

ISSN 2010-9881

SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

O'zbekiston shoshilinch tibbiy yordam vrachlar assotsiatsiasi jurnali

Вестник экстренной медицины

Научно-практический журнал
Ассоциации врачей экстренной
медицинской помощи Узбекистана

2015, N4

Ilmiy-amaliy jurnal

www.sta.uz

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Ассоциация врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана

SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2015, № 4

«ВЕСТНИК ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»
«THE BULLETIN OF EMERGENCY MEDICINE»

Ежеквартальный научно-практический журнал

Основан в 2008 г. Свидетельство о регистрации средства массовой информации
№ 0292 от 15.08.2007

Главный редактор **А.М. ХАДЖИБАЕВ**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж. Азизов, Р.Н. Акалаев (ответственный редактор), Х.А. Акилов, А.В. Алимов, Б.К. Алтиев, А.Л. Аляви, Ш.Э. Атаханов, А.И. Икрамов, Ю.И. Калиш, Ш.И. Каримов, К.Э. Махкамов, Ф.Г. Назыров, К.С. Ризаев (зам. главного редактора), Д.М. Сабиров, Б.И. Шукуров (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В.Е. Аваков (Ташкент)
Р.М. Агаев (Баку)
С.С. Агзамходжаев (Ташкент)
Ф.А. Акилов (Ташкент)
Ф.Б. Алиджанов (Ташкент)
Д.А. Алимов (Ташкент)
Х.П. Алимова (Ташкент)
Ш.К. Атаджанов (Ургенч)
Д.И. Ахмедова (Ташкент)
С.Ф. Багненко (С.-Петербург)
С.М. Бегалиев (Нукус)
Е.М. Борисова (Ташкент)

Б.Г. Гафуров (Ташкент)
Б.Т. Даминов (Ташкент)
Р.А. Ибадов (Ташкент)
Г.М. Кариев (Ташкент)
М.Л. Кенжаев (Ташкент)
Р.Д. Курбанов (Ташкент)
Б.А. Магрупов (Ташкент)
Ю.Р. Маликов (Навои)
И.П. Миннуллин (Санкт-Петербург)
В.В. Мороз (Москва)
Л.А. Назырова (Ташкент)
З.М. Низамходжаев (Ташкент)

В.Е. Парфенов (Санкт-Петербург)
Ю.С. Полушин (Санкт-Петербург)
И.А. Савин (Москва)
Э.А. Сатвалдиева (Ташкент)
Т.А. Султаналиев (Алматы)
Ш.Б. Тогаев (Карши)
А.Д. Фаязов (Ташкент)
М.Ш. Хубутия (Москва)
А.М. Шарипов (Ташкент)
Я.Н. Шойхет (Барнаул)
А.Ф. Черноусов (Москва)
А.Т. Эрметов (Наманган)

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.
Редактор О.А. Козлова

Адрес редакции: 100115, Узбекистан, Ташкент, ул. Фархадская, 2.
Тел.: (99871) 1504600, 1504601. E-mail: shta@minzdrav.uz

ISSN 2010-9881

Индекс подписки 1214

Тираж 2800. Формат 60x84 1/8. Усл.печ.л. 11.16. Заказ № 15-892.
Отпечатано в издательско-полиграфическом творческом доме «O'zbekiston»

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ _____

UZBEKISTON
TIBBIYOT
AKADEMIYASI

Клинические исследования

- Выбор метода хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки
Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, У.И. Маткулиев, Ш.Э. Ашуров, Ж.С. Абдуллаев, А. Жуманазаров
- Экспресс-метод «толстой капли» для оценки формы эритроцитов при дуоденальных кровотечениях и лазерном облучении крови
А.М. Хаджибаев, Д.Т. Пулатов, И.М. Байбеков
- Миниинвазивные вмешательства в лечении больных механической желтухой доброкачественного генеза
Ф.А. Хаджибаев, С.О. Тилемисов
- Эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии в профилактике и лечении последствий портальной гипертензии
Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, У.И. Маткулиев, С.У. Рахманов, В.Р. Хасанов, Ш.Э. Ашуров, Ж.С. Абдуллаев
- Особенности выбора метода операции при болезни Гиршпрунга у взрослых
С.Н. Наврузов, М.М. Мирзахмедов
- Артроскопические вмешательства при повреждении менисков в остром периоде травмы
Р.Н. Хакимов, Б.С. Убайдуллаев, З.Р. Сайдалиев
- Пути улучшения результатов местного лечения ожоговых ран
А.Д. Фаязов, Р.С. Ажиниязов, Д.Б. Туляганов
- Дифференцированное хирургическое лечение осложненной позвоночно-спинномозговой травмы
К.Н. Джуманов, Ж.Х. Умаров
- Вторичная ишемия головного мозга в послеоперационном периоде при острых субдуральных гематомах
Ж.М. Кузубаев, К.Э. Махкамов
- Клинико-генетические аспекты полиморфизма генов фолатного цикла в патогенезе ишемического инсульта
Ш.Р. Мубарак, Х.Я. Каримов, К.Т. Бабаев
- Оказание этапной медицинской помощи больным с тяжелыми отравлениями уксусной кислотой
А.А. Стопницкий, Р.Н. Акалаев
- Влияние аппаратной респираторной поддержки на гемодинамику больных грудного возраста с тяжелой пневмонией
Х.Н. Мухитдинова, А.Л. Росстальная, Ш.Э. Атаханов, Г.И. Алауатдинова, Ф.О. Парпibaев
- 5 Choice of surgical treatment for duodenum perforated ulcer
Sh.I. Karimov, M.Sh. Khakimov, U.I. Matkuliev, Sh.E. Ashurov, J.S. Abdullaev, A. Jumanazarov
- 10 «Thick drop» express method for estimation erythrocytes types at duodenal hemorrhages and blood laser irradiation
A.M. Khadjibaev, D.T. Pulatov, I.M. Baybekov
- 13 Minimally invasive methods of decompression in the treatment of mechanical jaundice malignant genesis
F.A. Khadjibaev, S.O. Tilemisov
- 20 Endovascular embolization of splenic artery in preventing and treatment of portal hypertension effect
Sh.I. Karimov, M.Sh. Khakimov, U.I. Matkuliev, S.U. Rakhmanov, V.R. Khasanov, E. Ashurov, J.S. Abdullaev
- 27 Features selection method for operation hirschprung's disease in adults
S.N. Navruzov, M.M. Mirzakhmedov
- 33 Arthroscopic interventions at meniscus injuries in the acute period of trauma
R.N. Khakimov, B.S. Ubaydullaev, Z.R. Saydaliev
- 37 Improvement ways for local treatment results of thermal injuries
A.D. Fayazov, R.S. Ajiniyazov, D.B. Tulyaganov
- 40 Differentiated surgical treatment of complicated spinal-cerebrospinal injury
K.N. Djumanov, J.Kh. Umarov
- 43 Secondary brain ischemia in postoperative period at acute subdural hematomas
J.M. Kuzibaev, K.E. Makhkamov
- 47 MTHFR genetic marker's role in ischemic stroke development
Sh.R. Mubarakov, Kh.Ya. Karimov, K.T. Boboev
- 50 Staged medical assistance to patients with severe poisoning by acetic acid
A.A. Stponitskiy, R.N. Akalaev
- 55 Influence of hardware-controlled respiratory supporting on hemodynamics of infants with severe pneumonia
Kh.N. Mukhitdinova, A.L. Rosstalnaya, Sh.E. Atakhanov, G.I. Alauatdinova, F.O. Parpibaev

Случаи из практики

- Случай успешной реконструктивной операции при открытой сочетанной травме верхней конечности с нарушением кровообращения
Б.П. Хамидов, О.Н. Низов, Р.А. Ахмедов, А.Ж. Фаязов, Р.Н. Хакимов, Д.Л. Ким
- 59 Case of successful reconstructive surgery at opened combined injury of upper extremity with circulatory disturbance
B.P. Khamidov, O.N. Nizov, R.A. Akhmedov, A.J. Fayazov, R.N. Khakimov, D.L. Kim

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ш.И. КАРИМОВ, М.Ш. ХАКИМОВ, У.И. МАТКУЛИЕВ, Ш.Э. АШУРОВ, Ж.С. АБДУЛЛАЕВ, А. ЖУМАНАЗАРОВ

CHOICE OF SURGICAL TREATMENT FOR DUODENUMPERFORATED ULCER

SH.I. KARIMOV, M.SH. KHAKIMOV, U.I. MATKULIEV, SH.E. ASHUROV, J.S. ABDULLAEV, A. JUMANAZAROV

Ташкентская медицинская академия

Несмотря на бурное развитие фармакологии и медицины, перфорация гастродуоденальных язв остается одной из ведущих проблем экстренной хирургии. На сегодняшний день в различных клиниках мира применяют различные методы оперативного вмешательства при перфорациях. Однако до сих пор нет четких показаний к тому или иному методу оперативного лечения при прободных язвах двенадцатиперстной кишки, что говорит об актуальности этой проблемы. В статье подробно описываются показания к выполнению того или иного способа оперативного вмешательства с объяснениями, иллюстрированными в том числе и таблицами.

Ключевые слова: язвенная болезнь, перфорация, лапароскопическое ушивание, видеоассистирование.

In spite of pharmacology and medicine rapid development, gastroduodenal ulcer's perforation remains one of leading issues in emergency medicine. Nowadays different methods of operative interventions are used in various hospitals all over the world. But there are still no well-defined indications to one or another methods of operative treatment at duodenal perforated ulcers and this fact proves the relevance of this problem. The indications to performing different types of operative interventions with explanations, illustrated with tables have been described in details in the paper.

Key-words: ulcerous disease, perforation, laparoscopic suture video-assisting.

Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), которая является причиной летального исхода у 250 тыс. людей ежегодно во всем мире, остается одной из актуальных проблем экстренной хирургии [3,5,13]. Хотя применение современной антихеликобактерной терапии и ингибиторов протонной помпы привело к уменьшению случаев язвенной болезни, однако это почти не повлияло на частоту возникновения прободения двенадцатиперстной кишки (10-15%) [7,9].

Необходимо отметить, что известные сведения о патогенетических механизмах ульцерогенеза и осложнений диктуют необходимость их учета при определении программы диагностики и лечения таких больных. Следует также учитывать существование признанных механизмов развития язвенной болезни (ЯБ) – повышение желудочной секреции, недостаточность защитной функции слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, состояния регенераторных клеток Панета–Давыдова, а также непосредственное влияние ЦНС на развитие ЯБ [5,6,8,11]. Открытие в 1984 г. В.Marshall и J.Warren возбудителя ЯБ – *Helicobacter pylori* (HP) не позволяет рассматривать данное заболевание без учета инфекционного фактора [1,10].

С открытием эры мощных противоязвенных препаратов связано уменьшение числа более травматичных операций при перфорации язв. В последние годы основным методом хирургического лечения становится ушивание прободной язвы. Это вызвало изменение хирургической тенденции в сторону малоинвазивных лапароскопических операций у отдельных пациентов [9,11,12]. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки было впервые применено в 1990 г. Натальсоном [11]. Впервые в Гонконге у 130 больных был проведен сравнительный анализ

результатов лечения открытых и лапароскопических операций при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки [12], которое не выявило различий в исходах болезни у пациентов двух групп. Однако отсутствие четких показаний к тому или иному методу оперативного лечения при прободных язвах двенадцатиперстной кишки свидетельствует, что эта проблема не потеряла своей актуальности.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки с учетом современных возможностей диагностики и малоинвазивной хирургии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 98 больных с прободными язвами двенадцатиперстной кишки, из них 81 (82,6%) мужчина и 17 (17,4%) женщин. Возраст пациентов – от 16 до 79 лет, средний возраст $36 \pm 4,3$ года. Оценку риска летальных исходов у больных осуществляли на основании клинических данных по прогностической шкале J. Воеу. Шкала включала три основных показателя: срок поступления (более 24 ч) от момента перфорации, наличие тяжелой сопутствующей патологии и снижение систолического артериального давления ниже 100 мм рт.ст. [5]. С учетом тяжести перитонита и наличия сопутствующих заболеваний у больных с прободными язвами двенадцатиперстной кишки (ПЯДПК) операционно-анестезиологический риск оценивали в соответствии с классификацией Американской ассоциации анестезиологов (ASA) [11].

Особое значение в диагностике ПЯДПК принадлежит рентгенологическому обследованию, направленному на выявление свободного газа в брюшной полости. В сомнительных случаях исследование повторялось после

инсуффляции воздуха при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) [8].

ЭГДС выполнялась у больных (отсутствие язвенного анамнеза, отсутствие свободного газа на рентгеноскопии и подозрение на декомпенсированный стеноз привратника при лапароскопии) с целью визуализации самой язвы ДПК, оценки размеров перифокальной инфильтрации (ПИ), перфоративного отверстия (ПО), а также выявления сочетанных осложнений [1,2].

Основной задачей ультразвукового исследования, которое выполняли всем пациентам, было выявление свободной жидкости в анатомических областях брюшной полости как показателя распространенности перитонита, и паретического расширения петель кишечника, признака токсической его фазы.

Диагностическая лапароскопия позволяла оценить размер перфоративного отверстия и инфильтративного вала, уточнить характер, фазу и распространенность перитонита для определения Мангеймского перитонеального индекса (МПИ). Учитывая вышеуказанные показатели и результаты исследований, окончательно формулировали показания к варианту оперативного вмешательства [4,11].

В послеоперационном периоде больным, наряду с общепринятым контролем лабораторных показателей крови и мочи, выполнялись серологические исследования для выявления титра антител к высокопатогенным штаммам НР или иммуноферментный анализ концентрации антигенов НР в кале, результаты которых учитывались при выборе программы лечения больных [1,9,11]. Через месяц для оценки заживления язвенного процесса и определения уровня кислотности желудка проводили также контрольную ЭГДС.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди обследованных чаще встречались лица трудоспособного возраста до 60 лет (85 б-х). С наименьшей частотой перфорации выявлялись у больных старше 60 лет (13 б-х). 69 (69,9%) пациентов поступили в первые 12 часов с момента перфорации, 23 (23,7%) – в сроки от 12 до 24 часов, 6 (6,4%) – спустя 24 часа.

Язвенный анамнез длительностью до 5 лет наблюдался у 70 (71,4%) больных, остальные пациенты клинику язвенной болезни или язвенный анамнез отрицали. Анализ жалоб показал, что у трети пациентов «кинжальный» характер болей отсутствовал. При физикальном обследовании «доскообразный живот» выявлен у 73 (75,0%) больных, при этом отсутствие печеночной тупости наблюдалось у 67 (66,5%) из них. Атипичное течение заболевания, обусловленное прикрытием перфорации, отмечалось у 9% больных. Оценка по прогностической шкале J. Воеу позволила отнести 9 из 98 пациентов к группе с высоким и крайне высоким риском летального исхода (2-3 балла).

Обзорная рентгенография живота выполнена у всех больных. При первичном исследовании свободный газ на рентгенограммах определили у 71 (72,4%) пациента. После эндоскопической инсуффляции воздуха свободный газ в брюшной полости обнаружен еще у 16 (16,3%) обследованных. У остальных 11 (11%) больных диагноз был установлен во время эндоскопии.

ЭГДС в предоперационном периоде выполнялась при отсутствии язвенного анамнеза (28 б-х), отсутствии

на рентгеноскопии свободного газа даже после инсуффляции (11 б-х), а также интраоперационно при подзрении на декомпенсированный стеноз привратника во время лапароскопии (4 б-х). Эндоскопическое исследование позволило выявить локализацию язвы (передняя стенка – 39 случаев, верхнепередняя стенка – 4); наличие второй язвы на задней стенке ДПК и кровотечение из язвы (у 2 пациентов); диаметр ПО (более 1 см – у 7 больных, до 5 мм – у 36); ширину зоны ПИ (более 0,5 см – у 27 пациентов).

Комбинация физикального, рентгенологического, эндоскопического и других инструментальных исследований во всех случаях позволила диагностировать язву ДПК, осложненную перфорацией.

При ревизии брюшной полости диффузный характер перитонита установлен у 87 (88,8%) больных, местный – у 7 (7,1%), у остальных диагностирован разлитой перитонит. Выявление при лапароскопии распространенного перитонита и пареза кишечника считали показанием к конверсии.

Анализ результатов обследования и интраоперационной ревизии позволил нам установить ведущие критерии, влияющие на выбор варианта оперативного вмешательства при прободных язвах двенадцатиперстной кишки (табл.).

На выбор метода хирургического вмешательства влияло наличие клеток Панета–Давыдова и уровень кислотности. Эти показатели определяли интраоперационно предложенными нами экспресс-методами. Интраоперационно с зоны перфоративной язвы брали мазок и проводили экспресс-морфологическое исследование для определения клеток Панета–Давыдова. Интраоперационно уровень кислотности определяли путем использования тест-полосок.

Клетки Панета–Давыдова были обнаружены в язвенном субстрате у 85 (86,7%) пациентов. Во время рН-метрии гиперацидный уровень кислотности обнаружен у 7 (7,1%) больных, норма- или гипоацидный – у 80 (81,6%), ацидный – у 11 (11,2%).

На основании этих критериев были выполнены следующие варианты оперативных вмешательств при ПЯДПК:

- лапароскопическое ушивание перфоративной язвы – у 31 (31,6%) больного;
- лапароскопическое ушивание через минидоступ – у 48 (48,9%);
- стволовая ваготомия с пилоропластикой по Джаду и иссечением язвы – у 10 (10,2%);
- резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера–Финстерера – у 5 (5,1%);
- ушивание открытым методом – у 4 (4,1%).

При технической невозможности выполнения ушивания перфоративной язвы и адекватной санации брюшной полости лапароскопическим способом операция осуществлялась минидоступом. Выполнение стволовой ваготомии и пилоропластики по Джаду с иссечением перфоративной язвы у больных, имеющих рубцово-язвенную деформацию ДПК, диаметр перфоративного отверстия более 1 см и ширину зоны перифокальной инфильтрации более 0,5 см, обеспечивало оптимальные условия для предупреждения сужения пилородуоденальной зоны, профилактики несостоятельности

Таблица. Критерии, определяющие выбор вида оперативного вмешательства

Критерий	Вариант оперативного вмешательства				
	лапароскопическое ушивание	видеоассистированное ушивание	ваготомия с ПП по Джаду	резекция желудка	ушивание открытым способом
Размер ПО	<5	5-10	>10	-	Критерии имеют второстепенное значение
Зона ИВ	<5	>5	>10	-	
Наличие сочетанных осложнений ЯБ	Отсутствие	Отсутствие	Наличие	Наличие	
Уровень кислотности желудка	Гипо- или нормо-ацидное	Гипо- или нормо-ацидное	Гиперацидное	Гиперацидное	
Клетки Панета–Давыдова	Наличие	Наличие	Отсутствие	Не имеет значения	Не имеет значения
МПИ	<12	<12	<12	<12	>12
Прогностический индекс летальности по шкале J. Voeu, балл	0	0	0-1	0-1	2-3
Риск по ASA	I-III	I-III	I-III	I-III	IV
Длительность анамнеза, ч	До 12	До 12	До 24	До 12	Более 24

швов в послеоперационном периоде. Необходимо подчеркнуть, что на фоне хронического течения ЯБ у 2 (2%) пациентов было подтверждено сочетание перфорации язвы передней стенки с кровотечением из язвы задней стенки, которое было остановлено прошиванием при выполнении пилоропластики.

Ушивание перфоративной язвы открытым способом выполнено 4 пациентам с высоким операционно-анестезиологическим риском (ASA IV), распространенным гнойным перитонитом в токсической фазе (МПИ – 12) и высокой прогнозируемой летальностью по шкале J. Voeu – 2-3 балла. С целью декомпрессии кишечника оперативное вмешательство завершили назоэнтеральной интубацией и дренированием брюшной полости по методу клиники.

Во время оперативных вмешательств осложнений не наблюдалось. Послеоперационные осложнения возникли у 7 (7,1%) больных. У 1 пациента после операции по поводу разлитого перитонита развилась ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая выполнения повторного хирургического вмешательства. У 1 больного после ушивания перфоративной язвы по поводу разлитого гнойного перитонита развился поддиафрагмальный абсцесс, который явился причиной правостороннего гидроторакса. Больному выполнено чрескожное дренирование абсцесса с последующей его санацией. Гидроторакс ликвидирован путем неоднократных пункций плевральной полости.

У 3 пациентов имелись раневые осложнения. У одного из них в отдаленном периоде развилась послеоперационная вентральная грыжа.

Среди неспецифических осложнений у 2 пациентов наблюдалась послеоперационная пневмония. Случаев несостоятельности швов не было.

Анализ непосредственных результатов лапароскопических вмешательств позволил выявить как положительные, так и отрицательные их стороны. С одной стороны, сохраняются преимущества малоинвазивных операций (сокращение сроков госпитализации, уменьшение количества наиболее частых осложнений и летальных

исходов). С другой стороны, несколько увеличивается продолжительность операции вследствие значительных технических сложностей. В наших наблюдениях несостоятельности швов лапароскопически ушитой ПЯДПК не отмечались.

Общая летальность после оперативных вмешательств по поводу ПЯДПК составила 3,0%. 2 больных (на 2-3-и сутки после открытого ушивания ПЯДПК, назоэнтеральной интубации, санации и дренирования брюшной полости по методу клиники) умерли вследствие декомпенсации функций жизненно важных органов, эндотоксемии. У 1 больного 63 лет причиной смерти явился инфаркт миокарда, развившийся на 2-е сутки после пилоропластики по Джаду со стволовой ваготомией. После малоинвазивных оперативных вмешательств летальных исходов не наблюдалось.

Следует подчеркнуть, что прогнозируемая на дооперационном этапе летальность (4% по шкале J. Voeu) почти совпала с послеоперационной (3,0%).

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что окончательный вариант оперативного вмешательства определяется во время интраоперационной ревизии брюшной полости (лапароскопии), включающей обнаружение ПЯДПК и оценку изменений гастродуоденальной зоны (в сопоставлении с данными дооперационной ЭГДС) при хроническом язвенном процессе, уточнение распространенности и характера перитонита с учетом степени эндогенной интоксикации. В связи с этим лечение больных ПЯДПК, проводимое в специализированном стационаре, должно быть дифференцированным, как при определении показаний к выбору варианта оперативного вмешательства на основании установленных критериев, так и при обосновании медикаментозной терапии в ближайшем послеоперационном периоде с учетом дообследования. Обязательным элементом системного подхода после хирургического лечения перфоративных язв является эмпирическая антисекреторная терапия, которую проводили всем больным с целью создания благоприятных условий для эпителизации слизистой оболочки в зоне вмешательства.

О ремиссии язвенной болезни после хирургического лечения в сочетании с консервативной терапией судили по результатам контрольного обследования больных, которое проводилось через 1 месяц с помощью анкетированного опроса для определения комплаенса, выполнения ЭГДФС, исключения наличия антигена НР в кале для подтверждения эффективности эрадикационной терапии.

Таким образом, диагностика и лечение ПЯДПК и сегодня являются актуальной проблемой неотложной хирургии. Результаты проведенного клинического исследования свидетельствуют о том, что для постановки правильного дооперационного диагноза и выбора рационального варианта лечения таких больных целесообразно проведение целенаправленного комплексного обследования.

ВЫВОДЫ

1. Реализация разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволила обосновать выбор рационального варианта оперативного вмешательства у больных ПЯДПК, уменьшить число осложнений до 7,1%, снизить летальность до 3,0%.

2. Лапароскопическое ушивание ПЯДПК целесообразно выполнять при отсутствии рубцово-язвенной деформации пилородуоденальной зоны, диаметре перфоративной язвы менее 5 мм, ширине зоны перифокальной язвенной инфильтрации не более 0,5 см, при обнаружении клеток Панета с гипо- или нормоацидным состоянием желудка, ASA I-III, МПИ <12 баллов и при прогнозируемой летальности по шкале J. Boey 0 баллов.

3. Лапароскопическое ушивание ПЯДПК через минидоступ показано при отсутствии рубцово-язвенной деформации пилородуоденальной зоны, диаметре перфоративной язвы более 5 мм, ширине зоны перифокальной язвенной инфильтрации более 0,5 см, при обнаружении клеток Панета с гипо- или нормоацидным состоянием желудка, ASA I-III, МПИ <12 баллов и при прогнозируемой летальности по шкале J. Boey 0 баллов.

4. Ушивание ПЯДПК открытым способом необходимо выполнять у лиц с ASA IV, МПИ ≥12 баллов и при прогнозируемой летальности по шкале J. Boey 2-3 балла.

5. Стволовая ваготомия с пилоропластикой целесообразна при сочетании перфорации с рубцово-язвенным стенозом ДПК или язвенным кровотечением (наличие осложнений ЯБ в анамнезе), диаметре перфоративного отверстия более 1 см, ширине зоны перифокальной язвенной инфильтрации более 0,5 см, при отсутствии регенераторных клеток с гиперацидностью желудка, а также ASA I-III, МПИ <12 баллов и при прогнозируемой летальности по шкале J. Boey 0-1 балла.

6. Резекцию желудка необходимо выполнять при со-

четании перфорации с декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом ДПК или язвенным кровотечением (наличие осложнений ЯБ в анамнезе, наличие зеркальных язв), с гиперацидностью желудка, а также ASA I-III, МПИ <12 баллов и при прогнозируемой летальности по шкале J. Boey 0-1 балла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Alim A., Ataş A., Güneş T. et al. Comparison of antigen and antibody detection tests used for diagnosing the *Helicobacter pylori* infection in symptomatic patients. *Basic Clin Sci* 2010; 1 (4): 61-70.
2. Banerjee S., Cash B.D., Dominitz J.A. et al. ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease. *Gastrointest Endosc* 2010; 71 (4): 663-668.
3. Bertleff M.J., Lange J.F. Perforated peptic ulcer disease: A review of history and treatment. *Digest Surg* 2010; 27: 161-169.
4. Billing A., Frohlich D., Schildberg F.W. Prediction of outcome using the Mannheim peritonitis index in 2003 patients. *Peritonitis Study Group. Brit J Surg* 1994; 81(2): 209-213.
5. Boey J., Choi S.K.Y., Poom A. et al. Risk stratification in perforated duodenal ulcers: A prospective validation of predictive factors. *Ann Surg* 2007; 205: 22-26.
6. Bräutigam W., Christian P., von Rad M. *Psychosomatische Medizin. Stuttgart Georg Thieme* 2012; 376.
7. Canoy D.S., Hart A.R., Todd S.J. Epidemiology of a duodenal ulcer perforation: a study of hospital admissions in Norfolk, United Kingdom. *Dig Liver Dis* 2002; 34 (5): 322-327.
8. Chiu H.S., Chung C.H. Pneumoperitoneum on supine abdominal X-ray: case report and review of the radiological signs. *Hong Kong J Emerg Med* 2011; 12 (1): 46-49.
9. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trial. *Wld J Surg* 2012; 24 (3): 299-306.
10. Schöttker B., Adamu M.A., Weck M.N., Brenner H. *Helicobacter pylori* infection is strongly associated with gastric and duodenal ulcers in a large prospective study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10: 487-93.
11. Mouret P., François Y., Vignal J. et al. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Brit J Surg* 2008; 77: 1006.
12. Bertleff M.J., Halm J.A., Bemelman W.A. et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial. *Wld J Surg* 2009; 33: 1368-1373.
13. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis. *Wld J Surg* 2011; 24: 277-283.

ТЕШИЛГАН ДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАНЛАШ

Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, У.И. Маткулиев, Ш.Э. Ашуров, Ж.С. Абдуллаев, А. Жуманазаров

Тошкент тиббиёт академияси

Фармакология ва тиббиёт жадал ривожлантириш қарамай, гастродуоденал ошқозон яраси тешилиши ҳали ҳамон шошилинч жарроҳликнинг етакчи муаммолардан бири ҳисобланиб келмоқда. Бугунги кунда, дунёнинг турли клиникаларида яра тешилишларида ҳар хил жарроҳлик усулларидадан фойдаланишмоқда. Шу билан бир-галикда, ҳали ҳам дуоденал яра тешилишларида қўлланиладиган оператив турлар учун аниқ кўрсатмалар йўқ ва бу муаммонинг қанчалик долзарблигини кўрсатади. Ушбу мақолада тешилган дуоденал ярани жарроҳлик даволаш турларини танлови таҳлил қилинган. Мақолада жарроҳлик амалиётларига кўрсатмалар батафсил тушунтирилган ва, шу жумладан, жадваллар билан келтирилган.

Контакт: Ашуров Шероз Эрматович
Врач-ординатор отделения экстренной хирургии 2-й клиники ТМА
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.
Тел.: +99894-641-92-84.