25 \pm 0,14$ /dəq, IIA yarımqrupda -  $2,29 \pm 0,17$ /dəq, IIB yarımqrupda -  $2,57 \pm 0,1$ /dəq; dalğa

amplitudu: I qrupda -  $0,14 \pm 0,01$  mV, IIA yarımqrupda -  $0,16 \pm 0,01$  mV, IIB yarımqrupda -  $0,17 \pm 0,02$  mV).

Əməliyyat olunmuş 286 xəstədən 199-da (69,6%) əməliyyatdan sonrakı dövr ağırlaşmasız keçmişdir, əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmaları isə 87 (30,4%) xəstədə müşahidə etmişik. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların qruplar üzrə xarakteristikası cədvəl 3-də göstərilmişdir. Qeyd edilən məlumatlar göstərir ki, mədə güdülünün aktiv dekompressiyası, erkən enteral zondla qidalanma və *H.pylori* nəzərə alınmaqla aparılmış antibiotikoprofilaktika əsas ağırlaşmaların sayını azaltmağa imkan verir. Belə ki, anastomozitlərə I qrupla müqayisədə IIB yarımqrupda 2 dəfədən də az rast gəlinmişdir. Onikibarmaq bağırsaq güdülünün çatmamazlığına isə I qrupla müqayisədə IIA yarımqrupda az rast gəlinmiş (I qrupda 2,5%, IIA yarımqrupda 1,7%), IIB yarımqrupda isə bu ağırlaşma müşahidə olunmamışdır. Bronx-ağciyər ağırlaşmalarının sayının I qrupla (7,5%) müqayisədə IIB yarımqrupda təxminən 5 (1,5%) dəfə azalması onu göstərir ki, antibiotikoprofilaktika, mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və erkən enteral zondla qidalanmanın birgə tətbiqi bronx-ağciyər ağırlaşmaları üçün effektiv profilaktik tədbir rolunu oynayır. Belə ki, I qrupda aparılan infuzion terapiya ilə müqayisədə, IIB yarımqrupda aparılan enteral zondla qidalandırma orqanizmi mayelərlə yükləmədən azad edir və ağciyərlərin durğunluğu ilə nəticələnmir. Digər tərəfdən ağızdan sistematik olaraq maye qəbulu və aktiv dekompressiya mədə güdülü möhtəviyyatının asan xaric olmasına, diafraqma kümbəzinin ekskursiyasının artmasına və bronxların drenaj funksiyasını yaxşılaşdırmaqla bəlgəmin sərbəst xaric olmasına şərait yaradır. Əməliyyatözü hazırlıq və əməliyyatdan sonrakı dövr adi qaydada aparılmış I qrupda 160 xəstədən 63-də (39,4%) ağırlaşmalar müşahidə olunmuşdur ki, onlardan da 9-u (5,6%) ölmüşdür. IIA yarımqrupa daxil olan 58 xəstədə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrün nəticələri əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşmış və yalnız 16 (27,6%) xəstədə ağırlaşmalara rast gəlinmişdir. 2 (3,5%) xəstədə letal nəticə qeydə alınmışdır. Əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmaların kompleks profilaktik tədbirlərinə mədə və/və ya duodenal güdülün aktiv dekompressiyası ilə yanaşı, erkən enteral zondla qidalanma və HP nəzərə alınmaqla antibiotikoprofilaktika da daxil edilən IIB yarımqrup xəstələr arasında (68 xəstə) əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmalara 8 (11,8%) xəstədə rast gəlinmişdir. Letal nəticə qeydə alınmamışdır.

## Təhlil olunan qruplarda ağırlaşmaların xarakteristikası

| Ağırlaşmanın növü                                                     | Qruplar        |      |                |      |                |      |      |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------|------|----------------|------|----------------|------|------|
|                                                                       | I<br>(n=160)   |      | IIA<br>(n=58)  |      | IIB<br>(n=68)  |      |      |
|                                                                       | Mütləq<br>sayı | %-lə | Mütləq<br>sayı | %-lə | Mütləq<br>sayı | %-lə |      |
| Mədə güdülünün motor-evakuator pozğunluğu ilə nəticələnən anastomozit | 16             | 10,0 | 5              | 8,6  | 3              | 4,4  |      |
| Əməliyyat yarasının irinləməsi                                        | 13             | 8,1  | 3              | 5,2  | 2              | 2,9  |      |
| Bronx-ağciyər ağırlaşmaları                                           | 12             | 7,5  | 3              | 5,2  | 1              | 1,5  |      |
| Pankreatit                                                            | 8              | 5,0  | 2              | 3,5  | 1              | 1,5  |      |
| Onikibarmaq bağırsaq güdülünün çatmamazlığı                           | 4              | 2,5  | 1              | 1,7  | -              | -    |      |
| Ürək-damar sistemi tərəfindən ağırlaşmalar                            | 3              | 1,9  | 1              | 1,7  | -              | -    |      |
| Qastroenteroanastomozun çatmamazlığı                                  | 3              | 1,9  | -              | -    | 1              | 1,5  |      |
| Mədə güdülündən qanaxma                                               | 2              | 1,3  | 1              | 1,7  | -              | -    |      |
| Qarın boşluğunda iltihabi infiltrat                                   | 1              | 0,6  | -              | -    | -              | -    |      |
| Qaraciyəraltı abses                                                   | 1              | 0,6  | -              | -    | -              | -    |      |
| Cəmi                                                                  | 87             | 63   | 39,4           | 16   | 27,6           | 8    | 11,8 |

Beləliklə, əməliyyatönu dövrdə xəstələrin yoğun bağırsağının əməliyyata diqqətli hazırlanması, əməliyyatdan sonrakı dövrdə isə mədə güdülünün aktiv dekompressiyası, enteral zondla qidalanma və HP nəzərə alınmaqla antibiotikoprofilaktikanın birgə istifadəsi xora xəstəliyinin əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalarının sayını azaldır. Rezeksiya olunmuş mədə güdülünün bioelektrik aktivliyinin yüksəlməsi, ağciyərlərin tənəffüs funksiyasının artması və homeostaz göstəricilərinin tez bərpa olunması

anastomoz tikişlərinin və duodenal güdül çatmamazlığının, eləcə də bronx-ağciyər ağrılaşmalarının profilaktikasında erkən enteral zondla qidalanma və mədə güdülünün aktiv dekompressiyasının birgə tətbiqinin məqsəduyğun olduğunu sübut edir. Əməliyyatönu və əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə HP nəzərə alınmaqla antibiotikoprofilaktikanın aparılması əksər hallarda eradikasiyaya nail olmaqla yanaşı, anastomozitlərin və irinli-iltihabi ağrılaşmaların profilaktikasında da mühüm rol oynayır.

## NƏTİCƏLƏR

1. Mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və monoantibiotiko-profilaktikadan istifadə olunması əməliyyatdan sonrakı erkən ağrılaşmaları 39,4%-dən 27,6%-ə qədər azaltmağa imkan verir.
2. Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və enteral zondla qidalanma birgə tətbiq olunduqda plazma zülallarının və elektrolitlərin miqdarında əhəmiyyətli dəyişiklik baş vermir. Belə ki, əməliyyatdan əvvəl plazmada ümumi zülalın, kalium və natriumun miqdarı uyğun olaraq  $76,5 \pm 1,3$  q/l,  $4,6 \pm 0,14$  mmol/l və  $140,3 \pm 3,4$  mmol/l, əməliyyatdan sonrakı 7-cü gün isə uyğun olaraq  $72,1 \pm 2,9$  q/l,  $4,5 \pm 0,12$  mmol/l,  $145,0 \pm 3,9$  mmol/l olmuşdur.
3. Mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və erkən enteral zondla qidalanmanın birgə istifadə olunması mədə-bağırsaq traktının motor-evakuator funksiyasının daha tez bərpa olunmasına kömək edir. Belə ki, əməliyyatdan sonrakı 2-ci gündən ( $2,41 \pm 0,16$ /dəq) etibarən mədə güdülünün elektroqastroqrafik dalğalarının orta tezliyi artaraq 4-cü gün  $2,57 \pm 0,1$ /dəq, mədə güdülünün elektroqastroqrafik dalğalarının orta amplitudu isə  $0,17 \pm 0,02$  mV təşkil etmişdir.
4. Mədə güdülünün aktiv dekompressiyası zamanı anastomozitlər 10,0%-dən 8,6%-ə qədər, bronx-ağciyər ağrılaşmaları isə 7,5%-dən 5,2%-ə qədər azamışdır. Bu tədbirə enteral zondla qidalanma və HP-nin eradikasiyası da əlavə olunduqda anastomozitlər 4,4%, bronx-ağciyər ağrılaşmaları isə 1,5% təşkil etmişdir ( $p < 0,05$ ).

## PRAKTİKİ TÖVSIYYƏLƏR

1. Su-duz mübadiləsinin tənzimlənməsi və bağırsaqların stimulyasiyası məqsədlə əməliyyatdan sonra ilk 6-8 saatdan başlayaraq bağırsaq mənfəzinə 10%-10 ml kalsium-xlorid, 4%-10 ml kalium-xlorid və 25%-5 ml maqnezium-sulfat məhlulları əlavə edilmiş 400 ml fizioloji

məhlulun nazointestinal zondla damcı üsulu ilə (dəqiqədə 20-30 damcı) nazik bağırsağın başlanğıc hissəsinə yeridilməsi məqsəduyğundur.

2. Bağırsaqların əməliyyatdan sonrakı motor-evakuator pozğunluğunu bərpa etmək, eləcə də orqanizmin plastik və energetik tələbatını ödəmək məqsədilə əməliyyatın növbəti günündən etibarən mədə güdülünün aktiv transnazal dekompressiyası fonunda müxtəlif enteral qida məhlullarının nazointestinal zond vasitəsilə damcı üsulu ilə nazik bağırsağa yeridilməsi məsləhətdir.
3. HP-pozitiv gastroduodenal xoralı xəstələrin planlı cərrahi müalicəsi zamanı əməliyyatdan əvvəl 7 gün ərzində amoksisillin/klavulanat 500/125 mq-dan gündə 2 dəfə, omeprazol 20 mq-dan gündə 2 dəfə və klaritromisin 500 mq-dan gündə 2 dəfə daxilə qəbul edilməklə *H.pylori*-nin eradikasiyasının aparılması, əməliyyat vaxtı və əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə isə həm eradikasiyanın davamı, həm də erkən iltihabi-infeksion ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə 3 gün ərzində amoksisillin/klavulanat 1,2 q-dan gündə 3 dəfə, metronidazol 0,5%-100 ml, gündə 3 dəfə vena daxilinə təyin edilməsi məqsəduyğundur.

## **DİSSERTASIYA MÖVZUSU ÜZRƏ DƏRC OLUNMUŞ ELMI İŞLƏRİN SİYAHISI**

1. Duodenal güdül çatmamazlığının profilaktikasına dair // “Sağlamlıq” jurnalı, 2008, №8, s.161-164 (həmmüəl. Məmmədov N.H., Əliyev A.H.).
2. Mədə rezeksiyalarından sonra anastomozit və duodenal güdül çatmamazlığı olan xəstələrdə müalicə taktikası // Sağlamlıq, 2010, №8, s.30-34 (həmmüəl. N.H.Məmmədov, M.Y.Nəsirov, E.V. Nəbiyeva).
3. Mədə rezeksiyalarından sonrakı erkən dövrdə motor-evakuator pozğunluğun səbəbləri və profilaktikasına dair // Cərrahiyyə, 2011, №1, s.88-93 (həmmüəl. M.Y.Nəsirov, N.H.Məmmədov, A.H.Əliyev).
4. Mədə rezeksiyalarından sonrakı erkən dövrdə mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və enteral zondla qidalanmanın birgə tətbiqinin qanın zülal-elektrolit göstəricilərinə təsiri // Cərrahiyyə, 2011, №2, s.69-73
5. Mədə rezeksiyasından sonrakı motor-evakuator pozğunluqların profilaktikasında mədə güdülünün aktiv dekompressiyası və erkən enteral zondla qidalanmanın rolu / Prof. T.Əliyevin 90-illik yubiley konfransının materialları. Bakı-2011, s.147-148 (həmmüəl. M.Y. Nəsirov, N.H.Məmmədov)
6. Частота осложнений больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Международный Медицинский

Журнал, Украина, 2011, №1, с.76-78 (соавт. Н.Г.Мамедов, Э.В.Набиева, А.Х.Алиев).

7. Пути снижения частоты ранних постгастрорезекционных осложнений / Актуальные вопросы оперативной хирургии и клинической анатомии. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 50-летию кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. /Респ. Беларусь, г. Гродно, 2011. с.243-246 (соавт. И.А.Шафиев).
8. Комплексная профилактика ранних постгастрорезекционных осложнений и краткая характеристика их результатов // Украинский хирургический журнал, 2012, №2, с. 74-78 (соавт. Н.Г.Мамедов)

**ЭЛЬМАР ЯХЬЯ ОГЛЫ ШАРИФОВ**

## ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

### РЕЗЮМЕ

Работа основана на результатах клинических наблюдений и исследований 286 больных, перенесших резекцию желудка по поводу гастродуоденальных язв. В пред- и послеоперационном периоде больным контрольной группы была проведена традиционная терапия. В ходе послеоперационной антибиотикотерапии предпочтение отдавалось использованию цефалоспоринов I-III поколений. Во II (основной) группе 126 больным, перенесшим резекцию желудка, были произведены следующие операции: у 108 (85,7%) больных – резекция желудка по способу Гофмейстра-Финстерера, у 14 (11,1%) по способу Витебского и у 4 (3,2%) больных – резекция желудка по способу Бильрот-I. Во IIА подгруппу были включены 58 больных. У этих больных проводились промывание и активная декомпрессия культи желудка до получения прозрачной жидкости. Во IIВ подгруппу были включены 68 больных. У этих больных проводились активная декомпрессия культи желудка и энтеральное зондовое питание. При проведении рациональной антибиотикопрофилактики, наряду с микрофлорой культи желудка, было принято во внимание и *Helicobacter pylori* у НР-позитивных больных. В I группе из 160 больных, которым проводили обычную подготовку к операции и ведение послеоперационного периода, осложнения возникли у 63 (39,4%) больных. Из 58 больных (IIА подгруппа), к которым применили профилактические мероприятия, улучшились исходы ближайшего послеоперационного периода и осложнения возникли у 16 (27,6%) больных. Из 68 больных (IIВ подгруппа), к которым применили комплекс профилактических мероприятий, существенно улучшились исходы ближайшего послеоперационного периода и осложнения возникли только у 8 (11,8%) больных.

Таким образом, сочетанное применение активной декомпрессии культи желудка, раннего энтерального зондового питания и рациональная антибиотикопрофилактика с учетом *Helicobacter pylori*, снижает ранние послеоперационные осложнения у больных язвенной болезнью.

**ELMAR YANYA OGLU SHARIFOV**

# **PREVENTION OF EARLY COMPLICATIONS AFTER GASTRIC RESECTIONS**

## **SUMMARY**

The work is based on clinical observations and studies of 286 patients who underwent resection of the stomach for the gastroduodenal ulcers. In I (control) group in 124 (77.5%) patients gastric resection was performed by method of Billroth-II in modification of Hofmeyster-Finsterer, in 28 (17.5%) patients by method of Vitebsk, and in 8 (5.0%) patients by method of Billroth-I. In patients of control group in perioperative period was carried out traditional therapy. In the course of postoperative antibiotic therapy favored the use of cephalosporins generations I-III. In II (basic) group, 126 patients who had undergone resection of the stomach were performed the following operations: in 108 (85.7%) patients - gastric resection by method of Billroth-II in modification of Hofmeyster-Finsterer, 14 (11.1%) by method of Vitebsk and 4 (3.2%) patients - gastric resection by method of Billroth-I. In the IIA subgroup were included 58 patients. In these patients was conducted lavage and active decompression of the gastric stump. In the subgroup IIB were included 68 patients. In these patients were performed active decompression of the gastric stump and enteral tube feeding. When conducting a rational antibiotic prophylaxis, along with the microflora of the gastric stump was taken into account and *Helicobacter pylori* in HP-positive patients. In group I from 160 patients who underwent the usual preparations for the operation and management, the postoperative complications occurred in 63 (39.4%) patients. From 58 patients (IIA subgroup), which applied prophylactic measures, improved outcomes and early postoperative complications occurred in 16 (27.6%) patients. From 68 patients (subgroup IIB), which used a set of prophylactic measures significantly improved outcomes, and early postoperative complications occurred in only 8 (11.8%) patients.

Thus, the combined use of active decompression of gastric stump, early enteral tube feeding and of antibiotic prophylaxis taking into account of *Helicobacter pylori* with pre-op careful preparation of the colon reduces early postoperative complications in patients with peptic ulcer disease.

---

Çapa imzalanıb: 08.01.2014.  
Format: 60x84  $\frac{1}{16}$ . Tiraj 100.

«Mütərcim» Nəşriyyat – Poliqrafiya mərkəzi  
Bakı, Rəsul Rza küç., 125  
tel/faks 596-21-44  
e-mail: mutarjim@mail.ru

**МИНИСТЕРСТВО**

**ЗООХРАНЕНИЯ**

**АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**  
**АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

*На правах рукописи*

**ЭЛЬМАР ЯХЬЯ ОГЛЫ ШАРИФОВ**

**ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ  
РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА**

**3213.01 - «Хирургия»**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**  
**диссертации на соискание научной степени**  
**доктора философии по медицине**

**Баку – 2014**