

Kamolov Sardor Jamolovich
SamDTU, Samarkand, O'zbekiston.

O'N IKKI BARMOQ ICHAKNING TESHILGAN YARASIDA JARROHLIK TAKTIKASINI OPTIMALLASHTIRISH: LAPAROSKOPIK VA AN'ANAVIY USULLARNI QIYOSIY TAHLIL

Annotatsiya

Mazkur tadqiqot o'n ikki barmoq ichakning teshilgan yarasi bilan og'rigan bemorlarda jarrohlik davolash taktikasini takomillashtirishga bag'ishlangan. Tadqiqot 50 nafar bemorning tibbiy hujjatlarini retrospektiv tahlil qilish asosida o'tkazildi. Bemorlar ikki guruhga ajratildi: birinchi guruhga laparotomiya orqali an'anaviy jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan 30 nafar bemor, ikkinchi guruhga esa diagnostik laparoskopiyadan so'ng laparoskopik tikish bajarilgan 20 nafar bemor kiritildi. Klinik, laborator va instrumental ko'rsatkichlar, operatsiya davomiyligi, operatsiyadan keyingi asoratlari, og'riq sindromi, tana harorati dinamikasi hamda shifoxonada yotish muddati qiyosiy baholandi. Tadqiqot natijalari laparoskopik usul kam invazivligi, og'riq sindromining kamligi, asoratlari sonining kamayishi va bemorlarning erta reabilitatsiyasi bilan ajralib turishini ko'rsatdi. Olingan ma'lumotlar o'n ikki barmoq ichakning teshilgan yarasi laparoskopik tikishni samarali jarrohlik usuli sifatida tavsiya etish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: o'n ikki barmoq ichak yarasi, yara perforatsiyasi, laparoskopik tikish, laparotomiya, gastroduodenal yara, jarrohlik taktika

Камолов Сардор Жамолович
СамГМУ, Самарканд, Узбекистан.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И ТРАДИЦИОННОГО МЕТОДОВ

Аннотация

Настоящее исследование посвящено оптимизации хирургической тактики у пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. Работа основана на ретроспективном анализе медицинской документации 50 больных. Пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли 30 больных, которым выполнено традиционное хирургическое вмешательство через лапаротомию, во вторую — 20 пациентов, перенесших лапароскопическое ушивание после диагностической лапароскопии. В ходе исследования проведена сравнительная оценка клинических, лабораторных и инструментальных показателей, продолжительности операции, частоты послеоперационных осложнений, выраженности болевого синдрома, температурной реакции и сроков госпитализации. Полученные результаты свидетельствуют о

преимущества лапароскопического подхода, который характеризуется меньшей операционной травмой, снижением интенсивности боли, уменьшением числа осложнений и сокращением сроков стационарного лечения.

Ключевые слова: язва двенадцатиперстной кишки, перфорация язвы, лапароскопическое ушивание, лапаротомия, гастродуоденальная язва, хирургическая тактика

*Kamalov Sardor Dzhamalovich
SamSMU, Samarkand, Uzbekistan.*

OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS IN PERFORATED DUODENAL ULCER: A COMPARATIVE ANALYSIS OF LAPAROSCOPIC AND CONVENTIONAL METHODS

Abstract

This study aims to optimize surgical tactics in patients with perforated duodenal ulcer. A retrospective analysis of medical records of 50 patients was performed. The patients were divided into two groups: Group I included 30 patients who underwent conventional open surgery via laparotomy, while Group II consisted of 20 patients treated with laparoscopic suturing after diagnostic laparoscopy. Clinical, laboratory, and instrumental parameters, operative time, postoperative complications, pain intensity, body temperature dynamics, and length of hospital stay were comparatively analyzed. The results demonstrated that the laparoscopic approach was associated with reduced surgical trauma, lower pain intensity, fewer postoperative complications, and earlier rehabilitation, leading to a shorter hospital stay. The findings confirm the effectiveness and safety of laparoscopic suturing in the treatment of perforated duodenal ulcers.

Keywords: duodenal ulcer, ulcer perforation, laparoscopic suturing, laparotomy, gastroduodenal ulcer, surgical tactics

Tadqiqot o‘n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi bo‘yicha jarrohlik amaliyotini o‘tkazgan 50 nafar bemorning tibbiy hujjatlarini tahlil qilishga asoslangan.

Tadqiqot kasalliklar va ular bilan bog‘liq sog‘liq muammolarining xalqaro statistik tasnifiga (ICD 10) muvofiq kasallik yoki holatning (kasalliklar yoki sharoitlar guruhi) kodlash xususiyatiga muvofiq o‘tkazildi. Oshqozon yarasi (K25) va o‘n ikki barmoqli ichak yarasi (K26).

Tadqiqotda ishtirok etgan bemorlar chuqurroq tahlil qilish uchun ikki guruhga bo‘lingan. Birinchi guruhga klinik va instrumental diagnostika ma‘lumotlari asosida laparotomik kirish orqali an‘anaviy jarrohlik aralashuvlar o‘tkazilgan 30 kishi kirdi. Ikkinchi guruhda 20 ta bemor bor edi, ular diagnostik laparoskopiyadan so‘ng oshqozon yarasini olib tashlashdi. Bemorlarning yosh xususiyatlari quyidagi jadvalda keltirilgan.

Jadval. 3.3.1

O`n ikki barmoq ichak surunkali yarasi Asorati yara perforatiysi patologiyasi bo`lgan bemorlarni asosiy guruhga va taqqoslash guruhiga yosh bo`yicha taqsimlanishi.

yosh guruh	yosh, yil					Hammasi
	18-21 Yosh	22-35 Yosh	36-55 yosh	61-74 yosh	75-90 Yosh	
1 guruh	4	6	11	8	1	30
2 guruh	4	4	9	3	0	20
Jami	8	10	20	11	1	50

Shunday qilib, tadqiqotda o`rganilgan bemorlar guruhlari o`rganilgan ko`rsatkichlar bo`yicha to`la -to`kis taqqoslanadi. Quyidagi jadvaldan ko`rinib turibdiki, quyidagi taqsimotida erkak bemorlar ayol bemorlarga nisbatan ustunlik qilgan.

Jadval. 3.3.2

O`n ikki barmoq ichak surunkali yarasi Asorati yara perforatiysi patologiyasi bo`lgan bemorlarni asosiy guruhga va taqqoslash guruhiga jinsi bo`yicha taqsimlanishi.

jins guruh	Erkak bemorlar	Ayol bemorlar	Hammasi
1 guruh	23	7	30
2 guruh	13	7	20
Jami	36	14	50

Perforatiysaga shubha bilan kasalxonaga yotqizilgan barcha bemorlar diagnostika tekshirishlarining standart to`plamini amalga oshirdilar, shu jumladan: jarroh tomonidan tekshiruv, laboratoriya tekshiruvlari-qon va siydikning umumiy tahlili, EKG, erkin gazni aniqlash uchun ko`krak qafasi va qorin bo`shlig`ining rentgenografiyasi, terapevt bilan maslahatlashish, shuningdek, agar kerak bo`lsa, boshqa ixtisoslashgan mutaxassislar, agar bemorda qo`shma kasalliklar bo`lsa.

Dastlabki tekshiruvdan va olingan ma'lumotlarni baholashdan so`ng, bemorni boshqarish taktikasi aniqlandi, shu jumladan keyingi diagnostika choralari va davolash rejimini tanlash. Agar oshqozon yarasi anamnezi, kasallikning to'satdan boshlanishi, qorin bo`shlig'i mushaklarining taranglashuvi ("taxta shaklidagi qorin"), peritoneal alomatlar va ko`rish paytida qorin bo`shlig`ida erkin gaz mavjudligi bilan tasdiqlangan ichi bo`sh organ teshilishining aniq belgilari saqlanib qolsa, bemor zudlik bilan operatsiya xonasiga yuborildi, shoshilinch jarrohlik aralashuvi uchun. Shu bilan birga, EFGDS (ezofagogastroduodenoskopiya) bajarilishi majburiy deb hisoblangan, shundan so`ng keyingi davolash, shu jumladan jarrohlik davolashning eng mos usulini tanlash to`g`risida qaror qabul qilingan.

Teshilish paytidan boshlab kasalxonaga yotqizilishgacha bo`lgan davr birinchi guruhda 30 (47,8 %) bemorda 6 soatdan oshmadi, faqat 17 (25,5%) bemor teshilish rivojlanganidan keyingi dastlabki 3 soat ichida qabul qilindi. Ammo kasallikning davomiyligi 9 soatdan ortiq bo`lgan bemorlar 46,2% ni tashkil etdi. Bular kasallikning og`irligi va qorin bo`shlig'i organlarining yallig`lanish o`zgarishlari, ayniqsa keng tarqalgan peritonitlar bilan og`rgan

bemorlar edi. Ikkinchi guruhda 20 (92,6%) bemorda teshilish paytidan kasalxonaga yotqizilishgacha bo'lgan davr 8 soatdan oshmadi, bunda 50 (77,9%) bemor teshilish rivojlanganidan keyingi dastlabki 3 soat ichida qabul qilindi.

Jadval. 3.3.3

Teshilishning klinik ko'rinishi paydo bo'lishidan klinikaga kasalxonaga yotqizilishgacha bo'lgan vaqt

Bemorlarning guruhlari va soni	Teshilish paytidan kasalxonaga yotqizilgunga qadar bo'lgan vaqt					Jami
	1 soatdan kam	1-3	4-6	7-9	>9	
I gurux, ABs. (%)	4 (13,33%)	6 (20%)	11 (36,66%)	8 (26,66%)	1 (3,33%)	30 (100%)
II gurux, ABs. (%)	4 (20%)	4 (20%)	7 (35%)	3 (15%)	2 (10%)	20 (100%)
Izoh: * - guruhlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farqlarning mavjudligi, X ² mezon va Fisherning aniq mezonlari						

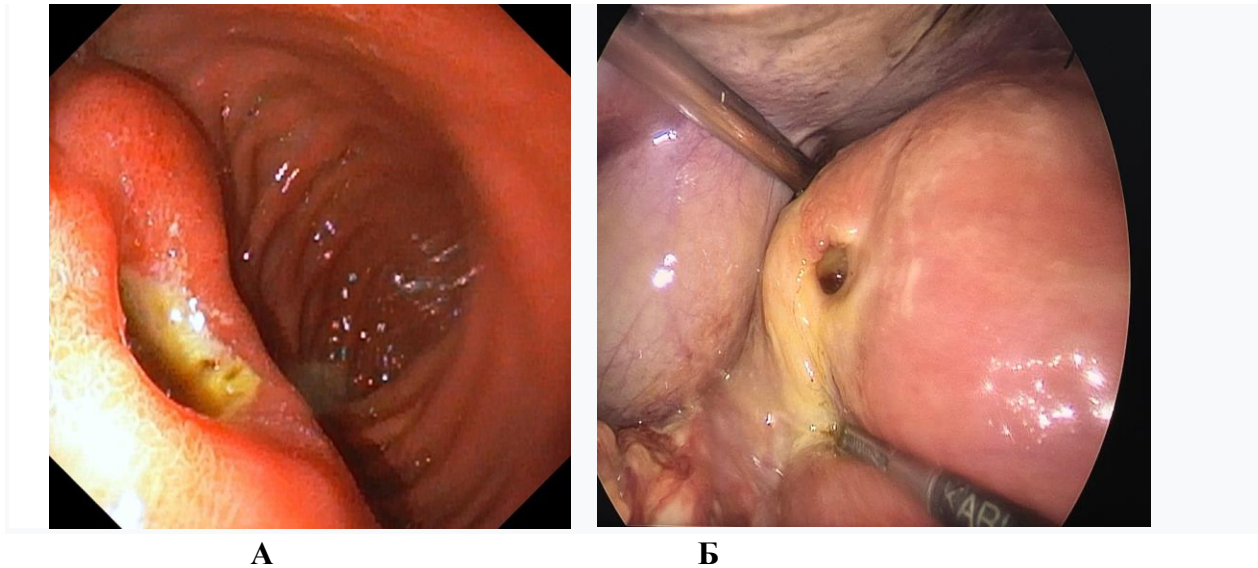
Kasallikning 9 soatdan ortiq davom etishi qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish o'zgarishlarini keltirib chiqaradigan va Laparoskopik usuldan foydalanish uchun eng qulay bo'lgan 1 soatdan 3 soatgacha bo'lgan vaqtni keltirib chiqaradigan LU O'BITYaK ni amalga oshirishning noqulay omillari bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Birinchi guruhda 30 bemorda teshilishdan oldin kasallikning kuchayishi kuzatildi, uning davomiyligi, anamnestik ma'lumotlarga ko'ra, 20 bemorda 7 kungacha (o'rtacha 4,5±2,2 kun), qolgan 7 bemorda – 3 haftadan ortiq.

20 bemorda o'n ikki barmoq ichak yarasi tarixi kuzatilmagan yoki qisqa (bir yilgacha) bo'lgan. 6 bemorda (20%) odamda o'n ikki barmoq ichak yarasi anamnezi 1 yildan uch yilgacha va 6 kishi (20%) 3 yildan ortiq bo'lgan, shu jumladan 11 bemor (33,66%) o'n ikki barmoqli ichak yarasi 15 dan 30 yilgacha bo'lgan, ammo teshilish asoratidan oldin, konservativ davodan keyin kasallik ularda davom etdi kam uchraydigan alementar va uzoq remissiya davrlari bilan. Anamnestik ma'lumotlarga ko'ra oshqozon yarasi, oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichakda ilgari o'tkazilgan operatsiyalarning asoratlari hech bir bemorda bo'lmagan.

3.3.2. Teshilgan yara bilan og'rigan bemorlarda davolash va diagnostika taktikasi xususiyatlari.

Agar siz oshqozon yarasi bilan og'rigan bemorlarning tibbiy tarixiga nazar tashlasangiz, oshqozon yarasi qanday tikilishini tanlashda oshqozon yarasi tarixi qanchalik muhimligi darhol aniq bo'ladi. Masalan, ochiq jarrohlik (laparotomiya) o'tkazgan guruhda bemorlarning yarmidan ko'pi turli darajadagi davomiylidagi yara kasalligi tarixiga ega edi. Ammo Laparoskopik tikish (Lu) ishlatilgan guruhda deyarli barchasi (98,5%) bunday tarixsiz edi. Bu shuni anglatadiki, yarali anamnezning mavjudligi yoki yo'qligi o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasini tikish usulini tanlashga katta ta'sir qiladi.

Shoshilinch holatlarda biz aniq tashxis qo'yish va aralashuvni rejalashtirish uchun ezofagogastroduodenoskopiyaga (EFGDS) tayanamiz. EFGDSNING o'ziga xosligi oshqozon yarasinu har tomonlama baholash imkoniyatida yotadi: bu sizga seroz qatlam orqali tashqi ko'rinishlarni ham, shilliq qavatning ichki rasmini ham ko'rish imkonini beradi. Olingan ma'lumotlarni taqqoslash – oshqozon yarasi va teshikning kattaligi, uning yarali nuqsonga nisbatan lokalizatsiyasi, deformatsiya darajasi va unga hamroh bo'lgan yaralar mavjudligi-teshilgan yarali nuqsонning Laparoskopik tikuvini bajarishda eng samarali texnikani (to'qimalarni ushlab yo'nalishi va chuqurligi) tanlash uchun juda muhimdir (Lu O'IBTYA) (rasm-3.3.1)



Rasm. 3.3.1 o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasining endovizual tasviri (A-EFGDS, B-laparoskopiya)

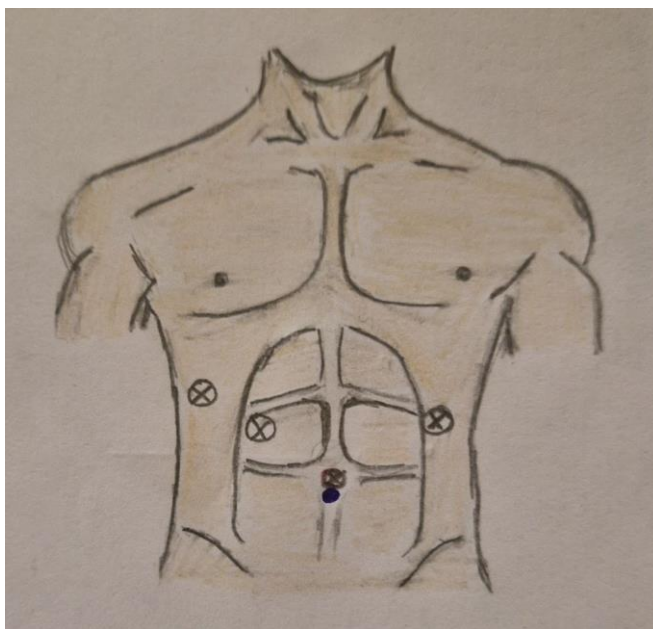
Oshqozon yarasinu Laparoskopik olib tashlash (Lu O'IBTYA) quyidagi hollarda amalga oshirilmadi: tez-tez quzga turadigan uzoq muddatli oshqozon yarasi mavjud bo'lganda, oshqozon yarasi boshqa asoratlar bilan birlashganda (torayish, unib chiqish, qon ketish), o'simta teshilishi bilan, shuningdek, erishish qiyin bo'lgan joylarda (orqa devor, kichik egrilik), pilorik kanalda. Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar, shuningdek, 10 mm dan katta teshiklar, oshqozon yarasi atrofida aniq yallig'lanish yoki ingichka qirralari bo'lgan katta yaralar (15 mm dan ortiq) deb hisoblangan. Bunday kontrendikatsiyaga ega bemorlar uchun standart ochiq operatsiyalar o'tkazildi. Agar o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi (Pad) tasdiqlangan bo'lsa, ammo oshqozon yarasining boshqa asoratlari kuzatilmagan bo'lsa, operatsiya paytida tekshiruv natijalariga asoslanib, Lu ga yaroqliligini va qorin bo'shlig'ini sifatli davolash imkoniyatini baholash uchun laparoskopiya o'tkazildi.

Shuni ta'kidlash kerakki, endoskopiya ma'lumotlari (EGDS) o'n ikki barmoqli ichak teshilishini (Lu O'IBTYA) davolashda oshqozon yarasinu baholashda muhim rol o'ynaydi. Laparoskopiya (LSC) faqat teshikning o'lchamlari va shaklinu aniqlashga, shuningdek unu anatomik belgilar bilan bog'lashga imkon beradi (WPC lampochkasi, pilorus, distal oshqozon). Biroq, LSC yarali kraterning haqiqiy hajmi va shakliga nisbatan teshikning joylashishini

baholashga imkon bermaydi. Ushbu ma'lumot faqat EGDS paytida mavjud. Ko'pincha tashqi tomondan ko'rinadigan teshikning diametri (seroz qopqoq tomondan) WPC lampochkasining shilliq qavatidagi yaraning haqiqiy hajmidan sezilarli darajada farq qiladi. 75% hollarda teshikning tashqi diametri EGD bilan aniqlangan yaradan 3-4 baravar katta edi. Bundan tashqari, teshilgan teshikning yarali kraterning chetlariga nisbatan joylashishi ham muhim edi: 61% hollarda u yaraning markazida, qolgan hollarda esa eksentrik, chetida yoki to'g'ridan – to'g'ri yaraning chetida joylashgan.

3.3.3. O'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi uchun laparoskopik yondashuv.

Troakarlarni kiritish uchun maqbul nuqtalarni aniqlash klinik va instrumental tekshiruvlar natijalari bilan belgilandi. Biz o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi uchun funksional jihatdan eng qulay va universal kirish nuqtalarini afzal ko'rdik. Laparoskopik operatsiya Foulter holatida amalga oshirildi, operatsiya stoli 15 darajaga burildi va chapga (5-10 daraja) ozgina burildi. Bemorning bunday joylashishi ichak qovuzloqlarining pastga siljishiga yordam beradi, bu esa qorin bo'shlig'ining yuqori qavatini va yaraning o'zini Laparoskopik tekshirish bilan aralashishini istisno qiladi. O'IBIYA ning Laparoskopik taftishini o'tkazish uchun epigastral mintaqada va o'ng qovurg'a yoyi ostidan o'rnatilgan uchta qo'shimcha troakar jalb qilindi.

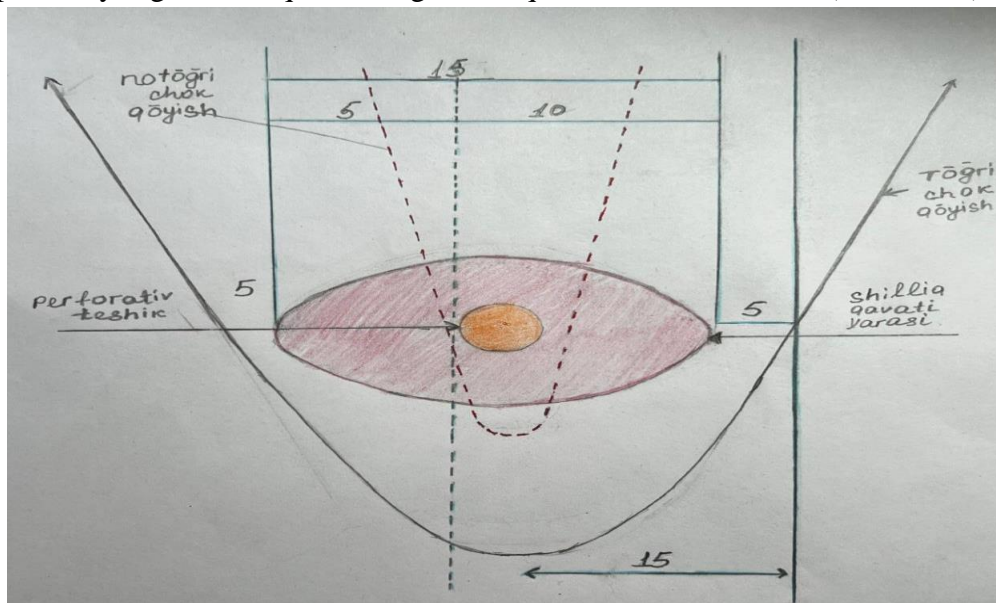


Rasm. 3.3.2 LU O'IBTYA troakarlarni kiritish uchun qorin old devoridagi nuqtalar.

Qo'shimcha troakarlarni joylashtirish qorin bo'shlig'ining yuqori qismidagi organlarning topografiyasiga, shuningdek, teshikning lokalizatsiyasi va xususiyatiga qarab alohida amalga oshirildi. Asosiy mezonlar triangulyatsiya printsipti, jarrohlik asboblari uchun etarli vizualizatsiya va erkin kirishni ta'minlash edi. 86,4% hollarda uchta qo'shimcha troakar (5 va/yoki 10 mm), 13,6% hollarda esa ikkitasi qo'llanilgan. 6,4% hollarda uchta qo'shimcha troakar (5 va/yoki 10

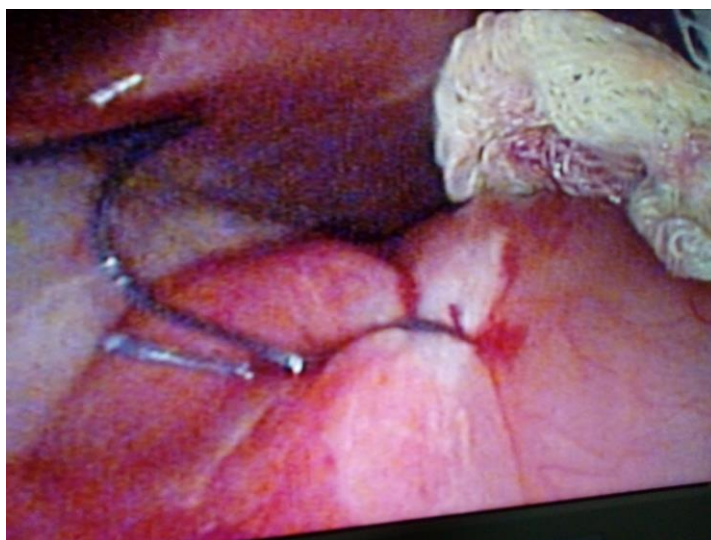
mm), 13,6% hollarda esa ikkitasi qo'llanilgan. Masalan, igna ushlagichi uchun 5 mm troakar epigastral mintaqada (pararektal chiziq va chap kostal yoy o'rtasida, 3-4 sm pastda), igna qabul qilgich uchun 5 mm troakar va aspiratsiya-yuvish trubka kiritilgan. Retraktor uchun 10 mm troakar chap hipokondriumda, oldingisiga nisbatan biroz lateral, Antero-aksillar chizig'i bo'ylab, keyinchalik tikilgan oshqozon yarasi joyini drenajlash uchun joylashgan. LU O'IBTYA uchun troakarlarning sxematik joylashuvi 27-rasmda keltirilgan. Ushbu guruhdagi bemorlarda LDni o'tkazishda asoratlar yoki texnik muammolar kuzatilmadi.

Tadqiqotni o'tkazish uchun Lu O'IBTYA usuli ishlatilgan bo'lib, u teshik teshigi (seroz qopqoq bilan aniqlanadi) va yarali krater (shilliq qavat bilan aniqlanadi) o'rtasida fazoviy yozishmalarni o'rnatishga tayanadi. Ushbu fazoviy nisbatlar endoskopik gastroduodenoskopiya (EFGDS) va Laparoskopik xoletsistektomiya (LSC) tomonidan to'plangan ma'lumotlarni tahlil qilish natijasida olingan. Lu O'IBTYA usulining o'ziga xos xususiyati LSC va EFGDS ma'lumotlari asosida o'rnatilgan teshik va yarali kraterning joylashishi va o'lchamlari nisbati fazoviy proektsiyasiga e'tibor qaratib, sog'lom to'qimalar ichida tikishdir (rasm.3.3.3).



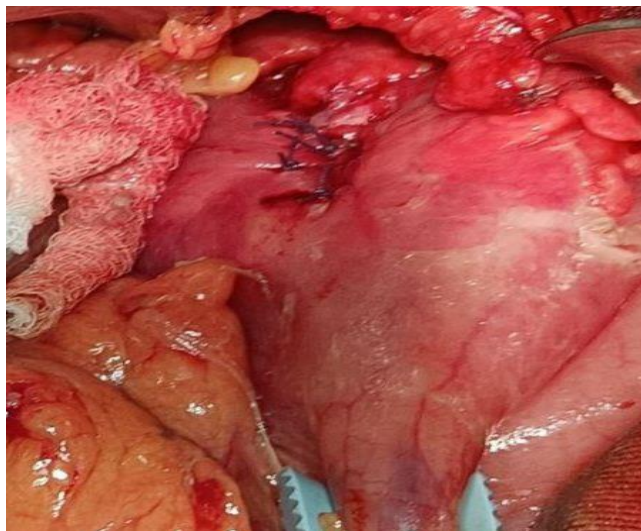
Rasm.3.3.3 to'g'ri va noto'g'ri Lu O'IBTYANING diagrammasi.

Teshilgan gastroduodenal yaraning Laparoskopik tikilishining davomiyligi 30 dan 160 minutgacha bo'lgan, ammo keyinchalik tajriba to'planganda operatsiya vaqti 40-60 daqiqagacha qisqargan. O'rtacha davomiyligi 45-50 daqiqa edi (rasm-3.3.4)



Rasm.3.3.4 O'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasini laparoskopik tikish.

Laparotomiya orqali operatsiya davomiyligi 80-110 daqiqa, o'rtacha 80-90 minut. Teshilgan gastroduodenal yarani tikish operatsiyasi davomida 30 bemorda quyidagi xususiyatlar aniqlandi: katta qismida (23%) oshqozon yarasi oshqozonning kichik egriligida, 25% da esa 8-10 mm dan kattaroq teshik bor edi.



Rasm.3.3.5. Laparotomiya yo'li bilan amalga oshirilgan perforativ gastroduodenal yarani tikish.

Bemorlarning 15 foizida teshilish joyiga zich infiltratni qisman cho'ktirish bilan keng tikuvlar kerak edi. Bemorlarning 23 foizida oshqozon yarasi qirralarining aniq infiltratsiyasi, 3 foizida esa ichki organlar va qorin parda o'rtasida sezilarli yopishqoqlik kuzatilgan.

Laparotomiya operatsiyasini o'tkazgan 7 bemorda (13,4%) nazogastrik naycha orqali ko'p miqdorda oqindi bilan birga o'rtacha 2 kun davom etgan ichak parezi rivojlandi. Ko'pgina hollarda parez uchinchi kuni to'xtatildi. Qolgan bemorlarda ichak motorikasi aralashuvdan keyin

6-12 soat ichida tiklandi.

3.3.4. Operatsiyadan keyingi erta davrni qiyosiy tahlil qilish.

Operatsiyadan keyingi eng yaqin davrni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bemorlarning 9 foizida (8,8%) laparotomik kirish yo'li bilan teshilgan gastroduodenal yarani tikishdan keyingi asoratlari kuzatilgan. Xususan, qorin bo'shlig'i xo'ppozlari 1,9% hollarda rivojlangan va ultratovush nazorati ostida ponksiyon va drenaj orqali muvaffaqiyatli bartaraf etilgan, bu esa to'liq tiklanish imkonini berdi. Tikilgan yaraning chiklar yetishmovchiligi 3,9% ni tashkil etdi. Shu bilan birga, bunday asoratlarning aksariyati (2,9%) laparotomik operatsiya qilingan bemorlarga to'g'ri keldi, Laparoskopik aralashuvda (0,9%) bu ko'rsatkich pastroq edi. Barcha bemorlar ijobiy dinamika bilan chiqarildi.

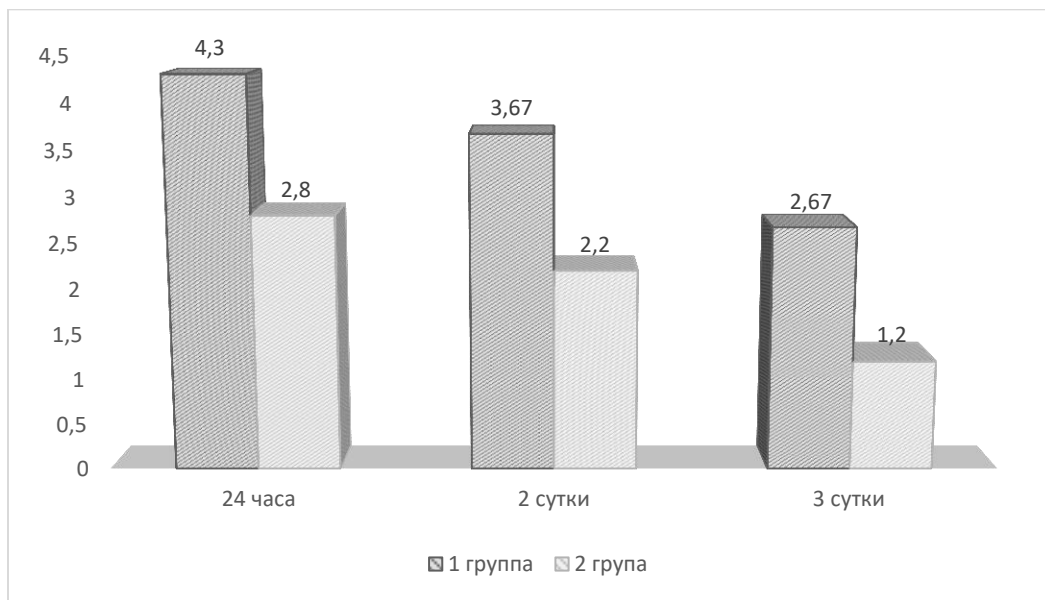
Jadval.3.3.4.

Perforativ gastroduodenal yarani tikish turiga qarab operatsiyadan keyingi asoratlari.

Asoratlari	Operatsiya	
	2 guruppa	1 guruppa
Qorin bo'shlig'i absessi	-	2 (1,9%)
Choklar yetishmovchiligi	1 (0,9%)	3 (2,9%)
Yaranning yiringlashi	-	1 (0,9%)
Jami:	1 (0,9)	10 (9,8%)

LU O'IBITYA operatsiyasidan keyin jarohatni davolash davri 6-7 kun davomida tikuvlarni olib tashlash bilan tavsiflangan. Laparotomiya bilan og'rigan bemorlar uchun bu jarayon ko'proq vaqt talab qildi va operatsiyadan keyin 9-10 kun davomida tikuvlar olib tashlandi.

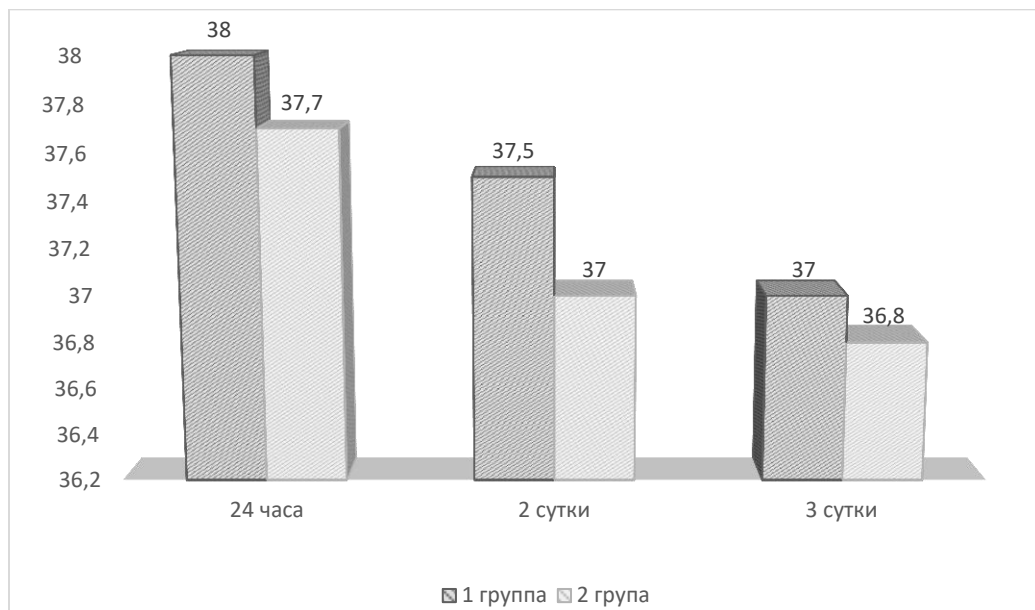
Wong-Baker shkalasi yordamida og'riq sindromining intensivligini o'rganish quyidagi dinamikani ko'rsatdi. Operatsiyadan bir kun o'tgach, birinchi guruh bemorlarida o'rtacha og'riq darajasi 4,3 ballni tashkil etdi. Ikkinchi kuni bu ko'rsatkich 3,67 ga, uchinchi kuni esa 2,67 ballga tushdi. Laparoskopik aralashuvni o'tkazgan ikkinchi guruh bemorlarida og'riq sezilarli darajada kamroq namoyon bo'ldi. Wong-Baker shkalasi bo'yicha o'rtacha ballar operatsiyadan keyingi keyingi kunlarda mos ravishda 2,8, 2,2 va 1,2 ni tashkil etdi (rasm-3.3.6).



Rasm.3.3.6 Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda Wong-Baker shkalasi bo'yicha o'rtacha ball.

Og'riq sindromining intensivligi og'riqni yo'qotish chastotasini aniqladi. Qattiq og'riqdan aziyat chekkan birinchi guruh bemorlariga mushak ichiga yoki tomir ichiga yuborish orqali kuniga uch marta giyohvand bo'lmagan analjeziklar berildi. Og'riq sindromi kamroq bo'lgan ikkinchi guruh bemorlari uchun kuniga bir yoki ikki marta behushlik qilish kifoya edi.

Operatsiyadan keyingi davrda teshilgan yarasi bo'lgan bemorlarda harorat ko'rsatkichlari tanlangan davolash usuliga qarab o'zgaruvchanlikni ham ko'rsatdi. Yarani ochiq (an'anaviy) tikish bilan og'riq birinchi guruhdagi bemorlarda 24 soatdan keyin va operatsiyadan keyingi ikkinchi kuni isitma ko'tarildi. Operatsiyadan keyingi uchinchi kunga qadar bemorlarning tana harorati past darajadagi darajaga tushdi.



Rasm.3.3.7. 1 va 2-guruh bemorlarida tana harorati ko'rsatkichlari

Yuqoridagi grafikni tahlil qilish guruhlar o'rtasida operatsiyadan keyingi davrda sezilarli farqlarni aniqladi. Lu bilan davolangan 2-guruh bemorlarida operatsiyadan keyingi gipertermiya minimal edi. Shu bilan birga, bemorlarning erta faollashishi operatsiyadan 24-48 soat o'tgach boshlangan 1-guruhda (harorat normallasgan va og'riq sindromi kamaygan taqdirda), kasalxonada qolishning o'rtacha davomiyligi $6,5 \pm 0,7$ yotoq kunini tashkil etdi. 2-guruhdagi bemorlar tezroq reabilitatsiyani ko'rsatdilar: 24 soatdan keyin yotoqda dam olishni bekor qilish tavsiyasiga qaramay, ular operatsiyadan 12-16 soat o'tgach faol turishdi. Bu ularning kasalxonaga yotqizilishini $3,6 \pm 0,6$ yotoq kunigacha kamaytirishga imkon berdi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR / ЛИТЕРАТУРА

1. Townsend C.M., Beauchamp R.D., Evers B.M., Mattox K.L. **Sabiston Textbook of Surgery**. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2022.
2. Brunicaardi F.C., Andersen D.K., Billiar T.R. **Schwartz's Principles of Surgery**. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 2020.
3. Johnson C.D., Taylor I. **Recent Advances in Surgery**. London: Royal Society of Medicine Press; 2019.
4. Lau J.Y., Sung J., Hill C. et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease. *Gastroenterology*. 2018;154(3):702–714.
5. Bertleff M.J., Lange J.F. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg*. 2010;27(3):161–169.
6. Siu W.T., Leong H.T., Law B.K. et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Ann Surg*. 2002;235(3):313–319.
7. Lagoo S., McMahon R.L., Kakihara M. et al. The sixth decision regarding perforated duodenal ulcer. *JSLs*. 2002;6(4):359–368.

8. Cellan-Jones C.J. A rapid method of treatment in perforated duodenal ulcer. *BMJ*. 1929;1:1076–1077.
9. Graham R.R. The treatment of perforated duodenal ulcers. *Surg Gynecol Obstet*. 1937;64:235–238.
10. Søreide K., Thorsen K., Harrison E.M. et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet*. 2015;386(10000):1288–1298.
11. Chung K.T., Shelat V.G. Perforated peptic ulcer—an update. *World J Gastrointest Surg*. 2017;9(1):1–12.
12. Thorsen K., Søreide J.A., Søreide K. Scoring systems for outcome prediction in perforated peptic ulcer. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2013;21:25.
13. Sanabria A., Villegas M.I., Morales C.H. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD004778.
14. Bertleff M.J., Halm J.A., Bemelman W.A. et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer. *World J Surg*. 2009;33(7):1368–1373.
15. Møller M.H., Shah K., Bendix J. et al. Risk factors in patients surgically treated for peptic ulcer perforation. *Scand J Gastroenterol*. 2009;44(2):145–152.
16. Boey J., Choi S.K., Poon A. Risk stratification in perforated duodenal ulcers. *Ann Surg*. 1987;205(1):22–26.
17. Malangoni M.A., Rosen M.J. **Surgical complications**. New York: McGraw-Hill; 2018.
18. Zinner M.J., Ashley S.W. **Maingot’s Abdominal Operations**. 13th ed. New York: McGraw-Hill; 2019.
19. Schein M., Rogers P.N., Assalia A. Schein’s common sense emergency abdominal surgery. Berlin: Springer; 2020.
20. Cuschieri A., Hanna G.B. **Essential Surgical Practice**. 6th ed. London: CRC Press; 2015.
21. Kirkpatrick A.W., Ball C.G. Laparoscopy in trauma and emergency surgery. *Br J Surg*. 2018;105(2):e20–e27.
22. Hashimoto D., Hirota M., Sakata K. Role of laparoscopy in emergency gastrointestinal surgery. *Ann Gastroenterol Surg*. 2019;3(2):121–128.
23. Townsend C.M. Surgical management of peptic ulcer disease. *Surg Clin North Am*. 2015;95(3):603–613.
24. Debas H.T., Donowitz M., Mulvihill S.J. **Textbook of Gastrointestinal Surgery**. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
25. World Health Organization. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)**. Geneva: WHO; 2019.

Muallif bilan bog‘lanish uchun e-mail	Author’s contact email	Email для связи с автором
777@gmail.com		