

23.

O'ZBEKISTON

tibbiyot

JURNALI



Медицинский
ЖУРНАЛ
УЗБЕКИСТАНА

№1
2016

O'ZBEKISTON *Медицинский*
tibbiyot *журнал*
jurnali **УЗБЕКИСТАНА**
Medical journal of UZBEKISTAN
Ilmiy - amaliy jurnal

№ 1, 2016

1922 йилнинг январидан чиқа бошлаган

Таъсисчи – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

ТАХРИР ҲАЙЪАТИ

Бош муҳаррир – А.И.Икрамов

М.С.Абдуллаходжаева, В.Е.Аваков, М.Ж.Азизов, Ф.А.Акилов, А.В.Алимов (бош муҳаррир ўринбосари), А.Л.Аяви, Д.А.Асадов, С.М.Бахромов, Б.Т.Даминов, Т.О.Даминов (бош муҳаррир ўринбосари), Ф.И.Иноятова, Т.И.Искандаров, С.И.Исмаилов, Х.М.Камилов, Х.П.Камилов (маъсул котиб), Х.Я.Каримов, Ш.И.Каримов, Р.Д.Курбанов, С.Н.Наврӯзов, Ф.Г.Назиров, Д.К.Наджимутдинова, С.С.Саудалиев, У.Ю.Сабиров, Ж.М.Собиров, Л.Н.Туйчиев, А.М.Убайдуллаев, Н.Л.Хабиллов, А.М.Хаджибаев, М.Х.Ходжибеков, А.А.Худояров, А.М.Шамсиев, А.Н.Юнусходжаев

Журнал Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан
 2011 йил 12 май рўйхатга олинган (№ 0138)

Муҳаррирлар - И.Д.Гульманов, Ш.Б.Джандарбеков, Л.Ф.Хисамова

Компьютерда саҳифаловчи - Ф.Маҳкамов

100047, Тошкент, Тараққиёт кўчаси, 103, Тел. (3712) 289-44-57, www.medjurnal.uz

Буюртма № 082. Адади 4050 нусха.

Босишга рухсат этилди 15.02.2016 й. Формат 60×84 1/8, Нархи шартнома асосида

«Print Line Group» ХК босмахонасида босилди.

Тошкент ш., Бунёдкор шоҳкўчаси, 44.

TOSHKENT TIBBIYOT
 AKADEMIYASI KUTUBXONASI
 № _____

ТОШКЕНТ
 ДУК «O'zbekiston tibbiyot jurnali»
 2016

UYGA BERISH
 MUMKIN EMAS

ASOSIY O'QUV ZALI

© ДУК O'zbekiston tibbiyot jurnali, 2016 y.

KLINIK TIVVIYOT 

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- Ш.И.Каримов, М.Ш.Хакимов, У.И.Маткулиев, М.Р.Каримов, Ш.Э.Ашуров,
Ж.С.Абдуллаев РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРИКРЫТЫХ
ПЕРФОРАЦИЯХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ..... 2
- С.Н.Наврұзов, Д.А.Пулатов, С.Б.Абдужатпаров, Ж.М.Ибрагимов КЛИНИКО-
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, РЕЗИСТЕНТНОГО
К ФТОРУРАЦИЛСОДЕРЖАЩИМ РЕЖИМАМ ХИМИОТЕРАПИИ 6
- Х.П.Камилов., Т.Э.Зойиров ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПУЛЬПЫ ВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ
У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТИ..... 9
- З.Т.Махмудова, Б.Г.Гафуров НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ
ЭПИЛЕПСИЕЙ НА ФОНЕ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ 12
- А.А.Гайбуллаев, Г.Т.Искандарова, Ф.З.Низамов, А.А.Абдуризаев, Ф.С.Саримов
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН..... 15
- М.Ж.Даулетова, Ф.П.Нишанова, У.Ю.Юсупов ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО
ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ
РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОСТТРИППОЗНЫМ
МИОКАРДИТОМ..... 18
- Д.И.Ибрагимов, Ш.В.Ашуров СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА..... 21
- О.И.Хван ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖИВОТА
ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ 23
- Н.Н.Мамаджанова, С.Н.Султанов, Х.А.Рафикова ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО
ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ
МАТКИ..... 26
- Б.Г.Гафуров, Ш.Р.Мубараков, Х.Я.Каримов, К.Т.Бобоев СВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКИМ
ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНА ИНГИБИТОРА
АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА РАІ 30
- Д.А.Пулатов, С.В.Камышов, Г.А.Авезмуратова, Ф.Р.Матъязова РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ХИМИОТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 33
- З.Р.Холдарова СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЛИМФОРЕИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ
ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 35
- Т.С.Агзамходжаев, Ш.М.Тохиров, Х.К.Нурмухамедов, И.Б.Маматкулов, А.Б.Бекназаров
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОСНОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
ХАРАКТЕРИСТИК..... 37
- С.К.Юлдашев МИНИМАЛЬНОЕ УШИВАНИЕ ЛОЖИ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ ВО ВРЕМЯ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ..... 39

Ш.И.Каримов, М.Ш.Хакимов, У.И.Маткулиев, М.Р.Каримов, Ш.Э.Ашууров, Ж.С.Абдуллаев

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРИКРЫТЫХ ПЕРФОРАЦИЯХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Ташкентская медицинская академия

Ш.И.Каримов, М.Ш.Хакимов, У.И.Маткулиев, М.Р.Каримов, Ш.Э.Ашууров, Ж.С.Абдуллаев. Дуоденал яраларнинг яширин перфорацияларида эндоскопик текширувлар аҳамияти

Таdqиқот мақсади: ўн икки бармоқ ичакнинг перфоратив яра касаллигига чалинган беморларни даволаш натижаларини касалликни диагностик алгоритми жараёнида тактик босқичларни такомиллаштириш йўли билан яхшилаш.

Материал ва услублар: ўн икки бармоқ ичак ярасининг яширин перфорациясига шубҳа қилинган 20 нафар ва ўн икки бармоқ ичакнинг тешилган яраларига шубҳа қилинган 12 нафар беморларда хирургик даволаш натижалари ўрганилди.

Натижалар ва муҳокама: клиник текширувлар натижаларига кўра, операциядан олдинги тўғри ташхис қўйиш ва ушбу беморларни даволашнинг рационал вариантини танлаш учун мақсадга йўналтирилган комплекс текширувларни амалга ошириш зарур.

Калит сўзлар: перфоратив яралар, ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, диагностика.

Sh.I.Karimov, M.Sh.Hakimov, U.I.Matkuliev, M.R.Karimov, Sh.E.Ashurov, J.S.Abdullaev. Role of an endoscopic study at covered perforations of the duodenal ulcers

Research purpose: to improve the results of treatment of patients with perforated ulcers of duodenum by the improving the tactical moments in the diagnostic algorithm of a disease.

Material and methods: the research is based on the studying the results of a surgical treatment of 20 patients with a suspicion for the covered perforation of duodenal ulcer and 12 patients with a suspicion for the perforated ulcer of duodenum.

Results and discussion: the results of the conducted clinical investigation testify that it is expedient the accomplishing the goal-directed complex examination for the setting the correct pre-operation diagnosis and the selecting the rational variant of the treatment of such patients.

Keywords: perforated ulcers, duodenum, diagnostics.

Перфорация – опасное для жизни осложнение, наблюдающееся, в среднем, у 5% больных с язвенной болезнью [2,6,12]. Однако, если пациенты подвергаются чрезмерному воздействию неблагоприятных факторов и не получают адекватного консервативного лечения, риск перфорации может существенно возрастать [1,2]. Подавляющее большинство прободений (75-85%) в настоящее время приходится на дуоденальную локализацию язвы [1,4,6]. Основная часть больных – лица трудоспособного возраста. Чаще перфорации встречаются у мужчин, чем у женщин [4,7,11]. В экономически развитых странах перфоративные язвы встречаются в 7-10-ти наблюдениях на 100 тыс. населения в год [8,9]. По данным международных когортных исследований, летальность за последние 30 лет не имеет тенденции к снижению и при перфорации дуоденальной язвы составляет 5-13%, желудочной – в 2-3 раза выше [6,9].

В наше время операцией выбора в большинстве клиник является лапароскопическое ушивание язвы [7,12].

Поставить клинический диагноз перфорации гастродуоденальной язвы в большинстве случаев не вызывает особых сложностей. Классическая клиническая картина заболевания и наличие «свободного газа» под куполами диафрагмы свидетельствует о прободной язве [2,3,5]. В затруднительных случаях производится инсuffляция воздуха в просвет желудка при эндоскопии с вторичным рентгенологическим исследованием, что подтверждает диагноз. Однако, как показывает опыт, при закрытых формах перфорации язвы в 2-3% случаях дополнительно проводимые диагностические мероприятия не позволяют установить диагноз. Идентичность начала заболевания с клиникой острого аппендицита нередко приводит к напрасной аппендэктомии или же выявля-

нию прободение язвы во время ревизии через доступ Дьяконова-Волковича. Чтобы избежать тактических ошибок целесообразно выполнение диагностической лапароскопии или эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) перед оперативным вмешательством.

Цель исследования – улучшить результаты лечения пациентов с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки (ДПК) путем усовершенствования тактических моментов в диагностическом алгоритме заболевания.

Материал и методы

Исследование основано на изучении результатов хирургического лечения 20 больных с подозрением на прикрытую перфорацию язвы ДПК, получавших стационарное лечение в отделение экстренной хирургии 2-клиники Ташкентской медицинской академии с 2012 по 2015 гг., составившие 1 группу. Все пациенты были трудоспособного возраста. Среди общего количества больных мужчин было 15 (75%) и женщин – 5 (25%). Средний возраст составил $35,5 \pm 5,3$ лет.

В качестве контрольной клинической группы нами были изучены результаты обследования и лечения 12 больных, которые находились на стационарном лечении в период с 2007 по 2011 гг. с подозрением на прободную язву ДПК, составившие 2 группу.

Период с момента заболевания до поступления в стационар колебался от 60 мин. до 3 сут. (в среднем, $5,6 \pm 3,4$ ч.). У всех пациентов при поступлении собирали анамнез заболевания, при котором выясняли первичную анатомическую зону начала болевого синдрома, продолжительность болей, наличие язвенного анамнеза, сопутствующих заболеваний, прием нестероидных противовоспалительных препаратов. Всем больным проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ), полипозиционное рентгенологическое исследование органов брюшной полости и грудной клетки, выполняли клинические и биохимические анализы крови. Всем пациентам была произведена инсуффляция воздухом. Однако на контрольной рентгеноскопии «свободный газ» не был выявлен. Эти исследования производились с целью дифференциальной диагностики острого аппендицита и прободение язвы ДПК. Арсенал диагностических мероприятий в таких случаях включает в себе проведение ЭГДФС (эзогастродуоденофиброскопия) или диагностической лапароскопии.

Результаты

Все больные поступили с жалобами на боли в правой половине живота, преимущественно в правой подвздошной области. В 1 группе при рас-

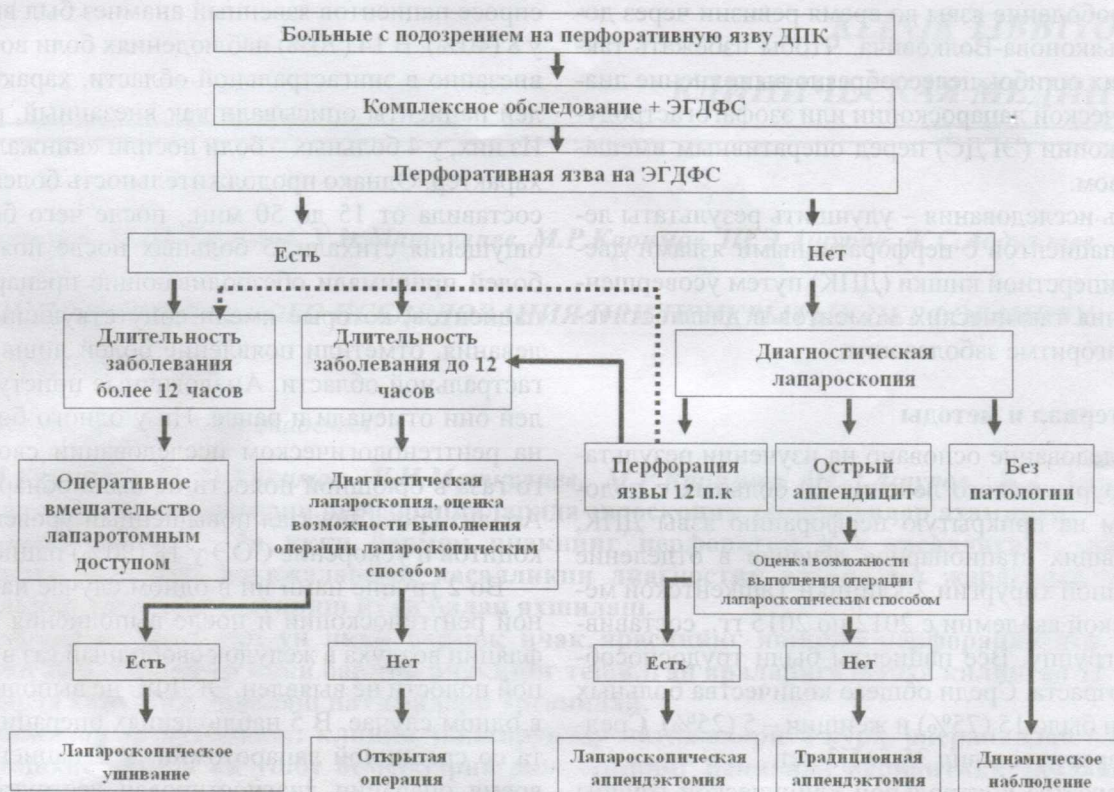
спросе пациентов язвенный анамнез был выявлен у 8 (40%). В 14 (70%) наблюдениях боли возникли внезапно в эпигастральной области, характер болей пациенты описывали как внезапный, резкий. Из них, у 4 больных – боли носили «кинжальный» характер. Однако продолжительность болей у них составила от 15 до 50 мин., после чего болевые ощущения стихали. 5 больных после появления болей принимали обезболивающие препараты. 6 пациентов, которые имели сопутствующие заболевания, отметили появление болей лишь в эпигастральной области. Аналогичные приступы болей они отмечали и ранее. Ни у одного больного на рентгенологическом исследовании свободного газа в брюшной полости не было обнаружено. Анализ крови показал повышенный уровень лейкоцитов и ускорение СОЭ у 18 (90%) пациентов.

Во 2 группе нами ни в одном случае на обзорной рентгеноскопии и после выполнения инсуффляции воздуха в желудок свободный газ в брюшной полости не выявлен. ЭГДФС не выполнена ни в одном случае. В 5 наблюдениях операция начата со срединной лапаротомии. У 2 пациентов во время операции диагностирован деструктивный аппендицит. В 7 наблюдениях выполнена диагностическая лапароскопия, во время которой в 2 случаях диагностирован острый аппендицит и операция продолжена через доступ Дьяконова-Волковича. В 8 случаях выявлена прикрытая перфорация язвы ДПК.

Проведенный критический анализ ситуации позволил выявить диагностические и тактические недостатки во 2 группе. Во-первых, отсутствие в арсенале диагностических мероприятий ЭГДФС; во-вторых, узкие показания к выполнению диагностической лапароскопии при подозрении на перфоративную язву ДПК. Учитывая вышеизложенные недостатки, нами был изменен диагностический алгоритм, который использован в выборе хирургической тактики у пациентов 1 группы.

В дополнение ко всем вышеперечисленным методам исследования для уточнения диагноза была произведена прицельная ЭГДС (эзогастродуоденоскопия). При диагностике перфорации язвы в зависимости от длительности заболевания выполняли традиционную операцию лапаротомным доступом (при анамнезе заболевания более 12 ч.) или диагностическую лапароскопию с целью оценки возможности выполнения лапароскопического ушивания перфорации (при длительности заболевания менее 12 ч.).

В случаях, когда во время эндоскопии перфоративная язва не обнаруживалась, выполняли диагностическую лапароскопию. В зависимости от интраоперационной находки определялась



Лечебно-диагностический алгоритм при прикрытых перфорациях язвы двенадцатиперстной кишки

дальнейшая тактика. При наличии перфорации язвы ДПК выбор хирургической тактики зависел от длительности заболевания. При диагностике острого аппендицита предпочтение отдавали лапароскопической аппендэктомии (смотри рис.).

Эндоскопическое исследование позволило выявить в 8 случаях перфоративную язву на передней стенке луковицы ДПК, в 3 наблюдениях – на верхне-передней стенке. В остальных 9 случаях язвенная болезнь и ее осложнения были исключены. С целью подтверждения или исключения острой хирургической патологии всем этим больным применялась диагностическая лапароскопия. Она позволила установить диагноз острый аппендицит у 8 пациентов, в одном случае острая хирургическая патология была исключена.

Усовершенствованный подход к диагностике прободной язвы ДПК позволил в 11 наблюдениях выявить прикрытую язву ДПК, осложнённую перфорацией. Интраоперационная ревизия брюшной полости лапароскопическим способом явилась завершающим этапом в уточнении характера изменений пилородуоденальной зоны, а так же в оценке распространенности и тяжести перитонита. У всех больных органом, прикрывшим перфоративное отверстие, был большой сальник и стенка желчного пузыря. У 3 больных произведено лапароскопическое ушивание язвы, у 6 больных – ушивание язвы из минидоступа после ла-

пароскопической санации, у 2 больных – открытая операция.

Следует отметить, что диагностическая лапароскопия не только помогла установить правильный диагноз острого аппендицита, но и дала возможность выполнить лапароскопическую аппендэктомию у 6 пациентов.

Обсуждение

Полученные нами данные свидетельствуют, что при поступлении подобного контингента больных необходимо в обязательном порядке производить ЭГДС для установления перфоративной язвы. В проведенном нами исследовании достоверность данного метода составила 100%. После эндоскопии дополнительно выполняли обзорную рентгеноскопию для выявления «свободного газа» только в тех случаях, когда не была выявлена перфоративная язва. Окончательным этапом диагностики явилась лапароскопия.

Вариант оперативного вмешательства определяется во время интраоперационной ревизии брюшной полости, включающий обнаружение перфорации язвы ДПК и оценку изменений гастродуоденальной зоны (в сопоставлении с данными дооперационной ЭГДС), червеобразного отростка, уточнения распространенности и характера перитонита.

При анализе литературы получены неоднозначные данные. Например, Р.Н. Jordan пишет,

что у них в практике встречались прикрытые перфорации язвы желудка и задней стенки ДПК довольно часто. Но им легче диагностировать такие случаи с использованием компьютерной томографии. Ошибки при этом у них отмечались лишь 10% случаев.

По результатам рандомизированных исследований M.J.Bertleff и J.F.Lange, по всему миру по поводу данного контингента больных, диагностические ошибки возникают от 5% до 40% в зависимости от уровня развитости страны, а также квалификации хирурга, который первично осматривает больного [4]. Также они указывают на достоверность обзорной рентгеноскопии после нагнетания воздуха в ЖКТ (70%), эндоскопического исследования (80-90%), диагностической лапароскопии (95-98%) и лапаротомии (100%). Некоторыми авторами использован химический метод определения прикрытой перфорации при лапароскопии [3]. При этом жидкость из брюшной полости проверялась на наличие хлористого водорода с помощью раствора йода. Следует отметить, что этот метод тоже давал положительный результат до 80% случаев.

Таким образом, диагностика прикрытых форм перфорации язвы ДПК и острого аппендицита с

атипичной клиникой сегодня представляет актуальную проблему неотложной хирургии. Результаты проведенного клинического исследования свидетельствуют, что для постановки правильного дооперационного диагноза и выбора рационального варианта лечения таких больных целесообразно проведение целенаправленного комплексного обследования.

Выводы

1. Одним из методов диагностики прикрытых перфораций ДПК является повторная обзорная рентгеноскопия после инсуффляции воздуха в просвет желудка. При отсутствии «свободного газа» целесообразно выполнение эндоскопического исследования.

2. При исключении патологии во время эндоскопического исследования рекомендуется выполнять диагностическую лапароскопию с целью оценки патологического процесса и решения вопроса о дальнейшей хирургической тактике.

3. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволяет во всех случаях верифицировать прикрытую перфорацию ДПК и острый аппендицит, что способствует выбору адекватной хирургической тактики.

Литература

1. Agresta F., Ansaloni L., Baiocchi G.L., Bergamini C., Campanile F.C., Carlucci M. Laparoscopic approach to acute abdomen from the Consensus Development. *Surg Endosc.* 2012; 26: 1120-24.
2. Bertleff M.J., Halm J.A., Bemelman W.A. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial. *World J Surg.* 2009; 33: 1344-48.
3. Bertleff M.J., Lange J.F. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature. *Surg Endosc.* 2013; 24: 1231-1239.
4. Bertleff M.J., Lange J.F. Perforated duodenal ulcer: Diagnostics and management. *Endoscopy.* 2013; 45: 22-245.
5. Faisal A., John G. Surgical treatment of perforated duodenal ulcer. *Sci Rep.* 2014; 1 (5): 173-69.
6. Jordan P.H., Thornby Jp. Diagnostics and management for perforated duodenal ulcer. *Ann surg.* 2010; 251: 51.
7. Lau J.Y., Lo S.Y., Ng E.K., Lee D.W., Lam Y.H., Chung S.C. A randomized comparison of acute phase response and endotoxemia in patients with perforated peptic ulcers receiving laparoscopic or open patch repair. *Am J Surg.* 2012; 175: 325-327.
8. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 2009; 339: 123-309.
9. Mouret P., Francois Y., Vignal J., Barth X., Lombard-Platet R. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 2009; 77: 106.
10. Sauerland S., Agresta F., Bergamaschi R., Borzellino G. Laparoscopy for abdominal emergencies: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc.* 2014; 20: 14-29.
11. Thorsen K., Glomsaker T.B., Von Meer A. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. *J Gastrointest Surg.* 2013; 15: 12.
12. Varcus F., Lazăr F., Beuran M. et al. Laparoscopic treatment of perforated duodenal ulcer. *Chirurgia (Bucur).* 2013; 108: 172-176.