

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.28.02.2018.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**АШУРОВ ШЕРОЗ ЭРМАТОВИЧ**

**ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИ ТЕШИЛИШИДА  
ХИРУРГИК ДАВОЛАШГА ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН  
ЁНДАШУВ**

**14.00.40 – Шошилинч тиббиёт**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2019**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Ашуров Шероз Эрматович**

Ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишида

хирургик даволашга дифференциаллашган ёндашув.....3

**Ашуров Шероз Эрматович**

Дифференцированный подход к хирургическому

лечению перфоративных язв двенадцатиперстной кишки.....21

**Ashurov Sheroz Ermatovich**

Differenciated approach to the surgical treatment

of perforated duodenal ulcers.....41

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ

List of published works .....44

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.28.02.2018.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**АШУРОВ ШЕРОЗ ЭРМАТОВИЧ**

**ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИ ТЕШИЛИШИДА  
ХИРУРГИК ДАВОЛАШГА ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН  
ЁНДАШУВ**

**14.00.40 – Шошилинч тиббиёт**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2019**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2018.4.PhD/Tib292. рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси (www.rscs.uz) ҳамда «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Беркинов Улғубек Бозорбоевич**  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Расмий оппонентлар:**

**Аталиев Альберт Ервандович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Хаджибаев Фарход Абдухакимович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Етакчи ташкилот:**

**А.И.Евдокимов номидаги Москва давлат тиббиёт стоматология университети (Россия Федерацияси)**

Диссертация ҳимояси Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази ҳузуридаги DSc.28.02.2018.Tib.63.01 рақамли илмий кенгашнинг 2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100081 Тошкент, Кичик халқа йўли кўчаси 2-уй. Тел/факс: (+99878) 150-46-00, e-mail: uzmedicine@mail.ru)

Диссертация билан Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_\_\_ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100081, Тошкент ш., Кичик халқа йўли кўчаси, 2. Тел/факс: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05.

Диссертация автореферати 2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.

(2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А.М.Хаджибаев**

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Д.А.Алимов**

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

**Б.К.Алтыев**

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори

## КИРИШ (Фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Дунёда ошқозон ичак тизими фаолиятининг бузилишига олиб келадиган кўп омиллар, яъни овқатланиш тартибининг бузилиши, хеликобактер инфекцияси, спиртли ичимликлар ва тамаки маҳсулотларнинг истеъмол даражасининг ортиши, турли стресслар яра касаллигини ривожланишида ўзига хос бўлган ахамиятга эга. ЖССТнинг маълумотларига кўра «...яра тешилиши учраши Жанубий Кореяда–100.000 аҳолига–4,4, Японияда–4,2, Норвегияда– 6,5, Россияда–7,5–13,0, АҚШда–9,0 ҳолатни ташкил этади...»<sup>1</sup>. Хирургик амалиётида яра касаллигини консерватив даволашнинг муваффақиятли таъсир қилишига қарамасдан, яра тешилишида ўлим 2,5% дан 27% гача, РФида 1-10,6% гача эканлиги аниқланади. Агар беморлар яра тешилиши сабабли перитонит терминал фазасида ва оғир ёндош касалликлари билан мурожат қилинса, ўлим кўрсаткичи 30% гача кўтарилиши...» баҳоланган<sup>2</sup>. Ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши ёшларда, ошқозон яраси тешилиши эса катталарда кўпроқ учрайди. Кўпчилик олимларнинг айтишича, «...яра касаллигини консерватив даволаш унинг асоратларини учраш сонини камайтирмасдан, балки фақатгина катта ёшлиларда 65 ёшдан ошган беморлар гуруҳида яра касаллигининг анча оғирлашган асорат турлари учраши, даволаш натижаларини ёмонлаштиргани, оғир ёндош касалликлари бўлган беморларда янги ва кам инвазив оператив даво усулларини излашни талаб қилади...»<sup>3</sup>. Ҳозирги кунда касалликни ташхислашда қўлланиладиган стандарт ташхислаш арсеналини қўллаш ҳар доим ҳам тўғри ташхис қўйиш имконини бермайди, бу эса радикал операция усулини ишлатиш имкояти бўлган беморларда «қимматли» вақтни йўқотишга сабаб бўлади. Юқорида қайд этилганларни инобатга олиб, ушбу муаммони ҳал қилиш соҳа ходимлари олдида турган долзарб муаммолардан биридир.

Жаҳонда ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишида хирургик даволашга дифференциаллашган ёндашувни такомиллаштиришга қаратилган илмий-тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишини даволашда анъанавий даволаш усулларини самарадорлигини баҳолаш ва уни яхшилашнинг асосий йўллари оидинлаштириш, ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши билан беморларда ошқозоннинг *Helicobacter pilory* инфекцияси билан ифлосланганлик даражасини экспресс аниқлаш самарадорлигини асослаш механизмини ишлаб чиқишдан иборат. Яра субстратини морфометрик белгиларини баҳолаш ва шу асосида амалиётдан кейинги даврда яра касаллигини тешилишини башоратлаш усулини ишлаб чиқиш, ўтказилган текширишлар (эндоскопия, лапароскопия, *Helicobacter test*, морфометрия)

<sup>1</sup> Ates, M. The simple suture laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without an omental patch / M. Ates, A. Dirigan // Surg. Endosc. – 2016. – Vol. 26. – P. 289.

<sup>2</sup> Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Каттабеков О.А. Новые технологии в хирургии прободных язв двенадцатиперстной кишки. Бюл. Ассоциации врачей Узбекистана. 2008. №1, 34-38.

<sup>3</sup> Сажин А.В. Результаты лапароскопического ушивания пилорородуоденальных язв // Неотложная и специализированная помощь. III конгресс московских хирургов: тез. докл. – М., 2012. – С. 45-46.

асосида ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши мавжуд беморлар учун ташхисот ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқишга қаратилган соғломлаштирувчи чора-тадбирлар комплексини ишлаб чиқиш ва олдини олишга қаратилган даволаш тизимини яратиш алоҳида касб этади.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, турли соматик касалликларининг хирургик даволаш самардорлигини ошириш мақсадида «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармонида «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самардорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усуллари жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»<sup>4</sup> каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифаларда аҳоли орасида ошқозон ичак касалликларини ташхислаш ва даволашда замонавий тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтариш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги ва унинг оқибатидаги асоратлари даражасини камайтириш имконини беради

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985 «Шошилич тиббий ёрдамни келгусида такомиллаштириш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида»ги, 2018 йил 7 декабрдаги «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПФ-5590-сон Фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Дунёда кўп сонли муаллифлар берган маълумотларга кўра тешилган яра касаллигида ўлим кўрсаткичи 5% дан 10% гача, агар беморда терминал перитонит ва оғир ёндош касалликлари бўлса, бу кўрсаткич 50% га етиши мумкин. Бу касалликда кузатиладиган ўлим кўрсаткичи тўғридан-тўғри кузатиладиган операциядан кейинги асоратлар (5,0-32,0%) билан боғлиқ. Бу кўрсаткичлардаги катта фарқнинг

---

<sup>4</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони

мавжудлиги кўпгина сабаблар (ёш, перфорация давомийлиги, перитонит босқичи, ёндош касалликлар, операция тури ва жаррох малакаси) билан чамбарчас боғлиқ. Бу кўрсаткични камайтиришнинг асосий йўли – яра тешилишини ўз вақтида эрта ташхислаш ва имкон даражасида кам инвазив операция усулини қўллаш ҳисобланади. Статистик текширувларга кўра, ўн икки бармоқли ичак яраси перфорациясида ташхислашдаги хатоликлар 5-15% ни ташкил этади. (Kocer B., Surmeli, C. Solak et al. 2015). Ўн икки бармоқли ичак ва ошқозон яраси тешилишини ташхислашда стандарт усул (рентгенологик, УТТ) ларни ишлатиш 85,0-90,0% ҳолатда ўз вақтида тўғри ташхис кўйиш имконини беради. «Кўпинча яра тешилишини кеч ташхислашнинг сабаби ёки касалликнинг атипик кечиши, ёки дори воситаларини қўллаш ҳисобига касаллик клиник манзарасининг ўзгаришидир. Олиб борилган текширувларга кўра, дунёда яра тешилишини ташхислаш жараёнида кузатиладиган хатоликлар 5% дан 40% гача бўлиб, кўпинча шу давлатнинг ривожланганлик даражаси, жаррохнинг малакасига боғлиқ бўлади. Масалан, P.H.Jordan нинг маълумотига кўра, кўпинча тешилган яранинг ёпилиб қолиши ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак орқа деворида учраса ҳам, ташхислашдаги хатолик 10% дан ошмаган. Чунки, улар бу ҳолатни ташхислаш учун компьютерли томографияни ишлатишар экан. Бошқа гуруҳ олимларнинг фикрича (Seung Jin Bae, 2012; Sung Woo Jung 2012; В.К. Гостицев 2014; Н.W.Chang 2012; M.Nishayami 2016), ташхислашдаги хатоликлар миқдори қўлланган ташхисот усулларнинг имкониятига ҳам боғлиқ. Шундай қилиб, текширувлар натижаларининг аниқлик даражаси ҳар хил: рентгенологик- 70%, эндоскопик-80-90%, ташхисот лапароскопия - 95-98% ва лапаротомия - 100%.

Ўзбекистонда ошқозон ичак тизими хирургиясининг амалиётида ўн икки бармоқли ичак ярасининг тешилиши билан хасталанган беморларда жаррохлик амалиётини (Назирова Ф.Н., 2010; Ходжибоев А.М., 2015; Каримов Ш.И. 2016; Акилов Х.А. 2017), ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишида хирургик даволашга дифференциаллашган ёндашувни такомиллаштириш тактикасини баҳолаш тизими тўлиқ ўрганилмаган.

Бугунги кунда соҳада орттирилган тажриба ва ўтказилган тадқиқотлар беморлар аҳволининг оғирлик ҳолатини аниқлашда индивидуал баҳолаш масалаларини кўриб чиқишга ва уларни ўн икки бармоқ ичак яраси тешилишини тўғри ташхислаш ва касалликнинг ривожланиш сабабларини чуқурроқ батафсил ўрганиш имкон беради. Шунингдек, турли этиологияли ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишида хирургик даволашга дифференциаллашган ёндашувни такомиллаштириш шошилинич хирургиянинг энг муҳим муаммоли масалаларидан бири ҳисобланади.

**Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий ишлари режасига мувофиқ ПЗ № 2017101737 «Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ва унинг асоратларида замонавий терапевтик ва кам инвазив

жаррохлик даволаш усуллари ишлаб чиқиш» (2018-2019 йй) амалий грант лойиҳаси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишини ташхислаш ва даволашга қиёсий ёндашган ҳолда, унинг жаррохлик йўли билан даволашни такомиллаштиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишини даволашда анъанавий даволаш усуллари клиник самарадорлигини баҳолаш ва уни яхшилашнинг асосий йўллари аниқлаштириш;

ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши билан беморларда ошқозоннинг *Helicobacter pilory* инфекцияси билан ифлосланганлик даражасини экспресс аниқлаш самарадорлигини баҳолаш;

яра субстратини морфометрик белгиларини ўрганиш ва шу асосида амалиётдан кейинги даврда яра касаллигини тешилишини башоратлаш усулини ишлаб чиқиш;

ўтказилган текширишлар (эндоскопия, лапароскопия, *Helicobacter test*, морфометрия) асосида ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши мавжуд беморлар учун ташхислаш ва даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2005 йилдан 2017 йилгача бўлган даврда Тошкент тиббиёт академиясининг иккинчи клиникаси шошилич жаррохлик бўлимида стационар даволанишда бўлган ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши билан хасталанган 198 нафар беморлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида ўн икки бармоқ ичак яраси тешилган беморларнинг ичакларининг микробиологик кўрсаткичлари, инструментал текшириш (УТТ), *Helicobacter test*, микроскопик материаллар, прогностик шкалалар – МПИ ва ASA ҳамда беморларнинг қон материаллари олинган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Қўйилган вазифаларни ҳал этиш ва тадқиқот мақсадига эришиш учун прогностик шкалалар, умумклиник, лаборатор, инструментал, микробиологик, биокимёвий ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши, айниқса ёпилиб қолган яраларнинг яширин турларида эндоскопик белгилар (ҳаво билан инсуффляция қилинганда ўн икки бармоқли ичак деворларининг тўғриланмаслиги ва қоринда оғрикнинг кучайиши, яра тубининг кўринмаслиги) нинг ташхисий хатоликларни камайтиришдаги аҳамияти асосланган;

ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишида унинг кечиши, эндоскопия, лапароскопия, *Helicobacter test*, морфометрия, перитонит тури ва беморнинг ASA бўйича ҳолатини ҳисобга олганда ташхислаш ва даволаш тактикасини аниқлайдиган мезонлар асосланган;

яра субстратидаги морфометрик ўзгаришлар (хужайралараро модда, лимфа ва қон томирлар ҳамда Панет хужайраларининг нисбий ҳажми) га

асосланиб, ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишини башоратлаш усули ишлаб чиқилган;

ўн икки бармоқли ичак яра касаллигини хирургик амалиётдан кейинги даврда яра асоратларни олдини олиш қаратилган антисекретор, антихеликобактер консерватив даволаш ҳамда зарур ҳолатларда радикал операцияни амалга ошириш тактикаси такомиллаштирилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

эндоскопик ва лапароскопик усулларни қўллаш ташхислаш этапини қисқартириб, юқори аниқлик билан ташхис қўйишга ва ўз вақтида даволаш тактикасини аниқлаш имконини берган;

ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишини ташхислаш ва даволаш бўйича таклиф этилган алгоритм шу категориядаги беморларни даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради: асоратлар миқдори 14,8% га, ўлим -1,85% гача ва яра касаллиги қайталаниши ёки рецидивини 13,0% гача камайган;

ишлаб чиқилган башоратлаш усули яра тешилиши хавфи бор беморларни аниқлаш имконини берган;

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи прогностик шкалалар, умумклиник, лаборатор, инструментал, микробиологик, биокимёвий ва статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишида хирургик даволашга дифференциаллашган ёндашувда халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларини илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган натижалар, хулоса ва таклифлар ўн икки бармоқли ичак яраси перфорациясида ташхислаш ва даволаш бўйича ўзига яраша ҳисса қўша олади. Бу касалликда жаррохлик тактикасини аниқлаштиришда ёрдам берувчи эндоскопик ва лапароскопик мезонлар ёритиб ўтилган, шулар асосида даволаш ва тасхислаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти таклиф этилган алгоритм, юқори аниқлик билан ўз вақтида ташхис қўйиш ва тактикани аниқлаш, ишлаб чиқилган яра тешилишини башоратлаш усули амалиётдан кейинги даврда асоратлар юзага келишини олдини олади. Техник жиҳатдан мазкур усул енгил бажарилади, кўп маблағ талаб қилмайди, стационарларда қўллаш жуда осон ва шифохонада бўлиш даврини камайтириш имкони яратилганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши.** Ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишида хирургик даволашга дифференциаллашган ёндашувни такомиллаштиришни баҳолаш бўйича олинган натижалар асосида:

«Сурункали гастродуоденал яраларни тешилишини прогнозлаш усули» бўйича Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти олинган (№IAP 05271). Ушбу усул турли даражадаги гастродуоденал яралар тешилиши хавфи мавжуд беморларни аниқлашга имкон берган;

«Дуоденал яранинг тешилишининг ташхислаш ва даволаш аспекти» услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 28 мартдаги 8н-р/102 сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма ўн икки бармоқ ичак ярасининг тешилишининг ўз вақтида ва тўғри ташхислаш ва хирургик даволаш тактикаси баҳолаш имконини берган;

ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишида хирургик даволашга дифференциаллашган ёндашувни такомиллаштиришга қаратилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Жиззах филиали, Тошкент тиббиёт академияси 2- клиникаси шошилинч хирургия бўлимлари амалий фаолиятга тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 26 ноябрдаги 8н-з/251 сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши билан хасталанган беморларни ташхислаш ва даволаш сифатини яхшилашга, шунингдек, жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни 14,8% га, ўлим - 1,85% гача ва яра касаллиги қайталаниши ёки рецидиви 13,0% гача камайтириш, беморларни касалхонада бўлиш давомийлигини 1,1 кунга қисқариши имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 5 илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг фан доктори диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 111 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялар тараққиётининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларни илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, ишларнинг апробация натижалари,

нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишини хирургик даволашга дифференциаллашган ёндашувнинг замонавий талқини**» деб номланган биринчи бобида адабиётлар таҳлили баён этилган. Унда касалликнинг этиопатогенези, ташхислаш ва даволаш усуллари ўзида жамлаган замонавий маълумотлар келтирилган. Яра касаллиги ва унинг асорати бўлган перфорациянинг келиб чиқиш аспекти назарий жиҳатдан таҳлил этилган. Касалликни мавжуд бўлган ташхислаш ва даволаш бу соҳада ечилмаган ва ҳал қилиниши зарур бўлган аспектига аниқлик киритилган, қўлланиладиган усулларнинг афзаллик ва камчиликлари таҳлил қилинган, шунингдек, мазкур муаммонинг ўз ечимини топган ҳамда ечими топилиши лозим бўлган аспекти белгиланган.

Диссертациянинг «**Ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишида хирургик даволашга дифференциаллашган ёндашув материали ва усуллари**» деб номланган иккинчи бобида 2005-2017 йиллар давомида Тошкент тиббиёт академиясининг иккинчи клиникаси шошилиш жарроҳлик бўлимида стационар даволашда даволанган ўн икки бармоқли ичак тешилган яраси билан оғриган 198 нафар беморнинг тадқиқот тавсифи берилган. Беморларни даволаш стандарт бўйича, ўн икки бармоқли ичак тешилган яраси билан беморларини даволаш баённомаси асосида олиб борилган.

Барча беморларга ўн икки бармоқли ичак тешилган яраси бўйича шошилиш равишида турли хил оператив даво усуллари қўлланилган. Улардан 90 нафар бемор назорат гуруҳига ажратилиб, уларга 2005-2012 йилларда стационар ҳолатда анъанавий ташхислаш ва даволаш усуллари қўлланилган. Асосий гуруҳни эса 108 нафар бемор ташкил этиб, уларга 2013-2017 йилларда янги тадбиқ этилган мукаммалаштирилган даволаш ва ташхислаш усуллари ишлатилган.

Бобда беморларни ёши ва жинси, касаллик давомийлиги, клиник кўриниши, йўлдош патологиялар, жарроҳлик аралашув турлари бўйича гуруҳларга ажратилиш маълумотлари келтирилган.

Текширув усуллари умумий тавсифи бўлимида ўн икки бармоқли ичак тешилган ярасини ташхислашнинг турли хил усуллари келтирилган.

Ўн икки бармоқли ичак тешилган яраси билан беморларда касалликнинг оддий кечим билан бошланиши ташхис қўйишда ҳеч қандай қийинчилик туғдирмайди. Лекин, ташхисни тасдиқлаш, қиёсий ташхислаш ва асосан гумонли ҳолатларда, қўшимча ва инструментал текширув усулларини қўллаш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади.

Назорат гуруҳида ташхис қўйишда обзорли рентгеноскопия скрининг усул сифатида қўлланилган ва 70 (77,8%) нафар беморда ўз вақтида, тўғри ташхис қўйиш имкониятини берган.

Қолган 20 нафар беморда ўн икки бармоқли ичак тешилган яраси клиник белгилари мавжуд бўлганлиги, аммо рентгенологик усулда ташхис тасдиқланмаганлиги сабабли, Дебек синамаси ўтказилган. Шундан сўнг 12

(13,3%) та ҳолатда қайта рентгеноскопияда қорин бушлиғида «эркин газ» аниқланган ва ташхис тасдиқланган. Қолган беморлар динамик кузатувга ётказилган ва кейинчалик операцияга олинган. Лекин улар учун «қимматли» бўлган вақтнинг йўқотилганлиги сабабли, уларга радикал оператив даво кўрсатилган бўлса ҳам, бажариш имконияти бўлмаган. Шунини ҳисобга олиб, асосий гуруҳнинг ташхислаш этапига бир қанча қўшимча текширувлар киритилган. Яъни, 88 (81,5%) нафар беморда ЭГДФС бажарилган. Бу усул нафақат тешилган ярани аниқлаш, балки перфоратив тешиқ, инфилтратив вал ўлчамлари, яра касаллигининг қўшма асоратларини баҳолаш ҳамда биопсия олиш имкониятини беради.

Эндоскопия усули ўн икки бармоқли ичак тешилган ярасининг нисбий (инсуффляция қилинганда тўсатдан оғриқнинг кучайиши, ўн икки бармоқли ичак деворларини тўғриланмаслиги, яра тубининг чуқурлиги) ва абсолют (тешилган яра) белгиларини аниқлашга имкон берди.

Ундан ташқари, асосий гуруҳда тешилган перфоратив дуоденал ярани ташхислаш ва хирургик тактикани аниқлаш мақсадида лапароскопия, *Helicobacter test* ва яра субстрати морфометрияси ишлатилган. Ошқозон шиллиқ қаватини *Helicobacter pylori* билан ифлосганлик даражасини аниқлаш йиғирма дақиқа талаб қилади.

#### 1-жадвал

#### **Helicobacter test** натижалари

Текширув натижаси	Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ
1-даража	5	32
2-даража	8	16
3-даража	10	5
Манфий	2	35
Жами	25	88

Ўтказилган *Helicobacter pylori* тести натижалари 1-жадвалда келтирилган. Назорат гуруҳида бу текширув амалиётдан кейинги даврда яра рецидиви ва қайталаниши сабабини аниқлаш мақсадида бажарилган.

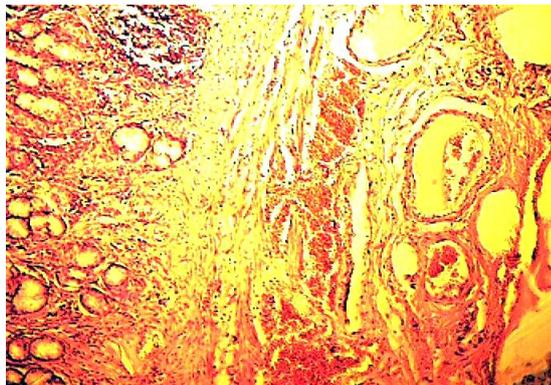
Ошқозон шиллиқ қаватининг *Helicobacter pylori* билан юқори (3-даража) даражада ифлосганлиги имкон даражасида, шу беморга радикал оператив даво бажариш зарурлигини билдиради.

Асосий гуруҳда лапароскопияни бажаришдан мақсад, нафақат ташхисни тасдиқлаш, балки перфоратив тешиқ, инфилтратив вал ўлчамини баҳолаш, перитонит стадияси ва турини аниқлаштириш йўли билан Мангейм перитонеал индексини ҳисоблашдан иборат бўлган.

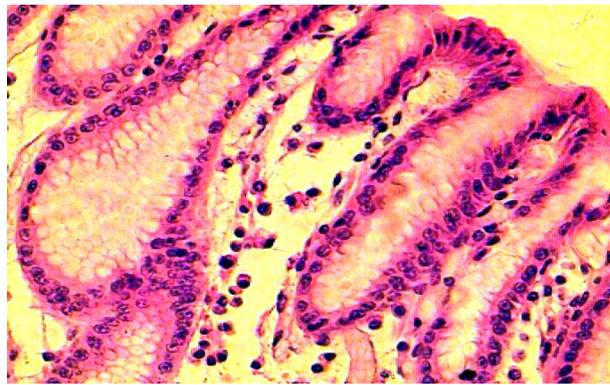
Асоратланган (яра тешилиши билан 20 нафар бемор) ва асоратланмаган (яра қайталаниши билан 16 нафар бемор) яраларнинг морфометрик хусусиятлари акад. В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган

хирургия маркази ва Республика патологик анатомия илмий амалий марказида ўрганилган.

Бажарилган изланишлар шуни кўрсатдики, яра субстратини морфологик структурасини микроскопик ҳисоблаш ёрдамида яра тешилишини башорат қилиш мумкин. Масалан, яра субстратида «структурасиз» соҳаларнинг кўпайиши ва Панет хужайраларининг миқдорининг камайиши бўлган беморларда қайта-қайта яра касаллигининг қайталаниши ёки перфорация асоратининг содир бўлиши кузатилган (1-расм).



**1А-расм. Пилорик канал шиллик ости қаватида бириктирувчи тўқима, Панет хужайралари ва томирларнинг зич жойлашиши Асоратланмаган яра. Г-Э 10x10.**



**1Б-расм. Структурасиз соҳаларнинг кўпайиши ва Панет хужайралари сонининг камайиши. Асоратланган (перфоратив) яра. Г-Э. 10x40**

Ўтказилган текширувлар шуни исботладики, асоратланган дуоденал яра касаллигида (перфоратив ва предперфоратив яра) асосий морфометрик ўзгаришлар қуйидагилар ҳисобланади: 1) хужайрасиз «структурасиз» соҳаларнинг кўпайиши; 2) лимфа ва қон томирлари нисбий миқдорининг кўпайиши; 3) Панет хужайралари миқдорининг камайиши (2-жадвал).

## 2-жадвал

### Морфометрик текширув натижалари

Яра субстрати бирликлари		Асоратланмаган яра	«Предперфоратив» ва тешилган яра	P
Томирлар	Қон томири	0,9±0,02	1,2±0,3	>0,05
	Лимфа томири	0,4±0,03	1,2 ±0,4	<0,05
Хужайралараро модда		55.4±0,9	92.2.±1,0	<0,001
Панет хужайралари		2.2±0,5	1.2±0,3	>0,05

Асосий гуруҳ беморларида морфометрияда шунақа ўзгаришларнинг топилиши ўн икки бармоқли ичак ярасининг тешилиши эҳтимоли баландлигидан далолат беради.

Микроскопик текширувлар шуни кўрсатдики, асосий гуруҳдан 3 (15,0%) нафар беморда яранинг тешилиши башорат қилинган эди, улардан бирига режали равишда радикал операция ўтказилди. Қолган икки нафар бемор

таклиф этилган операцияни рад этди. Улардан бири 1,5 ойдан сўнг яра тешилиши билан клиникага мурожат қилиб келди ва меъда резекцияси амалиёти бажарилди.

Айтиб ўтилган «Сурункали гастродуоденал яраларни тешилишини прогнозлаш усули» бўйича Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти олинган (2016 й, №IAP 05271).

Умуман олганда, асосий гуруҳ беморларини ташхислаш босқичига кўшимча усулларни кўшиш ҳисобига қуйидаги натижаларга эришилди (3-жадвал).

### 3-жадвал

#### Инструментал ва кўшимча текширув усулларини натижалари

Текширув усули	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳи		$\chi^2$	P
	абс	%	абс	%		
Рентгеноскопик	70	77,8	86	79,6	0,10	>0,05
Инсуффляция	5	5,6	2	1,9	1,97	>0,05
ЭГДФС	0	0	106	98,1	190,11	<0,001
Лапароскопик	0	0	107	99,1	194,01	<0,001
Ташхисотдаги хатоликлар	6	6,7	2	1,9	2,94	>0,05
Кеч ташхисот	7	7,8	2	1,9	3,97	<0,05

Айтиб ўтиш керакки, асосий гуруҳ беморларини ташхислаш ва даволашига тадбиқ этилган усуллар нафақат ўн икки бармоқли ичак тешилган ярасини аниқлаш, балки ҳамма омилларни (МПИ ва ASA бўйича хавф гуруҳини, лапароскопик ва эндоскопик мезонлар ва хеликобактериоз даражаси) ҳисобга олган ҳолда жаррохлик амалиёт турини танлаш имкониятини ҳам берди.

Диссертациянинг «**Назорат гуруҳидаги беморларда даволаш ва ташхислаш тактикаси**» деб номланган учинчи бобда назорат гуруҳидаги беморлани даволаш натижалари таҳлил қилинган. Бу гуруҳда барча оператив даво турлари ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси орқали бажарилган. Тафтиш пайтида, перитонит тарқанганлик ҳолати ва тури баҳоланган: 23 (25,5%) нафар беморда - диффуз йирингли, 56 (62,2%) – маҳаллий ёки диффуз сероз ёки сероз-фибриноз перитонит аниқланган. Тарқалган йирингли перитонит 11 (12,2%) ҳолатда топилган.

Назорат гуруҳида операция турини танлаш мезонлари бўлиб перитонит тури ва характери, беморнинг умумий аҳволи ҳисобланган. Масалан, беморни умумий аҳволи қониқарли бўлиб, перитонит йирингли характерда бўлмаса, имкон даражасида радикал оператив даво усули қўлланилган. Ярим радикал оператив усулини қўллашга кўрсатма (ваготомия билан пилоропластика) йирингли бўлмаган перитонит фонида беморда компенсация босқичидаги ёндош касаллиги мавжудлиги бўлган. Шу мезонлар асосида назорат гуруҳида қуйидаги оператив даво усуллари қўлланилган (4-жадвал).

## Назорат гуруҳидаги бажарилган операция турлари

Операция номи	Беморлар сони	%
Меъда резекцияси (Бильрот II)	52	57,8
Стволли ваготомия ва пилоропластика	8	8,9
Перфоратив ярани тикиш	21	23,3
Перфоратив ярани тикиш, клиника усули бўйича қорин бўшлиғини дренажлаш	9	10,0
Жами	90	100,0

Радикал амалиётларнинг ўртача давомийлиги  $222,0 \pm 11,0$  дақиқани ташкил этди. Беморлар реанимация бўлимида 18-24 соатгача даволанишган, активизация 2-3-кундан бошланган. Оғриқ синдроми кучли бўлганлиги сабабли, 3-7 кунгача оғриқсизлантирувчи воситалар ишлатилган. Меъда резекциясидан кейин ўртача койка куни  $7,5 \pm 0,8$  ни ташкил этган.

Ярим радикал усуллари ичидан, техник томондан осонлигини ва тез бажарилишини ҳисобга олиб, Джад бўйича пилоропластика ва стволли ваготомия усули қўлланган. Амалиётларнинг ўртача давомийлиги  $85,0 \pm 5,5$  дақиқани ташкил этган. Амалиётдан кейинги давр худди радикал операциядан кейинги давр каби бўлган.

Бу гуруҳда 30 (33,3%) нафар беморда перфоратив ярани тикиш бажарилган. Улардан 11 (12,2%) нафарида тарқалган йирингли перитонит аниқланганлиги сабабли ярани тикишдан ташқари клиника усули бўйича қорин бўшлиғи дренажланган ва амалиётдан кейинги даврда перитонеал диализ сеанслари ўтказилган (Каримов Ш. И., 1990).

Операцион-анестезиологик хавф бўйича охирги гуруҳдаги барча беморлар ASA бўйича IV, V E синфга кириб, улардан 3 таси МПИ (Мангейм перитонеал индекси) бўйича 2 -даражали, 2 тасида 3-даражали перитонит гуруҳига мансуб бўлган (ретроспектив таҳлил натижалари).

Паллиатив амалиётлар ўртача  $71 \pm 3,8$  дақиқа давом этган. Амалиётдан кейинги давр нисбатан оғир ўтган, сабаби бу гуруҳдаги беморларда оғир ёндош касаллик ёки терминал перитонит мавжудлиги билан боғлиқ бўлса керак. Йирингли перитонит билан амалиёт ўтказган беморлар реанимация бўлимида  $1,8 \pm 0,3$  кун ётишган, ўртача койкаси  $7,4 \pm 1,1$  кунни ташкил этган.

Назорат гуруҳидаги беморларда амалиётдан кейинги даврда қуйидаги асоратлар кузатилди: эрта махсус – 7 (7,8%) ҳолат (чоклар етишмовчилиги - 3 (3,3%), интраабдоминал қон кетиш - 2 (2,2%), лимфорея (1) ва эвентрация (1). Эрта номахсус асоратлардан: пневмония – 7 (7,8%), ўткир миокард инфаркти – 3 (3,3%), тромбоемболия (1) и ўткир бош мия қон айланиши бузилиши (1). Номохсус асоратлар сабабли 3 (3,3%) та ҳолатда ўлим юзага келган. Ундан ташқари, 6 (6,7%) нафар беморда амалиётдан кейинги жароҳатда йиринглаш кузатилган ва бу кейинчалик 3 (3,3%) та беморда қорин деворида чурра пайдо бўлишига олиб келган.

Амалиётдан кейинги узок даврда (5 йил) 14 (15,6%) нафар беморда яра касаллигининг рецидиви ёки қайталаниш ҳолати, пилорик канал стенози – 4 (13,3%), яранинг қайта тешилиши – 1 ҳолатда кузатилган. Радикал ва ярим радикал операциялардан сўнг кўпинча постгастрорезекцион синдром – 7 (11,7%) нафар беморда демпинг синдром ва 9 (17,3%) нафарида темир етишмовчилиги камқонлиги ҳолатлари кузатилган.

Бизнинг фикримизча, назорат гуруҳидаги беморларни даволашдаги қоникарсиз натижалар қуйидаги сабаблар билан боғлиқ:

1. Ташхислаш этапида етарлича камчиликларга йўл қўйилганлиги 6 (6,7%) та ҳолатда ташхислашдаги хатоликлар келиб чиқишига олиб келди ва бу ўз навбатида хирургик тактикани ўзгаришига ва беморлар умумий аҳволининг оғирлашувига сабаб бўлди.

2. Беморларни амалиётга тайёрлаш давомида улар умумий аҳволини оғирлик даражасини ва перитонит даражасини тўғри баҳоламаслик. Масалан назорат гуруҳидаги беморларни ретроспектив ўрганилганда, 85 (94,4%) нафар бемор МПИ бўйича перитонит 1- даражаси, 3 (3,3%) ҳолатда – 2- даражаси, 2 (2,2%) ҳолатда – 3-даражаси бўлганлиги аниқланади. Радикал операция ўтказган 19 нафар беморда эрта ва кечки амалиётдан кейинги асоратлар кузатилган ( $\chi^2=28,9$   $p<0,001$ ). Шулардан уч ҳолатда ўлим юзага келган (2 та бемор 3-даражали, 1 та бемор 2-даражали перитонит).

3. Ўн икки бармоқли ичак тешилган яраси оптимал ташхислаш ва даволаш алгоритмининг йўқлиги ташхислашдаги хатоликлар, амалиётдан кейинги асорат ва ўлим кўрсаткичларининг кўпайишига сабаб бўлди.

4. Хеликобактериоз даражасини яра касаллигининг кечимига таъсирини баҳоламаслик. Назорат гуруҳида 25 нафар беморларда ретроспектив таҳлил асосида хеликобактериоз даражаси ва уни яра касаллигининг асоратлари пайдо бўлиши билан боғлиқлиги ўрганиб чиқилди. Бундан маълум бўлдики, яра касаллиги асоратлари ва қайталаниш ҳолатлари кўпинча 3-2-даражали хеликобактериоз мавжуд беморларда юзага келаркан. Масалан, текширилган беморлар ичида 5 нафарида 1-даражали хеликобактериоз аниқланиб, уларда яра қайталаниши ва асоратлари кузатилмаган ( $\chi^2=1,1$   $p>0,05$ ); 8 ҳолатда 2-даражали хеликобактериоз билан 3 нафарида (37,5%) яра касаллиги қайталанган ( $\chi^2=1,15$ ,  $P>0,05$ ); 3-даражали хеликобактериоз 10 нафар беморда аниқланиб, улардан 8 (80%) тасида яранинг қайталаниши, кейинчалик 3-даражали стеноз (4 ҳолат), қайта перфорация (1 ҳолат) ривожланган ( $\chi^2=11,6$   $P<0,001$ ). Хеликобактериоз аниқланмаган 2 нафар беморда консерватив даводан сўнг яра касаллиги тўлиқ ремиссияга ўтган ( $\chi^2=2,26$ ,  $P>0,05$ ).

5. Паллиатив операциялардан сўнг амалиётдан кейинги даврда яра субстратидаги морфометрик параметрларни ҳисобга олмаслик.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, ташхислаш этапига кўпроқ маълумот берадиган ташхисот усуллари (эндоскопия, лапароскопия, Helicobacter test, морфометрия) ни қўшиш мақсадга мувофиқ бўларди. Чунки бу орқали ўз вақтида тўғри ташхис қўйиш ва хирургик тактикани танлаш

мумкин.

Диссертациянинг «**Ўн икки бармоқли ичак тешилган ярасида ташхислаш ва даволаш усуллари**ни такомиллаштириш» деб номланган тўртинчи бобида асосий гуруҳ беморларини юқорида тадбиқ этилган усуллар билан даволаш натижалари акс эттирилган.

Бу гуруҳда операцияни танлаш мезонлари бўлиб, бемор умумий статуси ва перитонитни ASA ва МПИ бўйича даражаси, перфоратив тешик ва инфилтратив вал ўлчамлари, яра қўшма асоратларини, хеликобактериоз даражаси хизмат қилди. Шу мезонларга асосланиб, биз томондан ўн икки бармоқли ичак тешилган яраларида даволаш-ташхисот алгоритми ишлаб чиқилди (3-расм).

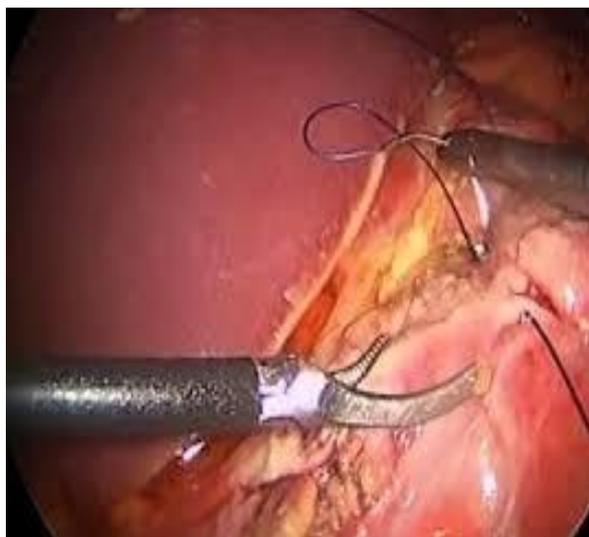
Ишлаб чиқилган алгоритм асосида асосий гуруҳда 11 (10,2%) нафар беморда тешилган ярани лапароскопик тикиш, 52 (48,1%) ҳолатда – тешилган ярани кичик кесмадан тикиш ва лапароскопик санация қилиш, 10 нафар беморда стволли ваготомия билан пилоропластика, 8 ҳолатда – меъда резекцияси ва 11 ҳолатда очиқ усулда тешилган ярани тикиш операцияси бажарилган.

Перфоратив ярани лапароскопик усулда тикишга кўрсатма: перфоратив тешик ва инфилтратив вал ўлчамининг 5 мм дан кичик бўлиши, яра қўшма асоратларининг бўлмаслиги, МПИ бўйича 1-2 даражали перитонит, ASA бўйича I-III синф, хеликобактериоз паст даражаси.

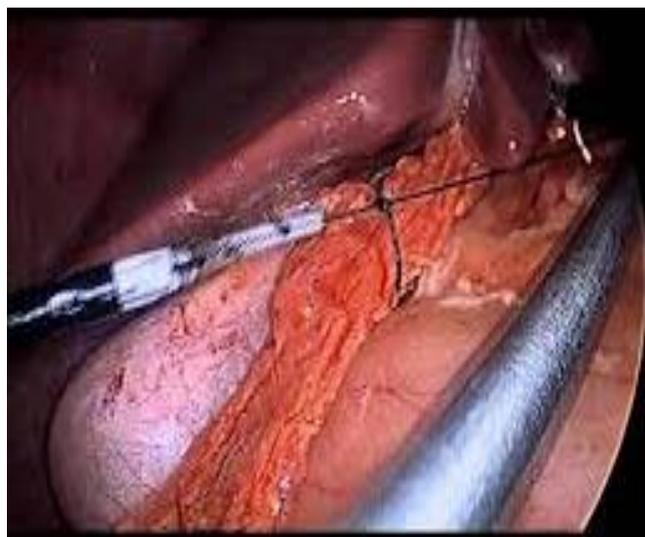
Тешилган яра синтетик ип (№3.0) ёрдамида бир қаватли тугунли чоклар билан тикилади (2А-расм). Кўпинча катта чарви билан перитонизация қилинган (2Б-расм). Операциянинг ўртача давомийлиги  $51,0 \pm 2,5$  дақиқани ташкил этган. Амалиётдан кейинги даврда асоратлар кузатилмаган ( $\chi^2=3,42$   $P>0,05$ ). Беморларнинг стационардаги ўртача койка куни  $4,9 \pm 0,4$  ни ташкил қилган ( $t=1,6$   $P>0,05$ ). Улардан 1 нафар беморда яра касаллигини қайталаниши кузатилган ( $\chi^2=4,8$ ,  $P<0,05$ ).

Бу гуруҳда 52 нафар беморда перфоратив ярани минилапаротомия орқали тикиш бажарилган. Лапароскопик усулдан бу усулга ўтишнинг сабаби, перфоратив тешик ва инфилтратив валнинг нисбатан ифодаланлиги бўлди. Бу оператив усулининг афзаллиги - бажарилиш техникасининг тезлиги ва оддийлиги ҳисобланади. Айниқса бу операцияни ўлим хавфи юқори бўлган беморларда бажариш мақсадга мувофиқдир. Усулнинг ўртача давом этиш вақти -  $37 \pm 4,6$  дақиқани ташкил қилди.

Амалиётдан кейинги даврда 3 нафар беморда асорат кузатилди: 1 (1,9%) - тикилган ярадан қон кетиш (консерватив йўл билан тўхтатилди), 1 (1,9%) - ўткир коронар синдром (хуруж бартараф этилди) ва 1 (1,9%) ҳолатда кечки даврда привратник стенози ( $\chi^2 = 15,8$   $p<0,01$ ). Стационарда ўртача койка куни  $5,2 \pm 0,6$  ни ташкил этди ( $t=2,8$   $p<0,01$ ). Бу гуруҳдан 3 та беморда яра касаллиги қайталаниши юзага келди ( $\chi^2 = 22,2$   $p<0,01$ ).



**2-расм. Тешилган ярани лапароскоп-пик тикиш (А)**

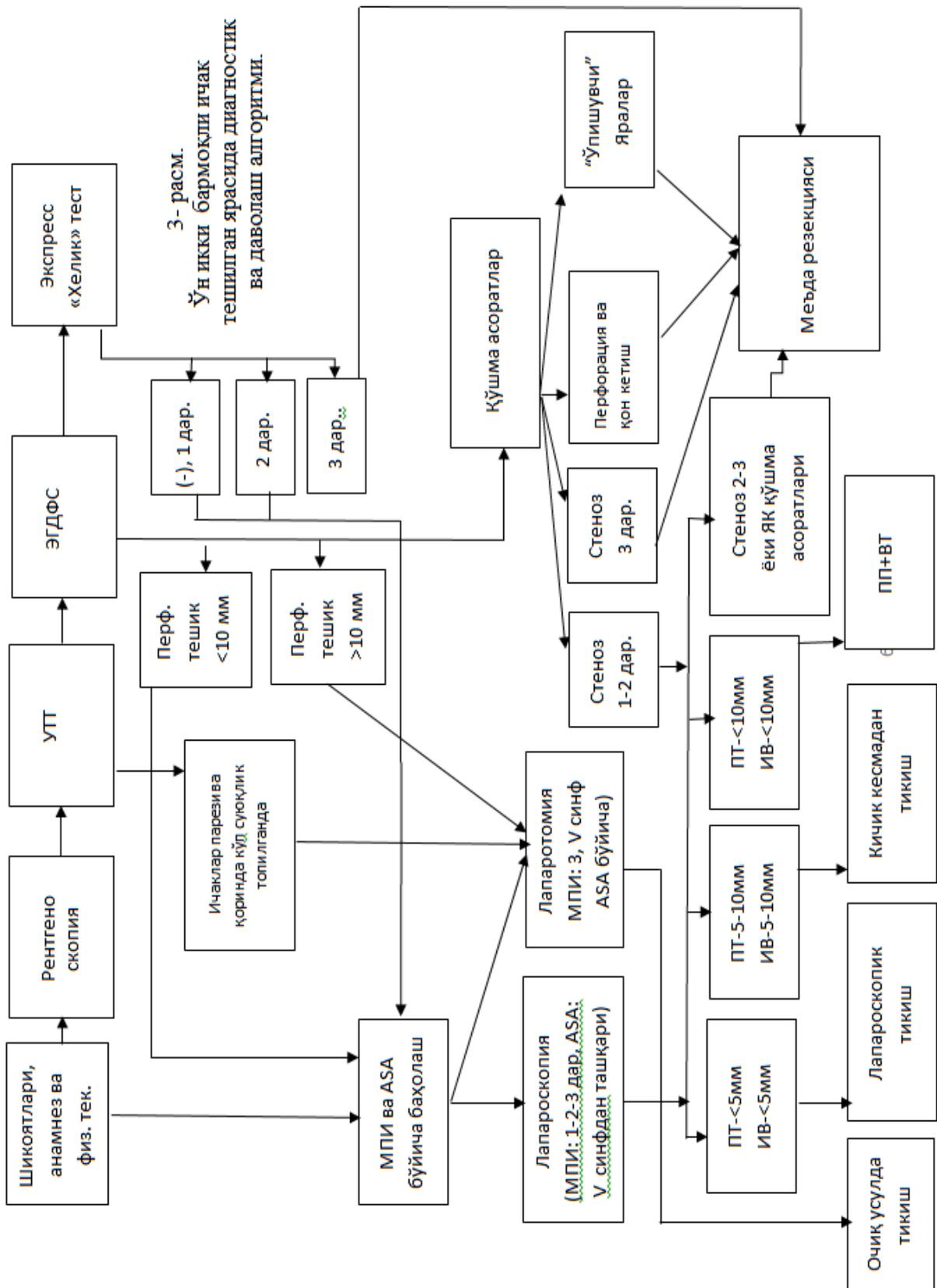


**2-расм. Катта чарви билан перитонизацияси (Б)**

Джад бўйича пилопластика ва стволли ваготомия стандарт методика билан 8 (5,0%) ҳолатда бажарилган. Бу операция тури перфоратив тешик ва инфильтратив вал ўлчами 10 мм дан катта бўлганда, 1-2- даражали привратник стенозида, тешилган ярадан қўшимча яна қон кетиш ҳам кузатилганда, 1-2- даражали хеликобактериозда, ASA бўйича I-III синф ва МПИ бўйича 1-даражали перитонит мавжуд бўлганда бажарилди. Бу турдаги операциядан сўнг яра рецидиви ( $\chi^2 = 4,9$   $p < 0,05$ ) ва амалиётдан кейинги асоратлар ( $\chi^2 = 4,9$   $p < 0,05$ ) кузатилмади. Ўртача қойка қуни бўйича назорат гуруҳидаги беморлар билан фаркли ўзгариш кузатилмади ( $t = 0,6$   $p > 0,05$ ).

Асосий гуруҳда 8 (7,4%) та ҳолатда Бильрот-II бўйича меъда резекцияси қўлланилган. Радикал операцияни бажаришга қуйидаги кўрсатмалар қўйилган: перфоратив тешик ва инфильтратив вал ўлчами 10 мм дан катталиги, кучли ифодаланган чандиқли жараён; эндоскопик ва лапароскопик текширувда яра касаллигининг қўшма асоратлари (перфорация+қон кетиш, перфорация + стеноз, “ўпишувчи” яралар) мавжудлиги; яра касаллиги бўйича аввал операциялар бажарилган бўлса; хеликобактериоз юқори даражаси; ASA бўйича I-III синф ва МПИ бўйича 1-даражали перитонит.

Асосий гуруҳда юқори саралаш орқали бажарилган радикал операциялар натижасида амалиётдан кейинги асоратлар миқдорининг сезиларли даражада камайишига олиб келди. Яъни, 1 ҳолатда лимфорея (консерватив даво ёрдамида бартараф этилди) ( $\chi^2 = 0,005$ ,  $P > 0,05$ ), 3 та ҳолатда постгастро-резекцион синдром юзага келди. Ўртача қойка қуни бўйича назорат гуруҳидаги беморлар билан фаркли ўзгариш кузатилмади ( $t = 1,6$ ,  $P > 0,05$ ).



Иккала гуруҳдаги очик усулда тешилган яраси тикилган беморлар ўртасида яра кўзғалиши ва рецидиви кўрсаткичи бўйича ( $\chi^2 = 0,28, P > 0,05$ ), асоратлари бўйича ( $\chi^2 = 0,06, P > 0,05$ ) ва ўртача койка куни бўйича ( $t = 1,6, P > 0,05$ ) деярли фаркли ўзгариш кузатилмади. Асосий гуруҳда ўлим ҳолати 2 (1,85%) та ҳолатда кузатилди ( $\chi^2 = 0,8, P > 0,05$ ).

Таклиф этилган диагностик усулларни назорат гуруҳида қўллаш орқали операциядан олдинги диагностик аниқлик 98% га кўтарилди. Шунини айтиш керакки, асосий гуруҳда паллиатив операциялар сони кўпайишига қарамадан, яра касаллиги кўзғалиши сони кўпаймасдан, балки 16,0% дан 13,0% гача камайди. Бизнинг фикримизча, бу ҳар бир амалиёт тури учун қиёсий ёндашганимиз, даволаш ва диагностик этапга қўшимча усулларни қўшганимиз билан боғлиқ бўлса керак. Ундан ташқари бу усулларини амалиётга тадбиқ этиш ўн икки бармоқли ичак тешилган яраси билан беморларда ҳамма операция турларига кўрсатмаларни аниқлаштириб, етарли даражада ўлим кўрсаткичи (1,85%) ни камайтирди.

## ХУЛОСАЛАР

«Ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишида хирургик даволашга дифференциаллашган ёндашув» мавзусидаги фалсафа доктори диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Ўн икки бармоқли ичак тешилган яраси билан беморларни ташхислаш ва даволашга анъанавий ёндашув амалиётдан олдинги даврда 6,7% гача диагностик хатолик, 16,0% гача ҳолатда яра қайталаниши, 26,7% гача амалиётдан кейинги асоратлар ва 3,3% гача ўлим юзага келишига олиб келади.

2. Шу тоифадаги беморларда эндоскопик текширувни ишлатиш яра субстратини параметрларини баҳолаш, яра касаллиги қўшма асоратлари характери ва даражасини аниқлаш имконини бериб, амалиётдан олдинги даврда 95% гача ҳолатда тўғри ташхис қўйишга сабаб бўлади.

3. *Helicobacter test* ни яра касаллигининг бу асоратида қўллаш, амалиётдан кейинги даврда бу беморда яра рецидива ёки тешилиш хавфи бор-йўклиги прогнозлаш имконини беради. Чунки 2-3-даражали хеликобактериоз билан беморларда 50-100% ҳолатда яра касаллиги қайта кўзиши ёки тешилиши кузатилади ( $\chi^2 = 11,6, P < 0,001$ ).

4. Ишлаб чиқилган ўн икки бармоқли ичак ярасини тешилишини башоратлаш усули тешилиш хавфи бор беморларни аниқлаш имконини беради ва бундай ҳолатда режали равишда радикал оператив даво тавсия қилинади.

5. Таклиф қилинган алгоритм асосида 98% ҳолатда ўз вақтида, тўғри ташхис қўйиш ва адекват хирургик тактикани танлаш мумкин. Бу алгоритмни амалиётда қўллаш диагностик хатоларни 6,7% дан 1,9% гача, амалиётдан кейинги асоратларни 26,7% дан 14,8% гача, ўлим кўрсаткичини 3,3% дан 1,85% гача камайишига сабаб бўлди ( $\chi^2 = 0,8, P > 0,05$ ).

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc. 28.02.2018.Tib.63.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ  
ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

---

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**АШУРОВ ШЕРОЗ ЭРМАТОВИЧ**

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ  
ЛЕЧЕНИЮ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ  
КИШКИ**

**14.00.40 – Экстренная медицина**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**ТАШКЕНТ- 2019**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за В2018.4.PhD/Tib292.**

Диссертационная работа выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский и английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.emerg-centre.uz](http://www.emerg-centre.uz)) и информационно-образовательном портале «Ziyonet» по адресу ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Научный руководитель:**

**Беркинов Улугбек Базарбаевич**  
доктор медицинских наук, доцент

**Официальные оппоненты:**

**Аталиев Альберт Ервандович**  
доктор медицинских наук, профессор  
**Хаджибаев Фарход Абдухакимович**  
доктор медицинских наук

**Ведущая организация:**

**Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова (Москва, РФ)**

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г. в \_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc. 28.02.2018.Tib.63.01 при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (Адрес: 100081, г.Ташкент, Чиланзарский район, Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05; e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в информационно-ресурсном центре Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (зарегистрирована за № \_\_\_). Адрес: 100115, г.Ташкент, Чиланзарский район, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05;

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 года  
(реестр протокола рассылки № \_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 года).

**А. М. Хаджибаев**

Председатель Научного совета по присуждению учёных степеней, д.м.н., профессор

**Д. А. Алимов**

Учёный секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, д.м.н.

**Б. К. Алтыев**

Председатель Научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, д.м.н.

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** В мире среди осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) перфорация язвы занимает второе место по частоте встречаемости (5-15%) после кровотечения (20-30%). «Частота перфорации язв весьма вариабельна, так, в Южной Корее ее частота 4,4, в Японии – 4,2, в Норвегии - 6,5, в России – от 7,5 до 13,0, в США- 9,0 случаев на 100 тыс. человек. В нашей стране этот показатель составляет 5-10 случаев на 100 тыс. человек...»<sup>1</sup>.

«Несмотря на успехи консервативной терапии в лечении язвенной болезни (ЯБ), летальность при прободной язве колеблется в пределах 2,5-27% случаев. В Российской Федерации смертность при прободении язвы составляет 1-10,6% случаев. В нашей Республике этот показатель варьирует от 6% до 15% случаев. У пациентов с терминальной фазой перитонита и тяжелыми сопутствующими патологиями летальность может достигать до 30%...»<sup>2</sup>.

Как известно, прободение язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) более характерно для лиц молодого возраста, а желудочных - пожилого. Однако за последние годы этот возрастной диапазон претерпел изменения. «Средний возраст больных с перфорацией язвы ДПК увеличился на 15-20 лет. По мнению многих исследователей, современные методы консервативного лечения не снизили частоту развития осложнений ЯБ, а лишь отодвинули их на старший возрастной период. В возрастной группе старше 65 лет хирурги начали сталкиваться исключительно с осложненными формами ЯБ, что, естественно, ухудшает результаты лечения и требует поиска новых, менее травматичных оперативных методов с учетом имеющихся у этого контингента ряда сопутствующих патологий...»<sup>3</sup>. Другой немаловажной проблемой, связанной, возможно, с частым применением консервативного лечения, является своевременная диагностика перфоративных язв ДПК. Применение, на сегодня, стандартного диагностического арсенала не всегда позволяет своевременно установить диагноз и тем самым затягивается драгоценное время, необходимое для выполнения, при необходимости, радикального вмешательства. По данным мультицентрового исследования, частота диагностических ошибок при перфорации язвы ДПК составляет 5-15%.

Учитывая вышесказанное, решение этой задачи все еще является актуальной проблемой.

В мире уделяется особое внимание на научно-исследовательские работы по поводу дифференцированного подхода к хирургическому лечению

---

<sup>1</sup> Ates, M. The simple suture laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without anomental patch / M. Ates, A. Dirigan // Surg. Endosc. – 2016. – Vol. 26. – P. 289.

<sup>2</sup> Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Каттабеков О.А. Новые технологии в хирургии прободных язв двенадцатиперстной кишки. Бюл. Ассоциации врачей Узбекистана. 2008. №1, 34-38.

<sup>3</sup> Сажин А.В. Результаты лапароскопического ушивания пилородуоденальных язв // Неотложная и специализированная помощь. III конгресс московских хирургов: тез. докл. – М., 20129. – С. 45-46.

перфоративных язв ДПК. С этой целью оцениваются новые способы лечения, направленные на улучшение результатов при перфорации язв ДПК, степень загрязненности бактерией *Helicobacter pilory* при перфорации язв ДПК экспресс методом. Оценка морфометрических параметров субстрата язвы и разработка послеоперационного прогнозирования перфораций ДПК, диагностика и лечение на основе проведенных обследований (эндоскопия, лапароскопия, *Helicobacter test*, морфометрия) входит в комплекс лечебно-оздоровительных компонентов.

В нашей стране поставлены такие задачи как «повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи, оказываемой населению, а также формирование стандартизированной системы, диагностики и организации высокотехнологического лечения путём создания патронажного обслуживания, и диспансеризации, поддержка здорового образа жизни и профилактики заболеваний» в рамках Постановления «О комплексных мерах по кардинальному усовершенствованию системы здравоохранения». Среди этих задач усовершенствование диагностики и лечения путём повышения уровня оказываемой медицинской помощи и применение современных технологий в оказании качественной медицинской помощи даёт возможность уменьшения степени осложнений язвенной болезни ДПК.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит реализации задач, обозначенных в указе Президента Республики Узбекистан ПП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, указе №УП-4985 «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» от 16 марта 2017 года, указе УП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» от 20 июня 2017 года и №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года и а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере...»<sup>4</sup>.

**Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям развития науки и технологий в Республике Узбекистан.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетным направлением науки и технологий Республики Узбекистан VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** «По данным многочисленных авторов, частота летальности при перфоративной язве ДПК составляет от 5 до 10%, а в случаях терминального перитонита, особенно у пожилых пациентов с тяжёлыми сопутствующими патологиями, этот показатель может достигать до 50%. Развитие смертельного исхода у больных с прободными язвами ДПК непосредственно связано с послеоперационными осложнениями, которые, по данным различных отечественных и зарубежных авторов,

---

<sup>4</sup> Указ Президента Республики Узбекистан № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» от 7 февраля 2017 года

развиваются в 5-32% случаях. Столь высокий разброс в показателях частоты осложнений связан с множеством факторов, таких как: возраст пациента, давность перфорации, стадия перитонита, наличия сопутствующих патологий, вида перенесенных оперативных вмешательств и опыта оперирующего хирурга (Kocer B., Surmeli, C. Solak et al. 2015, Федоров А.В. 2011, Сажин А.В. 2012, Jordan P.H. 1995). Один из путей снижения частоты летального исхода является ранняя диагностика перфорации язвы ДПК и использование, по-возможности малоинвазивных методов коррекции.

Использование рутинных методов диагностики (рентгенологическое исследование, УЗИ) при перфоративных язвах ДПК и желудка помогает своевременно установить правильный диагноз в 85,0-90,0% случаев. Как правило, поздняя диагностика перфорации язвы ДПК связана с атипичным течением заболевания, связанных с применением лекарственных препаратов, прикрытой ее формой и др. Согласно проведенным исследованиям, частота ошибок в диагностике перфораций ЯБ колеблется от 5 до 40%, и связана она со степенью развития страны, квалификации хирурга. К примеру, по данным P.H.Jordan, частота диагностических ошибок у них не превышала 10%, даже при прикрытой перфорации задней стенки желудка и ДПК. Такого результата они добились, используя для диагностики КТ. По данным другой группы учёных (Seung Jin Bae 2012, Sung Woo Jung 2012, В.К. Гостищев 2014, H.W.Chang 2012, M.Nishayami 2016) вероятность ошибки зависит от вида диагностического исследования. Как следствие, степень точности диагноза различается: при рентгенографии – 70%, при эндоскопии – 80-90%, диагностической лапароскопии – 95-98% и при лапаротомии – 100%.

В Узбекистане тактика хирургического лечения больных с перфорацией язв ДПК (Алижонов Ф.Б., 2010; Хаджибаев А.М., 2015; Каримов Ш.И. 2016; Акилов Х.А. 2017) и дифференциальный подход при этом полностью не изучены.

На сегодняшний день накопленный опыт и проведенные исследования дают возможность индивидуально оценить тяжесть состояния каждого больного с перфорацией язвы ДПК, изучить причины приведшие к такому состоянию. В связи с этим разработка дифференциального подхода в лечении перфоративных язв ДПК различной этиологии является одной из важных проблем экстренной хирургии.

**Связь диссертационного исследования с планом научно-исследовательской работы** отражена в следующем проекте:

1. Прикладной научный проект: «Разработка современных терапевтических и хирургических малоинвазивных хирургических методов лечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и осложнений» ПЗ № 2017101737 (2018-2019гг).

**Связь диссертационного исследования с планом научно-исследовательской работы высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской

академии и в рамках молодежного грантового проекта **ПЗ-2017101737** «Разработка современных терапевтических и малоинвазивных хирургических вмешательств в лечении больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнений».

**Цель исследования:** Улучшение результатов хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки, путем применения дифференцированного подхода к ее диагностике и лечению.

**Задачи исследования:**

оценить клиническую эффективность традиционного подхода в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки и определить основные пути их улучшения;

оценить эффективность экспресс-метода определения степени обсемененности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pilory* у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией;

изучить морфометрические данные язвенного субстрата и разработать способ прогнозирования течения язвенной болезни в послеоперационном периоде;

На основании данных эндоскопии и лапароскопии, изучения степени обсемененности *Helicobacter pilory*, данных морфометрии язвенного субстрата разработать алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией.

**Объектом исследования** явились 198 больных перфоративными язвами ДПК, находившихся на стационарном лечении во II-ой клинике Ташкентской медицинской академии за период с 2005 по 2017 гг.

**Предмет исследования** – результаты различных методов диагностики и вариантов хирургического вмешательства у больных ЯБДПК, осложненной перфорацией.

**Методы исследования.** В процессе исследования применены общеклинические, инструментальные (УЗИ, ЭГДФС, диагностическая лапароскопия) и дополнительные (*Helicobacter test*, микроскопическое исследование, прогностические шкалы МПИ, ASA) методы исследования.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

Обосновано значение эндоскопических признаков (нерасправляемость стенок двенадцатиперстной кишки и «крик живота» при инсuffляции воздухом и «невидимое» глубокое дно язвы) перфоративных и прикрытых форм дуоденальных язв в снижении диагностических ошибок.

Обоснованы критерии определяющие тактику диагностических и лечебных мероприятий при ЯБДПК, осложненной перфорацией, в зависимости от ее течения, эндоскопической и лапароскопической картины, степени обсемененности НР, стадии и вида перитонита, а также состояния пациента по ASA.

Разработан метод прогнозирования перфоративных язв ДПК на основании морфометрических данных язвенного субстрата (относительная

объемная доля межклеточного вещества, лимфатических и кровеносных сосудов, а также клеток Панета).

Усовершенствованы превентивная лечебная тактика (антисекретеорная, антихеликобактерная терапия и при необходимости радикальная операция) осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в отдаленном послеоперационном периоде.

**Практические результаты исследования** заключается в следующем:

применение эндоскопического исследования, лапароскопии и Helicobacter test, позволяют с высокой точностью установить диагноз (до 98%), сократить диагностический поиск, а также определить тактику хирургического лечения больных с перфоративными язвами ДПК;

предложенный алгоритм диагностики и лечения перфоративных язв ДПК позволяет улучшить результаты лечения больных данной категории: снизить количество обострений или рецидива ЯБ до 13%, осложнений - до 14,8%, летальности - до 1,85% случаев;

разработанный метод прогнозирования прободения язв ДПК позволил выявить больных с высоким риском обострения и перфорации для выполнения им радикальных операций в плановом порядке;

**Достоверность полученных результатов** основана на анализе лабораторно-инструментальных методов диагностики перфоративных язв ДПК, а также разработанных лечебно-диагностических мероприятий, включающих малоинвазивные вмешательства, радикальные методы и метод прогнозирования прободения дуоденальных язв.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Полученные результаты, выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики больных перфоративными язвами ДПК. Описаны эндоскопические и лапароскопические критерии в определении тактики хирургического лечения, на основании которых разработан алгоритм диагностики и лечения больных перфоративными язвами ДПК. Отдельно полученные результаты могут использоваться в учебном процессе студентов, клинических ординаторов и магистров.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработанный и внедренный в практику алгоритм диагностики и лечения больных перфоративными язвами ДПК позволяет с высокой точностью установить диагноз и определить тактику лечения. Разработанный способ прогноза прободения хронических язв ДПК дает возможность предупредить развитие осложнений в отдаленном послеоперационном периоде. Способ технически легко выполним, доступен для использования в стационарах и не требует больших финансовых затрат.

**Внедрение результатов исследования.** Полученные результаты исследования позволили улучшить качество диагностики и хирургического лечения больных с перфоративными язвами ДПК. В ходе выполнения диссертационной работы получен патент на изобретения «Способ

прогнозирования прободения хронических гастродуоденальных язв» от Агентства интеллектуальной собственности РУз в 2016 году (№IAP 05271). Кроме этого разработан диагностический и лечебный алгоритм при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки.

Для практического здравоохранения издано методическое пособие «Аспекты диагностики и лечения больных с перфоративными дуоденальными язвами» (справка № 8н-р/102 от 28-марта 2019 г, МЗ РУз).

Разработанный метод прогнозирования и лечебно-диагностический алгоритм внедрены в практическую деятельность экстренного хирургического отделения II клиники Ташкентской Медицинской Академии и Джизакского филиала РНЦЭМП (Справка № 8н-д/251 от 26-ноября 2018 г, МЗ РУз).

**Апробация результатов исследования.** Основные положения диссертации представлены и доложены на 5 научно-практических форумах, в том числе на 2 международных конгрессах. В частности, на международной конференции «Актуальные вопросы специализированной хирургии» (2016 г., Ташкент), на Обществе хирургов РУз (март 2018 г.) на съезде гастроэнтерологов РФ (2015 г., Москва), международной конференции «Актуальные вопросы ургентной хирургии живота и грудной клетки» (2013 г., Москва).

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликованы 12 научных работ (6 научных статей, 5 тезисов), из них 1 научная статья и 4 тезиса в международных журналах, получен 1 патент на изобретение.

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка цитированной литературы. Диссертация написана на 111 страницах компьютерного текста

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологии республики, излагается научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современное состояние вопроса перфоративных дуоденальных язв»** излагаются современные данные, характеризующие особенности этиопатогенеза, диагностики и лечения перфоративных язв ДПК. Проанализированы теоретические аспекты и систематизированы исследования, посвященные основным звеньям

патогенеза прободной дуоденальной язвы, проанализированы преимущества и недостатки существующих методов диагностики и лечения, а также определены нерешенные или требующие уточнения аспекты этой проблемы.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинического материала и методов исследования перфоративных язв двенадцатиперстной кишки»** дана характеристика 198 обследованных больных с диагнозом «язвенная болезнь ДПК, осложненная перфорацией», находившихся на стационарном лечении во второй клинике ГМА за период с 2005 по 2017 гг.. Всем им в экстренном порядке выполнены различные оперативные вмешательства по поводу перфоративной дуоденальной язвы. Из них 90 больных, вошедших в группу контроля, получали стационарное лечение в период с 2005 по 2012 годы. Им применен традиционный подход в диагностике и лечении перфоративных дуоденальных язв. В основную группу были включены 108 пациентов, находившихся на стационарном лечении в период с 2013 по 2017 годы, у которых внедрены и применены усовершенствованные нами методы диагностики и хирургического лечения перфоративных язв ДПК.

В главе приведены данные о распределении больных по полу и возрасту, по длительности заболевания, виду, причине и клиническому проявлению прободными язвами двенадцатиперстной кишки, сопутствующим патологиям и видам перенесенных оперативных вмешательств.

В разделе общая характеристика методов исследований приведены различные методы диагностики перфоративной язвы ДПК.

При типичном течении заболевания у пациентов с перфоративными дуоденальными язвами установка диагноза с помощью клинических признаков не представляла особых трудностей. Однако для подтверждения диагноза и проведения дифференциальной диагностики, особенно в сомнительных случаях, прибегали к лабораторным, инструментальным и дополнительным методам диагностики.

Обзорная рентгеноскопия брюшной полости, являясь основным скрининговым методом в диагностике перфоративных язв, позволила установить диагноз у 70 (77,8%) пациентов контрольной группы.

При отсутствии на рентгеноскопии «свободного газа» у пациентов с клиническими признаками прободной язвы (20 случаев), проводилась проба Дебека, после которого был выявлен «свободный газ» в брюшной полости еще у 12 (13,3%) пациентов. Остальные больные были госпитализированы на динамическое наблюдение. В дальнейшем, они были оперированы, естественно, с потерей драгоценного времени для выполнения им радикального вмешательства.

Учитывая это у больных основной группы на этапе диагностики перфоративной язвы ДПК, были включены несколько дополнительных методов исследования. Так, у 88 (81,5%) больных выполнялась ЭГДФС. Она позволила визуализировать не только перфоративную язву, но и оценить размеры инфильтративного вала, перфоративного отверстия, взять биопсию,

а также выявить сочетанные осложнения.

Эндоскопическое исследование позволило выделить нам косвенные (резкая боль при инсуффляции воздухом, не расправляющаяся ДПК, глубокое дно язвы) и прямые (перфоративное отверстие) признаки перфоративной язвы.

Кроме этого, в основной группе с целью диагностики перфоративной язвы ДПК использована лапароскопия, а для определения тактики хирургического лечения использованы метод экспресс определения обсемененности слизистой желудка на *Helicobacter pylori* (использовался *Helicobacter test* (Корея), позволяющий в течение 20 минут определить степень обсемененности *Helicobacter pylori*) и морфометрия язвенного субстрата.

Результаты проведенных исследований на обсемененность отражены в таблице 1. *Helicobacter test* в контрольной группе проведен в отдаленном послеоперационном периоде с целью выявления причины развития обострения или рецидива ЯБ.

Высокая обсемененность НР свидетельствовала о необходимости проведения, по-возможности, радикального вмешательства.

Проведение диагностической лапароскопии в основной группе кроме подтверждения или уточнения диагноза, позволяла оценить размер перфоративного отверстия и инфильтративного вала, уточнить характер, фазу и распространённость перитонита для определения Мангеймского перитонеального индекса, необходимые для определения тактики хирургического лечения.

**Таблица 1**

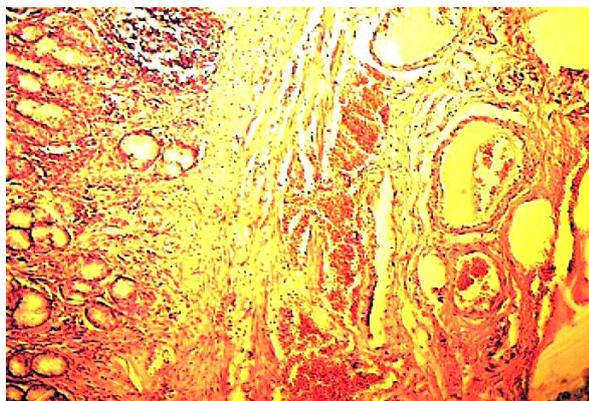
**Результаты *Helicobacter test***

Результаты исследования	Контрольная группа	Основная группа
Умеренное обсеменение	5	32
Среднее обсеменение	8	16
Высокое обсеменение	10	5
Отрицательное	2	35
Итого	25	88

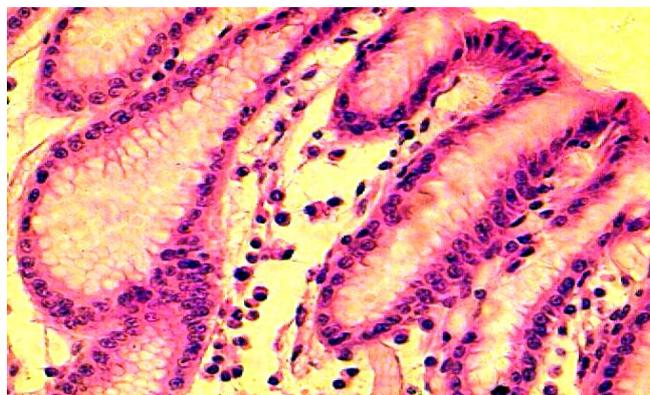
Морфометрические показатели язвенного субстрата осложненных (прободная дуоденальная язва - 20 случаев) и «неосложненных» (язвенная болезнь в стадии обострения - 16 пациентов) дуоденальных язв исследовались в Республиканском патолого-анатомическом научном центре и отделении патоморфологии Республиканского специализированного научно-практического центра хирургии имени акад. В.В.Вахидова.

Анализ проведенных исследований показал, что с помощью микроскопического подсчета морфометрических структур язвенного субстрата можно прог-нозировать риск развития перфорации язвы. Так

больные с частыми обострениями ЯБ, с повторными перфорациями на фоне увеличения объёмной доли «бесструктурных» зон в подслизистой основе имели низкое число клеток Панета (рис. 1).



**Рис. 1А.** Плотное расположение волокон, клеток соединительной ткани, клеток Панета и кровеносных сосудов в подслизистой основе пилорического отдела желудка. Неосложнённые язвы. Г-Э 10x10.



**Рис. 1Б.** Увеличение объёмной доли «бесструктурных» зон в межъямочной строме слизистой оболочки пилорического отдела желудка. Перфоративная язва. Г-Э 10x40.

Проведенные нами исследования доказали, что при прободных язвах (как перфоративных, так и предперфоративных) основными морфометрическими отличиями являются: 1) возрастание относительной объёмной доли бесклеточных «бесструктурных» зон; 2) увеличение относительной объёмной доли лимфатических и кровеносных сосудов; 3) уменьшение числа клеток Панета (табл. 2.). Такое сочетание при морфометрии у больных основной группы свидетельствовало о высоком риске повторной перфорации язвы ДПК.

**Таблица 2**

**Результаты морфометрического исследования**

Клеточный состав стромы		Неосложнённые язвы	«Предперфоративная» перфоративная язва	Р
Сосуды	Кровеносные	0,9±0,02	1,2±0,3	>0,05
	Лимфатическое	0,4±0,03	1,2 ±0,4	<0,05
Межклеточное вещество		55.4±0,9	92.2.±1,0	<0,001
Клетки Панета		2.2±0,5	1.2±0,3	>0,05

В результате микроскопического исследования выявлено, что 3 (15,0%) пациентов первой группы имели высокий риск прободения язвы, одному из них была произведена плановая операция резекция желудка по Бильрот II. 2 пациента отказались от предложенной операции. В течение 1,5 месяцев один из них поступил в клинику с диагнозом перфорация ДПК, и ему была произведена радикальная операция.

На данную методику прогнозирования прободения нами был получен патент на изобретение от Агентства интеллектуальной собственности РУз «Способ прогнозирования прободения хронических гастродуоденальных язв» (№ IAP 05271, 2016 год).

**Таблица 3**

**Результаты инструментальных и дополнительных методов исследования в сравниваемых группах**

Вид исследования	Результативность исследования в контрольной группе		Результативность исследования в основной группе		$\chi^2$	P
	Число	Процент	Число	Процент		
Рентгеноскопия	70	77,8	86	79,6	0,10	>0,05
Инсуффляция	5	5,6	2	1,9	1,97	>0,05
ЭГДФС	0	0,0	106	98,1	190,11	<0,001
Лапароскопия	0	0,0	107	99,1	194,01	<0,001
Диагностические ошибки	6	6,7	2	1,9	2,94	>0,05
Поздняя диагностика	7	7,8	2	1,9	3,97	<0,05

В целом внедрение у больных основной группы с диагностической целью дополнительных методов исследования добиться следующих результатов, отраженных в таблице 3.

Необходимо отметить, что внедренные дополнительные методы исследования позволяли у больных основной группы не только диагностировать перфорацию язвы ДПК, но и решить вопрос о выборе метода ее хирургического лечения с учетом НР инфицированности, риска

повторной перфорации, степени Мангеймского перитонеального индекса, степени состояния по ASA.

В третьей главе диссертационной работы «**Лечебно-диагностическая тактика у больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки в контрольной группе**» проведен анализ результатов лечения больных контрольной группы.

Оперативные вмешательства у всех пациентов контрольной группы выполнялись посредством верхнесрединной лапаротомии. При ревизии вначале оценивали характер и распространенность перитонита: у 23 (25,5%) больных выявлен диффузный гнойный, у 56 (62,2%) - местный или диффузный серозный или серозно-фибринозный перитонит. Разлитой гнойный перитонит выявлен у 11 (12,2%) больных

Критериями выбора вида оперативного вмешательства у больных контрольной группы были: характер и распространенность перитонита, тяжесть общего состояния. При отсутствии гнойного перитонита, отсутствии заболеваний, отягощающих состояние пациента, предпочтение отдавали радикальному вмешательству – резекции желудка. Показанием к выполнению полурадикальных вмешательств (стволовой ваготомии с пилоропластикой) также было отсутствие гнойного перитонита, а также компенсированное состояние сопутствующей патологии. На основании этих критериев у больных контрольной группы выполнены следующие оперативные вмешательства, отраженные в таблице 4.

**Таблица 4**

**Распределение больных в зависимости от вида оперативного лечения**

Название операции	Количество больных	%
Резекция 2/3 желудка по Бильрот 2	52	57,8
Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Джадду	8	8,9
Ушивание перфоративной язвы	21	23,3
Ушивание перфоративной язвы с санацией и дренированием брюшной полости по методике клиники	9	10,0
Всего	90	100,0

Средняя длительность радикальных операций в среднем составила 222,0±11,0 мин. Больные находились в реанимационном отделении в течение 18-24 часов. Активизацию начинали на 3-сутки. Из-за болевого синдрома

пациентам назначали анальгетики, седативные препараты в течение 3-7 дней. Средний койко-день в стационаре больных после резекции желудка составил  $7,5 \pm 0,8$  суток.

При выполнении полурадикальных вмешательств предпочтение отдавали пилоропластике по Джаду. Учитывая техническую простоту выполнения методики, во всех случаях произведена стволовая ваготомия. Средняя длительность полурадикальных вмешательств составила  $85,0 \pm 5,5$  мин. Послеоперационное течение протекало почти аналогично, как после резекции желудка.

30 (33,3%) больным контрольной группы выполнено ушивание перфоративной язвы. Из них у 11 (12,2%) больных выявлен разлитой гнойный перитонит в терминальной стадии. Брюшная полость у этих больных дренирована по методике Ш.И. Каримова с соавт. (1990) с проведением в послеоперационном периоде неоднократных сеансов перитонеального диализа.

По операционно-анестезиологическому риску все тяжелые больные последней группы входили в класс IV, V E по шкале ASA. 3 пациента имели 2 степень, а еще 2 пациента 3-степень перитонита по Мангеймскому перитонеальному индексу (при ретроспективном анализе).

Средняя длительность паллиативных вмешательств составила  $71 \pm 3,8$  мин. Послеоперационный период протекал, как правило, тяжело, связанный с исходным тяжелым состоянием за счет эндотоксемии, абдоминального сепсиса или наличия тяжелых субкомпенсированных или декомпенсированных сопутствующих патологий. Больные с гнойным перитонитом находились в отделении гнойной хирургической реанимации в среднем  $1,8 \pm 0,3$  суток. Средний койко-день в стационаре у этой категории больных составил  $7,4 \pm 1,1$  дней.

Применение различных видов оперативных вмешательств у больных контрольной группы привели к следующим осложнениям: ранние специфические осложнения – 7 (7,8%) случаев (несостоятельность швов-3 (3,3%), интраабдоминальное кровотечение - 2 (2,2%), лимфоррея и эвентрация внутренних органов - по 1 (1,1%) случаю). Среди ранних неспецифических осложнений наблюдались: пневмония – в 7 (7,8%) случаях, острый инфаркт миокарда – в 3 (3,3%), тромбоэмболия и острое нарушение мозгового кровообращения – по 1 (1,1%) случаю, которые в 3 (3,3%) случаях привели к летальному исходу. Кроме этого, у 6 (6,7%) больных наблюдались раневые осложнения, которые привели к развитию послеоперационных грыж передней брюшной стенки в 3 (3,3%) случаях.

В отдаленном периоде (до 5 лет) у больных контрольной группы отмечались обострение или рецидив ЯБ – в 14 (15,6%) случаях, декомпенсированный стеноз привратника – в 4 (13,3%), повторная перфорация язвы – в 1. После радикальных и полурадикальных вмешательств отмечались наибольшее число постгастрорезекционных синдромов – 7 (11,7%), железодефицитная анемия – 9 (17,3%) случаев.

Проведенный анализ неудовлетворительных результатов лечения больных контрольной группы, на наш взгляд, были обусловлены следующими причинами:

1. Достаточно высоким процентом диагностических недоучетов при поступлении больных в клинику, которые привели к диагностическим ошибкам (6,7% случаев), что в свою очередь способствовало выбору неадекватной лечебной тактики и отяжелению общего состояния пациента.

2. Недооценка тяжести состояния пациентов при поступлении и на этапах подготовки больных к методам лечения. Так, у 85 (94,4%) пациентов контрольной группы МПИ соответствовал 1 степени перитонита, у 3 (3,3%) пациентов – 2 степени, у 2 (2,2%) пациентов – 3 степени. У 19 пациентов, перенесшие радикальное вмешательство, отмечены ранние и поздние послеоперационные осложнения ( $\chi^2=28,9$   $P<0,001$ ). При этом, у 2 пациентов с 3 степенью и у 1 пациента со 2 степенью перитонита развился летальный исход. Последнему также выполнено радикальное вмешательство.

3. Отсутствие оптимального диагностического и лечебного алгоритма при перфоративной язве ДПК, которое привело к развитию диагностических ошибок, высокой частоте послеоперационных осложнений и летальности.

4. Недооценка влияния степени хеликобактериоза на течение ЯБ в послеоперационном периоде. С целью ретроспективного анализа, 25 пациентам в контрольной группе, была изучена степень хеликобактериоза в слизистой желудка, а также наличие связи между степенью выраженности обсемененности и развития обострения и осложнений ЯБ, т.е. у пациентов с высоким обсеменением НР сопровождалось в большинстве случаев обострением и осложнениями ЯБ. Умеренное обсеменение выявлено у 5 пациентов, среди которых обострения ЯБ не наблюдались ( $\chi^2=1,1$ ,  $P>0,05$ ). У 8 пациентов со средней степенью обсемененности в 3 (37,5%) случаях имело место обострение ( $\chi^2=1,15$ ,  $P>0,05$ ). У 10 пациентов с высокой степенью обсемененности в 8 (80%) случаях развилось обострение ЯБ, а в последующем стеноз привратника (4 случая), повторная перфорация язвы (1 случай) ( $\chi^2=11,6$ ,  $P<0,001$ ). У 2 пациентов с отрицательным результатом на НР обострение ЯБ не наблюдалось ( $\chi^2=2,26$ ,  $P>0,05$ ).

5. Недоучет морфометрических параметров в язвенном субстрате для определения хирургической тактики в отдаленном сроке после паллиативных оперативных вмешательств.

Таким образом, учитывая вышеуказанные данные, было бы целесообразно в диагностический этап добавить более информативные диагностические методы, позволяющие с высокой точностью определить локализацию, размеры язвенного субстрата и сочетанные осложнения ЯБ, а также степень обсемененности НР. Это необходимо, в первую очередь, для выбора адекватного метода хирургического лечения перфоративных язв ДПК, а также для эффективного внедрения малоинвазивных вмешательств при этой патологии.

Анализу результатов вышеуказанных внедрений посвящена 4 глава

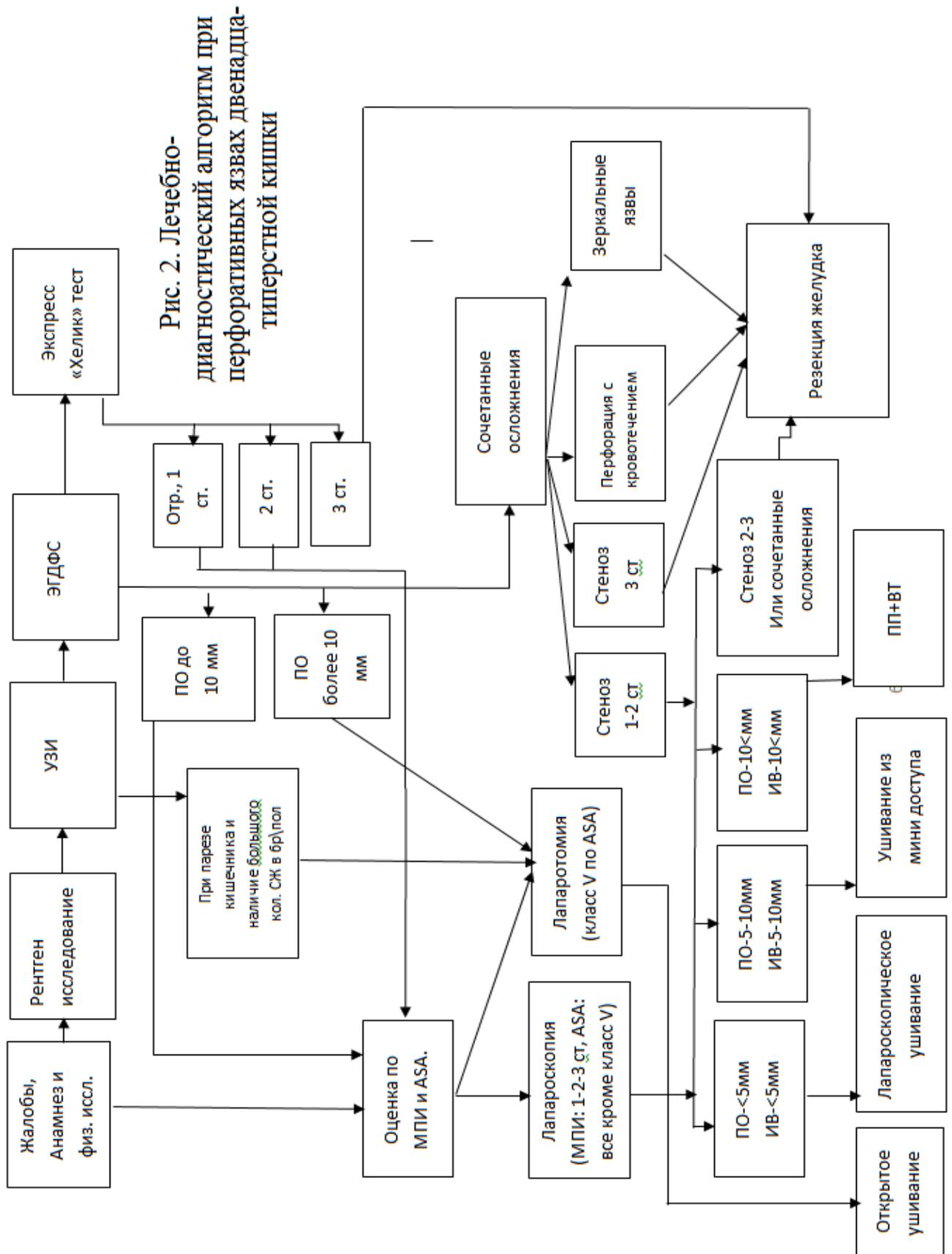
диссертационной работы (основная группа): **«Совершенствование методов диагностики и лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки».**

Критериями для выбора вида оперативного вмешательства в основной группе явились характер и вид перитонита, размер перфоративного отверстия и инфильтративного вала, наличие сочетанных осложнений ЯБ, оценка МПИ и ASA, а также степень обсемененности слизистой желудка *Helicobacter pylori*.

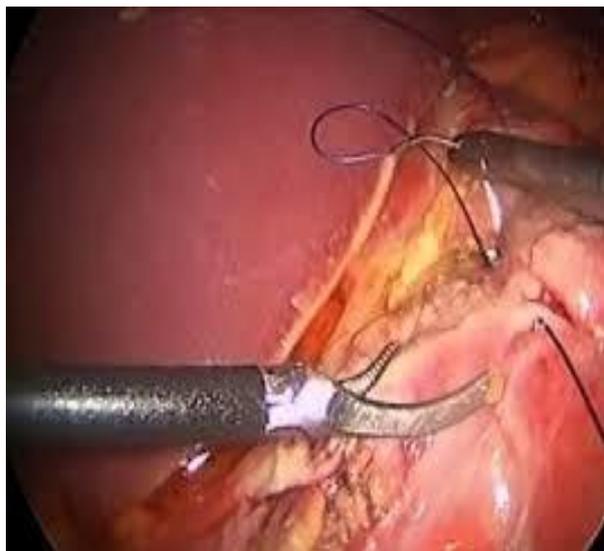
На основании данных вышеуказанных показателей нами разработан лечебно-диагностический алгоритм при перфоративных дуоденальных язвах (рис. 2).

Согласно разработанному алгоритму в основной группе, лапароскопическое ушивание перфоративной язвы ДПК выполнено в 11 (10,2%) случаях, в 52 (48,1%) - ушивание перфоративной язвы из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости, в 10 – стволовая ваготомия с пилоропластикой, в 8 – резекция желудка, в 11 – ушивание язвы посредством лапаротомии.

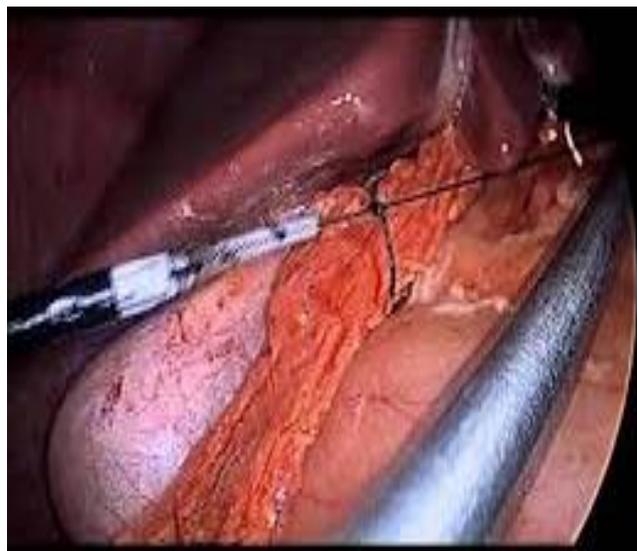
Показаниями к лапароскопическому ушиванию явились: размеры перфоративного отверстия и инфильтративного вала до 5 мм, отсутствие стеноза привратника, 1-2 степень перитонита по МПИ, класс I-III по ASA, отрицательная или низкая степень обсемененности желудка Нр-инфекцией, а также отсутствие сочетанных осложнений ЯБ при эндоскопии.



По отверстию ушивали однорядными узловыми швами с помощью синтетической нити № 3.0 (рис. 3А), без или с дополнительной перитонизацией ушитой язвы прядью большого сальника (рис. 3Б). Средняя длительность вмешательства составила  $51,0 \pm 2,5$  мин. Каких-либо осложнений в послеоперационном периоде не отмечено ( $\chi^2 = 3,42, P > 0,05$ ). Среднее пребывание пациентов после операции составило  $4,9 \pm 0,4$  койко-дня ( $t=1,6 P > 0,01$ ). У 1 пациента имело место обострение ЯБ ( $\chi^2 = 4,8, P < 0,05$ ).



**Рис. 3А. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы с наложением узлового шва**



**Рис. 3Б. Перитонизация прядью сальника.**

У 52 пациентов после лапароскопической санации ушивание выполнено через минилапаротомию. Необходимость последней была связана с перфоративным отверстием и инфильтративным валом, размеры которых варьировали от 5 до 10 мм. Преимуществом этого метода явились простота и быстрота манипуляции, особенно у пациентов с высоким риском летальности. Средняя длительность операции составила всего  $37 \pm 4,6$  мин.

В послеоперационном периоде отмечены в 3 случаях осложнения: кровотечение из язвы, остановленное эндоскопически – в 1 (1,9%) случае, острый коронарный синдром, без летального исхода – в 1 (1,9%), стеноз привратника в отдаленном периоде – в 1 (1,9%) случае ( $\chi^2 = 15,8 p < 0,01$ ). Среднее пребывание пациентов после операции составило  $5,2 \pm 0,6$  койко-дня ( $t=2,8 p < 0,01$ ). В 3 случаях отмечено обострение ЯБ ( $\chi^2 = 22,2 p < 0,01$ ).

Пилопластика по Джаду со стволовой ваготомией была выполнена как в контрольной группе, по стандартной методике, у 8 (5,0%) пациентов. Ее выполняли в случаях, когда перфоративное отверстие и вал превышал 10 мм, а также при компенсированном или субкомпенсированном стенозе привратника или при кровотечении из язвы, умеренном или среднем

обсеменение НР, 1-степени перитонита по МПИ и классах I-III по ASA. У пациентов основной группы, которым была проведена СВТ и ПП рецидивов ( $\chi^2 = 4,9$   $p < 0,05$ ) и послеоперационных осложнений ( $\chi^2 = 4,9$   $p < 0,05$ ) не отмечалось. Достоверно значимых различий в койко-днях по сравнению с контрольной группой не наблюдалось ( $t=0,6$   $p > 0,05$ ).

В 8 (7,4%) случаях в основной группе выполнена резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера.

Показаниями к резекции желудка являлись нижеследующие признаки:

1. Перфоративное отверстие и инфильтративный вал превышал 10 мм, выраженный рубцовый процесс.

2. Наличие сочетанных осложнений язвенной болезни при эндоскопии, лапароскопии (перфорация+кровотечение, перфорация + субкомпенсированный или декомпенсированный стеноз, зеркальные язвы).

3. Ранее перенесенные паллиативные операции по поводу осложнений язвенной болезни.

4. Высокое обсеменение Нр-инфекцией слизистой оболочки желудка.

5. Первая степень перитонита по МПИ и класс I-III по ASA.

Проведенные радикальные операции у больных основной группы, благодаря высокому отбору, привели к достоверному снижению послеоперационных осложнений в сравнении с контрольной группой. Так они наблюдались всего в 4 случаях: в 1 случае – лимфоррея, прекратившаяся консервативными мероприятиями ( $\chi^2 = 0,005$   $p > 0,05$ ), в 3 случаях отмечены постгастрорезекционные синдромы. Достоверно значимых различий в койко-днях по сравнению с контрольной группой не наблюдалось ( $t=1,6$   $p > 0,05$ ).

В группе пациентов с открытым ушиванием достоверно значимых различий по количеству обострений ЯБ ( $\chi^2 = 0,28$   $p > 0,05$ ), осложнений ( $\chi^2 = 0,06$   $p > 0,05$ ) и показателю койко-день ( $t=1,6$   $p > 0,05$ ) не наблюдалось. Летальность в основной группе составила 1,85% (2 пациента) случаев ( $\chi^2 = 0,8$   $p > 0,05$ ).

Благодаря внедренному алгоритму достоверность предлагаемых методов диагностики ЯБ, осложненной перфорацией, в основной группе достигла 98%. Несмотря на увеличение числа паллиативных вмешательств в основной группе частота обострения ЯБ у них в отдаленном периоде снизилась с 16 до 13%, а развитие повторных осложнений достоверно уменьшилось в 2 раза. Связано это на наш взгляд с внедрением таких прогностических тестов как *Helicobacter test* и способ прогнозирования прободения хронических гастродуоденальных язв. Кроме того, их внедрение конкретизировала показания к выполнению радикальных вмешательств при ЯБ, осложненной перфорацией, а это привело к достоверному снижению числа летальных исходов до 1,85% случаев.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение традиционного подхода в диагностике и лечении перфоративных язв ДПК приводит в 6,7% случаев к диагностическим ошибкам в дооперационном периоде, развитию обострений в 16% и осложнений в 26,7% случаев, летальности в 3,3% случаев.

Применение эндоскопического исследования у больных перфорацией язвы ДПК позволяет оценить параметры язвенного субстрата, характер и степень сочетанных осложнений язвенной болезни, и повысить степень дооперационной диагностики до 95%.

Использование *Helicobacter test* при перфоративной дуоденальной язве позволяет определить риск возможного обострения язвенной болезни и ее осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, что диктует необходимость, при наличии условий, выполнения радикального хирургического вмешательства. У пациентов с высокой или средней степенью обсемененности ХП выявляется в 50-100% случаев обострение ЯБ ( $\chi^2=11,6$   $P < 0,001$ )

Разработанный метод прогнозирования прободения хронических язв ДПК позволяет выявить пациентов с высоким риском перфорации и рекомендовать им необходимость радикальных методов коррекции ЯБ.

Предложенный алгоритм диагностики и лечения больных перфоративными язвами ДПК позволяет своевременно установить правильный диагноз в 98% случаев, а также выбрать адекватный метод хирургической коррекции. Применение данного алгоритма позволило достоверно сократить диагностические ошибки с 6,7% до 1,9%, снизить частоту послеоперационных осложнений с 26,7% до 14,8%, а летальность с 3,3% до 1,85% ( $\chi^2=0,8$ ,  $P > 0,05$ ).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.28.02.2018.Tib.63.01. ON AWARDING OF  
SCIENTIFIC DEGREES AT THE REPUBLICAN SCIENTIFIC  
RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICINE**

---

**TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

**ASHUROV SHEROZ ERMATOVICH**

**DIFFERENTIATED APPROACH TO THE SURGICAL  
TREATMENT OF PERFORATED  
DUODENAL ULCERS**

**14.00.40 – Emergency medicine**

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL  
SCIENCES**

**TASHKENT - 2019**

**The subject of doctor of philosophy (PhD) dissertation registered by the Supreme Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic Uzbekistan in № B2018.4.PhD/Tib292.**

The dissertation has been done in the Tashkent medical academy.

Abstract of the doctoral dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific council (emerg-centre.uz) and the information-educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

**Scientific adviser:** **Berkinov Ulugbek Bazarbaevich**  
doctor of medicine, assistant professor

**Official opponents:** **Ataliev Albert Ervandovich**  
doctor of medicine, professor

**Hadjibaev Farhod Abduhakimovich**  
doctor of medicine

**Leading organization:** **Moscow State medical and dental university of Evdokimov A.I. (Russia)**

Protection will be held on "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 at \_\_\_ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.28.02.2018.Tib.63.01 at the Republican scientific research center of emergency medicine (Address: Uzbekistan, Tashkent, Chilanzar district, Small circular str. 2. 100115. Tel. / Fax: +998 (78) 150-46-00; +998 (78) 150-46-05; e-mail: emerg-centre.uz.).

Doctoral dissertation will be acquainted the Information-resource of the Republican scientific research center of emergency medicine (registered by №02). Uzbekistan, Tashkent, Chilanzar district, Small circular str. 2. 100115. Tel. / Fax: +998 (78) 150-46-00; +998 (78) 150-46-05.

Abstract dissertation has been sent on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 y.

(mailing report № \_\_\_ from \_\_\_\_\_ 2019 y.

**A.M. Hadjibaev**

Chairman of the Scientific Council on awarding academic degrees, doctor of science, professor.

**D.A. Alimov**

Scientific Secretary of the Scientific Council for the award of academic degrees, doctor of science.

**B.K. Altiyev**

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council for the award of academic degrees. doctor of science.

## INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

**The aim of the research work.** Improvement of the results of surgical treatment of perforated ulcer of duodenum (PUD) by using differentiated approach to surgical treatment.

**The object of the research work.** The subject of the study was 198 patients with PUD treated at the second clinic of Tashkent medical academy for the period from 2005 to 2017.

**The scientific novelty of the research work is following:**

It is justified value of endoscopic signs in diagnostic mistakes (duodenal wall prolapse and «abdomen's cry» when insufflated air and «invisible» deep bottom of the ulcer) of perforative and covered forms of duodenal ulcers

It is justified criteria of the diagnostic and treatment measures for PUD, depending on the endoscopic and laparoscopic picture, degree of dissemination of Helicobacter pylori, stage and type of peritonitis, as well as the patient's condition by ASA.

It has been developed a method for predicting PUD based on the morphometric data of the ulcerative substrate (relative volume fraction of the intercellular substance, lymphatic and blood vessels, and Paneth cells)

It is justified the preventive treatment tactics (secretion inhibitor, anti-helicobacter and radical surgery if necessary) of postoperative complications of PUD.

**Introduction of research results.** Based on the results of a scientific study on improving the tactics of diagnosis and surgical treatment of patients with perforated duodenal ulcers: methodical recommendations "The aspects of diagnostic and treatment of perforated duodenal ulcers " developed in the practice of health care (reference No.8 of the Ministry of Health No.102 of march 28, 2019). The improved the algorithm of diagnostic and therapeutic measures allowed to decrease the rate of postoperative complications from 26.7% to 14.6%, death from 3.3% to 1.85%, to reduce the number of recurrence of peptic ulcer from 16.0% to 13.0%;

The obtained scientific results on improving the tactics of surgical treatment of patients with perforated duodenal ulcers are introduced into practical health care activities, in particular in practice of the Jizzah branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care and the 2-clinic of Tashkent medical academy (Ministry of Health No. 8, nr / 251 of November 26, 2018). The results of the study made it possible to decrease the diagnostic mistakes from 6.7% to 1.9% of cases, to reduce the number of postoperative complications, death and recurrence.

**Structure and scope of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions, and list of literature. The volume of the text material is 111 pages.

**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ  
НАШР ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ  
LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (Часть I; Part I)**

1. Karimov Sh.I., Khakimov M.Sh., Ashurov Sh.E. Prognosing of perforation of chronic gastroduodenal ulcers // European science review. – Австрия, 2016. - №3-4. – Р. 118-120 (14.00.00: №19)

2. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Абдуллаев Ж.С., Жуманазаров А. Выбор метода хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки // Вестник экстренной медицины. – 2015. - №4. - С. 5-10 (14.00.00: №11)

3. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Каримов М.Р., Ашуров Ш.Э., Абдуллаев Ж.С. Роль эндоскопического исследования при прикрытых перфорациях педуоденальных язв // Медицинский журнал Узбекистана. – 2016. - №1. - С. 2-5 (14.00.00: №19) (14.00.00: №8).

4. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Абдуллаев Ж.С., Хусинов Д.О. Эндоскопическое клиппирование при кровотечениях из пептических язв // Медицинский журнал Узбекистана – 2016. - №4. - С. 2-5 (14.00.00: №8).

5. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Юнусов С.Ш., Хусинов Д.О. Малоинвазивные вмешательства в хирургии перфоративных язв двенадцатиперстной кишки // Журнал теоритической и клинической медицины. – 2016. - №6. - С. 72-77 (14.00.00: №3).

6. Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Некоторые аспекты диагностики и лечения прободных дуоденальных язв // Вестник экстренной медицины. – 2018. - Том 11, №4. - С. 26-34.

7. Патент на изобретения (№ IAP 05271, 12.09.2013г.) на тему Способ прогнозирования прободения хронических гастродуоденальных язв».

**I бўлим (Часть I; Part I)**

8. Байбеков И.М., Ашуров Ш.Э. Роль морфологической оценки гастродуоденальных язв в прогнозе их прободения. Москва, 30 сентября-2-октября 2013. 19-Российская гастроэнтерологическая неделя.

9. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э. Лапароскопические вмешательства при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки // В материалах XIX съезда Общества Эндоскопических хирургов России, Москва, 17-19-февраля 2015. Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – 2015. - №1. - С. 263-264.

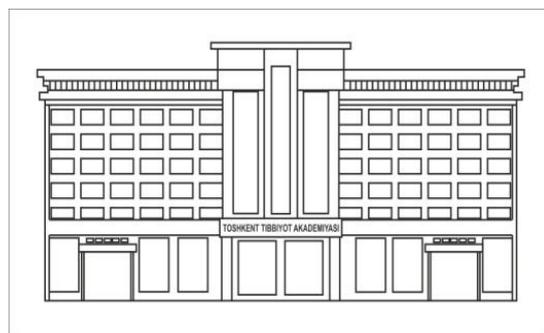
10. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т., Ашуров Ш.Э. Миниинвазивные вмешательства в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки // В материалах XIX съезда Общества

Эндоскопических хирургов России, Москва, 16-18-февраля 2016. Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – 2016. - №1. - С. 328-329.

11. Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т., Ашуров Ш.Э. Роль эндоскопии при прикрытых перфорациях дуоденальных язв // В материалах XIX съезда Общества эндоскопических хирургов России. Москва, 16-18-февраля 2016. Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – 2016. - №1. - С. 331-332.

12. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Ашуров Ш.Э. Диагностический алгоритм при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки // Республиканская научно-практическая конференция. Андижан, Узбекистан. 2018, 8-9 июня. Сборник тезисов. – 2018. - С. 433-434.

Автореферат «Ўзбекистон тиббиёт журнали» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тиллардаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

---

Разрешено к печати: \_\_\_\_\_ 2019 года

Объем – 2,01 уч. изд. л. Тираж –100. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»

Заказ № 0СИГ-2019. Отпечатано РИО ТМА

100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru