

РУЗИБОЕВ С. А., АМОНОВ Х. Р., ЯНГИЕВ Б.А.



**ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЖАРОҲАТЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА
ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ОПТИМИЗАЦИЯЛАШ**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ЎРТА ВА ОЛИЙ ТАЪЛИМ
ВАЗИРЛИГИ**

**РУЗИБОВ САНЖАР АБДУСАЛОМОВИЧ
АМОНОВ ХУДОЙБЕРДИ РАВШАНОВИЧ
ЯНГИЕВ БАХТИЁР АХМЕДОВИЧ**

**ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЖАРОҲАТЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА
ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ОПТИМИЗАЦИЯЛАШ**

Соғлиқни Сақлаш – 510000

Монография

Самарқанд – 2024

УДК: 616-001.17-053.9-089

Муаллифлар:

Рузибоев Санжар Абдусаломович – Самарқанд давлат тиббиёт университети №2 хирургик касалликлар кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори
Амонов Худойберди Равшанович-Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали №2 хирургия бўлими жарроҳи
Янгиев Бахтиёр Ахмедович- Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали директори

Такризчилар:

Акилов Х.А -

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш вазирлиги тиббий ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Курбаниязов З.Б.-

Самарқанд давлат тиббиёт университети 1-сон хирургик касалликлар, урология ва трансплантология кафедраси мудири тиббиёт фанлари доктори, профессор

Монография Самарқанд давлат тиббиёт университетининг «__»
_____2024 йилдаги илмий кенгашида тасдиқланди

Аннотация

Китобда илмий ва амалий тадқиқотлар натижалари, шунингдек, ўн икки бармоқ ичакнинг шикастланиши билан беморларнинг катта контингентида олиб борилган клиник, инструментал ва функционал кузатувлар натижалари келтирилган. Ўн икки бармоқ ичакнинг шикастланишларини жарроҳлик йўли билан даволаш жуда кам ўрганилган муаммо бўлиб, бу қорин бўшлиғи аъзолари ва ретроперитонеал бўшлиқ шикастланишларининг умумий таркибида бу шикастланишнинг нисбатан кам учраш частотаси билан боғлиқ. Монографияда ўн икки бармоқ ичак шикастланиши учун оптимал диагностика ва жарроҳлик даволаш тактикасини ишлаб чиқиш муҳокама қилинади. Шунингдек, ўн икки бармоқ ичак травмаси билан беморларни даволашнинг замонавий концепциясига янги ёндашувлар, операциядан кейинги асоратларни даволаш ва олдини олишнинг самарали ва патогенетик асосланган усуллари таҳлил қилинади. Жарроҳлик асоратларидан кейин асоратлар хавфини башорат қилиш мезонларидан оқилона фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда, ушбу патологияни даволаш натижаларини яхшилаш имконини берадиган ўн икки бармоқ ичакнинг шикастланишларини даволаш ва диагностика тактикасининг ягона алгоритми ишлаб чиқилган.

Нашр жарроҳлар ва тегишли ихтисослик шифокорлари учун мўлжалланган.

МУНДАРИЖА

Кириш	8
I боб. ЎИБИ жароҳатларининг диагностикаси ва даволашдаги замонавий ёндашувлар (адабиётлар шарҳи)	100
§1.1. ЎИБИ механик жароҳатининг ўзига хослиги ва учраш частотаси..	100
§1.2. ЎИБИ жароҳатлари классификацияси.....	1313
§1.3. ЎИБИ жароҳатларининг замонавий диагностикаси ва даволаш усуллари	1515
§1.4. ЎИБИ жароҳатларини жарроҳлик усулида даволашнинг замоний жиҳатлари	22
§1.5. ЎИБИ жароҳатланиши бўлган беморларда операциядан кейинги давр ва реабилитация хусусиятлари	300
II боб. Материалнинг клиник характеристикаси ва тадқиқот усуллари	35
§2.1. Беморларнинг клиник хусусиятлари.....	3535
§2.2. Лаборатория тадқиқот усуллари.	43
§2.3. Инструментал текшириш усуллари	4845
§2.4. Ҳудудлар кесимида ЎИБИ жароҳатланиши билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш усуллари.....	510
§2.5. Статик тадқиқот усуллари ва тадқиқот натижаларининг ишончлилигини баҳолаш	521
III боб. ЎИБИ жароҳатларида диагностика ва даволаш натижалари.	5453
§3.1. ЎИБИ жароҳатларининг операциягача ва операция вақтидаги диагностикаси.....	53
§3.2. ЎИБИ жароҳатларида хирургик тактика.....	67
§3.3. ЎИБИ жароҳатларида қорин парда орти флегмонасини даволаш тамойиллари.....	8483
IV боб. Турли жарроҳлик тактикалар бўйича беморларни даволашнинг қиёсий натижалари.....	8887
§4.1. ЎИБИ жароҳатланган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш	87

§4.2. ЎИБИ нинг очик ва ёпик жароҳатлари учун диагностика ва даволаш чора тадбирлари алгоритми	9493
§4.3. Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш	98
Хотима	1031
Хулосалар.....	105
Амалий тавсиялар.....	10604
Фойдаланилган адабиётлар	10806

ҚИСҚАРТИРИЛГАН СЎЗЛАР РЎЙХАТИ

ДТ—дуоденал травма

ЎИБИ – ўн икки бармоқ ичак

ТКОЕ- тизимли кўп органлар етишмовчилигига

ИЛИ-интоксикациянинг лейкоцитлар индекси

КТ-компьютер томографияси

УТТ – ультратовуш текшируви

ФГДС – фиброгастродуоденоскопия

ОИТ- ошқозон ичак тракти

КДС-катта дуоденал сўргич

ООБ-ошқозон ости беzi

РШТЁИМ-Республика шошилинич тез ёрдам илмий маркази

МПИ- (Мангейм перитонеал индекси)

ГЭА-гастроэнтероанастомоз

ЖССТ-жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

ЮҚЧ- юрак қисқаришлар частотаси

КИРИШ

Ўн икки бармоқ ичак (ЎИБИ) шикастланишларини жарроҳлик йўли билан даволаш жуда кам ўрганилган муаммо бўлиб, қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқ аъзолари шикастланишларининг умумий таркибида бу шикастланиш нисбатан кам учрайди. Дуоденал травма қорин бўшлиғи очик ва ёпиқ жароҳатларининг 0,93-10% ни ва ошқозон-ичак трактининг шикастланишлари орасида - 0,43-6,5% ни ташкил қилади. Жароҳатланганларнинг 76-80 фоизи 20-40 ёшдаги меҳнатга лаёқатли эркаклар бўлиб, бугунги кунга келиб, қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланишлари таркибида ЎИБИНинг шикастланиш частотаси тахминан 1,2-2% ни ташкил қилади ва овқат ҳазм қилиш аъзоларининг шикастланишлари таркибида 10% дан ошмайди. Ушбу турдаги жароҳатлар билан ўтказилган операциялардан кейинги давр 25-60% ҳолларда эрта асоратлар билан бирга келади, уларнинг энг даҳшатли ва кенг тарқалгани ЎИБИ жароҳатидаги чоклар етишмовчилиги, ретроперитонеал флегмонанинг ривожланишидир. Шу муносабат билан, ЎИБИ шикастланишида ўлим кўрстагичи жуда юқори 11-30% ни ташкил қилади, ретроперитонеал флегмона ривожланганда эса у 100% га етади. Бугунги кунга қадар ЎИБИНинг шикастланишида жарроҳлик аралашувнинг усули ва ҳажмини аниқлаш учун ягона ёндашувлар мавжуд эмас. Ўз вақтида ташхис қўйишда энг катта қийинчиликлар ЎИБИНинг ретроперитонеал қисмига зарар етказилган ҳолларда кузатилади, қайсики, жабрланганларнинг 10-30 фоизида ташхис аниқланмай қолади.

Дуоденал травмаларда кўплаб операциялар турларининг мавжуд бўлиши жарроҳлар томонидан жарроҳлик даволашнинг энг ишончли ва айти пайтда оддий усуллари излаётганликларидан далолат беради. Баъзи ҳолларда ЎИБИ жароҳатларида дефектга бирламчи оддий чок қўйиш етарли бўлмайди. Бу, биринчи навбатда, операциядан кейинги даврда чоклар

етишмовчилигининг ривожланиши билан боғлиқ. Бундай беморларни даволаш одатда мураккаб ва узок давом этади. Ушбу асорат бўлишини тахмин қилиш оптимал жарроҳлик тактикасини танлаш имконини беради. Шундай қилиб, ЎИБИ шикастланишини даволашнинг оптимал диагностик ва жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқиш оқибатда, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим сонини камайтириш йўллари аниқлаш шошилинич қорин бўшлиғи жарроҳлиги учун катта амалий аҳамиятга эга.

Бироқ, бугунги кунда ЎИБИ деворининг турли жароҳатлари (қон кетиши, ёрилиши, эзилиши ва шикастланиши) бўлган беморларга жарроҳлик ёрдамини кўрсатишнинг ягона алгоритми мавжуд эмас. Шундай қилиб, ЎИБИ механик шикастланганда диагностика ва жарроҳлик тактикаси бўйича санаб ўтилган масалалар бугунги кунда долзарб ва ҳал этилмаган муаммо бўлиб қолмоқда. Шунга кўра, ЎИБИ жароҳати бўлган беморларни даволашда диагностика ва хирургик даволаш тактикасини такомиллаштириш орқали юзага келиши мумкин бўлган асоратларни камайтириш орқали даволаш сифатини яхшилаш тадқиқот учун долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Монография муаллифлари узок вақт давомида ушбу патологиянинг диагностикаси ва даволаши билан шуғулланиб, унинг замонавий жиҳатларини таъкидлашни ўз олдларига вазифа қилиб қўйганлар. Китобда ўн икки бармоқ ичак шикастланиши билан оғриган беморларнинг назарий ва амалий масалаларига оид илмий тадқиқотлар натижалари ҳамда Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали жарроҳлик бўлимларининг бебаҳо тажрибаси ўз аксини топган.

Муаллифлар китобда келтирилган маълумотларни тўлиқ деб эътироф этмайдилар ва уларнинг баъзилари мунозарали бўлиши мумкинлигини тан оладилар, шу билан бирга, ушбу асар ўз ўқувчисини топиб, пировардида тиббиёт ходимларининг билим ва кўникмалари сифатини янада оширишга ҳисса қўшишига ишонадилар.

I БОБ. ЎИБИ ЖАРОҲАТЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШДАГИ ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

§1.1. ЎИБИ механик жароҳатининг ўзига хослиги ва учраш частотаси

Ўн икки бармоқ ичак (ЎИБИ) жароҳати, ҳам диагностика ҳам даволаш нуқтаи назаридан энг оғир касалликлардан биридир. Ушбу турдаги жароҳатларнинг жарроҳлик тактикаси масалалари бугунги кунгача кўплаб тортишувлар ва келишмовчиликларни келтириб чиқармокда, бу эса ушбу муаммони нақадар долзарблигини билдиради.

ЎИБИ ёпиқ ва очик жароҳатларининг учраш частотаси 100 000 аҳоли сонига 0,4 тани ёки қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатларини 0,6 – 12% ини ташкил этади. [2; 176 С, 10; 221-222 С, 18; 27 С, 31; 37-39 С, 88; Р-73-82].

ЎИБИ жароҳатларини даволашнинг юз йилдан ортиқроқ тажрибасига эга бўлишимизга қарамасдан, бу муаммо, кам учраши, хаёт учун хавфли асоратлар ривожланиши билан кечиб, шошилишч хирургия олдида муҳим ва ҳал қилинмаган вазифа бўлиб қолмокда. Шошилишч хирургия билан шуғулланувчи ҳар бир хирург, ўз профессионал вазифасини бажариш борабарида, камида 1 – 3 марта дуоденал травма (ДТ) га дуч келади ва ҳар бир ДТ нинг ижобий яқунланиши кўпгина омилларга боғлиқ бўлади. ДТ қорин бўшлиғининг очик ва ёпиқ жароҳатларини 0,93 – 10% ни [11; 32 С, 45; 693-695 С], овқат – ҳазм қилиш тракти жароҳатларини – 0,43 – 6,5% ини ташкил этади. Жабрланувчиларнинг 76 – 80%и, 20 – 40 ёшли меҳнатга яроқли эркаклардир [44; 36-40 С, 49; 91-97 С, 91; Р-617-620]. Хирургик амалиётда кам учрайдиган ДТ овқат ҳазм қилиш трактининг энг оғир жароҳатларидан бири ҳисобланади. ЎИБИдаги кўп миқдордаги активланган ферментлар ва ўт суюқлигининг қорин парда орти соҳасига ва қорин

бўшлиғига тушиши ҳамда ферментларнинг қонга сўрилиши жабрланувчининг ҳаётига катта ҳавф туғдиради. Бу хилдаги жароҳатлардан кейин ўтказилган операцияларда 25 – 60% (72,5%) ҳолатларда эрта асоратлар кузатилади, улардан энг кўп учрайдигани ва жиддий асоратлар - дуоденал жароҳатлардаги чоклар етишмовчилиги ҳамда қорин парда орти флегмонасидир. Шу билан бирга ЎИБИ жароҳатларида ўлим кўрсаткичи жуда юқори бўлиб, ўртача 11 – 30% ни, қорин парда орти флегмонаси ривожланганда эса бу кўрсаткич 100% гача кўтарилади [13; 581-582 С, 21; 42-43 С, 39; 26 С].

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ЎИБИ жароҳати кўпинча эркакларда учраб - 71% дан 97%, аёлларда 3% дан 36% гачани ташкил этади [3; 35-42 С, 20; 200 С, 30; 92-93 С, 117; Р-22-28].

ЎИБИНинг бошқа аъзолар жароҳатлари билан қўшилиб келиши 57,5 дан 68,0% гачани ташкил этади [4; 574 С, 16; 584-585 С, 96; Р-337-341]. Кўпгина ҳолларда ЎИБИ жигар жароҳати билан [7; 21 С, 12; 76-81 С, 26; 603 С, 92; Р-112-114], ўт пуфаги ва жигардан ташқаридаги ўт йўллари билан [17; 78-81 С, 22; 39-43 С, 112; Р-847-852], шу жумладан катта дуоденал сўрғичнинг ЎИБИ деворидан узилиши [22; 39-43 С, 106; Р-179-183], талоқ [14; 23-25 С, 41; 22-26 С]. ЎИБИ жароҳатини ошқозон ости беши (ООБ) жароҳати билан бирга келиши асосий ўринни эгаллайди [33; 681 С, 75; 152 С, 98; Р-618-623], бу уларнинг анатомик жойлашиш хусусияти билан боғлиқ.

ЎИБИ ёпиқ жароҳатларида кўпинча (45,8%) пастги горизонтал қисми жароҳатланади. ЎИБИНинг пастга тушувчи қисми – 33,8%, юқорги горизонтал қисми – 20,4% ҳоларда жароҳатланади [54; 75 С, 99; Р-231-237, 93; Р-964-968]. Баъзи муаллифлар ЎИБИ ёпиқ жароҳатлари ичида унинг ретроперитонеал қисмини жароҳатланиши кўп учрашини таъкидлайдилар, бу кўрсаткич 68,0% гача бўлиши мумкин [53; 386-389 С]. Шундай қилиб, ЎИБИНинг ёпиқ жароҳатларида унинг ретроперитонеал қисмининг жароҳатланиш частотаси 90% га етиши мумкин. Д.М.Красильников ва ҳам.муалл. [33; 15-18 с] маълумотларига

кўра, ЎИБИ жароҳатларида унинг қорин парда орти соҳасини жароҳати 68% дан ошмайди [29; 658-660 С].

Ривожланиш механизмига кўра ЎИБИ жароҳатлари бўлинади: травматик – ёпиқ ва очик; паталогик ҳамда ятроген [34; 42-45 С]. ЎИБИ ёпиқ жароҳатига қорин олд деворига [90; Р-405-408, 94; Р-640-646] ёки бел соҳасига [6; 28 С, 25; 215-221 С, 101; Р-94-102] тўмтоқ жисм билан кучли зарб берилиши сабаб бўлади. Жароҳатланиш спорт травмаси: футбол ўйинида [32; 46-50 С, 108; Р-102-107], велосипед спорти билан шуғулланганда [94; Р-640-646; 87; Р-791-794] ҳамда чиқиб турган қаттиқ жисм устига юқоридан тушиб кетганда [12; 76-81 С, 27; 43-45 С], йўл – транспорт, темир йўл ва авиа катастрофиялар вақтида [35; 95-97 С, 119; Р-1336-1342] келиб чиқиши мумкин.

Шуни эсда тутиш керакки, ЎИБИ шиллиқ қаватининг морфологик структураси барча қисмларда ингичка ичакникидек бўлади, проксимал соҳасининг катта қисмида Бруннер безлари жойлашади. ЎИБИ секрецияси шиллиқ, ёпишқоқ ҳамда ишқор муҳитли бўлиб, ошқозоннинг агрессив ширасидан ҳимоя қилади. ЎИБИда ўт ва панкреатик суюқликларини кўшилиши юз беради. Бу жараён жуда интенсив бўлиб, бир кунда ЎИБИ бўшлиғидан 500 – 2000 мл сўлак, 2500 – 3000 мл ошқозон шираси, 500 – 1000 мл ўт суюқлиги ва 1500 – 2000 мл ошқозон ости беши шираси ўтади. Буларнинг йиғиндиси тахминан 5000 – 8000 мл га тенг (5-8 л). ЎИБИ орқали бундай фаол ўтиш, унинг овқат ҳазм қилиш жараёнидаги муҳим интеграл ўрнини кўрсатади ва ЎИБИ оқмасининг ҳосил бўлиши натижасида оғир ҳолатларнинг пайдо бўлишини изоҳлаб беради. ЎИБИНинг катта қисми анатомик жиҳатдан чуқурда жойлашганлиги, жароҳатлар ва тешиб ўтувчи омиллардан олд ва ён томондан умуртқа поғонаси ва кучли мушаклар қавати ҳамда қўшни аъзолар билан ҳимояланганидир [21; 42-43 С, 52; 19-22 С, 120; Р-340-346]. Шу муносабат билан унинг механик жароҳатланиши нисбатан кам учрайди. Бошқа томондан аъзонинг (ЎИБИ нинг) бундай табиий мустаҳкам ҳимояланганлигини салбий томони ҳам бор. Бундай ҳимояланиш унинг ҳаракатланишини чеклайди ва жароҳатланишига сабаб бўлади ҳамда

жароҳатланишнинг клиник белгиларини юзага чиқишини кечиктиради. Бу эса ўз навбатида ҳавфли асоратлар ва ўлим кўрсаткичини ошишига олиб келади [3; 96-102 С].

§1.2. ЎИБИ жароҳатлари классификацияси

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтгача ЎИБИ жароҳатини ягона классификацияси йўқ. ЎИБИ жароҳатини келиб чиқиш механизмига кўра А.Х.Давлетшин (1998) қўйидаги турларга бўлган: травматик, патологик ва ятроген. Травматик жароҳат ўз навбатида ёпиқ ва очик турларга бўлинади.

Жароҳатланган ичак деворини париетал қорин пардасига нисбатан жойлашишига кўра, қорин бўшлиғи ичига ҳамда қорин бўшлиғидан тақаридаги жароҳатланишларга бўлинади [71; 33-36 С, 66; 14-19 С, 116; Р-67-70], қорин бўшлиғи ичи ва қорин бўшлиғидан ташқари қўшма жароҳатларга бўлинади [82; 67-70 С]. Бошқа муаллифлар ЎИБИ жароҳатларини чегараланган ва қўшма [80; 63-64 С, 76; 79 С], ягона ва кўплаб [77; 23-26 С, 64; 34-36 С, 95; Р-276-280] жароҳатланиш бўлинади: ёрилиш, узилиш ва эзилиш [70; 197-198 С, 102; Р-67-71], интрамурал гематома [6; 28 С, 13; 581-582 С], ЎИБИ деворининг ажралиши [10; 221-222 С, 121; Р-425-428], нотўлиқ ва тўлиқ ёрилиш [37; 22 С, 55; 16 С, 114; Р-701-721] каби турларга бўлишади. ЎИБИ деворидаги жароҳат ўлчамига кўра 4 та гуруҳга бўлинади: ичак айланасининг 25% дан кам; 26 – 50%; 51 – 75%; 75% дан кўп [15; 159-160 С, 113; Р-1427-1429].

А.Б.Молитвословов [47; 46-51 С] ЎИБИ девори жароҳатини 4 турга бўлди:

- 1) ЎИБИ девори гематомаси – ичак бўшлиғи билан алоқаси йўқ.
- 2) ЎИБИ девори йиртилиши – жароҳатланиш шиллиқ қаватгача боради.
- 3) ёрилиш – ЎИБИ барча қаватлари жароҳатланади ва бўшлиқ билан алоқаси бўлади.
- 4) ЎИБИ ни тўлиқ кўндаланг ёрилиши.

Сайдаковский Ю.А. [53; 386-389 С] девор жароҳатини ЎИБИ айланасининг узунлигига боғлиқ ҳолда 4 қисмга бўлган:

- 1) 25% дан кам
- 2) 26% дан 50% гача
- 3) 51% дан 75% гача
- 4) 75% дан кўп.

Санаб ўтилган классификациялар ЎИБИ жароҳатлари кўринишини камраб олади. Лекин, кўп ва оғирлиги туфайли уларда хирургик тактикани аниқлашда қўллаш қийинчилик туғдиради. Бугунги кунда амалиётга қўллаш учун энг қўлай, 1990 йил Е. Moore муаллифдошлари томонидан таклиф этилган ва америка хирурглар-травматологлар ассоциацияси (Organ Injury Scale (OIS)) томонидан қабул қилинган классификация ҳисобланади [113; P-1427-1429].

Ўн икки бармоқ ичак жароҳатланиши шкаласи

Градация	Жароҳатланиш ҳажми	Балл AIS-90
I	Ичак бир тармоғи гематомаси Деворининг нотўлиқ ёрилиши	2. 3
II	Ичакнинг бир нечта соҳалари гематомаси Ёрилиш < 50 % айланаси (периметр)	2. 4
III	Ёрилиш 50-75 % айланаси Д2 ёрилиш 50-100 % айланаси Д1, Д3, Д4	4. 4
IV	Ёрилиш 75 % айланаси Д2 ёрилиш катта дуоденал сўрғич ва умумий ўт йўли терминал қисми жароҳати билан	5. 5
V	Панкреатодуоденал соҳасини массив ёрилиши. Ичак деваскуляризацияси	5. 5

Эслатма. Д1 – юқори қисми; Д2 – тушувчи қисми; Д3 – горизонтал қисми; Д4 – кўтариловчи қисми.

ЎИБИ жароҳатланиш даражасига қараб, бу классификация кейинги хирургик тактикани ва натижани аниқлаш имконини беради. Бунга кўра ЎИБИ жароҳатларини 5 та даражага бўлади.

Худди шундай қоидаларга асосланган классификацияни, бироз вақтдан сўнг 1994 йили G.Kline ҳам.муалл. томонидан таклиф этилган [Kline, G.,1994].

I даража – гематома ЎИБИ бир қисмини эгаллайди ёки деворда йиртилиш бор, лекин ичак бўшлиғига ўтмайди.

II даража – гематома ЎИБИ бир қисмидан кўпроғини эгаллайди ёки ЎИБИ айланисини 50% камроғини эгаллайдиган ёриқ бўлиши.

III даража – ёриқ ЎИБИ айланасининг иккинчи қисмини 50 – 75% ини ёки биринчи, учинчи ва тўртинчи қисмлар проекциясида 50 – 100% ини эгаллайди.

IV даража – ёриқ иккинчи қисм айланасининг 75% идан кўпроғини эгаллайди, ампула ёки умумий ўт йўлининг дистал қисми жароҳати бўлганда.

V даража – панкреатодуоденал соҳанинг массив жароҳати ёки ЎИБИ деваскуляризацияси.

§1.3. ЎИБИ жароҳатларининг замонавий диагностикаси ва даволаш усуллари

Ҳозирги кунгача ЎИБИ жароҳатлари диагностикасида анамнез йиғиш асосий ўринни эгаллайди, қайсики қорин соҳасига қандайдир куч билан уруш каби травма омили бор йўқлиги аниқланади. ЎИБИ жароҳати белгиларини юзага чиқиши индивидуал бўлиб, кўплаб омилларга: гепатодуоденал соҳани қон билан яхши таъминланганлиги, ҳаётининг муҳим аъзолар яқин жойлашганлиги, жароҳат оғирлигига боғлиқ бўлади [56; 555-556 С, 74; 26 С, 83; 69-74 С, 111; Р-189-196].

Агарда шошилишч диагностика вақтида дуоденал жароҳат ўз вақтида аниқланса, кўпгина ҳолларда бирламчи тикловчи операция мувофақиятли яқунланади [73; 11-14 С, 103; Р-236-238]. Шу билан бирга ташхис қўйишни кечикиши, нафақат хирургик ёрдамнинг мураккаб турларини бажаришни талаб этади, балки жабрланувчининг ўлимига олиб келадиган жиддий асоратлар ривожланашининг ҳақиқий таҳдиди пайдо бўлади [38; 80-81 С, 97;

P-467-472]. Шу билан бирга ЎИБИ жароҳатланишини диагностикасини мураккаблиги 53% жароҳатланганларда диагноз қўйишни 12 соатгача кечиқишига сабаб бўлса, 28% ида бу кўрсаткич 24 соатдан ошади. Маълумки, ҳақиқий ташхис аниқланиши бир кундан ошса, натижада беморларнинг 40% ида ўлим, 30% ида дуоденал оқма пайдо бўлади [1; 117-118 С, 118; P-829-833]. ЎИБИ жароҳатланишини бир кундан қанчалик кейинроқ вақтларда аниқланиши, барча ҳолатларда ўлим кўрсаткичини 100% га қараб яқинлаштириб борверади. Шунинг учун хирургда ЎИБИ жароҳатига шубҳа бўлса, охирги диагностик усул – диагностик лапаротомия қилиш ҳуқуқига эга бўлади [59; 626 С].

ЎИБИ жароҳатланишини кам учраши ҳисобидан диагностик хатоликлар фоизи ошиши кузатилади. Жароҳатланиш оқибатида ўтказилаётган бирламчи операция вақтида 10,0 – 30,0% ҳолларда ЎИБИ ретроперитонеал қисми жароҳати аниқланмасдан қолади [57; 625 С, 12; 76-81 С]. Операциядан кейинги даврда асоратларнинг юқори фоизиларда учраши кузатилади, бу кўрсаткич маълумотларда турлича бўлиб, 25,0 – 72,5% ни ташкил этади [21; 42-43 С, 72; 33-36 С, 100; P-611-615].

Диагностикада асосий қийинчилик ЎИБИНинг ретроперитонеал қисми жароҳатланганида юзага келади. Баъзи муаллифлар ЎИБИ ретроперитонеал қисми жароҳатида қорин олд девори узоқ вақтларгача юмшоқ, оғриксиз, унинг жароҳатланганлигини ташқи белгиларисиз кечишини айтади [57; 625 С, 53; 386-389 С]. ЎИБИ ретроперитонеал қисми жароҳатида париетал қорин парда бутунлигининг бузилиши ва кейинчалик дуоденал суюқликни қорин парда орти соҳасидан қорин бўшлиғига сизиб ўтганида Джойс симптоми мусбатлиги – ўнг ёнбош канал соҳасида перкуссион тумтоқлик пайдо бўлиши, бемор ҳолатини ўзгартирганда чегаралари ўзгаришсиз қолиши аниқланади [54; 75 С, 74; 26 С]. Ушбу симптом шуни кўрсатадики ичак махсулоти ва газ қорин бўшлиғида тарқалади, бунда жигар тумтоқлиги йўқолади ва тимпаник товуш пайдо бўлади [74; 26 С, 78; 633 С]. Бу белги фақат, ЎИБИни қорин бўшлиғи ичи қисми ёрилишига характерли бўлиб, ичак махсулотини қорин бўшлиғига оқиб чиқиши ҳамда кўп миқдорда

экссудат ҳосил бўлиб, кечикиб мурожаат қилганда кузатилади. Бошқа белгилардан ривожланиб боровчи ичак парези натижасида ҳосил бўлган газ ва нажаснинг чиқмаслиги (қорин дам бўлиши, ичаклар шовқининг эшитилмаслиги) оқибатида юзага келади. Шифохонага кеч ётқизилган ҳолатларда қорин олд девори ўнг қисмида, ўнг ёнбош соҳа, чап чов соҳаси ундан соннинг олдинги юзасига ўтувчи тери ости эмфезимаси аниқланади [16; 584-585 С, 34; 42-45 С, 109; Р-343-345]. ЎИБИ қорин парда орти соҳаси ёриғи учун патогномик симптом – ретроперитонеал эмфезимани аниқлади, аммо унинг маълумотларига кўра, бу белги жуда кам учрайди. ЎИБИНинг қорин парда орти қисми жароҳатида қорин олд девори таранглашиши узок вақт давомида бўлмаслиги мумкин [39; 26 С].

ЎИБИ ретроперитонеал қисми ёрилишида Канавелла синдроми асосий диагностик аҳамият касб этади, бу юмшоқ қоринда такрорий қусиш билан септик ҳолатнинг ривожланиши билан намоён бўлади [29; 658-660 С, 36; 330 С]. Абдоминал шокнинг клиник кўриниши 30 – 45% беморларда ЎИБИНинг кўшма жароҳатларида ва бошқа аъзолар билан, камдан – кам ҳолларда изоляцияланган жароҳатларида кузатилади [8; 28-34 С, 61; 47 С].

Қорин бўшлиғига тешиб ўтувчи типдаги жароҳатланиш, ўз – ўзидан жароҳатланиш табиатига кўра шошилишч хирургик даволашни тақозо этади [4; 574 С, 11; 32 С].

Травма олгандан кейинги дастлабки соатларда лаборатор кўрсаткичларда ўзгаришлар бўлмайди. Нисбатан кечки босқичларда лейкоцитар формулани чапга силжиши билан лейкоцитлар сонининг ошиши қайд этилади. Қон таҳлилида специфик характердаги ўзгаришлар кузатилмайди. Лаборатор таҳлил усуллари қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнининг мавжудлигини кўрсатади, бу яллиғланишни жароҳатланиш оқибатида келиб чиқишини кўрсатади [65; 255 С]. Сийдик таҳлилида ўзгаришлар топилмайди. Аммо, Пастернацкий симптомининг мусбат бўлиши билан уродинамик ўзгаришларсиз ўнг буйрак санчиғининг клиник кўриниши, агар анамнезида жароҳатланиш бўлса, ЎИБИ орқа девори ёрилишидан далолат беради [67; 194-195 С, 83; 69-74 С, 89; Р-248-255].

Кейинчалик интоксикация ва перитонит белгиларининг ривожланиб боришида, сийдик таҳлилида токсик бўйракка хос ўзгаришлар пайдо бўла бошлайди [85; P-150]. Баъзи ҳолларда қонда амилаза, сийдикда диастаза миқдорини ортиши ЎИБИнинг қўшма жароҳатланишидан дарак беради [27; 43-45 С, 28; 90-91 С, 99; P-231-237].

ЎИБИ ёпиқ жароҳатини диагностикасида инструментал текшириш усуллари катта аҳамиятга эга. Қорин бўшлиғида эркин суюқликни аниқлаш ва қорин парда орти соҳада дуонеал ва йўғон ичак атроф тўқималарининг ҳолатини баҳолаш учун динамикада УТТ дан фойдаланиш тавсия этилади [7; 21 С, 25; 215-221 С, 87; P-791-794].

Ультратовуш текшириш (УТТ) усули қорин бўшлиғида 100 – 200 мл гача бўлган эркин суюқлик борлигини, шунингдек, аъзо ва унинг жароҳатланиш хусусиятини ишончли тарзда аниқлайди [7; 21 С]. Қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатланишида ультратовуш текширувининг сезгирлиги 75,0-86,7%, ўзига хослик 88,4-100% ва аниқлилиги 82,0-92,0% кўрсаткичга эга [29; 658-660 С, 109; P-343-345]. Ультратовуш текширишда ўнг бўйракнинг “ёпиқ” кўриниши, ЎИБИнинг ретроперитонеал қисми жароҳатидан дарак беради [95; P-276-280].

Ультратовуш текширувида ривожланган тери ости эмфиземаси, метеоризм, ортиқча тана вазнининг бўлиши текшириш натижаларини изоҳлашда қийинчиликларни келтириб чиқаради [117; P-22-28].

Рентгенологик диагностик текшириш усуллариининг ишончилиги 33,0 - 80,0% га етади [5; 575 С, 116; P-67-70]. Бемор аҳволининг оғирлиги шошилиш текширишлар ўтказиш учун қарши кўрсатма бўла олмайди. ЎИБИ жароҳатланишини рентгенологик белгилари: диафрагма гумбазининг ҳаракатланиши чекланган ҳолда баланд туриши [5; 575 С, 8; 28-34 С, 115; P-59-65], киндикнинг ўнг томонида кенг тарқалган қоронғилашиши, газ тўпланиши туфайли ўнг бўйрак соясининг ғайриоддий аниқ контури [31; 37-39 С, 45; 693-695 С, 114; P-701-721], қорин парда орти соҳаси эмфиземаси, бу чап ёки ўнг бел мушаклари проекциясида ёруғланиш билан намоён бўлади [22; 39-43 С, 113; P- 1427-1429]. ЎИБИнинг қорин бўшлиғи ичига ёрилиши бўлган беморлар

рентген текшируви пайтида, ўнг томонлама диафрагма гумбази остидаги эркин газ тасмаси, шунингдек, ўнг диафрагма гумбазининг баланд бўлиши аниқланади [79; 51-56 С, 112; Р-847-852].

Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси ультратошув текширувида ЎИБИнинг ретроперитонеал қисми жароҳатига шубҳа (қилиш мумкин) бўлса, кўпроқ маълумот берадиган компьютер томографиясини ўтказиш орқали тўғри ташхис қўйиш мумкин [33; 681 С, 120; Р-340-345].

Компьютер томографияси (КТ) ретроперитонеал аъзоларни ўрганишда, ўн икки бармоқ ичак, ошқозон ости бези ва қорин парда орти соҳаси, ўт йўллари, атрофдаги қон томир тузилмалари ва ошқозон-ичак тракти қисмлари ҳақида кўп қиррали маълумотлар берувчи энг нозик тадқиқот усулларида биридир [84; 81-88 С, 89; Р-248-255]. Ҳозирги вақтда КТ паренхиматоз аъзоларларнинг жароҳатланишини ташхислашда кенг қўлланилади.

Қорин бўшлиғининг компьютер томографияси ёрдамида контрастли воситаларни бир вақтнинг ўзида *per os* (оғиз орқали) ва томир ичига юбориш орқали ЎИБИнинг қорин парда орти қисмларининг ёрилиши шубҳасини тасдиқлаш мумкин [75; 152 С]. Агар КТ замонавий аппаратда тажрибали мутахассис томонидан амалга оширилса, унда тадқиқотнинг диагностик аниқлиги анча юқори бўлади. ЎИБИнинг жароҳатланишини кўрсатадиган асосий белги, унинг ичига юборилган контраст модданинг ичак девори чегарасидан ташқарига чиқиши; буни буйрак атроф бўшлиқда газнинг тўпланиши ҳам тасдиқлайди [72; 33-36 С, 60; 190-191 С, 86; Р-937-942]. Агар, патологик ўзгаришлар бўлмаса, контраст модда ўн икки бармоқ ичакни тўлдираётган вақт давомида кўриниб тўради, контраст модда унинг чегарасидан ташқарига чиқмайди [99; Р-231-237]. Гематома ва ЎИБИ девори жароҳатланишининг дифференциал диагностикаси учун қорин бўшлиғини КТ текширувидан фойдаланганда, барча текширилган беморларда тўғри ташхис қўйилган ва бирорта ҳам диагностика хатога йўл қўйилмаган [15; 159-160 С, 92; Р-3-102]. Шундай қилиб, ЎИБИнинг жароҳатланишига ташхис қўйиш учун услубий ва тўлиқ ўтказилган компьютер томографияси тажрибали мутахассис иштирокида ўтказилиши талаб қилинади.

Шошилинич фиброгастроуденоскопия жуда кўп маълумот бериши мумкин, бу орқали ЎИБИдаги қон, гематома ёки унинг деворининг ёрилишини аниқланиши мумкин [69; 57-58 С, 106; Р-179-183]. Фиброгастроуденоскопия ретроперитонеал соҳа жароҳатланишида ягона ноинвазив топик диагностиканинг аниқ ва тезкор усулидир [1; 117-118 С, 50; 88-94 С].

Баъзи муаллифлар лапароцентезни "шарящим" катетер қўйишни ва қорин бўшлиғини ювиш билан қўллашни тавсия қилади; бу усулнинг мақсади қонни, ЎИБИНинг махсулотлари ва ошқозон ости беzi ферментларини аниқлашга қаратилган. Агар перитонеал перфузатда амилаза ёки сафро пигментлари топилса, ўн икки бармоқ ичак, жигар, ўт йўллари ва ошқозон ости безининг жароҳатланишига шубҳа қилиш мумкин [48; 340-343 С, 82; 67-70 С]. Бироқ, лапароцентез жароҳатнинг оғирлигини баҳоламасдан, фақат ўн икки бармоқ ичак жароҳатланишининг билвосита белгиларини (қон, патологик аралашмалар) аниқлаш имконини беради. Шунинг учун лапароцентез ўн икки бармоқ ичакнинг ретроперитонеал жароҳатланишини аниқлашда кам самарали тадқиқот усули ҳисобланади.

ЎИБИНинг ретроперитонеал қисмининг жароҳатини операция вақтида аниқлаш, операциядан олдинги вақтдаги диагностикадаги қийинчилигидан кам эмас ва турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, 10,0-30,0% ҳолларда бирламчи жарроҳлик амалиёти вақтида бу ташхис аниқланмасдан қолади [18; 27 С, 23; 28-34 С]. Энг кўп учрайдиган диагностик хатоликлар ЎИБИНинг ретроперитонеал қисмининг жароҳатиланишида учрайди, айниқса улар бошқа аъзоларнинг жароҳатланиши билан бирга келган бўлса [30; 92-93 С, 88; Р-73-82]. Кўпгина муаллифларнинг фикрига кўра, диагностик хатоларнинг асосий сабаби, ретроперитонеал гематомаларни асоссиз равишда ревизия қилмаслик.

Ёпиқ жароҳатларнинг интраоперацион диагностикасига келсак, 1912 йилда Winiwarter (А.Ж.Садуакасов томонидан келтирилган, 1988 йил) қўйидаги ибора келтирилган: “Агар қорин бўшлиғининг оғир лат ейишидан кейин қорин бўшлиғида газ ёки суюқлик бўлмасдан ретроперитонеал соҳада

кон, газ ёки сафро мавжудлиги аниқланса, унда ЎИБИНинг жароҳатланишига амин бўлишингиз мумкин”. Ушбу қоида бугунги кунда ҳам ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ [35; 95-97 С, 99; Р-231-237].

Winiwarter (1912) ва кейинчалик Laffite (1934) ЎИБИНинг ретроперитонеал қисми жароҳатланишига хос бўлган белгилар триадасини тавсифладилар: ретроперитонеал гематома, қорин парданинг орқа қатламининг сариқ-яшил рангга бўялиши ва ЎИБИ соҳасида париетал қорин парданинг эмфиземаси [32; 46-50 С, 97; Р-467-472]. Баъзи муаллифлар ушбу триадани қўйидаги симптомлар билан тўлдирадилар: қорин бўшлиғида сафронинг бўлиши ёки сафро рангли суюқлик мавжудлиги [49; 91-97 С, 90; Р-405-408] "стеатонекроз" доғлари мавжудлиги [67; 194-195 С, 100; Р-611-615], гепатодуоденал бойлам ва кичик чарви халтасининг шишиши [66; 14-19 С], ЎИБИ соҳасидаги тўқималарнинг шишасимон шиши ва уни ингичка ичакнинг тутқич илдизига ўтиш билан [85; Р-150]. Ушбу белгилар жарроҳдан, биринчи навбатда, уларни ўтказиб юбормаслик учун тажриба ва эҳтиёткорликни талаб қилади, иккинчидан, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси аъзоларини тўлиқ қайта кўриб чиқишни талаб қилади. Қорин парда орти гематомаси ўнг ёнбош канал бўйлаб тарқалиши ва ингичка ичак тутқичининг илдизидан кўндаланг - чамбар ичак тутқичига ўтиши мумкин [78; 633 С]. Санаб ўтилган белгилар биргаликда келиши ёки умуман бўлмаслиги мумкин. Бу ЎИБИНинг жароҳатланиш турига ва жароҳатланган пайтдан бошлаб ўтган вақтга боғлиқ. Ретроперитонеал гематома ЎИБИ жароҳатланишининг доимий белгисидир [76; 79 С]. Шу муносабат билан, санаб ўтилган белгиларнинг камида биттасининг мавжудлиги қорин парда орти соҳасини ревизияси учун кўрсатма ҳисобланади [73; 11-14 С].

Баъзи муаллифлар ЎИБИНинг ретроперитонеал ёрилишини интраоперацион диагностикасида, ўн икки бармоқ ичакка киритилган най орқали турли хилдаги бўёқлардан фойдаланган ҳолда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакни ҳаво билан шишириш орқали аниқлаш усулини таклиф қиладилар. Ёриқ бўлса, рангли эритма қорин парда орти соҳасига ўтади ва париетал қорин парда орқали кўринади, агарда қорин парда ҳам ёрилган бўлса, қорин бўшлиғига ҳам

эркин чиқади, шиширилганда ҳаво қорин бўшлиғига ўтиши кузатилади [68; 132 С, 111; Р-189-196].

ЎИБИ ревизиясини иккита асосий усули мавжуд: ўн икки бармоқ ичакни Кохер-Клермон усулида мобилизацияси, агар лозим бўлса, Трейц бойламини кесиш билан ҳамда Callell-Braasch усулига кўра - йўғон ичакнинг ўнг бурчагини (жигар бурчагини) мобилизация қилиш, бу қорин парда орти соҳасини синчиклаб ўрганиш имконини беради, айниқса массив гематома бўлганда [17; 78-81 С, 110; Р-1-5].

§1.4. ЎИБИ жароҳатларини жарроҳлик усулида даволашнинг замоний жиҳатлари

ЎИБИ жароҳатларини жарроҳлик йўли билан даволаш кам ўрганилган муаммолардан бири бўлиб қолмоқда, бу қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси аъзоларининг қўшма ва қўплаб жароҳатлари таркибида ушбу турдаги жароҳатланишнинг кам учраши билан боғлиқ [19; 40-41 С]. ЎИБИ жароҳати бўлган беморлар операцияси пайтида, қоидага кўра, қорин парда орти соҳасида қон қўйилиши, ўт аралашмали эмфизема аниқланади [40; 81-85 С].

Р.С. Чирков ва муалл. [73; 11-14 С] итлар устида ўтказган тажрибаси шуни кўрсатдики, жароҳат катта дуоденал сўргичдан дистал соҳада жойлашганда, жароҳатланган пайтдан бошлаб бир хил вақт оралиғида ўн икки бармоқ ичакдаги яллиғланиш ва деструктив ўзгаришлар янада кучли ва жуда тез ривожланувчи характерда бўлади, бу ўт ва ошқозон ости беши ширасининг зарарли таъсири билан изоҳланади. Шунинг учун жарроҳлик тактикаси нуқтаи назаридан муаллифлар ЎИБИНинг супра- ва инфрапапилляр зоналарга ажратадилар. Муаллифларнинг тажрибаси шуни кўрсатадики, агар жароҳат олган вақтдан бошлаб вақт оралиғи 4 соатдан ошмаса, ЎИБИ деворидаги нуқсонни атравматик ип билан икки қаторли чоклар билан тикиш керак. Вақт оралиғи 4 соатдан ошса, у ҳолда унга дифференциал ёндашиш керак. Агар ЎИБИНинг инфрапапилляр қисми жароҳатланган бўлса, чоклар етишмовчилигини ривожланиш хавфи юқори бўлса, биринчи босқичда

дуоденостомия шакллантириш керак, иккинчи босқичда эса беморнинг ахволини барқарорлаштиришдан кейин уни йўқ қилиш керак.

ЎИБИНинг тешиб ўтувчи ва ёпиқ жароҳатларига тиббий ёрдам кўрсатиш, бир қатор устувор вазифаларни ўз ичига олади [56; 555-556 С, 104; Р-165-168]. Биринчи ва энг муҳими, қон кетишни тўхтатиш, бемор ҳаётни сақлаб қолиш шунга боғлиқ. Иккинчи ва бу ҳам жуда муҳим бўлиб, қорин бўшлиғини, қорин парда орти соҳасини бактериал ифлосланишдан имкон қадар тезроқ тўхтатиш ва шунга мос равишда бошқа турдаги инфекциялар билан перитонит, қорин парда орти соҳаси флегмонаси ривожланишини олдини олишни назарда тутати. Ниҳоят, учинчи устувор йўналиш - бу ЎИБИНинг жароҳатини операция давомида аниқлаш, бу ҳар доим ҳам осон эмас [108; Р-102-107]. Албатта, ушбу учта асосий вазифани ҳал қилиш фақат шошилиш жарроҳлик операцияси доирасида амалга оширилиши мумкин ва у ЎИБИ ва бошқа аъзоларнинг ўзига хос жароҳатланишига қараб бажарилиши керак [80; 63-64 С, 107; Р-748-753]. Кўпгина жарроҳлар томонидан тўпланган тажриба шуни кўрсатадики, ЎИБИ жароҳатларининг 80%ини етарли даражада ишончлилик билан бирламчи тикланувчи операция қилиш мумкин [79; 51-56 С, 103; Р-236-238]. Қолган 20%, шу жумладан ўн икки бармоқ ичакни (олиб ташлаш) алоҳидалаш, янада мураккаб жарроҳлик аралашувларни талаб қилади [19; 40-41 С, 102; Р-67-71], шу жумладан беморнинг ўта оғир ахволида «damage control» амалиёти қўлланилади [13; 581-582 С, 101; Р-94-102].

Сўнгги йилларда Америка жарроҳлар ассоциацияси томонидан таклиф қилинган травматик жароҳатларни даволаш (ААСТ) ва алоҳида аъзолар жароҳатланишининг жиддийлигини таснифлаш қўмитаси (ОИС) таснифлари тобора оммалашиб бормоқда [68; 132 С]. Бунда ЎИБИНинг I ва II даражали жароҳатланиши бўлса, бирламчи реконструктив операциялар ўтказилди. Жароҳатланишнинг III-V даражалари жарроҳлик аралашувларнинг янада мураккаб (коррекцияловчи) тикловчи турларини талаб қилади: ЎИБИНинг дивертикулизацияси, дуоденоеюностомия, панкреатодуоденостомия, пилорик соҳанинг вақтинча ёпиш ва бошқалар [64; 34-36 С, 86; Р-937-942].

ЎИБИНинг тўлиқ узилишида иккала учининг қирғоқларини кесиб янгилаш ва бирламчи анастомоз шакллантириш орқали унинг яхлитлигини тиклаш тавсия этилади [44; 36-40 С, 104; Р-165-168]. Агар ЎИБИНинг максимал мобилизациясидан сўнг, яқинлашаётган учларнинг тортилишини бартараф этишнинг иложи бўлмаса ёки жароҳатланган жой ўт йўлининг қўшилиш жойига яқин жойлашган бўлса, у ҳолда ЎИБИНинг келувчи учи билан ингичка ичак ковузлоги ўртасида анастомоз шакллантириш тавсия этилади, энг маъқул ажратиш Ру усули билан яхшироқ, яъни У – симон шаклидаги дуоденоеюноанастомозни қўйиш [37; 22 С, 113; Р-1427-1429]. Бунда ЎИБИНинг кетувчи қисми маҳкам ёпилади [47; 46-51 С, 54; 75 С, 110; Р-1-5].

Камдан кам ҳолларда панкреатодуоденэктомияга эҳтиёж сезилади - техник жиҳатдан мураккаб бу операция ўт ҳамда ошқозон ости бези йўлларининг дистал қисмини оғир жароҳатларида, шунингдек ошқозон ости бези (ООБ) томирларидан (профуз) назоратсиз қон кетишида бемор ҳаётни сақлаб қолиш учун қўлланилади [16; 584-585 С, 97; Р-467-472]. Бу жуда қийин ва ноёб аралашувлар фақат катта ихтисослаштирилган шошилиш жарроҳлик марказларида юқори тоифадаги мутахассислар томонидан зарур жиҳозлар, дори-дармонлар, донорлик қонининг бутун арсенали мавжуд бўлганда амалга оширилиши мумкин; беморларнинг омон қолиш даражаси 67-80% дан ошмайди [14; 23-25 С, 96; Р-337-341]. Сўнгги йилларда жароҳатланган ўн икки бармоқ ичакни олиб ташлаш лозим бўлган ҳолатларда, ошқозон ости безининг бутунлигини сақлаб қолувчи операциялар ҳақида хабарлар мавжуд, бу каби операциялар жарроҳларнинг энг юқори малакасини талаб қилади, шунингдек, бундай аралашувларнинг оқибатларини ўрганиш зарур бўлади [17; 78-81 С, 95; Р-276-280]. Шунга ўхшаш техник усулларни режали жарроҳлар амалга оширишади [80; 63-64 С].

Кўпгина жарроҳлар бирламчи тикланувчи операцияларда ўн икки бармоқ ичакдан махсулот ўтишини чеклаш мақсадга мувофиқлигини тан олишади [77; 23-26 С]. Аввало, гастро-еюноанастомоз қўллашнинг

фойдалилигини таъкидлаш керак [68; 132 С, 117; P-22-28]. Гастроеюноанастамознинг шаклланиши пептик яраларнинг кейинги ривожланиши билан боғлиқ бўлганлиги сабабли [20; 200 С], бир вақтнинг ўзида ваготомияни амалга ошириш таклиф қилинди [22; 39-43 С]. ЎИБИ орқали маҳсулот ўтишини чеклашга алтернатив ёки қўшимча усул сифатида ретроград еюностомия қилиш лозимлиги айтилади [25; 215-221 С, 90; P-405–408]. Дуоденостомия айниқса қўйилган чоклар соҳасида декомпрессия усули сифатида қўлланилади, бу фақат операциядан кейинги ЎИБИ оқмалари частотасининг ошишига олиб келади [23; 28-34 С, 93; P-964-968]. Декомпрессия усуллари операциядан кейинги дуоденал оқмаларини 11,8% дан 2,3% гача, ўлим даражасини эса 19,4 дан 9% гача пасайишига олиб келади. Бироқ, баъзи муаллифларнинг таъкидлашича, ошқозон-ичак трактининг юқори қисми декомпрессияси, асоратлар сонини нафақат камайтиради, балки, аксинча, оширади [32; 46-50 С, 90; P-405-408]. Бундай ҳолларда ваготомия қилиш тавсиясини ҳамма тадқиқотчилар ҳам мақулламайди, чунки анастомоз пептик ярасини консерватив даволаш мумкин.

Пилорик соҳадан маҳсулот ўтишини вақтинча чеклаш, ЎИБИ жароҳатларини жарроҳлик усулида даволашда, шунингдек, ЎИБИ ва ООБ жароҳатларини қўшилиб келганда қўллаш мақсадга мувофиқ деб топилди [18; 27 С, 91; P-617-620]. Ушбу операция пилорик соҳани сўрилиб кетувчи ип билан тикилиб, бир вақтнинг ўзида гастроеюноанастамоз қўйиш билан якунланади. Шу билан бирга, ЎИБИнинг тикилган жароҳатини битиши деярли хавфсизроқ кечади, бу нафақат классик экспериментал тадқиқотларда исботланган [30; 92-93 С], балки, кўплаб жарроҳлар томонидан клиник амалиётда қўлланилади [43; 23 С, 46; 459-460 С]. Маълум бўлишича, ЎИБИ ўтказувчанлигининг бузилганлиги кейинги 2-8 ҳафта ичида яна тикланади, бу қандай тикилиши ва тикув иплар қандай материалдан ясалганидан қатъий назар, шу жумладан атравматик игнали монофиламент ип бўлса ҳам [52; 19-22 С, 115; P-59-65]. Бу тикилган жароҳатларни муваффақиятли битиши учун етарли. Гастроеюноанастамоз ҳам кейин ўз-ўзидан ёпилади.

ЎИБИ жароҳатини тикиш, антрумэктомия, гастроеюностомия ва умумий ўт йўлини Т-шаклидаги найча билан дренажлашни назарда тутадиган, ЎИБИ "дивертикулизацияси" амалиёти мутахассислар орасида тобора кўпроқ эътироф этилмоқда [27; 43-45 С]. Бироқ, ЎИБИНинг мураккаб жароҳатларини даволашнинг оптимал усулини ишлаб чиқиш муаммосининг якуний хулосалашга қадар, қўшимча тадқиқотларни давом эттириш талаб этилади [9; 39-42 С].

Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, махсулот ўтишини чеклаб қўйувчи турли хил операцияларидан кейин асоратлар сони, ЎИБИ ўтказувчанлиги сақлаб қолинганлигига қараганда анча кам [103; Р-236-238].

ЎИБИНинг ёрилиши ёки санчиб кесилишида, операциянинг асосий тури ЎИБИ деворидаги нуқсонни тикишдир. Одатда икки қаторли чоклар қўйиш қўлланилади [9; 39-42 С], ундан кейин чоклар чизигини катта чарви билан перитонизация қилинади [2; 176 С]. Истисноли ҳолларда ЎИБИ деворидаги нуқсонни эндоскопик усулда клипслаш орқали [5; 575 С] ёки лапароскопия [4; 574 С] ёрдамида бартараф этиш мумкин.

Lucas С.Е., ва муалл. [110; Р-1-5], ЎИБИ нинг жароҳати ичак айланасининг 40% дан камроқ қисмини эгаллаган ҳолатларда, ичак ярасини тикиш кифоя қилади, деб ҳисоблашади. Худди шу ҳолатларда, жароҳатлар ичак айланасининг 40% дан кўпроғини эгаллаганида, жароҳатланган жойни тикиш дренаж операциялари билан биргаликда қилиниши керак.

Иванов П.А., ва муалл. маълумотларига кўра [23; 28-34 С], ЎИБИ жароҳатини ЎИБИ жароҳат олгандан кейин 6 соат ичида тикиш энг мақбулдир; бундан узокроқ вақт ўтган бўлса, ЎИБИни "ажратиш" га қаратилган операцияларни қилиш мақсадга муофиқ бўлади. ЎИБИ девори эзилиб йиртилганида жароҳатнинг четларини кесиш керак [1; 117-118 С]. Баъзи муаллифлар ЎИБИ жароҳатини тикишда ёки чоклар устини мустаҳкамлаш учун ошқозоннинг катта эгрилигидан қон томир оёқчали сероз-мушак-шиллик ости лоскутидан фойдаланишни таклиф қиладилар [10; 221-222 С]. Чоклар етишмовчилининг олдини олиш мақсадида трансназал киритилган зонд ёрдамида ЎИБИни декомпрессия қилиш тавсия этилади.

ЎИБИНинг жароҳатланишидан кейинги деформациялари, унинг бўшлиғини стенозига олиб келган тақдирда, гастроэнтероанастомоз, ичаклараро Браун дарчаси билан шакллантирилиши керак [8; 28-34 С]. Агар ЎИБИНинг эзилиб йиртилган қисми катта дуоденал сўргич соҳасидан ташқарида бўлса, жароҳатланган қисмини циркуляр резекция қилиш мумкин. Агар ичакнинг учлари тортилишсиз бирлаштирилиши мумкин бўлса, «учма учи» анастомоз қўйилиши керак. Буни бажратиш имкони бўлмаса, ичакнинг учлари тикиб маҳкамланади ва гастроэнтероанастомоз ёки дуоденоюноанастомоз қўйилади. Агар ЎИБИНинг юқори горизонтал қисми тўлиқ ёрилиб кетган бўлса ёки ошқозон ЎИБИдан ажралган бўлса, Бильрот-II усули ёрдамида ошқозон резекцияси амалга оширилади [33; 681 С]. ЎИБИНинг тикилган соҳасидаги чоклар етимовчилигини, шунингдек, операциядан кейинги даслабки даврда панкреатитнинг олдини олиш мақсадида декомпрессив холецистотомия шакллантирилади [38; 80-81 С, 98; Р-618-623].

А.Г. Хасанова ҳам.муалл., (2014) фикрига кўра, ЎИБИ жароҳатларини даволаш натижаларига салбий таъсир қилувчи омиллар – нуқсон ўлчами ичак айланасининг 50% дан кўпроғини ташкил қилиши, жароҳатланиш локализацияси пастки горизонтал қисмда бўлиши, қўшма панкреатодуоденал жароҳатланишлар ва шу билан бирга ретроперитонеал флегмонанинг ривожланишидир. Бир қатор муаллифлар, шунингдек, ЎИБИНинг жароҳатланишларида натижага таъсир қиладиган ножўя прогностик омилларни ажратадилар [41; 22-26 С]. Биринчидан, бу умумий ўт йўллари ва/ёки ошқозон ости беги жароҳатланиши қўшилиб келиши, ЎИБИ девори айланасининг 75% дан кўпроғини ёрилиши ёки санчиб кесилиши, жароҳатланиш ЎИБИНинг юқори горизонтал ва тушувчи қисмида жойлашиши, оператив даволашни кечикиши, жароҳат олган вақтдан бошлаб 24 соатдан ортиқ вақтдан кейин бажарилиши.

ЎИБИНинг ретроперитонеал қисмининг ҳар қандай жароҳатларида корин парда орти соҳасини дренажланиши лозим, буни бел соҳасидан котрапертура орқали амалга ошириш энг самарали усул ҳисобланади [49; 91-97 С, 62; 45-50 С]. Багненко С.Ф., ва муалл. (2006) фикрига кўра [12; 76-81 С], панкреатодуоденал соҳа аъзоларининг жароҳатланишларида, чарви

халтасини дренажлаш лозим. Катта жароҳатларда бир қатор жарроҳлар дивертикулизация деб аталадиган усулдан фойдаланадилар. Ушбу операция кўйидагиларни ўз ичига олади: ЎИБИ жароҳатини тикиш, пилорик соҳани резекция қилиш, ствол ваготомия, холецистостомия ва масофали ташқи дуоденостомияни кўйиш. Бироқ, Миннуллин М.М., ва муалл.лар (2015) фикрига кўра [40; 81-85 С], дуоденостомия ҳар доим ҳам чоклар етишмовчилигидан ишончли ҳимояни таъминлай олмайди. Ушбу операцияни ваготомия ва холецистотомиясиз ҳам бажариш мумкин. Аксарият жарроҳлар ушбу жарроҳлик аралашувга, биринчи навбатда, кўп травма етказиши туфайли, шунингдек, ошқозоннинг ўзгармаган антрал соҳасини олиб ташлаш зарурати борлиги туфайли унчалик ҳоҳиш билдиришмайди [61; 47 С]. Сўнгги йилларда модификацияланган дивертикулизация қўлланилди, бу ЎИБИни пилорик соҳадан ажратилиб, ошқозоннинг препилорик қисмини тикиш орқали, кейинчалик гастроэнтероанастомоз шакллантириш ва жароҳатланган соҳани дренажлашдан иборат [63; 181-182 С].

Пилорусни хром кетгут билан боғлаш орқали ЎИБИни вақтинча ажратиб кўйиш кам шикастли бўлиб, бу чоклар етимовчилиги хавфи мавжуд бўлганда қўлланилади [55; 16 С]. Баъзи муаллифлар ЎИБИни катта дуоденал сўрғичдан проксимал соҳадан тикув аппарати билан тикишни таклиф қиладилар, агар нуқсон дистал жойлашган бўлса, дуоденоюноанастомоз алоҳидаланган Ру ҳалқаси билан шакллантирилади, проксимал соҳада аппарат чоклари билан [59; 626 С, 102; Р-67-71]. ЎИБИни алоҳидалаш II ва III даражали жароҳатланишларда энг самарали бўлади, шу билан бирга чоклар етишмовчилигини 43% дан 12% гача камайтириш мумкин [104; Р-165-168], шунингдек, жароҳат олган пайтдан бошлаб кўп вақт ўтгандан сўнг келганларга қилиш тавсия этилади [60; 190-191 С]. Панкреатодуоденал зонага катта жароҳатланиш етказилганда, ҳамда аъзоларни сақлаб қолиш имкони бўлмаган ҳолларда панкреатодуоденал резекция операциясини бажаришга кўрсатма бўлади. Панкреатодуоденал резекцияга кўрсатмалар: 1) ЎИБИ ва ошқозон ости беги бошининг эзилиши; 2) сўрғичнинг ЎИБИ деворидан ажралиши; 3) ошқозон ости беги бошидан ажралиши туфайли

ЎИБИНинг деваскуляризацияси; 4) ЎИБИ деворининг умумий ўт йўли ва ошқозон ости беи йўлининг терминал қисми билан биргаликда жароҳатланиши; 5) дарвоза венасининг панкреатик сегментидан кўп миқдорда қон кетиши [67; 194-195 С].

Операциядан кейинги даврда асоратлар даражаси юқори бўлиб 25 дан 72,5% гача етмоқда. ЎИБИНинг ёпиқ жароҳатларида асоратлар очик жароҳатларга қараганда деярли икки баравар кўп учрайди - мос равишда 61,9 ва 33,3% [70; 197-198 С], ёпиқ жароҳатларда ўлим кўрсаткичи эса ЎИБИ нинг очик жароҳатларига қараганда деярли 3 баравар юқори бўлиб қолмоқда [64; 34-36 С].

Операциядан кейинги эрта даврда энг кўп учрайдиган ва даҳшатли асоратлар бу дуоденал жароҳатдаги чоклар етишмовчилиги, перитонит ривожланиши ёки ташқи оқма шаклланишидир [71; 33-36 С, 94; Р-640-646]. Операциядан кейинги ўлим кўрсаткичининг юқори бўлиши, асосан, кеч касалхонага ётқизиш ва ташхис қўйиш билан боғлиқ бўлиб, ЎИБИНинг алоҳида жароҳатларида 11,8 дан 30,5% гача, қўшма жароҳатларда эса 46,6 дан 80% гача ташкил этади. Қорин парда орти соҳаси флегмонасининг ривожланишида ўлим кўрсаткичи 100% га етиши мумкин [39; 26 С].

Тўғридан-тўғри ўлимга олиб келадиган асорат бу кўпинча анастомозларга қўйилган чоклар етишмовчилиги бўлиб, натижада септик инфекцияга ва тизимли кўп органлар етишмовчилигига (ТКОЕ) олиб келади [27; 43-45 С, 75; 152 С, 106; Р-179-183]. ҳисобланади. Шунингдек, адабиётларда ўлим сабаб бўлган бошқа омиллар ҳам келтирилган: зотилжам [73; 11-14 С, 65; 255 С] ривожланиб борувчи перитонит ва қорин парда орти соҳаси флегмонаси туфайли келиб чиққан оғир токсикоз, қорин бўшлиғи органларининг аниқланмаган жароҳатланиши, сепсис, ривожланиб борувчи озиб кетиш, травматик панкреатитни йирингли асоратлари, шок, ўқ узилиши натижасида ичак деворининг некрози, оғир қўшма келган травмалар [40; 81-85 С], панкреатит фонида ривожланган кўплаб аъзолар етишмовчилиги, тарқалган интраваскуляр коагуляция синдроми [71; 33-36 С, 108; Р-102-107].

Шундай қилиб, маҳаллий ва хорижий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, ЎИБИнинг механик жароҳатланиши етарли даражада ўрганилмаган муаммодир. Шу билан бирга, ЎИБИ жароҳатланиши билан оғриган беморларни диагностика сифати ва жарроҳлик даволаш натижалари анча паст даражада қолмоқда, бу ЎИБИ деворига турли хил жароҳатланишлар учун ташхис қўйиш ва ягона жарроҳлик тактикасининг ягона ёндашуви йўқлиги билан изоҳланади. Бу муаммолар илмий ишимизнинг мавзусидир.

§1.5. ЎИБИ жароҳатланиши бўлган беморларда операциядан кейинги давр ва реабилитация хусусиятлари

ЎИБИ оқмалари ўта хавфли асоратлар бўлиб қолмоқда [72; 33-36 С, 100; Р-611-615], улар тезда беморни озиб кетишига ва сепсисга олиб келади [56; 555-556 С]. Турли манбаларга кўра, ЎИБИ оқмалари 5,1 дан 14,3% гача бўлган ҳолларда учрайди [59; 626 С]. Кўпинча улар операциядан кейинги 7-куни шаклланади [69; 57-58 С]. Аксарият ҳолларда улар ўз-ўзидан ёпилади [66; 14-19 С].

Дуоденал оқмалар одатда терминал ва латерал, супрапапилляр ва инфрапапилляр турларга бўлинади. Дуоденал оқмалар фақат экскретор функцияси нуқтаи назаридан тўлиқ эмас, чунки улар ичак таркибининг фақат маълум бир қисмини чиқаради. Танадаги патофизиологик бузилишларнинг оғирлиги табиий ўтишнинг бузилиши даражасига боғлиқ [48; 340-343 С].

ЎИБИ оқмаларининг консерватив давosi ирригация-аспирация тизимидан фойдаланган ҳолда гомеостазни тузатиш ва тиклашга ва оқма яраларида регенератив жараёнларни нормаллаштиришга қаратилган чоратадбирлар мажмуидан иборат [28; 90-91С].

ЎИБИнинг ретроперитонеал қисмидаги консерватив даволаб бўлмайдиган оқмаларни жарроҳлик йўли билан даволаш керак [32; 46-50 С, 114; Р-701-721]. Жарроҳлик даволаш усулларида бирини В.Р. Бонацкий ва А.Е.Корлем 1969 йилда тавсия этган. Операция ошқозоннинг пилороантрал қисмини тикиш орқали оқмани бир томонлама бартараф этишдан иборат

бўлиб, [110; P-1-5] гастроэнтероанастомоз қўйиш билан Браун бўйича ичаклараро дарча қўйилади. Бир қатор муаллифлар ЎИБИнинг қорин парда орти қисмидаги оқмаларни даволашда ушбу операциянинг юқори самарадорлигини таъкидлайдилар [19; 40-41 С, 39; 26 С]. Баъзилар антрал соҳани резекция қилиб, ЎИБИ нинг декомпрессия қилиш учун Браун анастомози билан узун қовузлокли гастроэнтероанастомоз шакллантиришни таклиф қиладилар [87; P-791-794], бошқалари эса гастроэнтероанастомоз ва Браун дарчаси қўйиш билан чегараланади [81; 251 С].

ЎИБИ жароҳатларида операциядан кейинги даврда қорин парда орти соҳаси флегмонаси 8,5% беморларда ривожланади [79; 51-56 С]. Қорин парда орти соҳаси флегмонаси фонида, катта томирларнинг аррозияси туфайли кўп миқдорда қон кетиши мумкин [11; 32 С]. Қорин парда орти флегмонасини очиш ва дренажлаш учун энг мақбул йўли қорин бўшлиғига кирмасдан очишдир. Операциядан кейинги даврда аспирацион-ювиш усулини қўллаш орқали даволаш танланган усул ҳисобланади. Операциядан кейинги эрта даврда инфузион терапия ва эрта энтерал овқатланишни ичакни ювиш режимида ингичка ичакни декомпрессиялаш билан биргаликда қўллаш ичак парезларини, волемик ўзгаришларни бартараф этишга ва барқарор терапевтик таъсирга эришишга ёрдам беради [26; 603 С].

Операциядан кейинги ўткир панкреатит - ошқозон ости беzi яқинида жойлашган қорин бўшлиғи аъзоларида операциядан кейин юзага келадиган даҳшатли асоратдир [34; 42-45 С]. Кўпгина беморларда операциядан кейинги даврда ЎИБИ жароҳатидан сўнг, ошқозон ости беzi шикастланмаган ҳолда ҳам оғир панкреатит ривожланади. Бундай ҳолларда панкреатитнинг сабаби одатда ЎИБИнинг дискинези, дуоденостаз ва махсулотни вирсунгов каналига ўтиши, айниқса ЎИБИнинг тушувчи қисмида жойлашган жароҳатланишларда [35; 95-97 С]. Обструктив сариклик билан асоратланган посттравматик панкреатит ҳолатлари келтирилган [36; 330 С].

Бошқа асоратлар қаторига ЎИБИ жароҳатлари тикилганидан кейинги ЎИБИ чандикли стенози [44; 36-40 С], қорин бўшлиғига ўқ узилганидан кейинги мезентеро-дуоденал оқмалар [19; 40-41 С], аорто-дуоденал оқмалар

[39; 26 С] ва ҳатто ёмон сифатли нейролептик синдром (Neuroleptic malignant syndrome (NMS)) киради [38; 80-81 С].

Оғир жароҳатланиш доимо ошқозон-ичак тракти аъзоларини тизимли патологик жараёнларига олиб келади, бунинг натижасида ичак етишмовчилиги синдроми ривожланади [40; 81-85 С], унинг клиник кўриниши: ошқозон-ичак трактининг сўрилиши ва ҳазм бўлишининг бузилиши, стресс яралари, ичаклар парези, бўшлиқ ичи микрофлорасини ўсиши синдроми, бактериал; транслокация, тизимли яллиғланиш реакция синдроми [45; 693-695 С]. Бу ўзгаришлар коррекция қилинмаса, травматик - касалликнинг кечишига, шу жумладан овқатланишни қўллаб-қувватлаш имкониятларига сезиларли таъсир кўрсатиши мумкин [42; 51-53 С]. Операциядан кейинги даврда найча ёки еюностомия орқали энтерал озиқлантиришни эрта бошлаш самарадорлигини деярли барча муаллифлар томонидан қайд этилган [43; 23 С, 48; 340-343 С, 88; Р-73-82]. Жарроҳликдан кейинги даврда ингичка ичакнинг сўриш қобилияти сақланиб қолади, бу энтерал инфузион йўлдан фойдаланиш имконини беради. Ичакнинг резорбтив функцияси ҳолати ва унинг бузилишининг оғирлиги тўғрисида объектив маълумот амлодипин билан синовдан ўтказилади [53; 386-389 С]. Тузли эритмаларни ингичка ичакка юбориш ошқозон-ичак трактининг ҳаракатчанлигига ижобий таъсир кўрсатади ва гемодинамикани тузатиш физиологик ҳисобланади; аниқ волемик таъсир ва беморнинг компенсация механизмларини қўллаб-қувватлайди. Энтерал найча орқали озиқлантириш операциядан кейинги даврда ўртача 5-6 кун давом этади [47; 46-51 С]. Агар чоклар етишмовчилиги бўлмаса, тўлиқ парентерал озиқлантиришга кўрсатма бўлади [46; 459-460 С]. Операциядан кейинги даврда панкреатитнинг олдини олиш учун тўлиқ ҳажмда ташқи секреция функцияни бостиришга қаратилган ўзига хос терапия [50; 88-94 С, 55; 16 С], инфузион ва антибактериал терапия, шунингдек, экстракорпорал детоксификация усуллари қўллаш керак [72; 33-36 С]. Шу мақсадда 5-фторурацил суткалик дозаси 750-1000 мг 2-3 кун давомида ва октреотид суткалик дозаси 0,6-0,9 мг комбинацияси операциядан кейинги 5 кун ичида фойдаланиш тавсия этилади [57; 625 С].

Ошқозон ости безининг жароҳати қўшилганида қўп босқичли эндоскопик санация ва некректомиядан фойдаланиш мумкин [61; 47 С].

ЎИБИни ажратиб қўйишнинг альтернативи сифатида ошқозон, сафро ва ошқозон ости бези секрециясини самарали равишда ингибирловчи соматостатиннинг узок муддатли аналоги бўлган октреотиддан фойдаланиш таклиф этилади. Муаллифлар пилорусни боғлаб қўйиш операциясини итларда дуоденал оқма орқали ЎИБИга юборилган октреотидни меъда ва ичак секрецияларига таъсири натижалари билан солиштирдилар ва октреотид ошқозон-ичак секрециясини ЎИБИга тушишини пилорусни боғлаб қўйиш операциясига нисбатан кўпроқ даражада камайтиришини аниқладилар [62; 45-50 С]. ЎИБИ чокларининг етишмовчилигини олдини олиш мақсадида операциядан кейинги 5-7 кунлар давомида, кунига 0,9-1,2 мг дозада октреотид билан овқат ҳазм қилиш безларининг ташқи секрециясини сусайтириш тавсия этилади [76; 79 С].

Кислота-пептик ножўя таъсирини камайтириш, шунингдек, ошқозон-ичак трактининг ўткир яраси ва эрозиясининг олдини олиш учун гистаминнинг H_2 -рецепторлари блокаторларини, шунингдек протеаз ингибиторларини қўллаш тавсия этилади [74; 26 С, 78; 633 С].

Тешиб кирувчи жароҳат ва ўткир қон йўқотиши бўлган беморларда, операциядан кейинги эрта даврда, антибактериал иммун плазма киритилиши фонида лейкоинтерферон ёки тимус пептидларини қўллаш самарали усул ҳисобланади [58; 1584-1586 С, 77; 23-26 С]. Ушбу коррекция ўрин босувчи бўлиб, иммун жавоб медиаторлари, зардоб иммуноглобулинлари етишмовчилигини қоплайди, тешиб кирувчи жароҳат ва катта қон йўқотиши бўлган жабрланганларнинг иммунореабилитацияси жараёнини тезлаштиради ва операциядан кейинги даврда юқумли асоратлар сонини камайтиради [83; 69-74 С].

Шундай қилиб, ЎИБИНинг тешиб кирувчи ва ёпиқ жароҳатлари бўлган беморларни даволаш замонавий жарроҳликда қўшимча ўрганишни талаб қиладиган мураккаб муаммо бўлиб қолмоқда. Янги диагностика усуллари жорий этиш натижасида, соматостатин аналоглари, антибактериал

препаратлар, иммунотерапия қўлланилиши, даволаш натижаларининг биров яхшиланишини кўрсатади, аммо ЎИБИнинг жароҳатланишида ўлим даражаси анча юқори - 30,5-80,0%, асоратлар ривожланганида эса 100,0% га етади [32; 46-50 С, 89; Р-248-255].

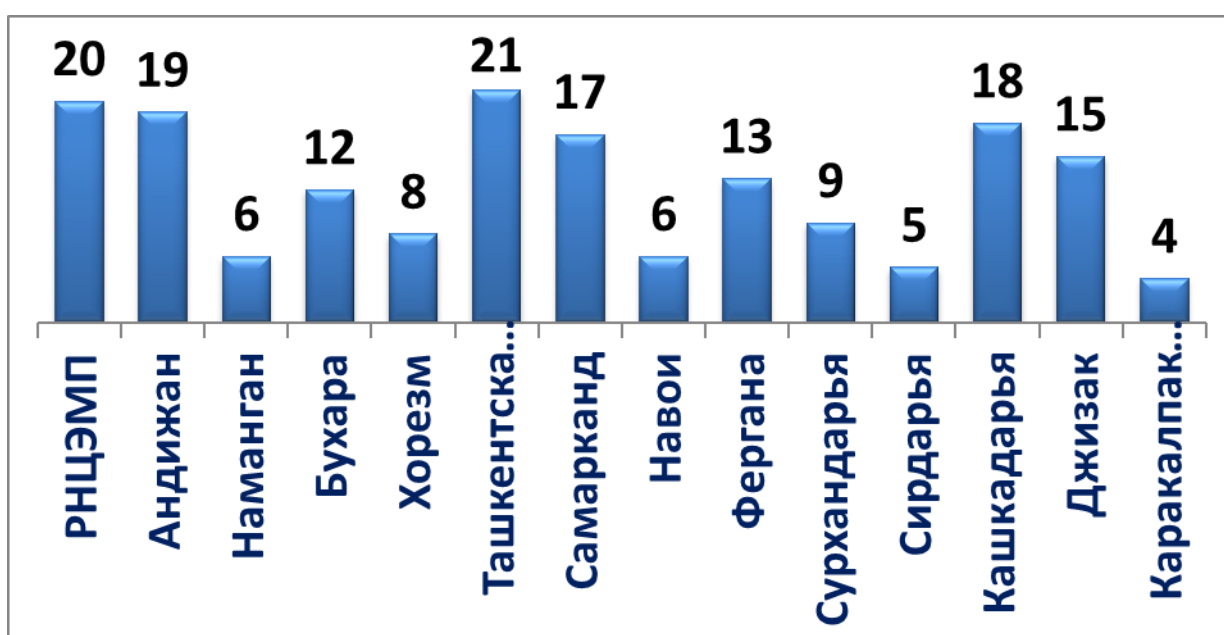
Маҳаллий ва хорижий адабиётларни ўрганиш шуни кўрсатадики, шу пайтгача ЎИБИ жароҳатлари билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволашда ягона ёндашувлар мавжуд эмаслиги, ЎИБИ жароҳатланишида жарроҳлик даволаш усулини танлашнинг аниқ диагностик алгоритмлари ва мезонлари мавжуд эмаслиги аниқланади. Хулоса қилиб шуни таъкидлаймизки, ЎИБИ жароҳатларини ташхислаш ва даволаш муаммоси ҳали ҳам долзарб бўлиб, беморларни текширишнинг аниқ алгоритмини ва жарроҳлик даволашнинг энг самарали усуллари ишлаб чиқишни янада такомиллаштиришни талаб қилади.

II БОБ. МАТЕРИАЛНИНГ КЛИНИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ ВА ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ

§2.1. Беморларнинг клиник хусусиятлари

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд, Сурхондарё, Қашқадарё, Жиззах ва Навоий филиалларида 2001 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда ЎИБИнинг турли механик жароҳатланиши билан оғриган 82 нафардан ортиқ беморларни кўрикдан ўтказиш ва даволаш натижалари ишнинг асосини ташкил этди.

Қуйида 2021 йил 11-12 ноябрь Тошкент шаҳрида ўтказилган Ўзбекистон республикаси шошилинч тиббий ёрдам тизимининг 20 йиллигига бағишланган: “Ўзбекистон шошилинч тиббий ёрдам врачлари ассоциациясининг V съезди” ҳамда “Евроосиё шошилинч тиббиёт жамиятини I конгресси” да Ўзбекистон республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги А.М.Хаджибаевнинг маъруза материалларига кўра охириги 20 йил ичида ЎИБИ жароҳатлари билан стационарда даволанишда бўлган беморларнинг статистик маълумотлари (А.М. Хаджибаев, Ф.А. Хаджибаев, Р.А.Янгиев, С.О.Тилемисов 2021) 2-1 расмда келтирилган.



**2.1-расм. 2001 йилдан 2021 йилгача ЎИБИ жароҳатланиши билан
оғриган беморлар.**

Жами беморлар сони	173
Ўлим	59 (34,1%)

Республика бўйича фақат шошилиш тиббий ёрдам марказларига мурожаат этиб келган беморлар сони 173 тани ташкил қилиб, ўлим фоизи 59 (34,1%) ни ташкил этади. Туманлар шошилиш тиббий ёрдам бўлимларига тушган беморлар ушбу статистик маълумотга киритилмаган.

ЎИБИНинг травматик жароҳатланиши билан оғриган беморларни даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш учун беморларнинг архив маълумотларидан фойдаланилди ва қуйидаги натижалар аниқланди:

Беморларни ёшга қараб тақсимлаш ЖССТ томонидан қабул қилинган ёш гуруҳлари таснифига мувофиқ амалга оширилди (Киев, 1963) (2.1-жадвал). Жабрланганлар орасида эркаклар 74 (90,2%), аёллар - 8 (9,7%). ЎИБИНинг жароҳатланиши билан касалланган беморларнинг ўртача ёши $40,73 \pm 14,0$ йилни ташкил этди. 21-30 ёшли эркаклар 21 нафар (31,0%), 31-40 ёшлилар 12 нафар (17,6%); бир хил ёш гуруҳларида 4 нафар аёл (5,9%) бор эди. Эркаклар ўртача ёши $34,8 \pm 9,9$ йил, аёллар $34,5 \pm 14,6$ йил. Жабрланганларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши 2.1-жадвалда келтирилган.

2.1-жадвал

**Операция қилинган беморларни жинс ва ёш гуруҳлари бўйича
тақсимлаш**

Ёши (йил)	Эркаклар		Аёллар	
	абс.	%	абс.	%
20 гача	12	14,6	-	-
21-30	23	28,0	4	4,8
31-40	18	21,9	1	1,2
41-50	10	12,1	-	-

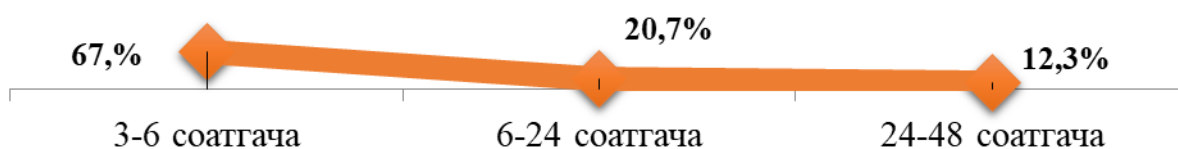
51 ва ундан юқори	11	13,4	3	3,6
Жами	74	90	8	9,6

ЎИБИнинг жароҳатланиши 5 (6,1%) ҳолатда баландликдан йиқилиш (кататравма); ЎИБИ жароҳатланишининг катта қисми 63 (77%) ҳолатда - йўл-транспорт ҳодисаларида; 4 (4,9%) - ишлаб чиқариш жароҳатлари ва ўз жонига қасд қилишга уринишлар - 2 (2,4%) ҳолатда, ятроген жароҳатланиш 3 (3,6%) ҳолатда, калтаклаш - 5 (6,1) беморда кузатилди.



2.1-расм. ЎИБИ механик жароҳатланган беморларда зарарланиш механизми.

Жароҳат олгандан кейинги дастлабки 6 соат ичида 82 жабрланувчининг 55 нафари (67%) касалхонага ётқизилган. Жабрланувчилар 6 соатдан 24 соатгача бўлган вақт ичида 17 (20,7%) қабул қилинди. 24 соатдан кейин 10 (12,3%) жабрланувчи касалхонага ётқизилган. Жароҳатланиш вақтидан ўрганилаётган беморларнинг касалхонага ётқизилишигача ўтган вақт 2.2-расмда кўрсатилган.



2.2-расм. Беморларнинг стационарга ётқизилиш муддатлари.

Изоляцияланган жароҳат 27 (32,9%) ҳолатда кузатилди. Қўшма ва қўп жароҳатланишлар улуши 55 тани (67,1%) ташкил этди, улар қўпинча ЎИБИ жароҳатларида аниқланган, бу эса ушбу турдаги жароҳатланишнинг оғирлигига таъсир кўрсатди. ЎИБИНинг бошқа аъзолар ва анатомик соҳалар билан зарарланишининг комбинацияси 2.2-жадвалда келтирилган.

2.2-жадвал

ЎИБИНинг бошқа аъзолар ва анатомик соҳалар билан зарарланишининг комбинацияси

Жароҳатланган аъзолар	Беморлар сони	
	Абс	%
Ошқозон ости беzi	28	34,1%
Жигар	11	13,4%
Дарвоза венаси	2	2,4%
Ўт халтаси	4	4,9%
Ошқозон	3	3,7%
Ингичка ичак	3	3,7%
Йўғон ичак	4	4,9%
Жами	55	67,1%

ЎИБИНинг жароҳатланиши ошқозон ости беzi 28 (34,1%), жигар - 11 (13,4%), ўт пуфаги - 4 (4,9%), йўғон ичак 4 (4,9%), ингичка ичак - 3 (3,6%) ва ошқозон - 3 (3,6%), дарвоза венаси 2 (2,4%) жароҳатланиши билан бирга келган. Изоляцияланган ва комбинацияланган ЎИБИ ёпиқ травмаси бўлган

беморларнинг клиник белгиларини солиштирганда сезиларли фарқлар йўқ ($p > 0,05$).

ЎИБИнинг тушувчи қисмининг жароҳатланиши 54 (66%) ҳолатда, пастки горизонтал қисми - 11 (13,4%), ЎИБИнинг юқори горизонтал қисми - 17 (20,7%) ҳолатда аниқланган.

2.3-жадвал**ЎИБИ жароҳати локализациялари**

ЎИБИ жароҳати локализациялари	Беморлар сони	
	Абс	Абс
Юқори горизонтал қисми	17	20,7%
Пастга тушувчи қисми	54	66%
Пастки горизонтал қисми	11	13,4%
Жами	82	100%

ЎИБИ девор айланаси узунлигига нисбатан жароҳат ўлчами ҳажмига қараб, 4 гуруҳ ажратилди (2.4-жадвал).

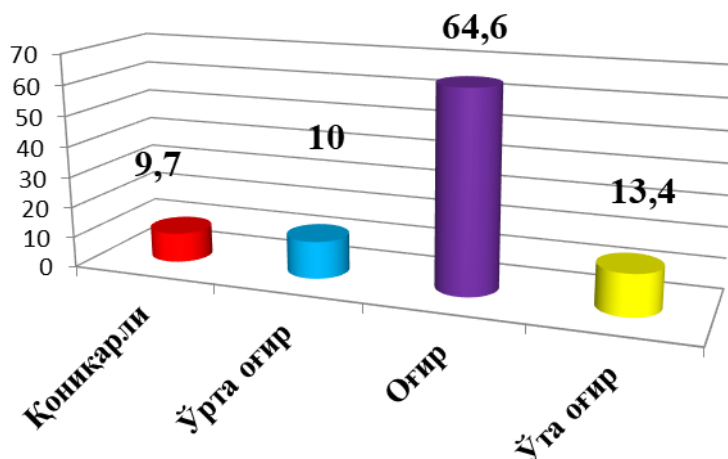
2.4-жадвал

Беморларни ЎИБИ деворининг жароҳатланиш даражасига қараб тақсимланиши.

Жароҳат ўлчами, айлана узунлигига нисбатан %	Беморлар сони	%
ЎИБИ гематомаси	9	11
<25	25	30,5
25-50	17	20,7
50-75	18	21,9
>75	13	15,9
Жами	82	100

Касалхонага ётқизилган барча беморлар ҳушида бўлган. Бироқ, учта беморда мастлик ҳолати бўлиб, вақт, макон ва ўз-ўзини англашда дезориентация ҳолати кузатилди. Қабул қилинган беморларни аксариятининг аҳволи оғир (53 киши – 64.6%) деб баҳоланди. Саккиз нафар беморнинг аҳволи (9,7%) қониқарли, 10 нафари (12,2 фоизи) ўртача оғирликда эди. Беморларнинг 11 (13,4%) ўта оғирлиги қўшимча патологияси, шунингдек, қорин бўшлиғининг бошқа аъзоларининг жароҳатланиши ва 1,0 л дан ортиқ қон йўқотиш билан боғлиқ бўлган. ЎИБИ ёпиқ жароҳатланиши билан ўрта оғир ва оғир аҳволда бўлган беморларнинг улуши ($p<0,05$) очик

жароҳатланишдан кўра кўпроқ (2.3-расм). Агар очик жароҳатланишда оғирлик даражаси асосан, қон йўқотиш билан боғлиқ бўлса, ёпик жароҳатланишда бу асосан перитонит ёки ретроперитонеал флегмона фонида интоксикация билан изоҳланади.



2.3 -расм. Беморларнинг стационарга ётқизилгандаги умумий аҳволи.

ЎИБИ ёпик жароҳати билан оғриган беморлар асосан, жароҳат олган вақтидан анча кечикиб касалхонага ётқизилган, бу "яширин давр" ёки "хаёлий фаровонлик даври" мавжудлиги билан боғлиқ бўлган, оғриқ синдроми йўқ ёки кам ифодаланган бўлган. Унинг давомийлиги бир неча соатдан бир неча кунгача ўзгариб туради. Ўз навбатида, бу вақтда маҳаллий патологик ўзгаришларнинг ривожланиши содир бўлди, бу жароҳатларни даволаш учун ноқулай шароитлар яратди. Худди шу сабабга кўра, ЎИБИ ёпик травмаси бўлган беморларнинг ётоқ куни ЎИБИ очик травмаси бўлган беморларга қараганда деярли икки баравар кўп ($p < 0,05$) бўлди.

Тадқиқот натижаларида ЎИБИ жароҳатланишига характерли патогномоник белгилар аниқланмади. Беморлар 8,7% ҳолатларда умуман шикоят қилмадилар. Бундан ташқари, кўплаб беморларда бошқа аъзолар ва анатомик соҳаларнинг биргаликда жароҳатланишида, эс-ҳушнинг йўқлигида ёки спиртли ичимликлар билан заҳарланишида ЎИБИ жароҳатланишининг клиник кўриниши ёширинча ёки "ниқобланган" бўлади.

Беморларни қабул қилингандаги асосий шикоятлари қориндаги оғриқдан эди. Одатда, оғриқ аниқ локализациялашмаган характерга эга эди.

Учта ҳолатда бел соҳасидаги оғриққа шикоят қилиб келди. Асосий симптомлар 2.5-жадвалда келтирилган.

2.5-жадвал

ЎИБИ ёпик жароҳатланишининг белгилари.

Симптомлар	Беморлар сони	%
Қоринда оғриқ бўлиши	68	82,9
Щеткина-Блюмберг симптоми	59	71,9
Қоринда шиш бўлиши	25	30,5
Қорин соҳаларида тўмтоқлик	37	45,1
Жигар тўмтоқлигининг йўқолиши	51	62,2
Қон аралаш қайт қилиш	21	25,6
Бел соҳасида шиш	5	6,1

Жарроҳлик ёрдамини кўрсатишда энг мақбул даволаш ва диагностик усуллар кетма – кетлигини аниқлаш учун биз Е. Мооре ҳам.муалл. (1990 й) томонидан ишлаб чиқилган ЎИБИ жароҳатлари таснифидан фойдаландик:

I даражали жароҳатланиши - иккитадан кўп бўлмаган анатомик қисмни эгаллаган гематоманинг мавжудлиги ёки ЎИБИ девори бутунлигини бузмайдиган нуқсон борлиги.

II даражали жароҳатланиши – ичак айланасининг 50% гача бўлган девор нуқсони ошқозон ости безининг жароҳатланиши билан бирга ретроперитонеал флегмонанинг мавжудлиги.

III даражали жароҳатланиши - ЎИБИ деворидаги катта нуқсон мавжудлиги (айланасининг 50% дан ортиқ) ошқозон ости беzi жароҳатланиши билан биргаликда, қорин парда орти флегмонасининг борлиги.

IV даражали жароҳатланиши - ичак айланасининг 75% дан кўпроғининг ёрилиши, ампула ва умумий ўт йўлининг дистал қисми жароҳатланиши.

V даражали жароҳатланиши - Фатер сўрғичининг, умумий ўт йўлининг ёки ошқозон ости беzi бошининг ЎИБИ деворидан ажралиши, ЎИБининг ва ошқозон ости беzi бошининг эзилиши туфайли панкреатодуоденал зонанинг

катта зарарланиши. Жабрланганларнинг жароҳатланиш даражаси бўйича тақсимланиши 2.6-жадвалда келтирилган.

2.6-жадвал

Е. Мооге таснифи бўйича ЎИБИ нинг жароҳатланиш даражаси

Жароҳатланиш даражаси	Ёпиқ жароҳат (п=77)		Тешиб кирувчи жароҳат (п=17)	
	абс	%	абс	%
I даража	12	14,6	-	-
II даража	19	23,2	7	8,5
III даража	26	31,7	4	4,9
IV даража	3	3,6	6	7,3
V даража	5	6,1	-	-
Жами	65	79,3	17	20,7

ЎИБИ ёпиқ жароҳатларида I даражали жароҳат 12 (14,6%) беморларда; II даражали жароҳатланишлар - 19 (23,2%) беморларда ёпиқ жароҳат ва 7 (8,5%) – ЎИБИ тешиб кирувчи жароҳатларида; III даражали жароҳатлар 26 (31,7%) беморларда ЎИБИ ёпиқ жароҳати аниқланган; IV даражали жароҳатланиш 3 (3,6%) беморларда ЎИБИ ёпиқ жароҳатида ва 6 (7,3%) тешиб кирувчи жароҳатларида аниқланган; ЎИБИ ёпиқ жароҳатида V даражали жароҳатланишлар 5 (6,1%) нафар беморларда аниқланди.

Тадқиқотнинг мақсади ва вазифаларига қараб, ўрганилган барча беморлар икки гуруҳга бўлинди.

I (назорат) гуруҳи 34 (41,4%) беморлардан иборат бўлиб, клиникада ишлаб чиқилган протоколга мувофиқ, ЎИБИ жароҳатига бирламчи чок қўйиш ҳамда қорин бўшлиғини дренажлашга мўлжалланган анъанавий даволаш усули қўлланилган.

II (асосий) гуруҳ 48 (58,6%) бемордан иборат бўлиб, уларга ЎИБИ жароҳатига бирламчи чоклар қўйилган ҳамда назогастроудоденал декомпрессия ва озиқлантирувчи зондни киритиш билан тўлдирилган; ЎИБИ айланасининг 1/2 қисмидан кўпроғи жароҳатланганда бирламчи чок қўйилиб, ошқозонни дренажлаш операцияси, ЎИБИ дивертикулизацияси, профилактик

равишда ЎИБИ ташқи оқмаси шакллантириш, антрумэктомия, гастроеюностомия, дуоденостомия, умумий ўт йўлини дренажлашлар билан бирга бажарилган.

Юқоридаги маълумотлардан кўриниб турибдики, иккала гуруҳдаги (асосий ва назорат) беморларнинг жинси ва ёши, этиологик омиллари, жароҳатланиш вақти, жароҳатнинг локализацияси бўйича солиштириш мумкин эди, солиштирганда уларнинг репрезентативлигини яққол кўрсатади.

Барча беморларга медикаментоз даволашлар ўтказилди, уларнинг ҳажми ва сифати жароҳатланишнинг оғирлигига, касалхонага ётқизиш вақтига, асоратлар ва бирга келадиган патологиянинг мавжудлигига қараб белгиланди.

Шок ривожланиши билан асоратланган ЎИБИ жароҳати бўлган беморларни даволашнинг стандарт схемаси қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Гиповолемияни тузатиш (қон маҳсулотлари, декстранлар, декстранлар, ГЭК препаратлари, кристаллоид эритмалар),
2. Қон томир тонусига таъсир қилиш (гормонлар, прессор аминлар).
3. Органлар ва тўқималарнинг микроциркуляцияси ва перфузиясини яхшилаш.
4. Оғриксизлантириш.
5. Антибактериал терапия.

§2.2. Лаборатория тадқиқот усуллари.

Барча беморлар шифохонага ётқизишдан олдин ва ётқизилгандан сунг текшириш босқичларида умумий қабул қилинган клиник текширув усулларида ўтдилар, бунда мунтазам тадқиқот усуллари мажбурий ҳисобга олинди, улар қуйидагилардан иборат: шикоятларни аниқлаш, ҳаёт ва ҳозирги касаллик тарихи, объектив маълумотлар, умумий курик ва маҳаллий ҳолат, периферик ва марказий гемодинамиканинг кўрсаткичларини аниқлаш. Операциядан олдинги ва кейинги даврда беморларни текшириш жараёнида қуйидаги клиник ва лаборатория тадқиқот усуллари ўтказилди:

Умумий қон таҳлили: гемоглобин миқдори, эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар сонини, ЭЧТ ва гематокритни аниқлаш. Ушбу

таҳлиллар ЎИБИ жароҳатини билан оғриган беморларда интоксикация даражасини баҳолаш имконини беради. Қизил қон кўрсаткичлари одатда меъёрга бўлади. Камдан кам ҳолларда гемоглобин ва гематокрит миқдорининг ошиши қайд этилади. Қабул қилинган беморларда қондаги гемоглобин миқдори 40 дан 122 г/л гача, ўртача $106,7 \pm 5,4$ г/л гача ўзгариб туради. Лейкоцитлар сони 7,2 дан 15,4 минггача, ўртача $10,3 \pm 0,6$ минг, 21 беморда лейкоцитлар 7,0 мингдан ошмади.

ЎИБИ жароҳатланган беморларнинг клиник ва функционал ҳолатини баҳолаш учун биз қуйидагиларни ўргандик:

Қоннинг биокимёвий кўрсаткичларини аниқлаш:

Умумий қон оксигени даражасини рефрактометрик усул билан аниқлаш.

Қонда билирубин миқдори Йендрашик бўйича.

Қон диастази миқдори Вольгемут бўйича.

Оксил фраксияларини электрофорез усулида аниқлаш (А.Е.Гуревич).

Қонда креатинин миқдорини Помпер-Мендел-Майерс усули билан аниқлаш.

"АЛТ" ва "АСТ" тўпламидан фойдаланган ҳолда Рейтман ва Френкел бўйича АЛАТ ва АСАТни бирлаштирилган усулда аниқлаш. Оддий ҳолатда миқдорлари: АЛАТ - 11-66 У/Л; АСАТ - 11-46 У/Л.

Операциядан кейинги даврда беморларнинг ҳолати интоксикациянинг учта мезонига кўра баҳоланди: юрак қисқаришлар частотаси (ЮҚЧ), тана ҳарорати, Кальф-Калиф бўйича интоксикациянинг лейкоцитлар индекси (ИЛИ) динамикада операциядан кейинги - 1, 3, 5 ва 7 кунларда аниқланди. ИЛИ беморнинг интоксикация даражасини тавсифловчи интеграл кўрсаткичдир. ИЛИ қуйидаги формула бўйича ҳисобланган (Кальф-Калифа Я.Я., 1941 йил бўйича):

$$\text{ИЛИ} = \frac{(4М + 3 \ddot{E} + 2 Т/я + С/я)(Пх + 1)}{(Л + Мон)(Э+1)}$$

М – миелоцитлар,

$\ddot{E}$ - ёш

Э - эозинофиллар

С/я– сегмент ядроли

Л – лимфоцитлар

Пх. – плазма хужайралари

Т/я – таёқча ядроли нейтрофиллар

Мон – моноцитлар

Жиддий гемодинамик бузилишлар нисбатан камдан-кам ҳолларда кузатилди. Систолик босим ўртача 108,4+21,2 мм сим. ус., диастолик - 67,6 +16,4 мм сим. ус., юрак қисқаришлар частотаси - 94,3+15,5 зарба / мин ни ташкил этди.

Даволашнинг самарадорлигини аниқлаш учун қорин парда орти соҳаси ҳолатини динамикда УТТ дан ўтказилиб турилди. Операциядан кейинги даврда бемор аҳволининг оғирлигини динамик объектив баҳолаш интеграл шкаласи (Ranson, ПИМ, АРАСНЕ II) ёрдамида баҳоланди.

2.7-жадвал

Ranson бўйича ўткир панкреатитнинг оғирлилик даражасини аниқлаш учун прогностик мезонлар

Қабул қилиш вақтидаги хавфли омиллар кўрсаткичилари	Баллар	Хавфли омиллар кўрсаткичи -48 соат ичида	Баллар
Беморнинг ёши > 55 ёш	1	Гематокритнинг камайиши > 10%	1
Лейкоцитоз > 16 x 10 ⁹ /л	1	Азот ва мочевина кўтарилиши > 1,8 ммоль/л	1
Зардобдаги қанд миқдори > 11 ммоль/л	1	Кальций миқдори < 2 ммоль/л	1
Зардобдаги ЛДГ > 300 МЕ	1	Артериал қондаги PO ₂ < 60 мм сим.ус.	1
Зардобдаги АСТ > 250 МЕ	1	Ишқорлар дефицити > 4 мэкв/л	1
Йўқотилган суюқлик миқдори (секвестрация) > 6 л- 1 балл			

Ranson бўйича сонига (балларга) қараб ўлим эҳтимоли (%) 0-2 балл <5%, 3-4 балл -20%, 5-6 балл -40%, 7-8 балл -100%.

МПИ бўйича рақамга (балларга) қараб ўлим эҳтимоли (%). I даража ўлим <20-0%, II даражаси - 20-30-29% ўлим, III даражаси > 30-100% ўлим.

2.8-жадвал

Мангейм перитонеал индекси (МПИ) бўйича

Кўрсаткичлар	Балллар	Кўрсаткичлар	Балллар
Ёши 50 ёш ва ундан юқори	5	Перитонит манбаи йўғон ичак	4
Жинси Аёл	5	Диффуз перитонит	6
Органлар етишмовчилигининг бўлиши	7	Экссудат тиниқ	0
Ёмон сифатли усма бўлиши	5	Экссудат хира - йирингли	6
Перитонит 24 соатдан кўп	4	Экссудат чиритувчи-ахлатли	12

Беморларнинг (жароҳатланган) аҳволининг оғирлигини баҳолаш шкаласи APACHE II (умумий балл = APS+B+B) APS = A + асаб тизимининг ҳолатини баҳолаш (15-шкг) а-физиологик функцияларни (шошилиш) фавқулодда баҳолаш

Касалхонада қолиш муддати ва даволаниш натижалари (тикланиш, ўлим) ҳам ҳисобга олинган.

2.9-жадвал

Кўрсаткичлар	Балллар								
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Т°С	>41	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9		30-31,9	<29,9
АҚБ ўртача	>160	130-159	110-129		70-109		55-69	40-54	<49
Пульс	>180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	<39
Нафас сони	>50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<5
Гематокрит	>60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Лейкоцитлар	>40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Креатинин	>300	170-299	130-169		50-129		<50		
Натрий	>180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<110
Калий	>7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		<2,5
РН артериал қрови	>7,7	7,6-7,59		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,25-7,24	<7,15
Глазго шкаласи	<6	6-9	10-12		13-15				

Эслатма: АД ўрта + ((сист.АД-диаст. АД)/3)+диаст.АД;

Биокимёвий таҳлиллар натижаларини таҳлил қилиш беморларнинг аҳволини етарли даражада баҳолаш, интоксикация даражасини, меъда ости беzi жароҳати ёки посттравматик панкреатитни, перитонитнинг мавжудлигини, қон ивиш тизимидаги ўзгаришларни аниқлаш имконини беради.

§2.3. Инструментал текшириш усуллари

ЎИБИнинг жароҳати бўлган 82 беморнинг касаллик тарихи маълумотларини ретроспектив таҳлил қилиш анамнез, беморларнинг шикоятлари, объектив ва инструментал тадқиқотлар маълумотларини ўрганишга асосланган. Анамнезни ўрганишда жароҳатланиш ҳолатларига, зарба йўналиши ва кучига, шикаст етказаётган объектнинг табиатига, жароҳатдан кейин ўтган вақтга ва тақдим этилган шикоятларнинг ўзига хос хусусиятларига эътибор қаратилди. Текширув усуллариини ўрганишда клиник ва биокимёвий таҳлиллар, қон, умумий сийдик таҳлиллари, сийдикда диастаза микдори, электрокардиограмма (ЭКГ), қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг ультратовуш текшируви, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғининг рентгенологик текшируви, тегишли мутахассислар консультацияларига эътибор қаратилди.

ЎИБИнинг жароҳатланишига ташхис қўйиш учун ультратовушли эхография, эндоскопик тадқиқотлар, кўкрак ва қорин бўшлиғи ва ошқозон-ичак трактининг рентгеноскопияси қўлланилди. Лаборатория маълумотларига кўра интоксикациянинг оғирлиги бўйича касалликнинг клиник кўринишини баҳолашдан ташқари, қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари динамикада баҳоланди ва ретроперитонеал тўқималардан операция давомида ва операциядан кейинги даврда олинган намуналар бактериал флора учун ҳам текширилди. Микробиологик текшириш учун материал операция вақтида қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин парда экссудатидан намуна олиш олиш йўли билан ўтказилди.

Эзофагогастродуоденофиброскопия. Шошилишч ўтказилган фиброгастродуоденоскопия жуда информатив бўлиб, бу орқали ЎИБИ бўшлигида қон, гематома ёки унинг деворини ёрилганлигини аниқланиш мумкин. Қизилўнгач, ошқозон ва ЎИБИ ҳолатини баҳолаш учун ошқозон-ичак трактининг юқори қисмлари касалликларини аниқлаш учун барча беморлар "OLIMPUS" ва "Pentax" компаниясининг мослашувчан эндоскопи ёрдамида, фиброэзофагогастроскопик текширувдан ўтказилди. ЭГДФС да ЎИБИ жароҳатлари бўлганда ошқозон суюқлигида қон арашмаси борлиги 21 (87,5%) да, ЎИБИ девори шиллиқ қавати жароҳати 3 (12,5%) да, ЎИБИ деворининг ½ қисми жароҳати 22 (91,7%) да аниқланди.

Барча беморларда қорин бўшлиғи органларининг УТТ (ультратовуш текшируви) ўтказилди (100%). Қорин бўшлиғининг ёпиқ травмаси бўлган 72 (87,8%) беморда қорин бўшлиғида эркин суюқлик топилди. Улардан 28 (34,1%) ошқозон ости беги ёрилиши, яна 11 (13,4%) ида эса жигар ёрилиши ташхиси аниқланди. Беморнинг 12 (14,6%) ида ретроперитонеал бўшлиқда суюқлик тўпланишининг ноаниқ белгилари кузатилди. Икки ҳолатда патологик ўзгаришлар аниқланмади.

Барча беморлар рентгенологик текширувдан ўтказилди. ЎИБИ ёпиқ жароҳатланиши рентгеносемиотикаси 2.10-жадвалда келтирилган.

2.10-жадвал

ЎИБИ ёпиқ жароҳатланиши рентгеносемиотикаси

Симптомлар	Беморлар сони
Обзор рентгеноскопия	
Йўғон ичак пневматизацияси	14
Қорин бўшлиғида эркин газ	51
Қорин парда орти соҳасида эркин газ	12
m Ileopsoas dextrанинг контури йўқолиш	6

Рентген текшируви муҳим аҳамиятга эга. Қорин бўшлиғининг оддий рентгенограммаси ретроперитонеал бўшлиқда ҳавонинг диффуз

тарқалишини аниқлайди, кўпинча ўнг буйрак бўйлаб тарқалади. M. psoas контурлари ноаниқ, хира кўринади.

Ретроперитонеал бўшлиқда газнинг тўпланиши, m ileopsoas dextra контурининг хиралашиши ва сувда эрувчан контраст модданинг ЎИБИ контурларидан ташқарига чиқиши, жароҳатланишни, операциягача аниқлаш имкон берадиган симптомлар ҳисобланади.

Ретроперитонеал ёрилиш ҳам икки лаҳзали, икки босқичда содир бўлиши мумкин, лекин фақат баъзида; бундай икки босқичли ёрилиш, масалан, талоқнинг ёрилишида, икки босқичли қон кетиши каби типик аломатларда фарқ қилмайди.

Компютер томографияси (КТ) ретроперитонеал аъзоларни ўрганишда, ўн икки бармоқ ичак, ошқозон ости беши ва қорин парда орти соҳаси, ўт йўллари, атрофдаги қон томир тузилмалари ва ошқозон-ичак тракти қисмлари ҳақида кўп қиррали маълумотлар берувчи энг нозик тадқиқот усулларида биридир. Қорин бўшлиғининг компютер томографияси ёрдамида контрастли воситаларни бир вақтнинг ўзида per os (оғиз орқали) ва томир ичига юбориш орқали ЎИБИ нинг қорин парда орти қисмларининг ёрилиши шубҳасини тасдиқлаш мумкин. Агар КТ замонавий аппаратда тажрибали мутахассис томонидан амалга оширилса, унда тадқиқотнинг диагностик аниқлиги анча юқори бўлади.

Лапароцентез 19 (23,17%) беморларда ўтказилди. 17 ҳолатда қон билан интенсив бўялган суюқлик олинди, бу гемоперитонеум борлигини кўрсатади. Икки ҳолатда, беморда автотравма олганидан кейин қон аралашмаган суюқлик олинган. Ички аъзоларнинг жароҳатланишига бошқа белгилар йўқлиги сабабли бемор динамик кузатув учун реанимация бўлимига ётқизилди. Фақат 6 соат ўтгач, бемор аҳволининг ёмонлашуви қайд этилди ва қон аралаш суюқлик чиқиши операция учун кўрсатма бўлди. Кўп ҳолларда операцияда ЎИБИнинг изоляцияланган ёрилиши аниқланди.

Диагностик ва даволовчи **лапароскопияси** KARL STORZ (Германия) компаниясининг эндоскопик ускуналари ёрдамида амалга оширилди.

Шошилинч жарроҳликда диагностик лапароскопиядан фойдаланиш диагностик хатолар фоизини сезиларли даражада камайтирди ва ташхис қўйиш муддатини қисқартирди. Диагностик лапароскопиядан фойдаланишнинг барча ҳолатларида лапаротомия учун кўрсатмалар етарли даражада тақдим этилган ва ҳатто ЎИБИнинг жароҳатланиши аниқланган. Диагностик лапароскопия 17 (20,7%) ноаниқ ташхис билан қорин бўшлиғи ёпиқ травмаси бўлган беморларда ўтказилди. 15 (88,2%) беморда гемоперитонеум ташхиси қўйилган. Эпигастрал соҳага зарба олган 2 беморда шикоятлар (бел оғриғи, қон аралашмаси билан қусиш) ва рентген маълумотлари (m. Psoas dextra сояланишли контурлари) асосида ЎИБИ травмасига шубҳа қилинган. Лапароскопия пайтида бу беморда ЎИБИ тушувчи қисмида ретроперитонеал гематома ва сариқ рангли суюқлик сизиб чиқиши аниқланган.

§2.4. Худудлар кесимида ЎИБИ жароҳатланиши билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш усуллари

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд, Сурхондарё, Қашқадарё, Навоий, Жиззах филиалларида 2001-2021 йиллар давомида мавжуд бўлган ЎИБИ жароҳатларини турли тактик усуллардан фойдаланган ҳолда даволаш натижаларини таҳлил қилиш ва таққослаш амалга оширилди. ЎИБИнинг жароҳатланиши билан оғриган беморларни даволаш натижалари тикилган дуоденал жароҳатда чоклар етишмовчилиги, анастомоз етишмовчилиги, дуоденал оқманинг шаклланиши, ретроперитонеал флегмона ва панкреатитнинг ривожланиши билан баҳоланди.

2001 йилдан 2015 йилгача (n=34, 41,4%) Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд, Сурхондарё, Қашқадарё, Навоий ва Жиззах филиалларида анъанавий даволаш усуллари қўлланилган: ЎИБИ деворининг ёрилиши икки қаторли чоклар билан тикилган. Ошқозон ости

безининг комбинацияланган жароҳатланишида холецистостомия шакллантирилган.

2015-йилдан бошлаб ташкилий чора-тадбирлар доирасида филиалларда махсус жарроҳлик хизмати ташкил этилган бўлиб, бу ёпиқ жароҳатлар, қорин бўшлиғига тешиб кировчи жароҳатлар ва ўткир хирургик касалликлар билан шошилиш кўрсатмалар бўйича ётқизилган беморларнинг диагностика имкониятларини сезиларли даражада кенгайтириш ва кўриқдан ўтиш муддатини қисқартириш имконини берди. Даволаш ва диагностика дастурини ва ихтисослаштирилган жарроҳлик ёрдамини кўрсатиш кетма-кетлигини оптималлаштириш учун биз жароҳатланиш даражасини, шунингдек дуоденал жароҳатда чоклар етишмовчилиги хавфини оширадиган омилларни (панкреатит ва ретроперитонеал флегмонани) ҳисобга олган ҳолда ЎИБИ жароҳатларида ишчи дастури ва алгоритмининг таклиф қилдик. 2006 йилдан бошлаб (n=31) ЎИБИ жароҳатига бирламчи чоклари қўйишга, назогастродуоденал декомпрессия ва озиқлантирувчи найча қўйиш биргаликда қўлланилди. ЎИБИ ҳар қандай ёпиқ травмасида, ошқозон ости беzi, шунингдек ЎИБИ айланасининг 1/2 қисмидан кўпроғини жароҳати қўшилиб келганда холецистостомия ва чарви халтасини дренажлаш амалга оширилди. ЎИБИ айланасининг 1/2 қисмидан кўпроғи жароҳатланганда бирламчи чоклар қўйиш, ошқозонни дренажлаш операцияси, ЎИБИ дивертикулизацияси, ЎИБИ жароҳатини тикиш, антрумэктомия, гастроеюностомия, дуоденостомия, умумий ўт йўлини дренажлаш биргаликда қўлланилди.

§2.5. Статик тадқиқот усуллари ва тадқиқот натижаларининг ишончлилигини баҳолаш

Статик тадқиқотлар стандарт клиник кўрсатмалар асосида амалга оширилди. Статистик ишлов бериш MS Excel компьютер дастури ёрдамида амалга оширилди, унга биотиббий статистикасида қабул қилинган кузатув

гуруҳларида ўрганилаётган кўрсаткичлар қийматлари диапазонларини ҳисоблаш учун формулалар киритилган.

ЎИБИ жароҳатланиши бўлган беморларда қайд этилган барча клиник ва инструментал кўрсаткичларни математик қайта ишлашга мослаштирилган. Кичик намуналар билан ишлашда ишончли маълумотларни олиш имкониятини таъминлаш учун статистик усуллар қўлланилган.

Таърифловчи статистика усуллари ўртача арифметик (M), ўртача стандарт хато (t), стандарт оғиш (SD) ни баҳолашни ўз ичига олади. 2 ёки ундан ортиқ гуруҳларни солиштирганда гуруҳлараро фарқларни баҳолаш учун Стьюдента t -критерийси, Пирсон корреляция коэффиценти ва Фишернинг танлаб олиш нисбати ишлатилган.

Нол статистик гипотезанинг ишончилигининг критик даражаси (p) (муҳим фарқлар ёки фарқ омиллари йўқ) 0,05 га тенг қабул қилинди. Олинган материални статистик қайта ишлаш, график ва жадвалларни куриш ЭВМ Intel Celeron 1,7 МГц компютерида статистик маълумотларни қайта ишлаш учун махсус дастурлардан фойдаланган ҳолда амалга оширилди (Microsoft Excel 2002, Stat Soft Statistica 6,0).

III БОБ. ЎИБИ ЖАРОҲАТЛАРИДА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

§3.1. ЎИБИ жароҳатларининг операциягача ва операция вақтидаги диагностикаси

Республикаимиз ҳудудлари шароитида жабрланувчини малакали ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш учун касалхонага нисбатан тез етказиб бериш имконияти бор. Аксарият ҳолларда бу вақт $45,3 \pm 14,5$ дақиқани ташкил этди. Бироқ, 17 ҳолатда беморлар жароҳат олганидан кейин 6 соатдан кўпроқ вақт ўтгач тиббий ёрдамга мурожаат қилган, буларни қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати бўлган беморлар ташкил қилган. Беморларни кеч мурожат қилишига сабаб, биринчидан ўзларининг аҳволини нотўғри баҳолаши билан боғлиқ бўлса, иккинчидан, бу "яширин давр" деб аталадиган даврнинг мавжудлиги сабаб бўлган. ЎИБИ жароҳати бўлган 8 беморда (9,4%) қорин бўшлиғига тўмтоқ зарбадан сўнг, оғриқ синдроми кузатилмади. Ва фақат бир неча соатдан кейин ва баъзи ҳолларда ҳатто бир неча кундан кейин, қабул қилган анальгетикларнинг таъсири бўлмагач ва қорин ёки бел соҳаларида оғриқ кучайганда, гипертермия пайдо бўлганда, жабрланувчилар тиббий ёрдамга мурожаат қилишди.

ЎИБИ жароҳатланиши билан оғриган беморларнинг клиник кузатувларини таҳлил қилиш анамнез, беморнинг шикоятлари, объектив ва инструментал текширув маълумотлари асосида амалга оширилди. Тадқиқот натижаларида ЎИБИнинг жароҳатлари учун характерли патогномоник симптомлар аниқламади. Беморлар 8,7% ҳолларда умуман шикоят қилмаганлар. Бундан ташқари, ЎИБИнинг жароҳатланишининг клиник кўриниши кўплаб беморларда бошқа органлар ва анатомик ҳудудларнинг биргаликда жароҳатланишида, эс-хушнинг бўлмаслиги ва спиртли ичимликлардан заҳарланиши билан беркилади ёки "маскировкаланади". Касалхонага ётқизилгандан сўнг барча беморлар қоннинг клиник ва

биокимёвий таҳлиллари, рентгенологик текширувлар, ЭКГ, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси ультратовуш текшируви ва диагностик лапароскопия, керак бўлганда, компьютер ёки мультиспирал компьютер томографиясидан ўтказилди. Амалга оширилган ташкилий чора-тадбирлар, замонавий асбоб-ускуналар ва малакали кадрлар билан таъминланиши туфайли диагностика имкониятларини сезиларли даражада кенгайтириш ва шошилишч кўрсатмалар бўйича ёпиқ жароҳатлар ва қорин бўшлиғига тешиб кировчи жароҳатлар ва ўткир жарроҳлик патологияси билан ётқизилган беморларни текшириш вақтини қисқартириш имконини берди. Қорин бўшлиғининг жароҳатланиши ва тешиб кировчи жароҳатлари бўлган беморларнинг кўпчилигида текширув тўғридан-тўғри операция хонасида шокка қарши чора тадбирлар фонида ўтказилди.

Жабрланганлар қабул қилинганда турлича характерда ва интенсивликдаги қорин оғриқдан шикоят (68 беморда 82,9%) қилган. Жароҳатланганлар клиникага 6 та ҳолатда (7,3%) ҳушсиз ҳолатида ётқизилган. Пичоқланган жароҳатланишлар билан 17 бемор параумбиликал соҳада (3), ўнгда (9) ёки эгастрал (5) соҳасида жойлашган жароҳат борлигидан шикоят қилиб мурожаат этишган. Умумий текширув вақтида терининг ҳолати, кўринадиган шиллиқ пардалар, нафас олиш - унинг частотаси ва табиати баҳоланди. Қорин бўшлиғини текширишда унинг шакли, симметриклиги, нафас олиш актида қорин олд деворининг иштироки баҳоланади. Таъсир этувчи куч соҳасига эътибор қаратдик, бу терининг чўкиши, кўкаришлар мавжудлиги билан аниқланади. Максимал оғриқли соҳа аниқланди.

Маълум перитонеал симптомлар ёрдамида жабрланганларда қорин бўшлиғидаги паталогия мавжудлиги аниқланди. Перкуссияда жигар тумтоқлиги йўқолишини ва қориннинг айрим жойларида суюқлик борлиги маълум бўлди. Аускультацияда ичакларнинг перитальтик шовқини эшитилди.

3.1-жадвалда касалхонага ётқизилгандан кейин ЎИБИ жароҳатланиши билан оғриган беморларда дастлабки клиник белгилар кўрсатилган.

3.1-жадвал.

Беморларда ЎИБИ жароҳатининг клиник белгилари

Симптомлар	Беморлар сони	%
Қоринда оғриқ бўлиши	68	82,9
Щеткин-Блюмберг симптоми	59	71,9
Қоринда шиш бўлиши	25	30,5
Қорин соҳаларида тўмтоқлик	37	45,1
Жигар тўмтоқлигининг йўқолиши	51	62,2
Қон аралаш қайт қилиш	21	25,6
Бел соҳасида шиш	5	6,1

Жадвалдан кўриниб турибдики, дуоденум деворининг жароҳатланишида ЎИБИнинг жароҳатланишини кўрсатадиган аниқ аломатлар йўқ, бу скрининг нурланишини (қорин бўшлиғининг оддий рентгенографияси, кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси, қорин бўшлиғининг ва ретроперитонеал бўшлиқ ултратовуш текшируви) ва қўшимча инструментал диагностика усуллари (лапароцентез, видеолапароскопия, ЭГДФС) талаб қилади.

ЎИБИнинг ретроперитонеал ёрилишида бир муддат перитонит белгилари бўлмади, оғриқ ноаниқ характерга эга булиб, ўнг ковура ёни остида ёки ўнг бел соҳаларида локализацияланади, бу патологик жараёни ташхислашни қийинлаштиради ва замонавий тадқиқот усуллардан фойдаланишни талаб қилади. ЎИБИнинг очик ва ёпиқ жароҳатланиши билан оғриган 82 нафар беморнинг барчасида шошилиш беморларни текшириш стандарти бўйича қорин бўшлиғи органларининг рентгенологик текшируви ўтказилди. Текшириш усулнинг сезгирлигини таҳлил қилганда, 6 (7,3%) ҳолатда ЎИБИнинг ретроперитонеал ёрилишининг рентгенологик белгилари нотўғри-салбий (жароҳат йўқ) эканлиги қайд этди. Фақат (2,5%) кузатувда рентгенограмма ЎИБИнинг ретроперитонеал қисмининг жароҳатланишига

шубҳа қилиш имконини берди. Шундай қилиб, рентген текшируви усули ЎИБИ ёпиқ жароҳатланишини ташхислашда энг оддий ва энг қулай усуллардан биридир. Қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳати бўлган, шунингдек, ЎИБИнинг ретроперитонеал ёрилишига шубҳа қилинган барча беморлар, рентгенологик усулнинг сезгирлиги атиги 14,3% ни ташкил этганига карамай, қорин бўшлиғи органларининг рентгенографиясини ўтказилган.

3.2 -жадвал.

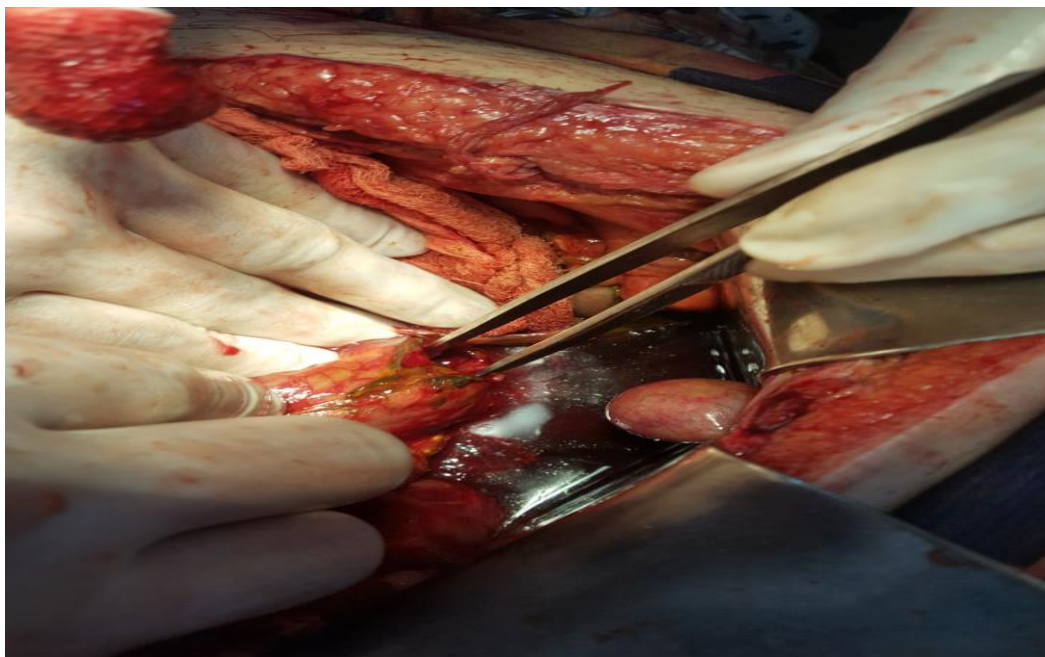
ЎИБИнинг жароҳатланиши билан беморлардаги рентгенологик белгилар

Рентгенологик белгилар	Кузатувлар сони	
	п	%
Ошқозон ва ичак қовузлоқларида пневматоз	36	43,9
м.iliopsoas сояланиши	6	7,3
Клойбер косачалари	10	12,2
Қорин бўшлиғида эркин газ	51	62,2
Қорин парда орти соҳасида газ тўпланиши	12	14,6

Бунга қуйидаги клиник кузатув яхши мисол бўла олади:

Бемор Б.О., 17 ёш, касаллик тарихи №9915/1450/2546/1898, калтакланганидан 3 кун ўтиб, 05.08.2010 йил соат 17-30 да Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиалига олиб келинган. Қабул қилинганда кўнгил айниши, эпигастрал оғриқлардан ишкоят қилди. Умумий аҳволи ўртача оғирликдаги, ҳушида. Тери қопламалари рангпар. Гемодинамикаси: пулс 108 дақиқада, ритмик, АД = 100/60 мм сим ус. Нафас олиш мустақил, ўпканинг барча соҳаларида аускультацияда везикуляр нафас эшитилади. Тили қуруқ. Қорни симметрик, шишган эмас, барча соҳаларда ўртача тарангликда. Перистальтика сустлашган. Перитонеал симптомлар мусбат. Лаборатория текширувида лейкоцитоз қайд этилган (формуланинг чапга силжishi билан $19,8 \times 10^9$). Сийдик умумий таҳлилида лейкоцитларнинг -8-7-10 к/м, эпителий-5-4-4, оқсил-0,033,

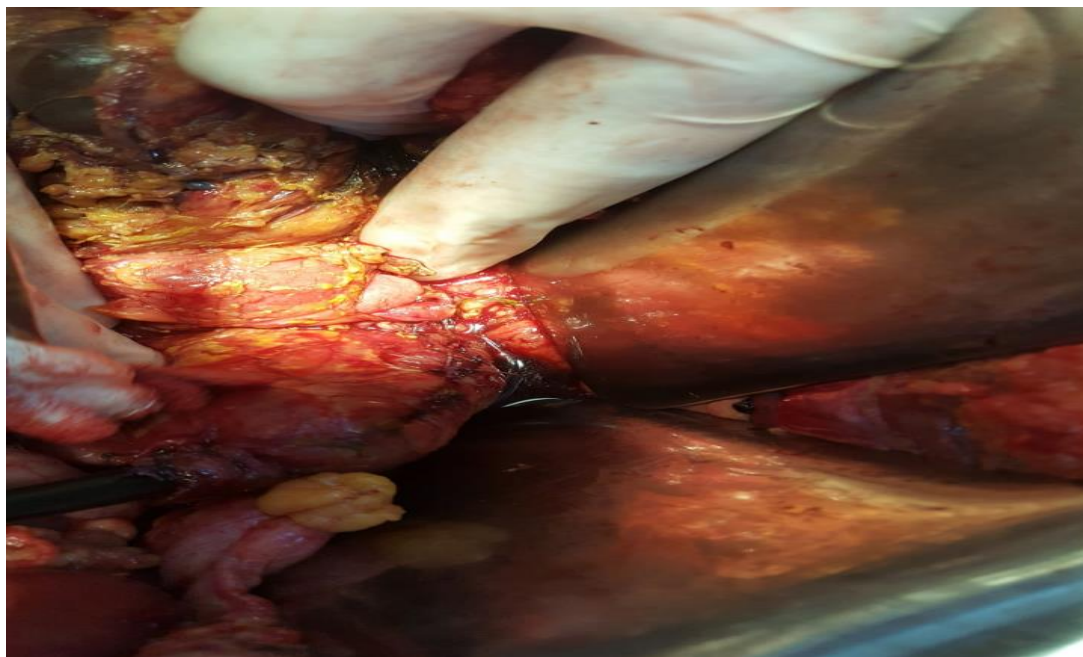
эритроцитлар-1-2-1. Қорин бўшлигининг оддий рентгенограммасида паталогия аниқланмади.



3.1- расм. ЎИБИ пастга тушувчи қисмида 2,0x1,0 смлик жароҳат.

Дастлабки таъхис: Қориннинг ёпиқ травмаси. Перитонит. Шошилиш жарроҳлик учун кўрсатма қўйилди: Ўрта лапаротомия. Қорин бўшлиғида 2,0 литргача йиринг фибрин бор. Ревизияда ЎИБИнинг проекциясида гематома ва сафро сизиб чиқиши аниқланди (3-1-расм), кейинчалик Кохер бўйича мобилизация қилинди. ЎИБИ тушувчи қисмида айланасининг 1/3 қисмига тенг ёрилиши аниқланди - у кўндаланг йўналишида 2 қаторли чоклар билан тикилди. Назогастродуоденал декомпрессия қилинди, озиқлантириш учун зонд Трейтц боғлаидан пастга ўтказиб қўйилди. Чарви халтаси очилганда – 150 мл хира сероз суюқлик борлиги аниқланди. Ошқозон ости бези бошчаси ва танаси бироз шишган. Қорин бўшлиғи санация қилинди ва чарви халтаси билан биргаликда дренажланди. Операциядан кейинги таъхис: Қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати. ЎИБИ пастга тушувчи қисми ёрилиши. Тарқалган йирингли-фибриноз перитонит. Посттравматик панкреатит, шишли шакли. Операциядан кейинги давр оғир кечди. 09.08.2010. Лапаросанация, қорин бўшлиғини найлаш. Лапаростома шакллантириш операцияси ўтказилди. 11.08.2010. Лапаросанация, қорин бўшлиғини найлаш. Лапаростома. 14.08.2010. Лапаросанация, Лапаростомани бартараф этиш,

қорин бўшлиғини найлаш операцияси ўтказилиб нисбатан қониқарли аҳволда амбулатор даволаниши учун 23/08/2010 куни жавоб берилди. Беморда ЎИБИ пастга тушувчи қисмида 2,0x1,0 смлик жароҳат бўлиб, ундан ичак сақланмаси чиқиб туришига қарамасдан қорин бўшлиғида эркин газ аниқланмаган.



3.2- расм. ЎИБИ пастга тушувчи қисми жароҳати тикилган.

Ультратовушли текшириш

ЎИБИ жароҳатланиши билан оғриган 72 нафар (87,8%) жабрланувчида қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг ультратовуш текширувидан мақсад қорин бўшлиғи аъзолари ва (ёки) томирларининг жароҳатланишини билвосита тасдиқлайдиган белгиларни аниқлаш эди (эркин суюқликни аниқлаш) қорин бўшлиғи, унинг тўпланиши ва ретроперитонеал бўшлиқда тарқалиши, паренхиматозаъзоларнинг бутунлигини бузилиши). ЎИБИ жароҳатланиши билан оғриган 72 нафар (87,8%) жабрланувчиларда қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал соҳанинг ультратовуш текширувидан мақсад қорин бўшлиғи аъзолари ёки томирларининг жароҳатланишини билвосита тасдиқлайдиган белгиларни (қорин бўшлиғи бўшлиғида эркин суюқлик борлигини, унинг ретроперитонеал соҳада тўпланиши ва тарқалиши, паренхиматоз аъзоларнинг бутунлигини бузилишини) аниқлаш бўлди.

Геморрагик шок ёки перитонеал симптомларининг мусбатлиги сабабли, умумий ахволининг оғирлиги туфайли 19 нафар беморларда (23,2%) қабул қилинганида бир марта ультратовуш текширувидан ўтказилди. Ушбу беморларда реанимацион чора тадбирлар билан параллел равишда ультратовуш текшируви ўтказилди. Шу билан бирга, 16 та ҳолатда (19,5%) қорин бўшлиғида қоннинг сезиларли даражада тўпланиши ва массив ретроперитонеал гематома аниқланганлиги сабабли шошилинич жароҳатлиқ амалиётини ўтказиш талаб қилинган. Жароҳатланган беморларда бир марта ўтказилган ультратовушли текширишда ўзига хос симптом қорин бўшлиғида ва ретроперитонеал соҳада эркин суюқлик борлигини аниқлаш бўлди. Беморларнинг 53 нафарида ультратовуш динамикада ўтказилиб турилди. Паренхиматоз аъзоларнинг жароҳатланишига шубҳа бўлганда, ўтказилган текширувлар орасидаги ўртача интервал $1,5 \pm 0,5$ соатни ташкил қилди. Ўртача олганда ҳар бир бемор динамикада икки ёки ундан кўп марта текширилди. ЎИБИ жароҳатланиши бўлган 53 беморларда динамикада ўтказилган ультратовуш текширувида паренхиматоз аъзоларнинг жароҳатланишини диагностика қилиш сезгирлиги ва ўзига хослиги 92% ни ташкил этди.

Шундай қилиб, қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал соҳанинг бошқа аъзоларининг жароҳатланишида бўлгани каби, ЎИБИНинг механик жароҳатланишида ҳам ультратовуш текширувининг асосий белгиси қорин бўшлиғида ёки ретроперитонеал соҳада эркин суюқликнинг тўпланиши ҳисобланади.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия

24 та ҳолатда (29,2%) ЎИБИНинг жароҳатланишида ФЭГДС ўтказилди. Ушбу турдаги тадқиқот юқори эҳтимоллик билан нафақат ЎИБИ деворининг жароҳатланиш турини, жароҳатланишнинг локализациясини, балки катта дуоденал сўргичга нисбатан жойлашишини ҳам аниқлаш имконини берди. 21 (87,5%) ҳолатда ФЭГДС ёрдамида ЎИБИ деворининг ёрилиши ташхиси қўйилган. 3 беморда ЎИБИНинг бўшлиғида геморрагик суюқлик аниқланди, бу билвосита ЎИБИ деворида қон кетишининг мавжудлигини кўрсатди.

ЎИБИ деворининг жароҳатланишини кўрсатадиган асосий эндоскопик белгилар 3.4. жадвалда келтирилган.

3.3 -жадвал.

ЎИБИ механик жароҳатланишида ФГДСда аниқланадиган эндоскопик белгилар

Эндоскопик белгилар	Кузатувлар сони	
	n	%
Дуоденум деворида дефект бўлиши	21	87,5%
Ичак бўшлиғида қон бўлиши	3	12,5%

Бир беморда ЎИБИНинг тушувчи қисмида дуоденум деворининг жароҳатланишини бир нечта белгилари бўлса ҳам ичак бўшлиғига қўп миқдорда қон доимий равишда оқиши сабабли ташхис қўйиш имкони бўлмади.

14 та ҳолатда дуоденал деворининг ёрилиши ичакнинг латерал ярим айланасида, 4 тасида - медиал қисмида жойлашганлиги аниқланди. 17 та ҳолатда ёриқ интерпапилляр, 7 та ҳолатда катта дуоденал сўргичдан проксимал қисмида жойлашганлиги (супрапапилляр) кузатилди. Шу билан бирга, барча ҳолатларда катта дуоденал сўргич жароҳатланиши аниқланмади. Статистик таҳлил шуни кўрсатадики, ЎИБИНинг механик жароҳатланишида ФЭГДС сезгирлиги 95,2% ни ташкил этди.

Лапароцентез

Лапароцентез 19 та ҳолатда (23,2%) амалга оширилган бўлса, 17(89,5%) та ҳолатда қон билан интенсив бўялган суюқлик олинди, бу гемоперитонеум борлигидан далолат беради. 3 та ҳолатда, техник қийинчиликлар туфайли перитонеал перфузатни олиш мумкин бўлмади.

19 та кузатувдан 9 тасида ўт пигментлари ва перитонеал перфузатда диастаза даражасининг ошиши аниқланди. Бу факт билвосита ўт йўллари ва ошқозон ости беши жароҳатланишининг мавжудлигини кўрсатди, кейинчалик бу операция давомида тасдиқланди.

ЎИБИНинг изоляцияланган жароҳатланишида лапароцентез ёрдамида ЎИБИ жароҳатланишининг операциядан олдинги ташхиси ўзига хос ва сезгир эмас, чунки ЎИБИ деворининг жароҳатланишини аниқлайдиган патогномоник белгилар мавжуд эмас. Бир вақтнинг ўзида ЎИБИНинг интраперитонеал қисми жароҳатланганда ва томир ва (ёки) бошқа ковак аъзо жароҳатланганда, лапароцентез пайтида 9 та ҳолатда олинган натижалар (қорин бўшлиғини ювишда қон ва патологик аралашмалар мавжудлиги) лапаротомияга кўрсатма бўлди, операция давомида ЎИБИНинг жароҳатланганлиги аниқланди.

Диагностик лапароскопия

Шошилинч жарроҳликда диагностик лапароскопиядан фойдаланиш диагностик хатолар фоизини сезиларли даражада камайтиради ва ташхис қўйиш муддатини қисқартиради. Диагностик лапароскопия қўлланилган барча ҳолатларда лапаротомия учун кўрсатмалар етарли даражада қўйилди ва ҳатто ЎИБИНинг жароҳатланиши аниқланди. Диагностик лапароскопия 17 (20,7%) ҳолатда қорин бўшлиғи ёпиқ травмасида ташхиси ноаниқ бўлган беморларда ўтказилди.

17 беморнинг 11 тасида (64,7%) видеолапароскопия ЎИБИНинг жароҳатланишини кўрсатди. Шу билан бирга, 9 та ҳолатда (52,9%) ЎИБИ деворининг тушувчи қисми жароҳатланганлигини тўғридан-тўғри кўриш мумкин бўлди, шу жумладан 6 тасида (35,3%) ЎИБИНинг ёрилиши, 3 тасида (17,6%) - субсероз жойлашган қон қўйилиш борлигини бевосита кўриш мумкин бўлди. Қолган 6 та кузатувда (35,3%) ЎИБИНинг жароҳатланиши билвосита белгилар билан тахмин қилиниши мумкин:

- 1) ЎИБИ сақланмасини қорин бўшлиғининг юқори қаватида тарқалиши;
- 2) қорин бўшлиғида сафро мавжудлиги (ўт пуфагининг жароҳатланиши бўлмаганда);
- 3) парадуоденал гематоманинг мавжудлиги.

Шундай қилиб, диагностик лапароскопия қорин бўшлиғи аъзолари ва хусусан, ЎИБИНинг жароҳатларини ташхислашнинг энг самарали усулларида биридир. Диагностик лапароскопия билан биргаликда эндоскопик текширув 100% ҳолларда ретроперитонеал эмфизема, гематома ва ЎИБИНинг проекциясида сафро чўкишини аниқлаш имконини беради, бу ЎИБИНинг ретроперитонеал қисмига зарар етказилганлигини тасдиқлайди.

3.4-жадвал.

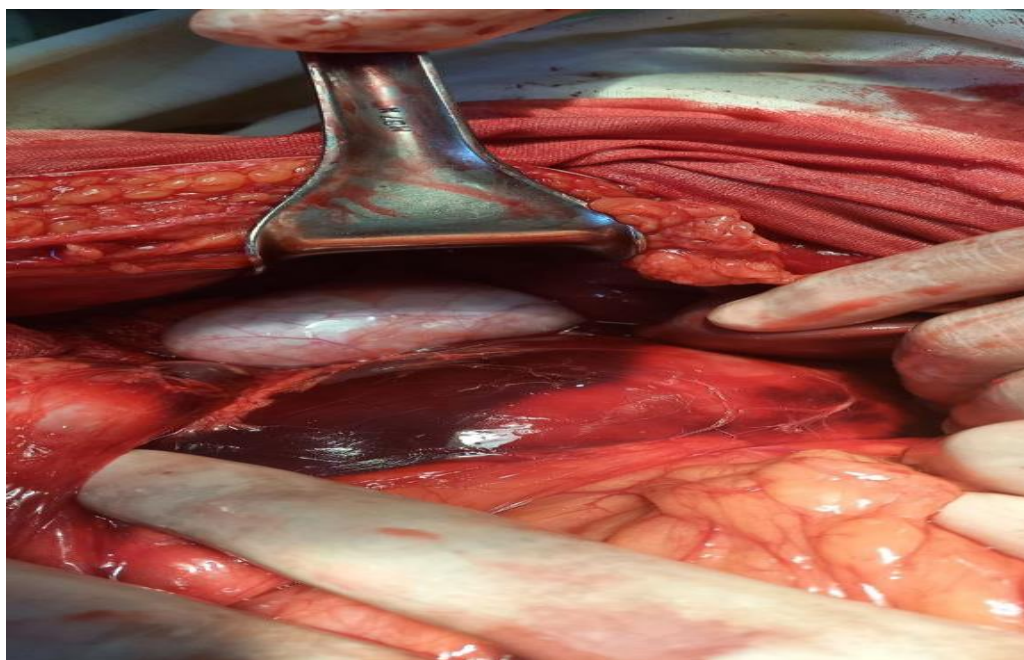
Беморларда ЎИБИ жароҳатланишида видеолапароскопия белгилари

Белгилар	Кузатувлар сони	
	N	%
Гемоперитонеум	3	17,6
Сафронинг бўлиши	4	23,5
Ичак махсулотининг бўлиши	2	11,7
Жигар жароҳати	5	29,4
Ичак ёрилиши	3	17,6

Клиник кузатув:

Бемор Д.И. 31 ёшда, касаллик тарихи № 9043/1213/25/27, РШТЁИМ Самарқанд филиалига 2015-йил 15-июл куни, автоҳалокатдан кейин 1,5 соат ўтгач, қориннинг ўнг томонида ва қов усти соҳасидаги оғриқларга, кунгил айнишига, қон аралаш қайт қилишига шикоятлари билан келтирилди. Умумий аҳволи ўрта оғирликда, ҳуши равшан. Гемодинамикаси: пульс 90 та мин. ритмик, артериал қон босими 90/60 мм сим. ус га тенг. Нафас олиши мустақил, ўпка соҳаларида нафас эшитилади. Шовқинлар йўқ. Тили қуруқ. Қорни дам эмас, ўнг ёнбош соҳасида мушаклар таранглиги аниқланади, барча соҳаларда оғриқ бор. Ичаклар перистальтикаси суст эшитилади. Перитонеал белгилар кучсиз мусбат. Лаборатор текширишларда: лейкоцитоз ($15,2 \times 10^9$ формулани чап силжиси билан). Қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатланишини инкор қилишнинг иложи йўқлиги сабабли

диагностик лапароскопия қилиш кўрсатма қўйилди. Лапароскопия вақтида: жигар усти ва ости соҳаларида кам миқдорда қон бор. Жигар остида сафро аралаш лойқа экссудат аниқланди. Ўнг томонда ретроперитонеал соҳада, кичик чарви халтасида гематома мавжуд. Бошқа патология топилмади. Хулоса: ЎИБИнинг ёрилиши инкор этилмайди. Лапаротомия қилишга қарор қилинди: Ўрта лапаротомия. Қорин бўшлиғида 300 мл атрофида қон бор. Ревизияда ЎИБИ пастга тушувчи қисмида гематома бўлиб, ошқозон ости беши боши ва тана қисмига ўтган, кейинчалик Кохер-Клермон бўйича мобилизация қилинди (расм 3.4). ЎИБИнинг тушувчи қисмининг гематомаси аниқланди, ичак айлананинг 1/2 қисмини эгаллаган, ўн икки бармоқли ичак бўшлиғига кирмайди. Меда ва йўгон ичак тутқичи жароҳатлари аниқланди.



3.3-расм. ЎИБИ тувчи қисми проекциясида гематома.

Чарви халтаси очилди — гематома ошқозон ости беши қисмигача борган. Назогастродуоденал зонд, декомпрессия ҳамда зонд орқали озиқлантириш мақсадида Трейтц бойламиндан ўтказилиб қўйилди. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳалари санация қилиниб дренажланди. Чарви халтаси ҳам дренажланди. Операциядан кейинги таъхис: Қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатланиши. ЎИБИ гематомаси. Гемоперитонеум. Посттравматик панкреатит консерватив муолажалар билан яхшиланди. Беморга 11.08.2015 йил куни амбулатор даволаниш учун жавоб берилди.

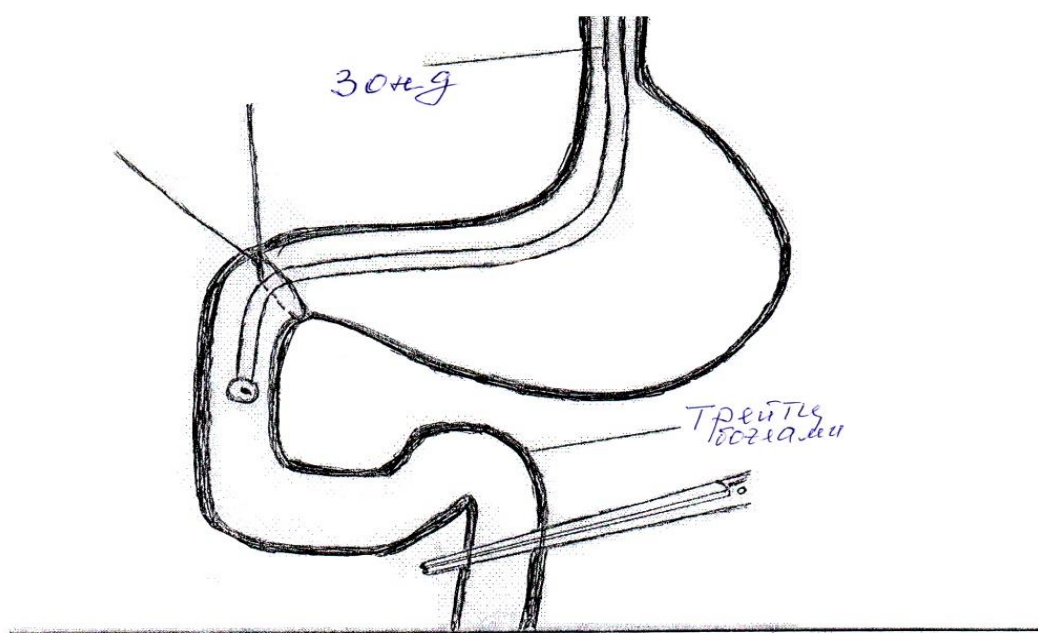
Шундай қилиб, қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал аъзолар жароҳатланишида, операциядан олдинги диагностик таҳлиллар беморларда ЎИБИ жароҳатланишини аниқлашда рационал диагностик усуллар ҳажмини аниқлаш имконини берди, булар қўйидагилар: динамикада қорин бўшлиғи УТТ дан ўтказиш, ФЭГДС, видеолапароскопия. Видеолапароскопия қилиш имкони бўлмаса, лапароцентез қилиниб, перитонеал бўшлиқ ювилади, кейинчалик перитонеал перфузант биохимия текширишига юборилади.

Интероперацион диагностика

Қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатларида энг қийин муаммолардан бири, ЎИБИНинг ретроперитонеал ёрилиши диагностикаси ҳисобланади. Операция вақтида ЎИБИНинг жароҳатланишини аниқлаш, айниқса ретроперитонеал ёрилишларни диагностикаси операциядан олдинги диагностикасидан осон эмас. Дастлабки операция вақтида фақат 3 (3,6%) ҳолатда ЎИБИНинг ретроперитонеал ёрилиши аниқланмаган. Ташхис қўйилмай қолишига қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари жароҳатларининг борлиги сабаб бўлган. Шу билан бирга, ЎИБИ проекциясида ретроперитонеал гематома бўлади. Winiwarter (1912) ва Laffite (1934) томонидан тасвирланган ЎИБИНинг ретроперитонеал жароҳатланишига хос бўлган белгилар триадаси (ретроперитонеал гематома, қорин пардасининг орқа варағини сариқ-яшил рангга бўялиши, ЎИБИ соҳасида париетал қорин парданинг амфиземаси) ЎИБИни қайта ревизия қилиш учун кўрсатма бўлади. Айнан, ретроперитонеал гематома бўла туриб, ЎИБИ ни қайта ревизия қилмаслик, ЎИБИ жароҳатланишини аниқланмай қолишига сабаб бўлади. Бизнинг ишимизда ЎИБИ ревизиясини асосан иккита усулидан фойдаландик:

-ЎИБИни Кохер-Клермон бўйича мобилизацияси, агар керак бўлса, Cattell-Braasch бўйича ЎИБИни мобилизация қилиш - йўғон ичакнинг ўнг бурчаги соҳасидан қорин пардани ажратиш, бу ретроперитонеал бўшлиқни тўлиқроқ текшириш имконини беради, айниқса катта гематома мавжуд бўлганда.

Айниқса, ретроперитонеал бўшлиқда катта гематомалар бўлганда, ЎИБИ жароҳатини аниқлаш қийин бўлади. Бундай ҳолатлар учун биз операция столида ўтказиладиган тестни таклиф қилдик. Ўн икки бармоқ ичакка учиди тешиги бўлган зонд киритилади. Пилоруснинг пастроғидан ичак остидан ингичка полихлорвинил трубка ўтказилади, у ичакнинг устига турникет шаклида тортилади. Трейтц бойлаидан пастроқдан юмшоқ ичак жоми қўйилади. Бу орқали чегараланган сунъий ёпиқ бўшлиқ ҳосил қилинади. Кейин, зонд орқали 150-200 мл метилен кўки аралаштирилган 3% фурациллин ва 3% ли водород пероксиди (9 нафар беморга) юборилади.



**3.4- расм. ЎИБИ ретроперитонеал қисми жароҳати
диагностикаси схемаси.**

Бўшлиқ эритма билан тўлдирилганлиги сайин ва ундаги гидростатик босим ошиши билан ичак девори кенгаяди. Агар ичак деворида ёрилиш бўлса, рангли эритма ретроперитонеал бўшлиққа кириб боради ва париетал қорин пардаси орқали кўринади ва пальпацияда крепитация аниқланади, агар қорин парда ёрилган бўлса, қорин бўшлиғига эркин оқиб ўтади. Шубҳали ҳолатларда, худди шу тарзда зонд орқали контраст модда ва 3% ли водород пероксиди эритмаси юборилади ва қорин бўшлиғи аъзоларининг рентгенографияси амалга оширилади.

Таклиф этилган усул ташхис қўйиш қийин бўлган 9 беморда амалиётда синовдан ўтказилди, бу ЎИБИнинг ретроперитонеал ёрилишини аниқлашга ёрдам берди.

Асосий гуруҳда 9 та ҳолатда (11%), ЎИБИнинг ретроперитонеал қисмида ичак деворининг ёрилишини кўрсатадиган ишончли интраоператив белги яъни парадуоденал соҳада ретроперитонеал эмфизема аниқланди.

Жабрланувчиларнинг 57 нафарида (69,5%) ошқозон ости безининг жароҳатланишига шубҳа бўлганлиги сабабли, ошқозон ости бези ва ЎИБИнинг қорин бўшлиғи қисмини ревизия қилиш учун чарви халтаси очилди. Шу билан бирга, 28 та ҳолатда (34,1%) ошқозон ости бези ва умумий ўт йўлининг жароҳатланиши аниқланди.

61 ҳолатда (74,4%) ЎИБИ Кохер бўйича мобилизация қилинди. Улардан 11 тасида (13,4%) йўғон ичакнинг ўнг ярми мобилизацияси ҳам амалга оширилди. Шу билан бирга, 4 нафар жабрланувчида (4,9%) ЎИБИнинг ёрилиши билан бирга, йўғон ичакнинг ўнг ярмини жароҳатланиши ҳам аниқланди. Жабрланганларнинг 9 нафарида (11%) ретроперитонеал гематомалар аниқланди, улар очилганида нафақат томирларнинг, балки дуоденум деворининг жароҳатланиши ҳам аниқланди.

ЎИБИнинг тушувчи қисмининг жароҳатланиши 54 (66,8%) ҳолатда, пастки горизонтал қисми - 11 (13,4%), ЎИБИнинг юқори горизонтал қисми - 17 (20,7%) ҳолатда аниқланган.

Жабрланганларнинг 17 таси (20,7%) юқори горизонтал ва 54 таси (66%) тушувчи қисмларининг жароҳатланиши қайд этилди. Беморларнинг 11 тасида (13,4%) пастки горизонтал қисмининг жароҳатланиши диагностика қилинган. 15 нафар беморларда (18,3%) дуоденал жароҳатланишнинг ретроперитонеал локализацияси кузатилди.

Асосий гуруҳда ЎИБИнинг механик жароҳатланишининг супрапапилляр локализациясида асосий интраоперацион белгилари: ЎИБИда субсероз қон қўйилиши 14 (29,1%), дуоденал ажралманинг қорин бўшлиғининг юқори қаватига тарқалиши 5 (10,4%) ёки чарви халтасига оқиши (6,3%)

ҳисобланади. Локализацияси инфрапапилляр бўлган ЎИБИ жароҳатланишининг асосий белгилари: ЎИБИ деворида қон қўйилиши 10 та беморда (12,2%) ёки ретроперитонеал бўшлиқда 8 (9,7%), парадуоденал соҳа эмфиземаси 5 (6,1%), парадуоденал клетчаткага ўт суюқлиги шимилиши 3 (3,6%) беморларда кузатилди.

Қорин бўшлиғи аъзоларини интраоператив ревизияси натижалари таҳлили шуни кўрсатдики, ЎИБИНинг жароҳатланишини кўрсатадиган асосий белгилар: парадуоденал клетчаткага сафронинг сўрилиши; ЎИБИ соҳасидаги ретроперитонеал ёки гепато-дуоденал бойлам гематомаси; парадуоденал соҳада эмфиземанинг мавжудлиги.

РЕЗЮМЕ

Шундай қилиб, қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳатланиши билан жароҳатланганларни қабул қилишда ЎИБИНинг жароҳатини тўлиқ ташхислаш учун қуйидаги ҳажмда тадқиқотлар ўтказилиш керак: қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг динамикада ультратовуш текшируви, ФЭГДС, видеолапароскопия. Диагностик чора-тадбирларнинг бундай комбинацияси ЎИБИ жароҳатларининг операциядан олдинги диагностика даражасини 90,9% гача ошириш имконини беради. Операция пайтида ЎИБИга бирлашган тўқималарнинг ҳолатини баҳолаш, шунингдек, парадуоденал соҳа париетал қорин пардасининг ҳолатини баҳолаш керак бўлади. Тадқиқот натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, дуоденал деворининг жароҳатланишининг энг ишончли белгилари парадуоденал тўқималарга сафронинг сўрилиши (52,1%), ЎИБИ соҳасидаги ретроперитонеал ёки гепато-дуоденал боғлам гематомаси (18,7%), парадуоденал соҳада эмфиземанинг мавжудлиги (29,2%).

§3.2. ЎИБИ жароҳатларида хирургик тактика.

ЎИБИНинг жароҳати билан барча беморлар жарроҳлик йўли билан даволанди. РШТЁИМ Самарқанд филиалида жарроҳлик хизмати фаолият кўрсатган йиллар давомида, шошилишч жарроҳликда ФЭГДС ва диагностик

лапароскопиядан биргаликда фойдаланиш, ЎИБИнинг ёпиқ жароҳатланишига шубҳа қилинган беморларни текширишда олтин стандартга айланди, бу эса диагностика хатолар фоизини сезиларли даражада камайтирди ва диагностика муддатини қисқартирди.

2001 йилдан 2015 йилгача (I гуруҳ) жарроҳлик аралашувнинг анъанавий тамойилларидан фойдаланилган. ЎИБИнинг жароҳати икки қаторли чоклар билан тикилган. Ошқозон ости безининг қўшма жароҳатланишида холецистостомия шакллантирилган. Ушбу гуруҳдаги даволаниш натижаларини таҳлил қилиш қўшимча тадқиқотлар ўтказишга туртки бўлди, натижада диагностик ёндашувлари ишлаб чиқилди. Амалга оширилган ташкилий чора-тадбирлар туфайли 2010-йилда РШТЁИМ Самарқанд филиалига замонавий асбоб-ускуналар ва малакали кадрлар билан таъминланди, туну-кун эндовидеохирургия хизмати ташкил этилди, бу эса диагностик имкониятларини сезиларли даражада кенгайтирди ва қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ ва тешиб кирувчи жароҳатлари ҳамда ўткир жарроҳлик патологияси бўлган шошилиш кўрсатмалар билан келиб тушган беморларнинг текшириш вақтини қисқартирди.

2015 йилдан 2021 йилгача (II гуруҳ) ЎИБИнинг ҳар қандай ёпиқ жароҳатланишида, ЎИБИ жароҳатига бирламчи чоклар қўйиш ҳамда холецистостомия шакллантириш ва чарви халтасини дренажланиш биргаликда амалга оширилди. ЎИБИ айланасининг ярмидан кўпи жароҳатланганда, бирламчи чокларга ошқозонни дренажлаш операцияси биргаликда қўлланилди. Назогастроудоденал декомпрессия, фаол аспирация амалга оширилди ва озиклантириш учун дренаж най Трейтц бойлаидан пастга ўтказилиб қўйилди. Операциядан кейинги даврда барча беморларга ошқозон ости безининг экзокрин функциясини камайтиришга қаратилган махсус муолажаалар ўтказилди.

I ва II гуруҳларда жарроҳлик тактикасидаги фарқлардан ташқари, даволашнинг бошқа турлари деярли бир хилда олиб борилган. Биз инфузион терапиядан фойдаландик, кўрсатмаларга мувофиқ қон қуйиш ва албатта,

йирингли асоратларни олдини олиш мақсадида антибиотиклар (цефалоспоринларга қўшимча: аминогликозидлар ёки карбопенемлар билан) қўлладик.

ЎИБИнинг жароҳати билан барча беморлар иккала гуруҳ бўйича таҳлил ўтказилди.

Энг самарали даволаш-диагностика дастурини ва ихтисослаштирилган жарроҳлик ёрдамни кўрсатишнинг узлуксизлигини аниқлаш учун биз, жароҳатланиш даражасини, шунингдек, дуоденал чоклар етишмовчилиги хавфини оширадиган омилларни (панкреатит ва ретроперитонеал флегмона) ҳисобга олган ҳолда ЎИБИ жароҳатланишининг ишчи таснифини таклиф қилдик. E.Moore et al.(1990) умумий қабул қилинган таснифи асос сифатида қабул қилинди.

I даражали жароҳатланиш - иккитадан кўп бўлмаган анатомик қисмни эгаллаган гематома ёки ЎИБИ девори бутунлигини бузмайдиган жароҳат мавжудлиги.

II даражали жароҳатланиш - ичак девори айланасининг 50% гача бўлган жароҳат бўлиши, ошқозон ости безининг жароҳатланиши ва ретроперитонеал флегмонанинг мавжудлиги.

III даражали жароҳатланиш – ЎИБИ деворида катта жароҳат бўлиши (ичак айланасининг 50% дан ортиғи), бир вақтнинг ўзида ошқозон ости безининг жароҳатланиши ва ретроперитонеал флегмонанинг мавжудлиги.

IV даражали жароҳатланиш - ичак айланасининг 75% дан кўпроғини ёрилиши, ампуланинг ва умумий ўт йўлининг дистал қисмини жароҳатланиши.

V даражали жароҳатланиш - Фатер сўрғичи, холедох ёки ошқозон ости бези бошининг ЎИБИ деворидан ажралиши, ЎИБИ ва ошқозон ости бези бошининг эзилиши туфайли панкреатодуоденал зонанинг катта жароҳатланиши.

Иккала гуруҳ беморларининг E.Moore классификацияси бўйича тақсимланиши 3.4 жадвалда келтирилган.

3.5- жадвал

ЎИБИ жароҳатланиши билан жароҳатланган беморларнинг умумий сони

Жароҳатланиш даражаси	I гуруҳ		II гуруҳ	
I даражали	5	14,7%	7	14,5%
II даражали	11	32,3%	15	31,2%
III даражали	13	38,2%	17	35,4%
IV даражали	4	11,7%	5	10,4%
V даражали	1	2,9%	4	8,3%
Жами	34	100%	48	100%

I даражали жароҳатланиш 12 (14,6%) беморларда аниқланган. Иккитадан кўп бўлмаган анатомик қисмни эгаллаган парадуоденал соҳанинг катта гематомаси, ошқозон ости безига ўтиши билан.



3.5-расм. Парадуоденал ва қорин парда орти соҳаси гематомаси.

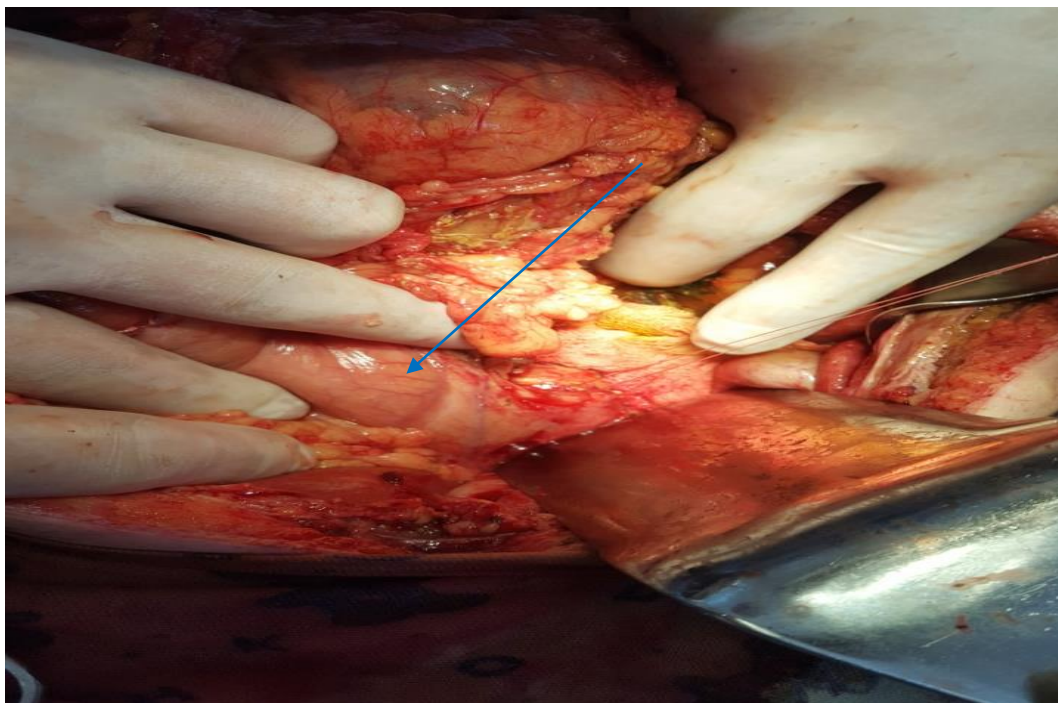
I гуруҳда ЎИБИнинг гематомаларида, гематомани эвакуация қилиш билан чекланилган, кейинчалик 5 (100%) ҳолатларда ретроперитонеал тўқималар дренажланган; II гуруҳда - гематомани эвакуация қилиш, кейинчалик ретроперитонеал тўқималарни дренажлаш, холецистостомия- 7

(100%) билан бирга амалга оширилган. Барча гематомалар жароҳатланиш хусусиятига кўра, ичак девори бутунлиги бузилган бузилмаганлигини инкор қилиш мақсадида қайта ревизия қилинди. Гематома ЎИБИнинг олд деворида жойлашганида, корин парда жароҳат устидан очилиб, девор бутунлиги визуал кўриш орқали баҳоланди. Бир ҳолатда, ичак деворининг қон билан имбибициялашиб кетганлиги сабабли, текшириш вақтида жароҳат йўқлигига тўлиқ ишонч ҳосил қилиш имкони бўлмади. Бундай ҳолда, ЎИБИ бўшлиғига ўтказилган зонд орқали водород пероксиди билан метилен кўки эритмаси юборилди. Деворнинг жароҳатланган соҳасидан ичак бўшлиғидан бўёқ оқиб чиқиши кузатилмади. Кочер бўйича мобилизациядан сўнг, ЎИБИнинг ретроперитонеал қисмида жойлашган гематомалар борлиги аниқланди. Икки беморда гематомани қайта ревизия қилиш вақтида, ичак деворининг жароҳатланишини аниқлашга имкон бўлди. Иккала гуруҳда ҳам ЎИБИ девори нуқсони икки қаторли чоклар ёрдамида тикилган. Биринчи қатор атравматик игнали сўрилувчи тикув материаллари (полисорб, викрил) билан тикилган. Шу билан бирга, зарарланган тўқималарнинг камроқ травматизациясига эришилди - синтетик сўрилувчи тикув материаллари кетгутга қараганда, тўқималарда камроқ яллиғланиш реакциясини келтириб чиқаради. Буларнинг барчаси, кейинчалик, ЎИБИ жароҳатини битиши учун қулай шароитлар яратади.

Барча операцияларда ўн икки бармоқ ичакни назогастроудоденал интубация қилинди, ўн икки бармоқ ичакни декомпрессиялаш ва найча орқали озиқлантириш мақсадида назогастроудоденал найни дуоденоеюнал бурчакдан пастга ўтказиб қўйилди.

ЎИБИ жароҳатларининг операцияси вақтида, ЎИБИ декомпрессияси энг муҳим омиллардан бири бўлиб ҳисобланади. ЎИБИнинг жароҳатланиши билан назогастроудоденал декомпрессия I гуруҳда деярли амалга оширилмади. II гуруҳда истисносиз барча кузатувларда назогастроудоденал декомпрессия ва овқатланиш учун зонд Трейтц бойламидан ўтказилиб қўйилди.

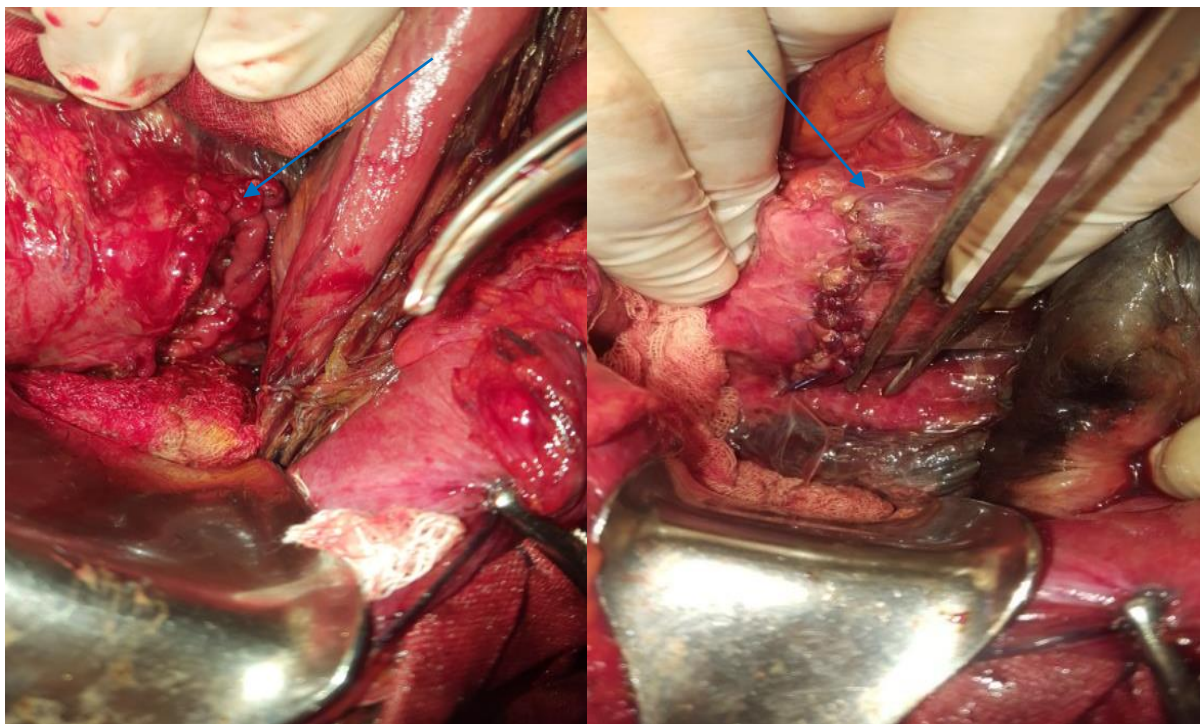
II даражали жароҳатланиш (ичак девори айланасининг 50% гача бўлган жароҳат бўлиши, ошқозон ости безининг жароҳатланиши ва ретроперитонеал флегмонанинг мавжудлиги) билан ёпиқ жароҳат 26 (31,7%) беморларда аниқланган. Биринчи гуруҳда 8 (23,5%) беморда жароҳатга бирламчи чоклар қўйиш билан чегараланган. Бирламчи чоклар қўйиш 3 (8,8%) ҳолатда холестистотомия билан бирга амалга оширилган. I гуруҳда ошқозон ости безининг комбинациялашган жароҳатланиши бўлган 3 (8,8%) беморларда холецистостомия шакллантирилган. I гуруҳдаги 1 (2,9%) ҳолатда, ошқозоннинг 2/3 қисмини Бильрот-II бўйича резекцияси Гофмейстер-Финстерер модификацияси билан ҳамда холецистостомия амалга оширилди.



3.6-расм. ЎИБИ жароҳатига бирламчи чоклар қўйиш.

Иккинчи гуруҳдаги барча беморларга ЎИБИнинг жароҳатига бирламчи чоклар қўйилди ҳамда холецистостомия ёки умумий ўт йўлининг ташқи дренажлаши биргаликда амалга оширилди. Холецистостомия шакллантириш ёки умумий ўт йўллариининг ташқи дренажлаш операциянинг ҳал қилувчи лаҳзаси бўлиб, дуоденал чокларининг этишмовчилигини камайтиришга ёрдам беради. Насогастроудоденал декомпрессия қилиниб, фаол аспирация амалга оширилди ва овқатланиш учун интестинал зондни Трейтц бойлаидан пастга ўтказиб қўйиш барча ҳолатларда амалга оширилди. ЎИБИ

айланасининг $\frac{1}{2}$ қисмини эгалаган жароҳатларда гастроэнтероанастомоз шакллантириш 5 (33,3%) беморда ҳам амалга оширилди. Беморларнинг 3 (20%) тасида травма олганидан 3 кун ўтиб мурожаат этганлиги ва қоринда перитонитнинг кучли ифодаланганлиги инобатга олиниб, ўн икки бармоқ ичакни овқат ҳазм қилиш тизимидан ажратиш операциялари (12 бармоқ ичакни дивертикуляция қилиш) бажарилди. ЎИБИнинг II даражали жароҳатланишида 4 (26,6%) ҳолатда ООБ капсуласининг ёрилиши кўринишидаги жароҳатланиши ва ретроперитонеал флегмона белгилари билан ҳамда ЎИБИ атрофида стеатонекроз ўчоқлар, чарви халтасида геморрагик суюқлик бўлиши биргаликда учради (3.7-расм).



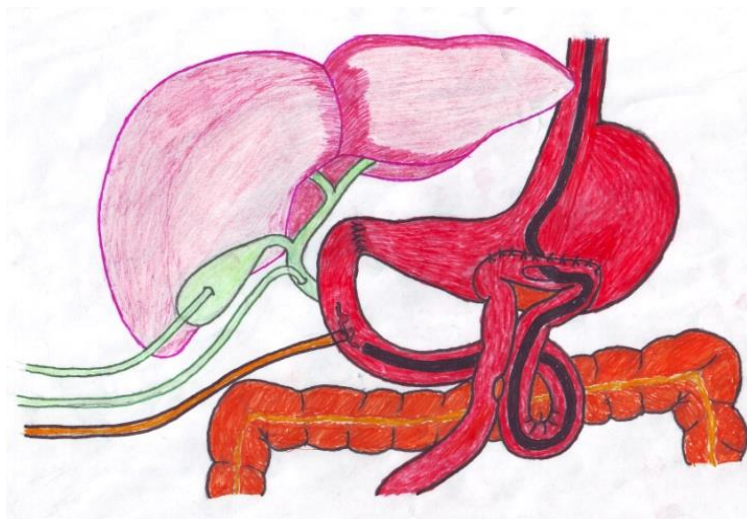
3.7-расм. ЎИБИ пастга тушувчи қисмида катта дефект, ичак айлансининг 50% га тенг ҳамда бирламчи чоклар қўйилганлиги.

III даражали жароҳатланиши (ЎИБИ деворида катта жароҳат бўлиши, ичак айланасининг 50% дан ортиғи, бир вақтнинг ўзида ошқозон ости безининг жароҳатланиши ва ретроперитонеал флегмонанинг мавжудлиги билан) 30 (36,5%) беморларда аниқланди. Биринчи гуруҳнинг 9 (69,2%) беморларида операция ҳажми жароҳатга бирламчи чоклар қўйиш, холецистостома шакллантириш билан чегараланилган. 1 та ҳолатда операция ҳажми жароҳатга бирламчи чоклар қўйиш, холецистостома, дуоденостома

шакллантириш билан яқунланган. 3 та беморда эса жароҳатга бирламчи чоклар қўйиш, олдинги гастроэнтероанастомоз қўйиш билан тугалланган.

Иккинчи гуруҳ беморлардаги оператив аралашувлар турли туман бўлиб деярли аксарияти ўн икки бармоқ ичакни овқат ҳазм қилиш тизимидан ажратиш операциялари (12 бармоқ ичакни дивертикуляция қилиш), Донаван –Хаген, меъданинг 2/3 қисмини Бильрот-П Гофмейстер-Финстерер модификацияси бўйича резекциялари бажарилган.

ЎИБИ жароҳатларида 3 та ҳолатда бирламчи чок қўйилди ҳамда умумий ўт йўлини ташқи дренажлаш ва чарви халтасини дренажлаш биргаликда амалга оширилди. Ушбу гуруҳдаги 4 (23,5%) беморда ЎИБИ девори айланасининг 50% оралиғида бўлган битта жароҳатланиши, ўчоқли панкреонекроз ва ретроперитонеал инфекцияланган гематома билан асоратланганлиги аниқланди. Барча ҳолатларда беморлар жароҳат олгандан сўнг, дастлабки 12 соат ичида перитонит клиникаси билан мурожаат қилишди. Бу беморларга ўн икки бармоқ ичакни овқат ҳазм қилиш тизимидан ажратиш - оддий дивертикулизация, олдинги гастроэнтероанастомоз, Браун анастомози билан ҳамда умумий ўт йўлинини ташқи дренажлаш операциялари бажарилди. (3.8-расм).



3.8-расм. ЎИБИ оддий дивертикулизацияси, холецистостомия, холедохостомия, дуоденостомия, Вельфлер бўйича гастроэнтеростомия.

Ўн икки бармоқ ичакни овқат ҳазм қилиш тизимидан ажратиш-дивертикулизация (ўн икки бармоқ ичакни дренажлаш операциялари) химуснинг антеград ўтишини тўхтатишни таъминлайди, бу ЎИБИ

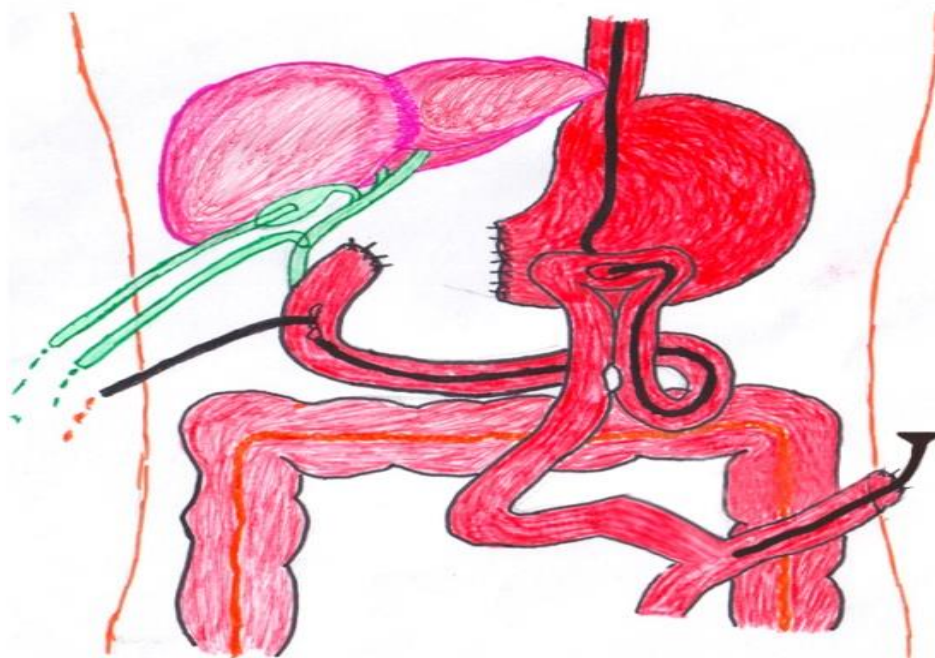
ёрилишини даволаш учун оптимал шароитларни яратади. Бизнинг кузатувимизда куйидагилар кўрсатмалар бўлиб хизмат қилди :

- 1) кенг кўламли жароҳатланиш (ичак айланасининг 40-50% дан кўпроғини эгаллаган жароҳатларда, ичакнинг эзилиб йиртилган жароҳати;
- 2) ўн икки бармоқ ичак худудида инфильтрат, чандикли ўзгаришлар бўлганда;
- 3) жароҳатланишнинг давомийлиги 4 -6 соатдан ортиқ бўлса;
- 4) панкреатодуоденал жароҳатланишларда;
- 5) жароҳатланиш ичакнинг пастки горизонтал соҳасида жойлашуви (инфрапилляр);
- 6) ретроперитонеал флегмона ёки перитонитнинг мавжудлиги;
- 7) ўн икки бармоқли ичак деворининг ярасининг қирралари некрози (ўқ отар жароҳатларда).

ЎИБИнинг III даражали жароҳатланишида 12 (25%) ҳолатда ООБ капсуласининг ёрилиши кўринишидаги жароҳатланиши ва ретроперитонеал флегмона белгилари билан ҳамда ЎИБИ атрофида стеатонекроз ўчоқлар, чарви халтасида геморрагик суюқлик бўлиши биргаликда учради. Шу билан бирга, ошқозон ости бези бошининг жароҳатланиши ретроперитонеал соҳа гематомаси ва ретроперитонеал флегмона белгилари билан қайд этилди. Беморлар 24 соатдан ўтиб мурожаат қилишган. Операция давомида ЎИБИ орқали овқат махсулотлари ўтишини олдини олиш мақсадид тўлиқ дивертикулизация, 4 та беморга эса Донаван –Хаген, 2 та беморга эса меъданинг 2/3 қисмини Бильрот-II усулида Гофмейстер-Финстерер модификацияси бўйича резекцияси бажарилди.

Донован-Хаген бўйича дивертикулизация (антрумэктомия, ствол ваготомия, узун қовузлоқли гастроэнтероанастомоз, дуоденостомия, холецистостомия) 3 та ҳолатда ўтказилди: антрумэктомия, Вельфлер бўйича олдинги гастроэнтероанастомоз, Браун анастомози билан ҳамда холецистостома, холедохостомия, дуоденостома бажарилди. Анастомоз пептик

ярасини олдини олиш мақсадида ствол ваготомияси ўтказилди. Операциянинг тавсифи расмда кўрсатилган (3.9-расм).



3.9-расм. Донаван-Хаген операцияси, Витцель бўйича озиқлантирувчи еюностомия билан бирга.



3.10-расм. ЎИБИ ка бирламчи чоклар қўйиш, қўшимча дуоденостомия ва холецистостомия қўйиш билан.

2 ҳолатда кўндаланг чамбар ичакнинг, 4 ҳолатда - жигар ва ингичка ичакнинг қўшма жароҳатланиши бор эди. Операция давомида кўндаланг чамбар ичак ва жигар жароҳатлари тикилди, ЎИБИ жароҳатига чоклар қўйиш,

масофали дуоденостома (3.10-расм), чарви халтаси ва жигар ости соҳалари дренажлаш бирга амалга оширилди.

4 та ҳолатда кеч мурожаат қилинганлиги ва тарқалган перитонит ривожланганлиги туфайли, қорин бўшлиғини режалаштирилган саниция қилиш учун, лапаростомия операцияси билан яқунланди. Охирги 3 та (17,6%) ҳолатда, ЎИБИнинг жароҳатланган соҳасига, узун қовузлоқли дуоденоюноанастомоз, Браун дарчаси билан пролен атравматик иплар ёрдамида қўйилди, ЎИБИга декомпрессия қилиш ва фаол аспирация мақсадида Трейтц боғлампидан пастга трансанал зонд ўрнатилди. Ушбу кузатувларда операциядан кейинги даврда, қўйилган анастомознинг асоратлари кузатилмади. 1 беморда ЎИБИнинг тушувчи қисми ятроген (ўнг томонлама нефректомия) жароҳатланиши туфайли, ЎИБИнинг оддий дивертикулизацияси, узун қовузлоқли гастроэнтероанастомоз, Браун дарчаси билан қўйиш амалга оширилди ва холецистэктомия, умумий ўт йўли Абба-Пиковский бўйича ташқи дренажланди. Люмбатом кесма орқали, аспирацион-ювиб даволаш учун, икки бўшлиқли дренаж най ўрнатилди. ЎИБИнинг жароҳати, кучли яллиғланишли инфильтрат бўлганлиги, перитонитсиз чегараланган ретроперитонеал флегмона бўлганлиги сабабли тикилмасдан қолдирилди. Ретроперитонеал тўқималарнинг инфекцияси ривожланишининг олдини олиш мақсадида “Декасан” антисептик эритмаси “Левомекол” малҳами билан бирга қўлланилди, бу жарроҳлик даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилади. Люботом жароҳат мунтазам равишда антисептик воситалар “Декасан” ва “Левомекол” малҳамлари билан боғламаси алмаштирилиб турилди. Люботом жароҳат бирламчи битди, дуоденал оқма 15 кундан кейин ўз-ўзидан ёпилди. Бемор қониқарли ҳолатда шифохонадан жавоб берилди.

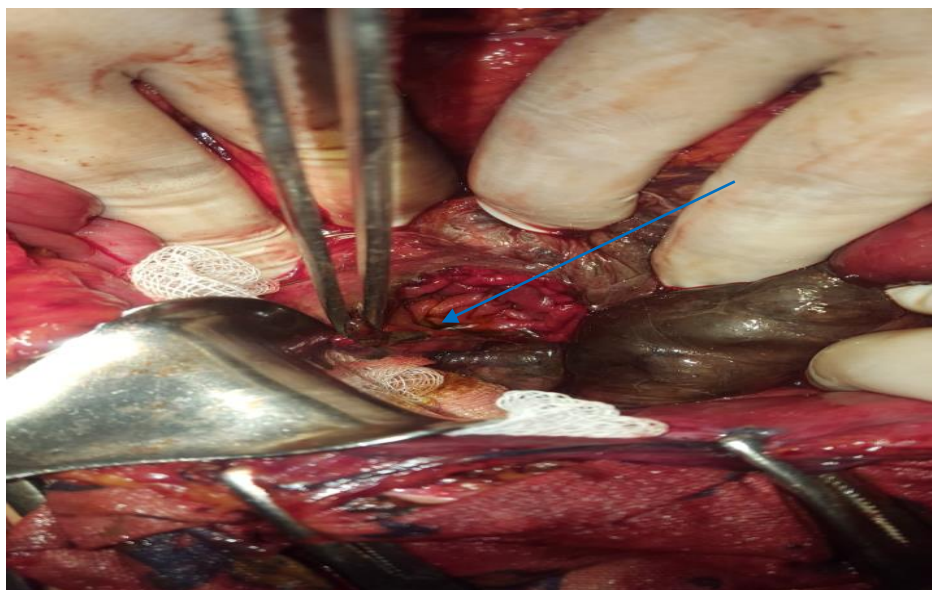
IV даражали жароҳатланиш (ЎИБИнинг айланасининг 75% дан кўпроғини ёрилиши, ампуланинг ва умумий ўт йўлининг дистал қисмини жароҳатланиши) 9 нафар беморларда кузатилди. Биринчи гуруҳдаги 4 та беморларга ЎИБИ жароҳатига бирламчи чок қўйиш, холецистостомия, чарви

халтасини дрениражлаш бажарилган. Иккинчи гуруҳдаги 3 ҳолатда ЎИБИ дивертикуляцияси озиқлантирувчи еюностомия қўйиш билан амалга оширилди (ЎИБИ деворидаги жароҳат икки қаторли чоклар билан тикилди, ЎИБИ ошқозон ичак тизимидан ажратилди ва тугунли чоклар ёрдамида перитонизация қилинди). Операция узун қовузлоқли кўндаланг чамбар ичак олди ГЭА қўйиш билан яқунланди. 2 (40%) ҳолатда, ошқозоннинг 2/3 қисмини Бильрот-П бўйича резекцияси, Гофмейстер-Финстерер модификацияси билан холецистостомия, Браун дарчаси қўйиш орқали бажарилди. ЎИБИ деворидаги дефект, атравматик ишлар билан икки қаторли тугунли чоклар ёрдамида тикилди. Назогастроудоденал фаол аспирация амалга оширилди, овқатланиш учун интестенал зонд ўрнатилди, ретроперитонеал бўшлиқ дренажланди. Барча ҳолатларда операция холецистостомия қўйиш билан амалга яқунланди. Ушбу гуруҳдаги беморларда ўчоқли панкреонекроз билан асоратланган ошқозон ости безининг жароҳатланиши ва ретроперитонеал бўшлиқ гематомасининг инфицирланиши аниқланди.

Кузатувимиздан мисол келтирамиз:

Бемор К., 14 ёш, 20.10.2021 куни, соат 18.00 ларда оғир аҳволда РШТЁИМ Самарқанд филиали болалар реанимация бўлимига ётқизилган. Анамнездан маълум бўлишича, у қорин бўшлиғи жароҳатини велосипеддан йиқилиб тушиши натижасида олган. Бемор қориндаги оғриққа, умий дармонсизликка шикоят қилади, тери қопламалари оқимтир. Пульс 90 зарба, дақиқасига, АҚБ – 110/70 мм сим. ус га тенг. Ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади. Тили қуруқ. Қорни дам эмас, пальпацияда мушаклар таранглашган, кучли оғриқ сезади. Ичаклар шовқини эшитилади. Қўйилган таъхис: қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати. Қорин бўшлиғи зудлик билан УТТ қилинди, патологик ўзгаришлар топилмади, эркин суюқлик аниқланмади. Обзор ренгенографияда қорин бўшлиғида эркин газ йўқ, кукрак қафаси жароҳатланиш белгилари ҳам аниқланмади. Қоннинг умумий таҳлили: лейкоцитлар – $15,45 \times 10^9$, эритроцитлар – $4,49 \times 10^{12}$, гемоглобин 110 г/л,

сийдик тахлили меъёрида. Консерватив даво муолажалари тавсия этилди, қайси-ки, 3 соатдан сунг, қоринда кучли оғриқ, қорин парда яллигланиш белгилари пайдо бўлди, шошилиш жарроҳлик аралашуви ўтказишни талаб қилди. Лапароскопияда қорин бўшлиғида қон ҳамда чарви халтаси ва ўнг ёнбош канали соҳасида катта гематома борлиги аниқланди. Юқори ўрта лапаротомия қилинди. Қорин бўшлиғи ревизиясида 300 мл атрофида қон, ошқозон-кундаланг чамбар ичак бойламига қон шимилган, ўнг ёнбош канали бўйлаб, катта ҳажмли қорин парда орти соҳаси гематомаси аниқланди. Гематома жигар дарвозаси томонга қараб тарқалган. Чарви халтаси очилди. Ошқозон ва ошқозон ости бези жароҳатланиши аниқланмади. Шу билан бирга, ретроперитонеал гематома ревизия қилинганда ўнг ёнбош канал бўйлаб, 200 мл гача қон дуоденал сақланма аралашмаси билан ажралиб чиқди. ЎИБИнинг юқорги горизонтал қисмида катта жароҳат борлиги аниқланди.



3.11-расм. ЎИБИ юқорги горизонтал қисми жароҳати, ичак айланасининг 50% идан кўп қисмини эгаллаган.

ЎИБИ жароҳати тикилди, олдинги гастроэнтероанастомоз, Браун дарчаси билан бирга шакллантирилди. Операциядан икки кун ўтиб беморда перитонит белгилари пайдо бўлди, дренажлардан ўтли ажралмалар чиқа бошлади. Консилиум ўтказилди. Релапаротомия қилиш лозим деб топилди. Ревизияда тарқалган ўтли перитонит аниқланди. Ревизияда зонд умумий ўт

йўлининг ретропанкреатик қисмидаги ошқозон ости беши бошичасининг тўқимасидан ўтди, умумий ўт йўлининг катта дуоденал сўғич соҳасидан ажралиши, ампуланинг жароҳатланиши аниқланди. Холедох ампуласининг тўлиқ эзилганлиги сабабли реконструктив операцияни бажаришга қарор қилинди, унинг моҳияти қуйидагича (расм). ЎИБИ Кохер бўйича мобилизация қилинди, умумий ўт йўлининг улчами кичиклиги сабабли, терминал қисмидан бозланди ва холедохоеюноанастамоз шакллантирилди. Бошқа асоратлар топилмади. Умумий аҳволи нисбатан қониқарли ҳолда 10.11.2021 й куни уйига жавоб берилди. Бизнинг ишимизнинг ўзига хос жиҳати шундаки, реконструктив операция ўзига хос модификацияда амалга оширилиб, яхши натижа билан якунланди, бу ҳақда Самарқанд вилоят жарроҳлар жамиятининг 2021-йил 26-октябрдаги йиғилишида маълумот берилди.

V даражали жароҳатланиш (Фатер сўғичи, холедох ёки ошқозон ости беши бошининг ЎИБИ деворидан ажралиши, ЎИБИ ва ООБ бошининг эзилиши туфайли панкреатодуоденал зонанинг катта жароҳатланиши) иккала гуруҳда 5 нафар жабрланувчилар борлиги аниқланди. 2 ҳолатда ЎИБИ дивертикулизацияси, енгиллаштирувчи еюностомия билан, ҳамда Ру бўйича холедоеюноанастамоз қўйиш операцияси бажарилди. ЎИБИ ошқозон ичак тизимидан ажратилди, кейинчалик бир қаторли тугунли чоклар ёрдамида перитонизация қилинди. 3 нафар беморлар операция вақтида профуз қон кетганлиги сабабли, вафот этди.

Операциядан кейинги даврдаги инфузион терапия ҳажми индивидуал равишда аниқланди. Инфузион-трансфузион терапиянинг асосий мақсадлари гиповолемияни коррекция қилиш, қоннинг реологик, биокимёвий ва осмотик хусусиятларини нормаллаштириш, дезинтоксикацион, парентерал озиклантиришлардан иброт эди. Интенсив терапия вақтида кристаллоид эритмалар (натрий хлориднинг 0,9% изотоник эритмаси, 5-10% глюкоза эритмалари, Рингер эритмаси, ремаксол), коллоид эритмалар (6% ГЭК, реополиглюкин эритмаси), қон маҳсулотлари (янги музлатилган плазма (ЯМП), албумин) қўйилди. Оғир қон йўқотиши (УАҚ нинг 20% дан кўпроғи) бўлган паренхимал аъзоларнинг (жигар) қўшма жароҳатланиши бўлган 10 нафар беморларга бир гуруҳли эритроцитлар массаси қўйилди.

ЎИБИ жароҳатларида жарроҳлик аралашуви характери

Операция турлари	<i>I гуруҳ (n = 34)</i>		<i>II гуруҳ (n = 48)</i>	
	Абс	%	Абс	%
Гематомалар эвакуацияси.Қорин парда орти соҳасини дренажлаш.	5	14,7	7	14,5
ЎИБИ чоклар қўйиш, холецистэктомия,умумий ўт йўлини ташқи дренажлаш билан.	2	5,8	4	8,3
ЎИБИ оддий чоклар қўйиш, холецистостомия, Чарви халтасини дрениражлаш.	25	73,5	15	31,2
ЎИБИ чоклар қўйиш,ЎИБИ дивертикулизацияси, холецистостомия,ГЭА Браун дарчаси билан.	1	2,9	8	16,6
Донован-Хаген бўйича ЎИБИ дивертикулизацияси (антрумэктомия, стволваготомия, узун қовузлокли, холецистостома, дуоденостома).	-	-	7	14,5
ЎИБИ дивертикулизацияси, Бильрот Пошқозон резекцияси Гофместер – Финстерер модификацияси билан.	1	2,9	4	8,3
Дуоденоеюноанастомоз узун қовузлокда, Браун дарчаси билан.	-	-	3	6,2

Антибактериал терапия бактериологик текширув натижалари ва антибиотикларга сезгирликсиз, яъни эмпирик тарзда амалга оширилди. Интраоперацион антибактериал терапия, 100 мг метрогил ва 1,0 г цефтриаксонни томир ичига юбориш орқали амалга оширилди. Операциядан кейинги даврда даволаш антибактериал препаратларнинг комбинацияси билан амалга оширилди: 1) 1-авлод цефалоспоринлар + аминогликозидлар

(цефтриаксон кунига 2,0 г х 2 марта, мушак ичига (м/о) + гентамицин 80 мг х кунига 3 марта, м/о). Операциядан кейинги давр асоратсиз кечганда антибиотик терапияси курси 7-9 кунни ташкил этди. Йирингли асоратлар кузатилганда, микробларга қарши воситалар ўзгартирилди: даволаш режимига 4 авлод цефалоспоринлар (цефотаксим 1,0 г х 2 марта кунига; клафоран 1,0 г х 2 марта кунига, м/о) ёки макролидлар (клиндамицин 300 мг х 2 марта кунига, м/о) метронидазол билан биргаликда (метрогил 100 мг х 2 марта кунига, вена ичига) қўшилди.

Операциядан кейинги даврда беморларга озиқ-овқат ва сув истеъмол қилиш тақиқланди. Сунъий озиқлантиришнинг мазкур варианты учун восита сифатида РШТЁИМнинг Самарқанд филиалида тузилган Зонд-III энтерал аралашмаси энг самарали хизмат қилади. (3.7-жадвал).

3.7-жадвал

Зонд-III озиқа аралашмасининг таркиби

№	Номи	Миқдори
1	Гўшти бульон	2000 мл
2	Майдаланган пишган гўшт	400 г
3	Тухум сариғи	100 г
4	Сметана	100 г
5	Сариёғ	50 г
6	Сабзи шарбати	100 мл
7	Олма шарбати	100 мл
8	Туршак	100 г
9	Буғдой ёрмаси	40 г
10	Картошка	200 г
11	Талқон	30 г
Жами: оқсиллар -126 г, ёғлар -129 г, Углеводлар -380 г.		3200-3500 ккал

Тўла қийматли энергетик таъминланиш учун организмга бир вақтнинг ўзида киритиладиган аминокислоталар аралашмаси зарур. Аминокислоталар аралашмаси дарҳол биокимёвий реакцияларга киришадиган физиологик

субстракт ҳисобланади. Кўпчилик беморларда 2-3-кунлардан бошлаб комбинациялашган озиклантириш варианты (энтерал+парентерал) мумкин бўлади. Аста-секинлик билан, энтерал озиклантириш учун киритиладиган калораж ва азот ҳиссалари 65-80% гача етказилади.

2-гуруҳдаги беморларда интестинал зод орқали энтерал овқатланиш 7-10 кун давомида амалга оширилди. Операциядан кейинги дастлабки даврда зонд орқали 5-10% глюкоза эритмалари, кунига 1,5 литргача бўлган ҳажмдаги Рингер эритмаси юборилди. Операциядан 7-8 кун ўтгач, декомпрессия ва интестинал зондлар олиб ташланди, сўнгра табиий йўл билан овқатлантириш бошланди, per os.

§3.3. ЎИБИ жароҳатларида қорин парда орти флегмонасини даволаш тамойиллари.

Ретроперитонеал флегмона билан асоратланган ЎИБИ жароҳатланиши бўлган беморларга реанимация бўлимида комплекс даволаш ишлари олиб борилди. Ретроперитонеал флегмонани комплекс даволашнинг асосий йўналишлари ва усуллари қуйидагилардан иборат: протеаза ингибиторлари (контрикал ва аналоглари), ошқозон ости безининг секретор функциясини блокловчи воситалар (сандостатин ёки октреотид 100 мкг дозада кунига 3 марта 5-7 кун давомида), интенсив қувватловчи терапия (инфузион, кардиотоник ва нафас олиш терапияси билан оптимал кислород даражасини сақлаб туриш), кортикостероид гормонлар. Ретроперитонеал флегмона билан асоратланган ЎИБИнинг жароҳатланишида, зарарланган соҳада самарали бактерицид коцентрациясини ҳосил қиладиган, чақирувчиларнинг барча этиологик омилларга таъсир қилувчи, нисбатан кенг таъсир доирасига эга бўлган антибактериал дориларни тайинлаш учун абсолют кўрсатма бўлади (цефалоспоринлари 3-4 авлод, фторхинолонлар 3-4 авлод, (Гатифлоксацин, моксифлоксацин) метронидазол.

ЎИБИнинг жароҳатланиши бўлган 13 нафар беморларда операциядан кейинги даврнинг $6,2 \pm 2,1$ кунларида ташқи дуоденал оқмалари аниқланган,

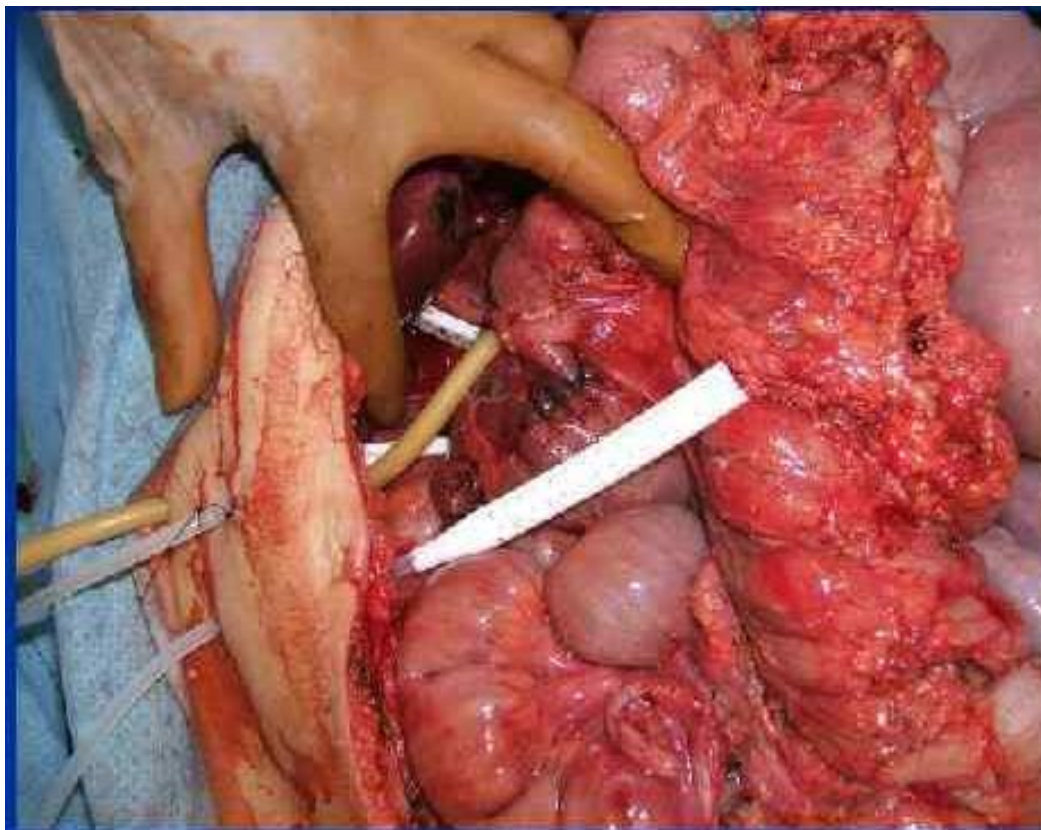
бу барча ҳолатларнинг 17,5% ни ташкил қилади. Шунингдек керакки, барча 13 беморларда оқмани ташхиси қўйишда фистулография етакчи рол ўйнади. Фистула йўлларида атрофдаги аъзолар ва тўқималар билан топографик ва анатомик алоқаларини батафсил ўрганиш, шунингдек унинг шакли ва ҳажмини кузатишда, оқманинг ички тешигининг баҳолаш учун сувда эрувчан контраст модда ёрдамида фистулография ўтказилди. Бироқ, олдинги ва интраоператив диагностика қиёсий натижаларига кўра, сувда эрувчан контрастдан фойдаланган ҳолда фистулография энг маъбулдир (13 ҳолатда). Барча дуоденал оқмалари шаклланмаган эди. 13 нафар беморлардан 6 тасида (46,1%) ЎИБИ оқмалари асоратлари кузатилди: 2 (11,8%) тасида жигар ости абсцесси, 2 (11,8%) тасида диафрагма ости абсцесси, ретроперитонеал флегмона 1 (5,9%) тасида, перитонит 1 (5,9%) ривожланди. Жарроҳлик даволаш учун кўрсатма, перитонеал симптомларнинг пайдо бўлиши эди. 13 та ҳолатдан 7 тасида (53,8%) дуоденал оқмасини бартараф қилиш учун, ўнг қовурға ёйи ости соҳасидан лапаротомия қилинди.

Ретроперитонеал флегмона билан 6 та кузатувда ўнг бел соҳасидан ҳам кесма қилинган.



3.12-расм. Қорин парда орти флегмонасида люмботомик кесма.

Қолган 7 та ҳолатда операция ўрта-ўрта лапаротомия билан амалга оширилган.



3.13-расм. Қорин парда орти флегмонасида ўрта-ўрта лапаротомия

Дуоденал оқмаларнинг пайдо бўлишининг асосий сабаблари: ЎИБИ жароҳати аниқланмай қолганлиги (4-тада), операциягача жароҳат олган вақтдан бошлаб, олти соатдан кўпроқ вақтдан кейин, дуоденал деворнинг ёрилишига қўйилган чоклар етишмовчилиги (9-тада).

Супрапапилляр локализацияли оқма, ички тешик кесилгандан сўнг, девордаги нуқсони икки қаторли чоклар ёрдамида тикилиб, катта чарвининг бир учи олиб келиб фиксация қилинади, сўнгра назогастроуденал зонд қўйилади. Ушбу тактика билан 13 бемордан фақат 1 нафарида (7,7%) оқма такрорланиши кузатилди. Инфрапапилляр оқмаларни ташхислашда жарроҳлик аралашувлари кенгроқ қўлланилди.

Резюме

Шундай қилиб, ЎИБИ ёпиқ жароҳатлари кўпинча, ички аъзолар ва бошқа анатомик соҳаларнинг жароҳатланиши билан кечадиган оғир жароҳатланишдир. Диагностик лапароскопия ва ФЭГДС дан бир вақтнинг ўзида фойдаланиш, диагностик хатолар фоизини сезиларли даражада камайтириши ва ЎИБИ ёпиқ жароҳатланишида ташхис қўйиш муддатини

қисқартиради. ЎИБИнинг ёрилишида асосий жарроҳлик усули, жароҳатни икки қаторли чоклар ёрдамида тикишдир. Бирламчи қўйилган чокларга қўшимча равишда, назогастродуоденал декомпрессия, фаол аспирация ва озиклантирувчи зондни Трейцт бойламидан ўтказиб қўйилиши керак. ЎИБИ айланасининг 1/2 қисмидан қўпроғи жароҳатланганда, бирламчи қўйилган чокларга қўшимча равишда, ЎИБИ дивертикулизацияси ва ошқозонни дренажловчи операциялари бажарилиши керак. Ҳар қандай ЎИБИ жароҳатларида иложи борича холецистостомия, холедохни ташқи дренажлаш ва чарви халтасини дренажлаш керак, бу операциядан кейинги асоратлар сонини сезиларли даражада камайтиради ва даволаш натижаларини яхшилайдди.

IV БОБ. ТУРЛИ ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАЛАР БЎЙИЧА БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ҚИЁСИЙ НАТИЖАЛАРИ.

§4.1. ЎИБИ жароҳатланган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш

ЎИБИ жароҳатланиши билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш таҳлили натижасида қуйидаги маълумотлар олинди:

Операциядан кейинги даврда 1 ва 3-кунлари иккала гуруҳда интоксикация белгилари: тахикардия, субфебрил иситма, ИЛИ нинг ўртача кўтарилиши кузатилди. 6 ва 9-кунларда II гуруҳдаги барча кўрсаткичлар I гуруҳга қараганда пастроқ бўлди (4.1-жадвал). Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатадики, II гуруҳда ЎИБИ жароҳатланишини жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг, интоксикация белгилари ва беморларнинг умумий аҳволининг яхшиланиши, I гуруҳга қараганда тезроқ содир бўлди. Шунинг учун II гуруҳда ўтказиланаётган даволашлар операциядан кейинги даврнинг қулай кечишига ёрдам беради.

4.1-жадвал

Операциядан кейинги даврда тана ҳарорати, ЮҚС ва ИЛИ динамикаси

Курсаткичлар	1 чи кун		3 чи кун		6 чи кун		9 чи кун	
	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр
Тана Т (°С)	38,7± 0,5	37,7± 0,3	37,8± 0,4	37,3± 0,5	37,7± 0,4	36,9± 0,3	37,2± 0,4	36,7± 0,5
ЮҚС (дақиқада)	118±5	114±4	116±5	108±5	98±4	91±3	88±4	77±3
ИЛИ (бирл.)	2,5±0,2	2,3±0,3	4,5±0,4	4,1±0,3	3,5±0,3	2,1±0,3	3,1±0,2	1,8±0,2

Асосий ва назорат гуруҳларида асоратлар ва ўлимнинг юқори фоизи, кузатувларнинг сони оз бўлганлигини ҳисобга олган ҳолда, салбий натижаларнинг ишончлилиги баҳоланди.

Беморларнинг касалхонага ётқизилган пайдан бошлаб жавоб берилгунича бўлган ҳолатинифизиологик ва клиник маълумотларини ҳисобга олган ҳолда динамик таҳлил қилиш учун Ranson, МПИ (Мангейм перитонеал индекси), АРАСНЕ II тизимлари қўлланилди. ЎИБИнинг жароҳатланиши туфайли ривожланган ретроперитонеал флегмона билан оғриган беморлар гуруҳида Ranson ва ПИМ кўрсаткичлари юқори бўлиб, даволанишларга қарамай юқорилигича қолди.

4.2-жадвал

Гуруҳлардаги беморлар аҳолининг оғирлигини динамик баҳолаш

Гуруҳ,баллар	Асосий гуруҳ n=48	Назорат гуруҳи n=34
ПИМ I кунда	19 балл	22 балл*
ПИМ 10 кунда	11 балл	16 балл***
Ranson I кунда	3 балл	5 балл**
Ranson 48 с кейин	1 балл	4 балл***
АРАСНЕ II1 кунда	8 балл	9 балл
АРАСНЕ II 10 кунда	3 балл	5 балл**

Изоҳ: $p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$, $p<0,001^{***}$ ишонлилиқ кўрсаткичлари.

АРАСНЕ II курсаткичлари асосий гуруҳдаги даволанишнинг ижобий динамикасини акс эттирди. Клиник ва биокимёвий таҳлилларни ўрганиш, ретроперитонеал бўшлиқ ажралмасини назорат қилиш, Ranson ва ПИМ мезонларини динамик ўрганиш натижаларига кўра, асосий гуруҳда ижобий динамика қайд этилди.

Операциядан кейинги асоратларнинг энг кўп сони жигар, ошқозон ости беши ва ичакларнинг қўшма жароҳатланиши бўлган беморлар гуруҳида қайд этилди. Шунини таъкидлаш керакки, операциядан кейинги даврда ЎИБИнинг жароҳати бўлган 56 (68,3%) беморларда 94 та асоратлар кузатилди (1 беморга ўртача 1,3). Қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳатланиши туфайли ЎИБИнинг ёрилишида, кўпинча посттравматик панкреатит билан бирга кечади, бу фақат

операциядан кейинги эрта даврда намоён бўлади. Ушбу фонда дуоденал чоклари етишмовчилигининг эҳтимоли ортади (4.2-жадвал).

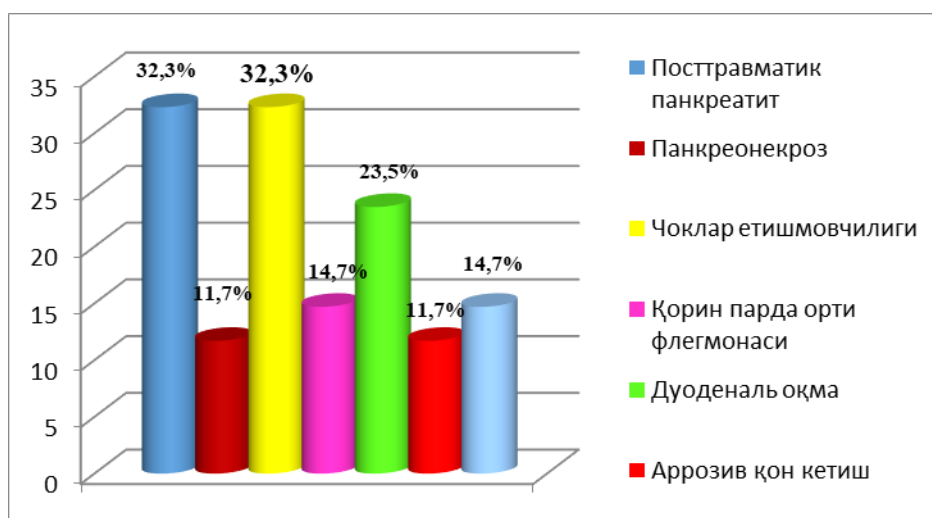
4.3-жадвал

ЎИБИ жароҳатларини оператив даволашдан кейинги асоратлар

Асорат турлари	Назорат (n-34)	Асосий (n-48)
Панкреатит	11 (32,3%)	12 (25%)**
Панкреонекроз	4 (11,7%)	6 (12,5%)
Чоклар етишмовчилиги	11 (32,3 %)	7 (14,5%)*
Ретроперитонеал флегмона	5(14,7%)	6 (12,5%)
Дуоденал оқма	8 (23,5%)	5 (10,4%)*
Сепсис	5 (14,7%)	4 (8,3%)*
Аррозив қон кетиш	4 (11,7%)	6 (12,5%)*

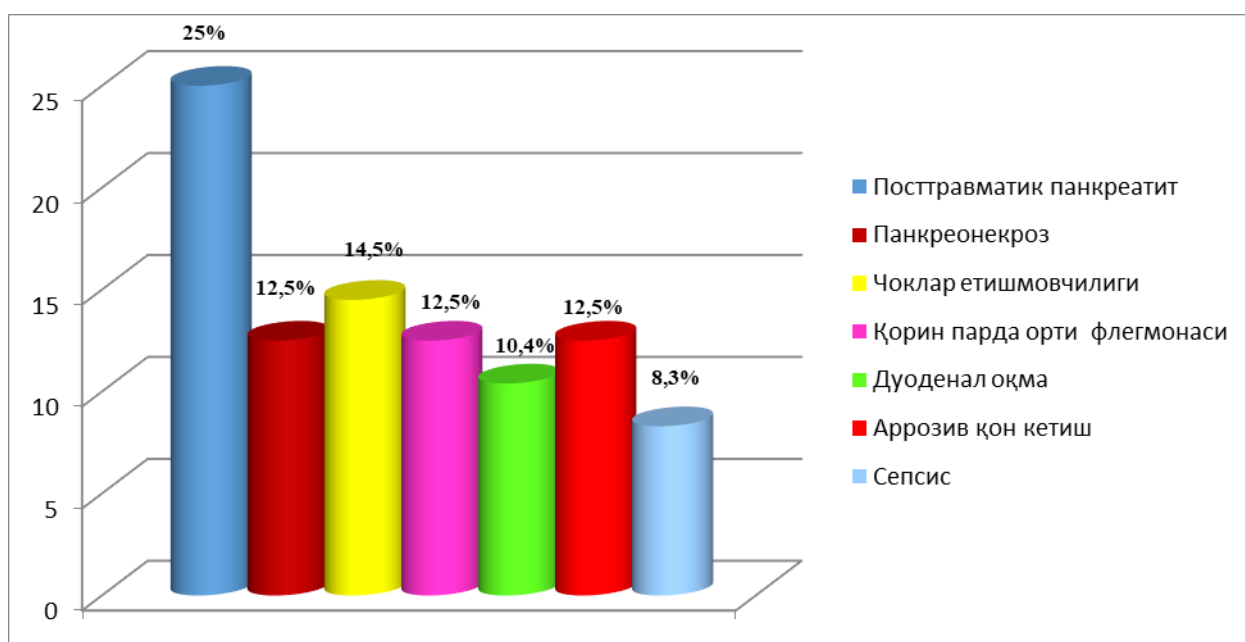
Изоҳ: $p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$, $p<0,001^{***}$ ишонлилик кўрсаткичлари.

Иккала гуруҳ беморларида ҳам асоратлар кузатилиши деярли мос келиб, жароҳат олган ҳар бир беморда бир нечта асоратлар кузатилган. Масалан: Посттравматик панкреатит билан беморда панкреонекроз, жароҳатга қўйилган чоклар етишмовчилиги, сепсис, перитонит каби асоратлар бирга учраган. I гуруҳда жарроҳлик муолажасидан сўнг 24 (70,6%) беморда, II гуруҳда эса 16 (33,3%) беморларда асоратлар кузатилди ($p<0,05$). Жарроҳлик даволашдан кейинги асоратлар таҳлили шуни кўрсатадики, I гуруҳда панкреатит каби асоратлар 11 беморда (32,3%) ($p<0,05$), панкреонекроз 4 беморда (11,7%) кузатилди, II гуруҳга қараганда (25% ва 12,5% мос равишда). I гуруҳда арозив қон кетиш частотаси 11,7% (4 беморда), II гуруҳда эса -12,5% (6 беморда). Шунингдек, I гуруҳда ЎИБИ чокларининг етишмовчилиги (11 беморда 32,3%) ($p<0,05$), ретроперитонеал флегмона (14,7%, 5 беморда), II гуруҳда (мос равишда 14,5% ва 12,5%) дуоденал оқма (8 беморда 23,5%), II гуруҳда (5 беморда 10,4%), сепсис (14,7%, 5 беморда) II гуруҳда (8,3% мос равишда) каби асоратлар кузатилди ($p>0,001$).



4.1-расм. I гуруҳда жарроҳлик даволашдан кейинги асоратлар.

ЎИБИ жароҳатларини жарроҳлик йўли билан даволашни таҳлил қилиш натижасида ўткир панкреатит ва ретроперитонеал флегмона каби асоратларнинг ривожланиши, ўн икки бармоқ ичагдаги чоклар етишмовчилиги эҳтимоли ортиши аниқланди. Типик асоратлар диафрагма ости, ичаклараро ва ретроперитонеал абсцесслар, сепсис, ретроперитонеал флегмона, панкреонекроз билан асоратланган посттравматик панкреатит ҳисобланади.



4.2-расм. II гуруҳда жарроҳлик даволашдан кейинги асоратлар.

Энг кўп ўлимга олиб келадиган асорат: ретроперитонеал флегмона - 11 (13,4%) ҳолат, улардан энг кўпи ёпиқ жароҳатланишларда – 10 (90,9%) аниқланди ($p>0,01$).

ЎИБИ жароҳатларини жарроҳлик йўли билан даволашни таҳлил қилиш натижасида ўткир панкреатит ва ретроперитонеал флегмона каби асоратларнинг ривожланиши, дуоденал чоклар етишмовчилиги эҳтимоли ортишини кўрсатди. Беморларнинг ушбу тоифасида ретроперитонеал флегмонада ўлим сабаби: сепсис - 4 (57,1%) ҳолатда, панкреатодуоденал соҳадан аррозив қон кетиши - 3 (42,9%) ҳолатда.

Ретроперитонеал бўшлиқ флегмонаси ривожланиши билан назорат гуруҳида 4 (11,7%) беморлар, асосий гуруҳда эса 3 (6,2%) беморлар вафот этди.

4.4-жадвал.

Операциядан кейинги ўлимга олиб келган асоратлар частотаси

Ўлимга олиб келган асоратлар	I гуруҳ (n=34)				II гуруҳ (n=48)			
	Асоратлар		Ўлганлар		Асоратлар		Ўлганлар	
	абс.с	%	абс.с	%	абс.с	%	абс.с	%
Травматик шок	6	17,6	4	11,7	5	10,4	3	6,2**
Чоклар етишмовчилиги, дуоденал оқма	8	23,5	5	14,7	7	13,3	2	4,1***
Қорин парда орти флегмонаси, сепсис	5	14,7	4	11,7	6	12,5	3	6,2**
Аррозив қон кетиш	4	11,7	3	8,8	6	10,0	2	4,1***
Полиорган етишмовчилиги	3	8,8	3	8,8	5	10,4	3	6,2**
Жами	27	79,4	19	55,9	29	60,4	13	27,1**

Изоҳ: $p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$, $p<0,001^{***}$ ишонлилиқ кўрсаткичлари.

ЎИБИнинг I даражали жароҳатланиши бўлган беморларда ўлим даражаси 1 (1,2%), II даражали - 6 (7,3%) ташкил этди. Энг юқори ўлим даражаси ЎИБИнинг III даражали жароҳатланган беморларда кузатилди - 14 (17,1%). ЎИБИнинг IV даражали жароҳатланишида, ўт йўллари, ошқозон ости беzi, ингичка ичак, кўндаланг чамбар ичакнинг қўшма жароҳатланиши билан 6 (7,3%) беморлар ва ЎИБИнинг V даражали жароҳатланиши билан 5 (6,1%) нафар беморлар вафот этди. IV ва V даражали жароҳатланишлар билан беморларнинг ўлими касалхонага ётқизилганидан кейин биринчи соатларда ва бир ҳафта ичида содир бўлди, бу олинган жароҳатнинг катталиги, ҳаётий муҳим аъзоларнинг кўп сонли жароҳатланиши билан боғлиқ эди.

ЎИБИнинг жароҳатланиши бўйича операциялардан кейинги ўлимга олиб келадиган сабаблар қуйидаги даврларда кузатилди: Операциядан кейинги дастлабки 1-6 кун ичида 7 (8,5%) беморлар вафот этди. Ўлим сабаби жабрланганларнинг операциядан олдинги ўта оғир аҳволи ва операциядан кейинги даврда кўп аъзолар этишмовчилигининг ривожланиши билан боғлиқ бўлди. Улардан 6 нафар беморлар стационарга IV ва V даражали травматик шок ҳолатида ҳамда қорин парда орти флегмонаси туфайли эндотоксик шок ҳолатида ётқизилган. Операциядан кейин 6 кундан 10 кунгача ва ундан кўпроқ вақт ўтгач вафот этган 25 (78,1%) беморларда кечки йирингли-септик асоратлар қайд этилди: аррозив қон кетиш - 5 тасида (қон кетиш манбаи ООБ бошчаси ётоғидаги томирлардан - 5); 7 тасида ошқозон-ичак тракти оқмалари (ЎИБИ оқмаси - 2), 8 та жароҳатланганларнинг ўлимига ретроперитонеал флегмона ва сепсис натижасида содир бўлган интоксикация сабаб бўлди.

I гуруҳдаги ўлим даражаси жароҳатланганлар орасида ЎИБИ жароҳатланиши билан 55,9% ни (19) ташкил этди. II гуруҳда 13 жароҳатланганлар вафот этди, ўлим даражаси 27,1% ($p < 0,05$).

Асосий гуруҳдаги даволаниш салбий оқибатлар хавфини камайтиришга имкон берди яъни, ўлим даражаси 55,9% дан 27,1% гача камайди.

Шундай қилиб, II гуруҳда қўлланилган ЎИБИ жароҳатланишини даволаш усули, асоратлар сонини камайишига олиб келди. Характерли жиҳати шундаки, асоратларнинг частотаси жароҳатланиш даражасининг ошиши билан ортади, шунингдек, ЎИБИНинг тушувчи қисмининг жароҳатланишида максимал даражага етади.

§4.2. ЎИБИ нинг очик ва ёпиқ жароҳатлари учун диагностика ва даволаш чора тадбирлари алгоритми

Шундай қилиб, ЎИБИНинг жароҳатланиш турларининг хилма-хиллиги ҳар бир ҳолатда ушбу турдаги жароҳатланишни даволаш учун батафсил ва индивидуал ёндашувни талаб қилади. Юқоридаги кўплаб параметрлар бўйича ЎИБИ жароҳатини тизимлаштириш ушбу беморларни даволаш алгоритмини ишлаб чиқишга имкон берди. Тадқиқот натижаларини ҳисобга олган ҳолда, архив материалларини ўрганиб чиқиш натижасида, ЎИБИНинг жароҳатланишида даволаш ва диагностика чора тадбирлари алгоритми ишлаб чиқилди. Операция кўлами тўғрисидаги якуний қарор, бемор аҳволининг оғирлиги, бошқа аъзоларнинг жароҳатланиш ҳажми ва даражаси, режалаштирилган санация ўтказишга бўлган эҳтиёж каби кўплаб омилларни ҳисобга олган ҳолда, бевосита операция вақтида қабул қилиниши керак. Тавсия этилган даволаш ва диагностика дастури ЎИБИНинг жароҳатланиш даражасига қараб, жарроҳлик аралашуви ва операциядан кейинги даврни бошқариш усулини танлаш, ретроперитонеал бўшлиқни жарроҳлик йўли билан санация қилиш орқали асоратлар сонини, операциядан кейинги ўлим кўрсаткичини сезиларли даражада камайтирди ва даволаш натижаларини яхшилади.

Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, ЎИБИНинг жароҳатланишини диагностикасида ўтказилган текширишлар (рентген, ултратовуш, ЭФГДС, лапароскопия, КТ, МРТ) ўтказилиши зарур бўлган текшириш усуллари

ҳисобланади. Панкреатодуоденал зона аъзоларининг УТТ текширувининг инвазив эмаслиги ва юқори аниқлигини ҳисобга олган ҳолда, ЎИБИ жароҳатланишида ретроперитонеал бўшлиқ ҳолатини динамикада назорат қилишдабу усул биринчи танлов усули ҳисобланади. ФЭГДС дан фойдаланиш юқори информативликни тақдим этади. Ушбу усул бизга топиқ ташхис қўйиш имконини беради. Диагностик лапароскопияни ўтказиш, ретроперитонеал бўшлиқда гематомани аниқлаш, сариқ-яшил ажралма борлигини аниқлаш ҳамда ЎИБИда жароҳатланиш борлигини ишончли аниқлашга имкон беради. Операциядан олдинги даврда ёки операция вақтида, ЎИБИ жароҳатланиши ташхиси аниқлагандан сўнг, жабрланувчининг аҳволини оғирлашишига сабаб бўлмайдиган адекват жарроҳлик аралашув ҳажмини аниқлаш керак.

Дастлабки босқичларда ЎИБИ нинг I даражали жароҳатланишини жарроҳлик йўли билан даволаш (ЎИБИ девори яхлитлигини бузмаган ҳолда ЎИБИ деворида гематоманинг мавжудлиги), гематомани ревизия қилиш, кейинчалик гематомани эвакуация қилиш, гематоманинг тарқалишига қараб, ЎИБИни Кохер ёки Стронг бўйича мобилизацияси, жигар ости ва ретроперитонеал бўшлиқни дренажлаш, ЎИБИни назодуоденал зонд билан интубация қилиш лозим.

Дастлабки босқичларда ЎИБИ нинг II даражали жароҳатланишини жарроҳлик йўли билан даволаш (ичак айланасининг 50% гача бўлган девор жароҳати билан бирга ошқозон ости безининг жароҳатланиши), ЎИБИ жароҳатини икки қаторли чоклар ёрдамида тикиш, қўшимча равишда ўт йўллари дренажлаш ва албатта жигар ости ва ретроперитонеал бўшлиқни дренажлаш, ЎИБИни назодуоденал зонд орқали интубация қилиш лозим.

Дастлабки босқичларда ЎИБИ нинг III даражали жароҳатланишини жарроҳлик йўли билан даволаш (ЎИБИ деворида катта жароҳатининг бўлиши, ичак айланасининг 50-70% дан ортиқ ва бир вақтнинг ўзида ошқозон

ости безининг жароҳатланиши ва ретроперитонеал флегмона бўлиши), ЎИБИ жароҳатини тикиш керак:

- ичак айланасининг 50-100% ёрилиши - ошқозонни Бильрот II бўйича резекция қилиш (бирон бир модификацияда) ҳамда жигар ости ва ретроперитонеал бўшлиқни дренажлаш, ЎИБИни назодуоденал зонд орқали интубацияси.

- ичак айланасининг 50-100% ёрилиши-ёриқни тикиш (дуодено-дуоденоансатомоз ёки дуоденоюноанастомоз шакллантириш) доимий (аппаратли чоклар, ошқозоннинг дистал резекцияси) ёки вақтинчалик (пилорик соҳани узок муддатда сўриладиган ип билан боғлаш) ЎИБИни ошқозон-ичак трактидан ажратиш (чоклар, лигатуралар перитонизация қилиниши зарур), узун қовузлоқли гастро-энтероанастомоз, жигар ости ва ретроперитонеал бўшлиқни дренажлаш, назоинтестинал зондли интубация қилиш.

Дастлабки босқичларда ЎИБИНинг IV даражали жароҳатланишини жарроҳлик йўли билан даволаш:

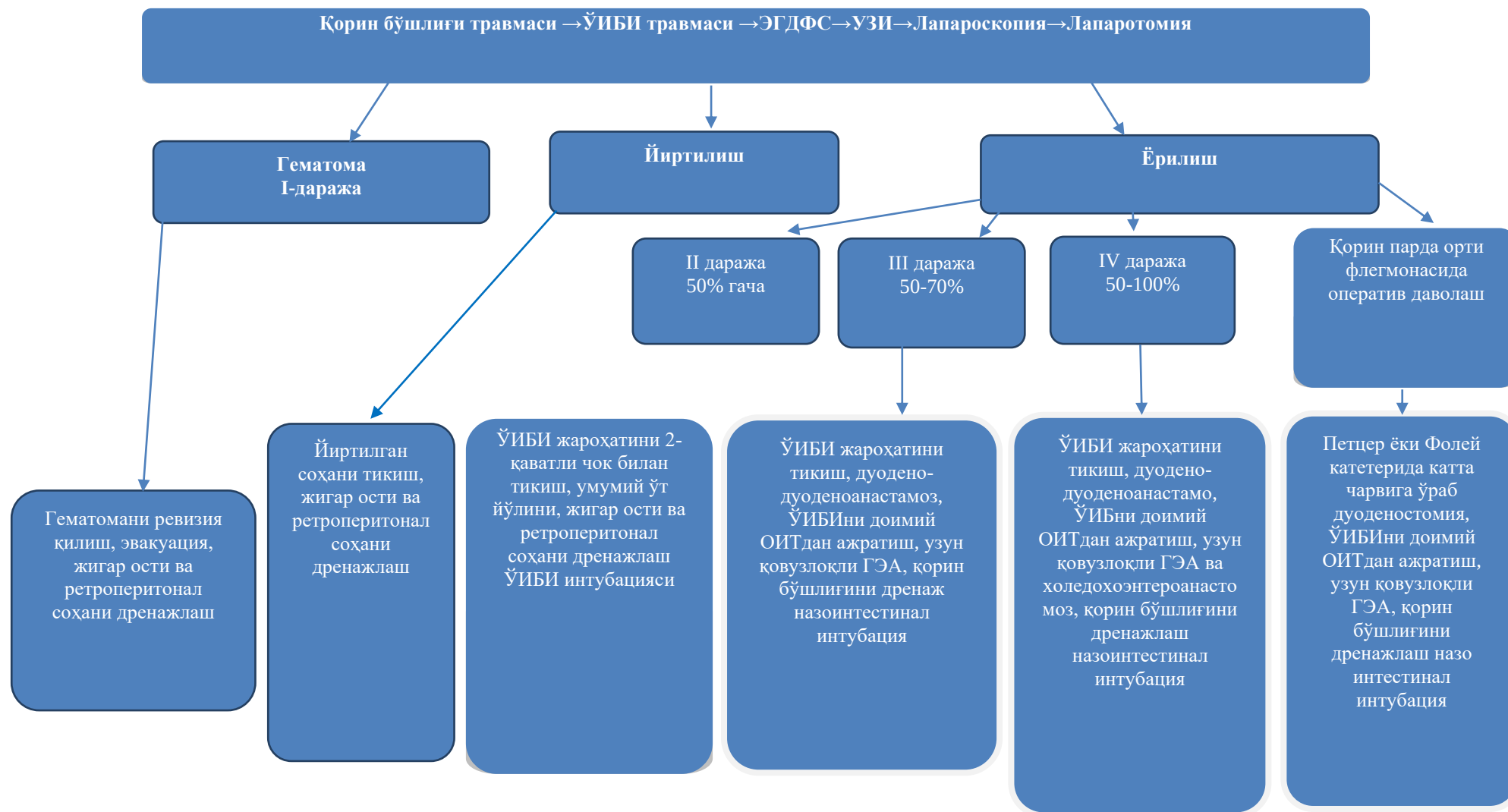
- ичак айланасини 75% дан кўпроғининг ёрилиши, Фатер сўрғичининг ампуласидан ёки холедохнинг дистал қисмидан ўтувчи ёрилиш - ёрилишни тикиш (дуодено-дуоденоансатомоз) доимий (аппаратли чоклари, ошқозонни дистал резекцияси) ёки вақтинчалик (пилорик соҳани узок муддатда сўриладиган ип билан боғлаш) ЎИБИни ошқозон-ичак трактидан ажратиш (чоклар, лигатуралар перитонизация қилиниши зарур), гастро-энтероанастомоз ва узок қовузлоқли холедохоэнтероанастомоз, жигар ости ва ретроперитонеал бўшлиқни дренажлаш, назоинтестинал зондли интубация қилиш.

Ретроперитонеал флегмона ривожланганда жарроҳлик даволаш:

- Фолей катетерида дуоденостомия, катта чарвининг учи олиб келиб тикиш орқали мустаҳкамлаш.

- ЎИБИни ошқозон ичак трактидан ажратиш, узоқ қовузлоқли гастро-энтероанастомоз, жигар ости ва ретроперитонеал бўшлиқни дренажлаш, назоинтестинал зондли интубация қилиш.

4.3-расмда ЎИБИнинг жароҳатланишида даволаш ва диагностика алгоритми кўрсатилган.



4.3-расм. ЎИБИ нинг очик ва ёпик жароҳатлари диагностикаси ва даволаш усуллари учун алгоритм

§4.3. Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш

ЎИБИ жароҳатлари билан беморларни даволашда асосий гуруҳ беморларни даволашда турли хирургик тактикаси қўлланилиши натижасида ва назорат гуруҳида даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики:

1. Биринчи гуруҳдаги беморларнинг аксарият қисмида перитонит фонида ЎИБИнинг илгари аниқланмаган ёрилиши ёки кечги муддатларда 24 соат ва ундан кўп вақтда чок қўйилган, бу эса чокларнинг етишмовчилигига ва такрорий операцияларга олиб келган.

2. Вилоятлардаги тадқиқот гуруҳи беморларида ЎИБИ айланасининг 1/2 қисмидан кўп ва III-IV даража жароҳатларида профилактик равишда ЎИБИ ташқи оқмаси шакллантирилмаган, бу эса чокларнинг етишмовчилиги ва бошқа асоратларга олиб келган.

3. Иккинчи гуруҳ беморларида профилактик равишда ЎИБИ ташқи оқмаси шакллантирилди, бунда чокларнинг етишмовчилиги кузатилмади, лекин операциядан кейинги даврда ичаклараро ва жигар ости хўппозларнинг пайдо бўлиши қайд этилди, бу эса такрорий даволашни талаб қилди.

4. Иккала гуруҳда ҳам дуоденал оқмаларга олиб келган асосий сабабларга илгари аниқланмаган ичакдаги ёрилишлар ёки кечги муддатларда 24 соат ва ундан кўп вақтда бирламчи чок қўйилганлиги, ЎИБИнинг интрамурал гематомалари йиринглашуви, қорин парда орти гематомаси, асоратланган панкреонекроз каби ҳолатлар сабаб бўлди.

5. Биринчи гуруҳдаги беморларнинг аксарият қисмида ЎИБИ айланасининг 1/2 қисмидан кўп ва III-IV даражали жароҳатланганда дивертикулизиция қилиш орқали ўн икки бармоқ ичакни овқат ҳазм қилиш тизимидан ажратиш, меъдани ва ўт йўллари дrenaжловчи операциялари билан биргаликда ўтказилмаган. Худди шундай хатолар иккинчи гуруҳдаги беморларнинг баъзи бирларида йўл қўйилган.

6. Виложлардаги тадқиқотнинг биринчи гуруҳидаги беморларда салбий оқибатларга олиб келадиган жиҳатлардан яна бири бу - ЎИБИ деворининг инфрапапилляр зонасида ва жароҳатланган пайтдан бошлаб 6 соатдан кам вақт ичида ёрилиши содир бўлган бўлса, ёрилиш четларининг некротик жойларини кесиб олиб ташлаш ва жароҳатни кўндалангига атравматик сўрилмайдиган иплар билан тикиш, зарарланган ҳудудни катта чарви бўлаги билан чегаралаб, ўн икки бармоқ ичакни айланма анастомозларни қўйиш орқали овқат ҳазм қилиш тизимидан ажратиш амалиёти бажарилмаган. Шу сабабли кўпчилик беморларда операциядан кейинги даврда чоклар етишмовчилиги, перитонит, дуоденал оқмалар ва ўлим ҳолатлари кузатилган (4.4-расм).



4.4-расм. Гуруҳларда операциядан кейинги асоратлар қиёсий кўрсаткичлари (%).

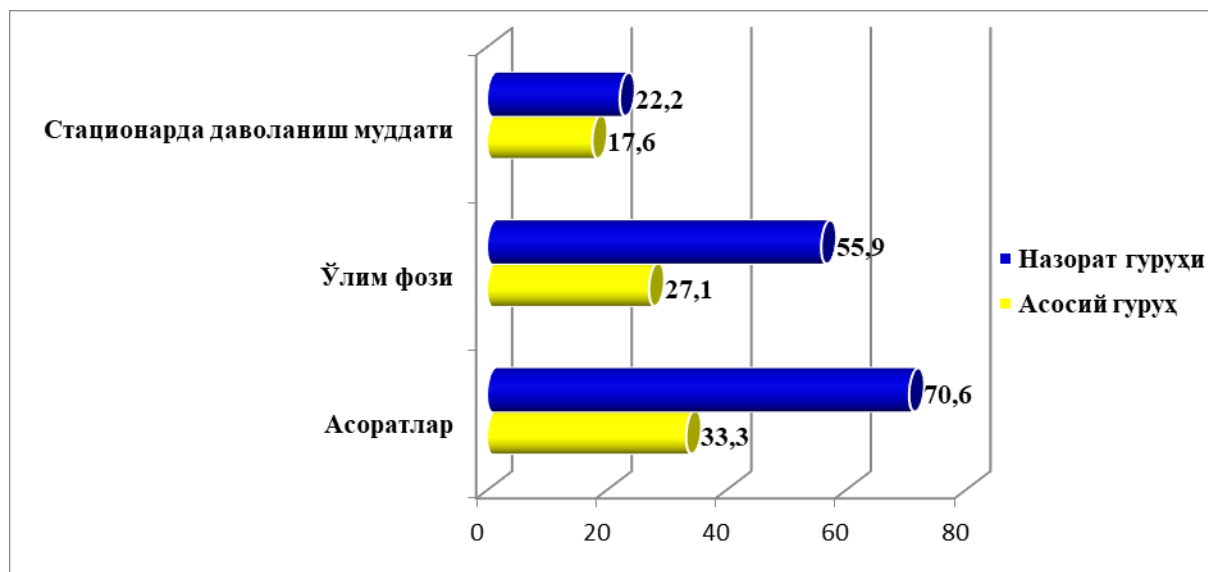
Асоратлар асосий гуруҳда 33,3%, назорат гуруҳида эса 70,6% ҳолатда кузатилди($p>0,001$).;

ЎИБИ ёпиқ жароҳатланиши билан жароҳатланган беморларнинг касалхонада ўртача бўлиши, асосий гуруҳда $17,6\pm 11,8$ кун ва назорат гуруҳида $22,2\pm 13,4$ кунни ташкил этди ($p>0,05$).



4.5-расм. Гуруҳларда ўлим сабабларининг қиёсий кўрсаткичлари (%)

Биринчи гуруҳдаги ётоқ кунларининг камроқ бўлиши, ўлим даражасини юқори бўлиши билан боғлиқ бўлиб, аксарият ҳолларда жароҳатланишдан кейинги биринчи ҳафтасида ўлим содир бўлган.



4.6-расм. Гуруҳларда натижалар қиёсий кўрсаткичлари

Шундай қилиб, тавсия этилган диагностика ва даволаш дастури, шунингдек, таклиф қилинган дастурга мувофиқ ЎИБИнинг жароҳатланиш даражасига қараб, жарроҳлик аралашуви ва операциядан кейинги даврни бошқариш усулини танлашда индивидуал ёндашиш имконини берди, бу эса, асоратлар сонини, операциядан кейинги ўлим даражасини сезиларли даражада камайтирди ва даволаш натижаларини яхшилади.

ХОТИМА

Сўнгги ўн йилликларда, оғир кўшма жароҳатлар билан жароҳатланишлар сонининг барқарор кўпайиши тенденцияси кузатилмоқда, уларда ЎИБИнинг жароҳатланиши ҳам учраб турибди. Беморларнинг ушбу гуруҳида жарроҳлик даволашнинг бевосита ва узоқ муддатли натижалари кониқарсизлигича қолмоқда. Кўпгина ҳолларда, бу кўшма ва кўп сонли жароҳатлар (63,9%) бўлиб, бу кўпинча ЎИБИнинг очик жароҳатларида учрайди ва бу турдаги жароҳатланишнинг янада жиддийлигини билдиради. Кўпинча ЎИБИнинг жароҳатланиши ошқозон ости беzi (28,4%) ва жигар (11,5%) жароҳатланиши билан келади. Бизнинг кузатувларимиздаги ЎИБИ жароҳатларининг характеристикаси адабиётлар маълумотларига мос келади. Маҳаллий ва хорижий адабиётларни ўрганиш шуни кўрсатадики, бугунги кунга қадар, ЎИБИ жароҳатланиши билан жароҳатланган беморларни ташхислаш ва даволашда ягона ёндашувлар мавжуд эмас, ЎИБИ жароҳатланишини жарроҳлик даволаш усулини танлашнинг аниқ диагностик алгоритмлари ва мезонлари мавжуд эмас.

Юқоридаги кўплаб параметрлар бўйича ЎИБИ жароҳатини тизимлаштириш ушбу беморларни даволаш алгоритмини ишлаб чиқишга имкон берди. Тадқиқот натижаларини ҳисобга олган ҳолда, архив материалларини ўрганиб чиқиш натижасида, ЎИБИнинг жароҳатланишида даволаш ва диагностика чора тадбирлари алгоритми ишлаб чиқилди. Операция кўлами тўғрисидаги якуний қарор, бемор аҳволининг оғирлиги, бошқа аъзоларнинг жароҳатланиш ҳажми ва даражаси, режалаштирилган санация ўтказишга бўлган эҳтиёж каби кўплаб омилларни ҳисобга олган ҳолда, бевосита операция вақтида қабул қилиниши керак. Тавсия этилган даволаш ва диагностика дастури ЎИБИнинг жароҳатланиш даражасига қараб, жарроҳлик аралашуви ва операциядан кейинги даврни бошқариш усулини танлаш, ретроперитонеал бўшлиқни жарроҳлик йўли билан санация қилиш орқали асоратлар сонини, операциядан кейинги ўлим кўрсаткичини сезиларли даражада камайтирди ва даволаш натижаларини яхшилади.

Шундай қилиб, тавсия этилган диагностика ва даволаш дастури, шунингдек, таклиф қилинган дастурга мувофиқ ЎИБИнинг жароҳатланиш даражасига қараб, жарроҳлик аралашуви ва операциядан кейинги даврни бошқариш усулини танлашда индивидуал ёндашиш имконини берди, бу эса, асоратлар сонини, операциядан кейинги ўлим даражасини сезиларли даражада камайтиради ва даволаш натижаларини яхшилайдди.

Хулоса қилиб шуни таъкидлаймизки, ЎИБИнинг жароҳатланишига ташхис қўйиш ва даволаш муаммоси ҳали ҳам долзарб бўлиб, беморларни текширишнинг аниқ алгоритминини ва жарроҳлик даволашнинг энг самарали усулларини ишлаб чиқиш учун янада такомиллаштиришни талаб қилади.

ХУЛОСАЛАР

1. Қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатланишида, ЎИБИнинг жароҳатланиш частотаси ёпиқ жароҳатланишларда 1,7% гачани ташкил этади. Шу билан бирга, жабрланганларнинг 67,1 фоизда ўн икки бармоқ ичак, бошқа аъзолар билан биргаликда жароҳатланиши кузатилади. ЎИБИ нинг ёпиқ жароҳатланишида, 14,7% ҳолатда ретроперитонеал флегмона ривожланади. ЎИБИ жароҳатланишини даволаш натижаларига таъсир қилувчи салбий омиллар кўйидагилар: жароҳатнинг ўлчами ичак айланасининг 50% дан кўпроғини ташкил этиши, жароҳат локализацияси ичакнинг пастки горизонтал қисмда бўлиши, кўшма панкреатодуоденал жароҳатланишларнинг бўлиши, ретроперитонеал флегмонанинг ривожланиши, жарроҳларнинг операция вақтида аниқ ва тўғри тактикани танлай олмасликлари.

2. ЎИБИ жароҳатланишини ташхислаш комплекс характерли бўлиши керак ва рентгенологик, МСКТ, ультратовуш текшируви, шунингдек, обзор лапароскопияни, эндоскопик текширув билан бирга амалга ошириш лозим. Лапароскопик, эндоскопик ва интероперацион текшириш усуллари биргаликда қўллаш орқали, 100% ҳолларда ЎИБИ ёпиқ жароҳатланишда ретроперитонеал қисмининг жароҳатини аниқлаш имконини беради.

3. ЎИБИ айланасининг 1/2 қисмидан кўпроғи ва III-IV даражали жароҳатланишларда ЎИБИ жароҳатини тикиш ва уни овқат ҳазм қилиш трактидан дивертикулизация йўли билан ажратиш лозим, ҳамда ошқозон ва ўт йўллари дренажлаш операциялари билан биргаликда бажариш керак.

4. Ишлаб чиқилган алгоритмга кўра, II гуруҳдаги беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижасида, асоратлар частотасининг ўртача 4-5 бараварга камайиши ва операциядан кейинги даврнинг I гуруҳдаги беморларга қараганда қулайроқ кечишини таъминлайди, ЎИБИ ёпиқ жароҳатлари учун ишлаб чиқилган диагностика ва даволаш алгоритми

операциядан кейинги ўлим кўрсаткичини 2 баробарга камайтириш имконини беради.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Қорин бўшлиғи жароҳатланишида, операциядан олдинги ва интраоператив босқичларда, ҳар доим ЎИБИНинг жароҳатланиши бўлиши мумкин деб қаралиши керак. Шу муносабат билан, ЎИБИНинг жароҳатланишига энг кичик шубҳа бўлганида, жарроҳнинг диагностика тактикаси кузатувдан иборат бўлмаслиги лозим. ЎИБИНинг жароҳатланишига шубҳа бўлса, барча беморларга шошилиш равишда гастродуоденоскопия қилишга кўрсатма бўлади, бу эса жароҳатланиш локализацияси ва даражасини аниқлаш имконини беради.

2. Эндоскопик текширув вақтида гематома аниқланганда, шошилиш равишда диагностик лапароскопия қилишга кўрсатма бўлади, бу ўз навбатида ЎИБИ жароҳатланганлигини ва қўшма жароҳатланиш бор ёки йўқлигини аниқлаш имкон беради.

3. Панкродуоденал соҳада гематома аниқланса, ЎИБИНинг ретроперитонеал қисмининг жароҳатланишини аниқлаш учун, ЎИБИни Кохер-Клерман бўйича мобилизация қилиш керак.

4. Агар ёпиқ жароҳатларда II-III даражали жароҳатланиш аниқланса, қисмида ЎИБИ айланасининг 1/2 қисмидан кўп ва III-IV даражали жароҳатланганда дивертикулизация қилиш орқали ўн икки бармоқ ичакни овқат ҳазм қилиш тизимидан ажратиш, меъдани ва ўт йўллари дренажловчи операциялари билан биргаликда ўтказилиши керак.

5. ЎИБИНинг ярмидан кўпи (III даражали) очик жароҳатланишида, бирламчи чоклар қўйилади, 5-7 кун давомида мажбурий назодуоденал декомпрессия қилиш лозим бўлади.

6. Ичак девори юмшоқ тўқималарининг эзилиши билан IV даражали ёпиқ жароҳатланишларда, Донован-Хаген операциясини бажариш орқали, ЎИБИни овқат ҳазм қилиш тизимидан бутунлай ажратиш керак бўлади.

7. Жароҳатланишнинг II-IV даражаларида ЎИБИдаги операцияга қўшима равишда, ўт йўллари декомпрессия қилиниши лозим. Жароҳатга бирламчи чоклар қўйиш, назогастродуоденал декомпрессия ва озиқлантиш учун зондни Трейцт бойлаидан ўтказилиб қўйиш билан бирга амалга оширилиши лозим. ЎИБИ айланасининг 1/2 қисмидан кўпроғи жароҳатланганда, бирламчи чоклар қўйиш, ошқозонни дренажлаш операциялари билан биргаликда бажарилади. Ошқозон ости безининг ҳар қандай қўшма жароҳатларида шунингдек, ЎИБИ айланасининг 1/2 қисмидан кўпроғи жароҳатланганида, холецистостомия ва чарви халтасини дренажлаш амалга оширилди, бу операциядан кейинги асоратлар сонини сезиларли даражада камайтиради ва даволаш натижаларини яхшилади.

8. Энг асосийси, ЎИБИ травмаларида оператив аралашувларни имкони борица, юқори малакали ҳамда санитар авиация хизмати орқали келган жарроҳлар ёрдамида бажарилиши лозим.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Абакумов М.М, Владимирова Е.С. Способ временного выключения двенадцатиперстной кишки при ее травме. // Хирургия. -2001.- №6. - С. 117-118.
2. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Повреждения живота при сочетанной травме // – М.: ОАО «Издательство «Медицина»», 2005. – 176 с.
3. Абакумов М.М., Чирков Р.Н. Повреждения двенадцатиперстной кишки // Издатель Бином, 2014.
4. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Дурыманов О.В., Абдуллаев А.Э. Диагностическая лапароскопия при колото-резанных ранениях живота // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 574.
5. А.М. Алишихов, М.К. Абдулжжалилов, Д.Ю. Богданов. Возможности эндовидеохирургии при абдоминальной травме // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 575.
6. Аллахвердиева, Г.К. Забрюшинная гематома у больных с сочетанной закрытой абдоминальной травмой: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17. Аллахвердиева Гюнель Кариб кызы. – М., 2011. – 28 с.
7. Амирова, А.М. Травма паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства: эхографические аспекты диагностики в выборе тактики хирургического лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 : 14.00.19. Амирова Альбина Мухарямовна. – Уфа, 2005. – 21 с.
8. Ахмедов Ю.М., Хайдаров Г.А., Рузибоев С.А. Оптимизация диагностики и тактики хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки // Журнал «Хирургия Узбекистана». – 2013. – №3. – С. 28-34.

9. Байжаркинова А.Б., Ергалиев К. Е., Джаркенов Т.А. Разрывы 12-перстной кишки от желудка. Случай из практики. // Вестник хирургии Казахстана. №3, 2013. С. 39-42.

10. Батвинков Н.И., Камарец А.М., Сорока О.С. Тупая травма живота с размождением двенадцатиперстной кишки //Ж. Гродненского Государственного медицинского университета. №2, 2017. С. 221-222.

11. Баулин Н.А., Николашин В.А., Беребицкий С.С., Беренштейн М.М. Лапароскопия в диагностике и лечении проникающих ранений живота // Эндоскопическая хирургия.-2004.-№1.-С.32.

12. Багненко С.Ф., Шапот Ю.Б., Тулупов А.Н. и др. Закрытые повреждения живота при сочетанной механической травме, сопровождающейся шоком. Диагностика, хирургическая тактика и лечение. Сочетанная механическая травма: Учебно-методическое пособие // Под общ. ред. чл.-кор. РАМН проф. С. Ф. Багненко. Вып. 17. СПб., 2006. С. 76-81.

13. Богомоллов Н.И., Белинов Н.В., Томских Н.Н.. Тактика DAMAGE CONTROL при травме и гнойных висцеральных процессах живота и груди // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 581–582.

14. Бокарев М.И., Молитвословов А.Б., Бирюков Ю.В. Лапароскопия в диагностике повреждений живота у пациентов с сочетанной травмой // Хирургия. - 2004. - №7. - С. 23-25.

15. Буянов А.Л., Касумьян С.А.. Эндовидеотехнологии в диагностике и лечении сочетанной травмы // Материалы Первой международной конференции по торако-абдоминальной хирургии, посвященной к 100-летию со дня рождения академика Б.В. Петровского. – М., 2008. – С. 159–160.

16. Войновский Е.А., Ковалев А.С., Кукуничков А.А. и др. Хирургическое лечение раненных с ведущими тяжелыми множественными и сочетанными повреждениями живота и таза // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 584–585.

17. Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Шамилов Р.Р., и др. Травматические повреждения панкреато дуоденального комплекса // Медицинский вестник Башкортостана. Том 9, №4, 2014.-С. 78-81.

18. Гареев Р.Н. Хирургическая тактика при травматических повреждениях органов брюшинного пространства (клинико-экспериментальное исследование). Автореф. дисс. док. мед. наук. – Уфа, 2017. – 27 с.

19. Гребнёв Д.Г., Петров А.Н., Рудь А.А. и др. Хирургическое лечение ранений из огнестрельного оружия ограниченного поражения // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2012. – Т. 47-48, № 1-2. – С. 40–41.

20. Давлетшин А.Х. Хирургия повреждений двенадцатиперстной кишки // Давлетшин А.Х. Измайлов С.Г., Измайлов Г.А. и др. - Казань: Изд-во Казанского университета, 1998. - 200 с.

21. Данилов А.М. Абдоминальный сепсис при травме двенадцатиперстной кишки / Данилов А.М., Михайлов А.П., Сигуа Б.В., Напалков А.Н., Ефимов А.Л. // Первый Съезд хирургов Южного Федерального округа (с международным участием): Материалы съезда. - Ростов-на-Дону, 2007. - С. 42-43.

22. Иванов П.А., Гришин А.В., Корнеев Д.А. и др. Повреждения органов панкреатодуоденальной зоны // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 39-43.

23. Иванов П.А., Гришин А.В. Хирургическая тактика при травме двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2014. – №12. – С. 28-34.

24. Иштуков Р.Р., Нартайлаков М.А., Каюмов Ф.А. и др. Морфологические особенности двенадцатиперстной кишки после механической травмы // Медицинский вестник Башкортостана. Том 10, №5, (59). 2015.-С. 60-63.

25. Иоскевич Н. Н. Повреждения двенадцатиперстной кишки: вопросы диагностики и хирургического лечения// Журнал Гродненского государственного медицинского университета. Том 16, № 5, 2018. С. 215-221.

26. Кабаненко Т.П., Кабакова В.Н.. Результаты использования ультразвукового исследования в диагностике внутрибрюшных кровотечений у пострадавших с политравмой // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 603.

27. Казарян В.М. Дефекты оказания хирургической помощи при закрытых повреждениях живота / Казарян В.М. // Вестник хирургии. 2007.- №3 С.43-45.

28. Капшитарь, А.В. Госпитальная диагностика закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки. Непрерывное медицинское образование и наука. – 2015. – №3: Сборник тезисов докладов I Съезда хирургов Урала (26–27 ноября, 2015 г., Челябинск). – С. 90–91.

29. Колесников В.В., Рахимов Б.М., Галкин И.В., Проценко О.Н. Диагностика и лечение тяжелой сочетанной травмы живота, сопровождающейся забрюшинными гематомами // Альманах Института Хирургии им. А.В. Вишневского. – 2015. – № 2: Материалы XII Съезда хирургов России (7–9 октября 2015 г., Ростов-на-Дону). – С. 658–660.

30. Комаров Н.В., Бушуев В.В., Ляхманов К.Е., Комаров Р.Н. Повреждения двенадцатиперстной кишки в практике районного хирурга // Вестник Хирургии.-2004. - №2. - С. 92-93.

31. Корита, В. Р. Повреждения двенадцатиперстной кишки / В. Р. Корита, С. И. Михеткина, М. Г. Сидоренко // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 37-39.

32. Королев М.П., Уракчеев Ш.К., Шлоссер К.В. Повреждения двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии, Санкт-Петербург. 2012. Том 171, №5. С. 46-50.

33. Красильников Д.М., Фатхутдинов И.М. Хирургия закрытых повреждений поджелудочной железы / // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. Медицина. – 2010. – Приложение: Пироговская хирургическая неделя: материалы всероссийского форума. – С. 681.

34. Красильников Д. М., Миннуллин М. М., Николаев Я. Ю. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях двенадцатиперстной кишки // Практическая медицина. Уфа. – 2013. – № 2 (67). – С. 42-45.

35. Криворучко И.А., Тесленко С.Н., Колесник и др. Особенности хирургической тактики при травматическом повреждении двенадцатиперстной кишки // Медицина сегодня и завтра.-2012.-№1 (54).-С. 95-97.

36. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н., Волков В.Г. Практикум по неотложной абдоминальной хирургии//– СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2011. – 330 с.

37. Маркаров А.Э. Диагностическая и лечебная тактика при травме двенадцатиперстной кишки: автореф. дис... канд. мед. наук. – Москва, 2002. – 22 с.

38. Махнев А.В. Хирургическое лечение травмы двенадцатиперстной кишки // Медицинская наука и образование Урала. – 2008. – № 3 (53). – С.80-81.

39. Матигуллин Р.М. Профилактика и лечение забрюшинных флегмон при травматических повреждениях двенадцатиперстной кишки // Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Уфа, 2010. – 26 с.

40. Миннуллин М.М., Красильников Д.М., Толстинов А.П. Повреждения двенадцатиперстной кишки. Диагностика. Хирургическое лечение// Ж. Вестник современной клинической медицины. Казань. 2015 том 8. С. 81-85.

41. Молитвословов А.Б., Бокарев М.И., Мамонтов Р.Е. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме. // Хирургия. - 2002. - № 9. - С. 22-26.

42. Морозов Д.А., Пименова Е.С., Филиппов Ю.В. и др. Полный травматический разрыв поджелудочной железы с циркулярным разрывом желудка //Детская хирургия, №1, 2015. С. 51-53.

43. Мизиев И.А., Базиев З.М., Ахкубеков Р.А. Место видеолапароскопии в дифференциальной диагностике неотложных

состояний органов брюшной полости // Материалы Первого Съезда хирургов Южного Федерального округа. – Ростов н/Д, 2007. – С. 23.

44. Михайлов А.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М. и др. Повреждения двенадцатиперстной кишки (Клиника, диагностика, лечение) // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2007. – № 6. – С. 36-40.

45. Михайлов А.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М. Диагностика, лечение травм и ранений двенадцатиперстной кишки // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. Медицина. – 2010. – Приложение: Пироговская хирургическая неделя: материалы всероссийского форума. – С. 693-695.

46. Михайлов А.П., Данилов А.М., Сигуа В.П. и др. Хирургическое лечение ранений крупных сосудов забрюшинного пространства в условиях многопрофильного стационара // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 459–460.

47. Молитвословов А.Б., Ерамишанцев А.К., Марков А.Э. Диагностическая и лечебная тактика при травме 12-перстной кишки. Хирургия. – 2004. – № 8. – С. 46-51.

48. Нартайлаков М.А. и др. Актуальные вопросы диагностики и лечения свищей тонкой кишки // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 2. – С. 340-343.

49. Назаренко А.А., Веселов Ю.Е., Рутович Н.В.. Хирургическая тактика при изолированной травме двенадцатиперстной кишки // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.-2010.-Т.3, №2.-с.91-97.

50. Нечипоренко А.С., Нечипоренко А.Н., Варец И.Г.. Компьютерная томография в диагностике закрытой травмы почек // Российский электронный журнал лучевой диагностики. – 2013. – Т. 3, №4. – С. 88–94.

51. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

52. Рылов А.И., Перцов В.И., Кравец Н.С., Рылов А.И. и др. Лечебная тактика при абдоминальных послеоперационных осложнениях у больных с закрытой травмой живота. Харк. хирургич. школа 2004; 4: 19—22.

53. Сайдаковский Ю.Я., Папст А.И., Юрмин Е.И. Диагностика и хирургическая тактика при закрытых повреждениях забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки// Вестник Хирургии.-1992.-№7-12.- С.386-389.

54. Сигуа Б.В., Данилов А.М., Смирнова И.С. Диагностика закрытой травмы двенадцатиперстной кишки // Материалы Первого съезда хирургов Южного Федерального округа. – Ростов-на-Дону, 2007. – С. 75.

55. Сигуа Б.В. Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки: автореф. дис... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2008. – 16 с.

56. Сигуа Б.В, Михайлов А.П., Данилов А.М. Абдоминальный сепсис при травматических повреждениях 12-перстной кишки // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 555-556.

57. Сигуа Б.В., Михайлов А.П., Данилов А.М. и др. Хирургическое лечение травм и ранений 12-перстной кишки // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 625.

58. Сингаевский А.Б., Данилов А.М., Сигуа Б.В., Ялда К.Д. Диагностические возможности инструментальных методов исследования при ранениях поясничной области // Альманах Института Хирургии им. А.В. Вишневского. – 2015. – № 2: Материалы XII Съезда хирургов России (7-9 октября 2015 г., Ростов-наДону). – С. 1584–1586.

59. Славов А.И. Разрыв двенадцатиперстной кишки при тупой травме живота / А.И. Славов, С.А. Славов // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 626.

60. Совцов С.А. Новый стандарт обследования при травме органов брюшной полости / С.А. Совцов // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Первый конгресс московских хирургов: тезисы докладов. Москва, 19-21 мая 2005 г. – М.: ГЕОС, 2005. – С. 190-191.

61. Смоляр А.Н. Диагностика и лечение травматических забрюшинных кровоизлияний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.17. Смоляр Александр Наумович. – М., 2012. – 47 с.

62. Ситников В.Н., Черкасов М.Ф., Литвинов В.А. и др. Видеоэндохирургическая диагностика и лечение повреждений живота при сочетанной травме // Хирургия. – 2006. – № 7. – С. 45-50.

63. Сухоруков А. М. и др. Диагностика и хирургическое лечение повреждений двенадцатиперстной кишки при сочетанной травме // Бюллетень Восточно Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2005. – № 3. – С. 181-182.

64. Топчиашвили З.А., Гейниц А.В., Мустафаев Р.Д., Тихов Г.В. Хирургическое лечение травматических повреждений двенадцатиперстной кишки // Вестник медицинского института РЕАВИЗ №3, 2013. С.34-36.

65. Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Хасанов А.Г., Тимербулатов М.В., Уразбахтин И.М. Хирургия абдоминальных повреждений. М: Медпресс-информ 2005; 255.

66. Трофимова Е.Ю., Богницкая Т.В., Смоляр А.Н.. Ультразвуковая диагностика забрюшинных кровоизлияний в ранние сроки после закрытой травмы живота // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2010. – № 5. – С. 14–19.

67. Урман М.Г. Хирургическая тактика при повреждениях двенадцатиперстной кишки // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Первый конгресс московских хирургов: тезисы докладов. Москва, 19-21 мая 2005 г. – М.: ГЕОС, 2005. – С. 194-195.

68. Черкасов М.Ф., Юсков В.Н., Ситников В.Н., и др. Повреждения живота при множественной и сочетанной травме. – М.: Ростов-на-Дону, 2005. – 132 с.

69. Черкасов М.Ф., В.Н. Ситников, В.А. Бондаренко и др. Применение эндовидеохирургической техники в ургентной хирургии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. Медицина. – 2010. – Приложение:

Пироговская хирургическая неделя: материалы всероссийского форума. – С. 57–58.

70. Чадаев А.П. Сравнительная эффективность методов диагностики повреждений органов брюшной полости / Чадаев А.П., Климиашвили А.Д. // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Первый конгресс московских хирургов. Тезисы докладов [Москва, 19-21 мая 2005]. -М.: ГЕОС, 2005.-С. 197-198.

71. Чирков Р.Н., Абакумов М.М., Блохин В.Н., Феллер В.С. Позднее осложнение травмы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - №2. - 2008. - С. 69-70. Чирков Р.Н., Абакумов М.М., Блохин В.Н. Диагностика и хирургическая тактика при травматических интрамуральных гематомах двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2008. – №5. – С. 33-36.

72. Чирков Р.Н., Абакумов М.М., Блохин В.Н. Диагностика и хирургическая тактика при травматических интрамуральных гематомах двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2008. – №5. – С. 33-36.

73. Чирков Р.Н., Абакумов М.М., Дубровин И.А. Клинико-морфологическое обоснование хирургического лечения пострадавших с разрывом двенадцатиперстной кишки при закрытой травме живота // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - №8. - 2009 г. - С. 11-14.

74. Чирков Р.Н. Механические повреждения двенадцатиперстной кишки: диагностика и хирургическое лечение. Автореф. дисс. док. мед. наук. – Тверь, 2010. – 26 с.

75. Щеголев А.А., Аль Сабунчи О.А., Мурадян Т.Г. и др. Забрюшинная гематома у больных с сочетанной и изолированной травмой // Альманах Института Хирургии им. А.В. Вишневского. – 2015. – № 2: Материалы XII Съезда хирургов России (7-9 октября 2015 г., Ростов-на-Дону). – С. 152.

76. Фаязов Р.Р., Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г. Лечебно-диагностический алгоритм с позиции миниинвазивных технологий в

хирургии травматических абдоминальных повреждений // Эндоскопическая хирургия. - 2002. - № 3. - С. 79.

77. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Атаджанов Ш.К., Хакимов А.Т. Возможности видеоэндохирургии при закрытых повреждениях органов брюшной полости у пострадавших с сочетанной травмой // Вестник экстренной медицины. – 2010. – № 4. – С. 23–26.

78. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А., Гуляев А.А., Самсонов В.Т. и др. Возможности экстренной лапароскопии у пострадавших с абдоминальной травмой // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 633.

79. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А., Гуляев А.А. и др. Возможности видеолапароскопии при закрытой травме живота у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях // Неотложная медицинская помощь. – 2012. – № 4. – С. 51–56.

80. Хакимов М.Ш., Асрарор А.А., Холматов Ш.Т., Маткулиев У.И., Адылходжаев А.А. Выбор хирургической тактики при травмах двенадцатиперстной кишки // Вестник экстренной медицины. Ташкент. 2013. №3. С. 63-64.

81. Хасанов А.Г., Фаязов Р.Р., Тимербулатов М.В., Каюмов Ф.А. Хирургия абдоминальных повреждений.-Уфа, 2002.-251с.

82. Хасанов А. Г., Матигуллин Р.М., А.М.Меньшиков., Бадретдинов А.Ф. Хирургическая тактика при ранениях двенадцатиперстной кишки // Ж. Практическая медицина. Уфа. 5 (81) 2014. С. 67-70.

83. Хасанов А.Г., Матигуллин Р.М., Бакиров С.Х. и др. Хирургическая тактика при закрытой дуоденальной травме // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. Уфа. – 2015. – Т. 8, № 1 (26). – С. 69-74.

84. Цыбуляк Г.Н., Шеянов С.Д. Ранения и травмы живота: Современная диагностика и новые подходы в лечении // Вестник хирургии.- 2001.- №5;-С.81-88.

85. Abakumov M. M., Chirkov R. N. Povrezhdenija dvenadcatiperstnoj kishki [Damage to the duodenum] . – M. : Izd-vo BINOM, 2014. – 150 s. (Russian).

86. Asensio J.A., Petrone P., Roldan G. et al. Pancreaticoduodenectomy: a rare procedure for the management of complex pancreaticoduodenal injuries // J. Am. Coll. Surg. 2003. Vol. 197. N 6. P. 937-942.

87. Ahema N.J. Kavanagh E.G/ Condon E.T. et.al. Duodenal perforation after a blunt abdominal sporting injury: the importance of early diagnosis // J.Trauma.-2003.-Vol. 54. №4.-P.791-794.

88. Beyrouti M.I., Beyrouti R., Kchaou I. et al. Duodeno-pancreatic trauma. About 14 cases // Tunis. Med. 2005. Vol. 83. N 2. P. 73-82.

89. Blocksom J.M., Tyburski J.G., Sohn R. L. et.al. Prognostic determinants in duodenal injuries// Am.Surg.-2004.-Vol.70. №3-P. 248-255.

90. Bozkurt B., Ozdemir B.A., Kocer B. et al. Operative approach in traumatic injuries of the duodenum // Acta Chirurgica Belgica. — 2006. — Vol. 106. — Pp. 405–408.

91. Crippa S., Falconi M., Bettini R. et al. Isolated blunt duodenal trauma: Delayed diagnosis and favorable outcome with «quadruple tube» decompression // Journal of the Pancreas. – 2007. – Vol. 8, no. 5. – Pp. 617–620.

92. Cirocchi R., Abraha I., Montedori A. et al. Damage control surgery for abdominal trauma // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2010. – № 1. – CD007438.

93. Clendenon J.N., Meyers R.L., Nance M.L. et al. Management of duodenal injuries in children // J Pediatr Surg. — 2004. — № 39. — P. 964-968.

94. Desai K.M., Dorward I.G., Minkes R.K., Dillon P.A. Blunt duodenal Injuries in children/ JTrauma.-2003.-Vol.54,№4.-P.640-646.

95. Elheny A, Shehata AM, Saleh AF, El Sageer E. Duodenal injuries: how to deal with it? The Egyptian Journal of Surgery. 2015;34(4):276-280. doi:10.4103/1110- 1121.167391.

96. Fraga G.P., Biazotto G., Bortoto J.B., et al. The use of pyloric exclusion for treating duodenal trauma: case series // Sao Paulo Medical Journal. — 2008. — Vol. 126, no. 6. — Pp. 337–341.

97. Girgin S., Gedik E., Yagmur Y. et al. Management of duodenal injury: our experience and the value of tube duodenostomy // Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery. – 2009. – Vol. 15, no. 5. – Pp. 467-472.

98. Gupta V., Dev Wig J., Garg H. Trauma pancreaticoduodenectomy for complex pancreaticoduodenal injury. delayed reconstruction // Journal of the Pancreas. — 2008. — Vol. 9, no. 5. — Pp. 618–623.

99. Ivatury R.R., Malhotra A.K., Aboutanos M.B. et al. Duodenal injuries: A review // European Journal of Trauma and Emergency Surgery. — 2007. — Vol. 3. — Pp. 231–237.

100. Jansen M., Du Toit D.F., Warren B.L. Duodenal injuries surgical management adapted to circumstances // Injury. – 2002. – № 33. – P. 611- 615.

101. Johnston L. R. Duodenal trauma [Electronic resource] / L. R. Johnston, G. Wind, M. J. Bradley // Trauma. – 2017. – Vol. 19, № 2. – P. 94-102. – Mode of access: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1460408616684866>.

102. Masiulaniec P, Snarska J, Michalak M, Ryboiowicz K, Suszkiewicz-Kiliaczyk K. Injury to the duodenum following blunt abdominal trauma. Literature review and case report. Polish Annals of Medicine. 2017;24(1):67-71.

103. Knoop M., Vorwerk T. Successful repair of complete pancreatic rupture and subtotal duodenal avulsion after blunt abdominal trauma in childhood — a case report. Zentralbl Chir 2003; 128: 3: 236—238.

104. Kocaoglu A., Ors F., Bulakbasi N. et al. Duodenal intramural hematoma due to blunt abdominal trauma // Ulus Travma Derg. 2005. Vol. 11. N 2. P. 165-168.

105. Kong J, Wu S-D. Postoperative Delayed Duodenum Perforation following Elective Laparoscopic Cholecystectomy [Internet]. Case Reports in Medicine. 2014; 2014:823149. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/823149>.

106. Kwon C., Ko K.H., Kim H.Y et al. Bowel obstruction caused by an intramural duodenal hematoma: A case report of endoscopic incision and drainage // The Journal of Korean Medical Science. — 2009. — Vol. 24. — Pp. 179–183.

107. Ladd A.P., West K.W., Rouse T.M., Scherer L.R. 3rd et al. Surgical management of duodenal injuries in children // Surgery. 2002. - Vol. 132, №4.-P. 748-753.

108. Leppaniemi A. Management of pancreatic and duodenal injuries // Lietuvos Chirurgija. — 2007. — Vol. 5, no. 2. — Pp. 102–107.

109. Lin Y.C., Chen Y. Yeh S.J. Traumatic intramural hematoma of the duodenum: report of one case // Acta Paediatr. Taiwan. 2004. Vol. 45. N 6. P. 343-345.

110. Lucas C.E., Duron M. Treatment of stomach and duodenum injuries // Panamerican Journal of Trauma. — 2005. — Vol. 12, no. 1. — Pp. 1–5.

111. Lochan R., Sen G., Barrett A.M. et al. Management strategies in isolated pancreatic trauma / J. Hepato Biliary Pancreatic Surg. – 2009. – Vol. 16, № 2. – P. 189–96.

112. Lopez P.P., Benjamin R., Cockburn M. et al. Recent trends in the management of combined pancreatoduodenal injuries // Am Surg. — 2005. — № 71. — P. 847-852.

113. Moore E.E., Cogbill T.H., Malangoni M.A. et al. Organ injury scaling II: pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum // J Trauma.-1990.-Vol.30,№11.-P.1427-1429.

114. Moore E.E., Feliciano D.V., Mattox K.L. Trauma//Jurkovich G.G., Bulger E.M. Duodenum and Pancreas. — New York (USA): McGraw-Hill Professional, 2004. — 5th edition. — Pp. 701–721.

115. Rao R., Ivatury M.D. Duodenal injuries: Small but lethal lesions // Cirujano General. — 2003. — Vol. 2, no. 5. — Pp. 59–65.

116. Diagnostic accuracy of CT scan in abdominal blunt trauma / J. Salimi, K. Bakhtavar, M. Solimani [et al.] // Chin. J. Traumatol. – 2009. – Vol. 12, № 2. – P. 67–70.

117. Shah S.et al. Imaging blunt pancreatic and duodenal trauma [Electronic resource] // Applied Radiology. – 2016. – Vol. 45 (11). – P. 22-28. – Mode of access:<http://appliedradiology.com/articles/imaging-blunt-pancreatic-and-duodenal-trauma>.

118. Seamon M.J., Pieri P.G., Fisher C. A. et al. A ten-year retrospective review: does pyloric exclusion improve clinical outcome after penetrating duodenal and combined pancreaticoduodenal injuries? // The Journal of Trauma. — 2007. — Vol. 62, no. 4. — Pp. 829–833.

119. Sriussadaporn S., Pakart R, Sriussadapom S,, Kritayakirana K. Management of blunt duodenal injuries // J. Med. Asso. Thai. 2004. Vol. 87. N 11. P. 1336-1342.

120. Thomas M., Basu N.N., Gulati M.S.et al. Isolated duodenal rupture due to go-karting accidents--braking news // Ann. Royal Coll. Surg. Engl. – 2009. – Vol. 91, № 4. – P. 340–3.

121. Wig J.D., Kudari A., Yadav T.D. et al. Pancreas preserving total duodenectomy for complex duodenal injury // Journal of the Pancreas. – 2009. – Vol. 10, no. 4. – Pp. 425-428.