

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ДАВРАНОВ АЛИШЕР УКТАМОВИЧ

ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИНГ ТЕШИЛИШИДА
МИНИИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ БИЛАН
ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Самарқанд – 2026 йил

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor philosophy (PhD)

Давранов Алишер Уктамович

Гастродуоденал яраларнинг тешилишида миниинвазив технологияларни қўлланилиши билан жарроҳлик тактиканинг хусусиятлари 3

Давранов Алишер Уктамович

Особенности хирургической тактики при прободных гастродуоденальных язвах с использованием миниинвазивных технологий 25

Davranov Alisher Uktamovich

Peculiarities of surgical tactics in perforated gastroduodenal ulcers using minimally invasive technologies 47

Нашр этилган илмий ишлар руйхати

Список опубликованных работ
List of published works 53

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ДАВРАНОВ АЛИШЕР УКТАМОВИЧ

ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИНГ ТЕШИЛИШИДА
МИНИИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ БИЛАН
ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Самарқанд – 2026 йил

Тиббиёт фанлари буйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2024.2 PhD/Tib4685 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертациянинг уч тилдаги (узбек, рус, инглиз (резюме)) автореферати Илмий Кенгаш веб-саҳифаси (www.sammu.uz) ва «Ziyonet» (www.ziyonet.uz) ахборот-таълим порталида жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Курбаниязов Зафаржон Бабажанович
тиббиёт фанлари доктори (DSc), профессор

Расмий оппонентлар:

Хўжабаев Сафарбой Тухтабаевич
тиббиёт фанлари доктори (DSc), доцент

Атаджанов Шухрат Камилович
тиббиёт фанлари доктори (DSc), доцент

Етакчи ташкилот:

В.И. Разумовский номидаги Саратов давлат тиббиёт университети (Россия Федерацияси)

Диссертация ҳимояси Самарқанд давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражаларлар берувчи DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 рақамли Илмий Кенгашнинг 2026 йил “_____” _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Анкабай кўчаси, 6-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz

Диссертация билан Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№. _____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75;

Диссертация автореферати 2026 йил «_____» _____ да тарқатилди.

(2026 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмырина

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари буйича фалсафа
доктори (PhD), доцент

С.Э. Мамараджабов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон миқёсида гастродуоденал яралар ва уларнинг асоратлари соғлиқни сақлаш соҳасида муҳим муаммо ҳисобланади. «...Перфоратив гастродуоденал яралар ҳар йили катта соҳа олимлари томонидан ўрганилиб, уларнинг клиник оқибатлари ва замонавий кам инвазив усуллар орқали даволаш самарадорлиги таҳлил қилинади...»¹. Бу муаммо ўсиб бораётган аҳолининг соғлиғи ва ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатади, шунингдек, операциядан кейинги асоратлар ва касалхонада қолиш муддати орқали иқтисодий юкни ҳам оширади. Шу боис, бу соҳада илмий асосланган ва самарали хирургия усулларини ривожлантириш долзарб аҳамиятга эга.

Ўзбекистонда ҳам гастродуоденал яралар соғлиқни сақлашда долзарб муаммо сифатида намоён бўлмоқда. Мамлакатимизда перфоратив яраларни даволашда анъанавий очик операциялар кенг қўлланилади, лекин замонавий лапароскопик ва миниинвазив технологиялардан фойдаланиш ҳали чекланганлигича қолмоқда. Шунинг натижасида баъзи ҳудудларда операциядан кейинги асоратлар юқори бўлиб, беморларнинг реабилитация муддати узаймоқда. Шу боис, Ўзбекистонда перфоратив гастродуоденал яраларни кам инвазив усуллар билан даволаш усулларини тадқиқ қилиш ва амалиётга жорий этиш долзарб аҳамиятга эга.

Ҳозирги вақтда мамлакатимизда аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш борасида кенг қўламли ишлар амалга оширилмоқда. Ушбу йўналишда, хусусан, билиар панкреатит билан беморларда жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашда ижобий натижаларга эришилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, диагностика ва жарроҳлик тактикасини мақбуллаштириш орқали билиар панкреатит билан беморларда жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш, жарроҳлик даволаш усулларини такомиллаштириш устувор йўналишлардан бири бўлиб қолмоқда.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022-йил 16-июндаги «Аҳолига шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш тўғрисида»ги ПҚ-283-сон қарори билан тасдиқланган вазифалар ижросига маълум даражада хизмат қилмоқда. Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги 2021-йил 26-июлдаги ПҚ-5198-сон Фармони, Вазирлар Маҳкамасининг 30-сентябрдаги

¹ Королев М.П., Аванесян Р.Г., Федотов Л.Е., Федотов Б.Л., Антипова М.В., Хафизов Л.З. Возможности и место эндоскопии в улучшении результатов лечения гастродуоденальных кровотечений. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2023;182(1):93-97.

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

832-сон қарори; 2019-йил «Ўзбекистон Республикаси Давлат бюджети томонидан қопланадиган тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажмлари рўйхатини шакллантириш тартиби тўғрисидаги низомни тасдиқлаш ҳақида»ги қарори ҳамда ушбу соҳада қабул қилинган бошқа ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти хизмат қилган.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Бугунги кунда гастродуоденал яралар (ГЯ) ва уларнинг асоратлари масаласи тиббиётда муҳим ўрин тутди. Перфоратив гастродуоденал яралар оғир клиник кўринишда кечиши ва юқори хавfli асоратларни келтириб чиқариши билан боғлиқ. Шу боис, уларни даволашда замонавий хирургия усуллари, жумладан, лапароскопик ва миниинвазив технологиялардан фойдаланиш долзарб ҳисобланади (Ибрагимов, 2018; Каримова ва ҳамк., 2020).

Хорижий ва маҳаллий тадқиқотларда перфоратив яраларни даволашнинг анъанавий ва замонавий усуллари, шунингдек, турли реконструктив ва терапевтик методларнинг самарадорлиги ўрганилган. Кўплаб муаллифлар лапароскопик аралашувларнинг клиник натижаларини таҳлил қилган ва унинг анъанавий очиқ операцияларга нисбатан фойдаси ва хавфсизлигини кўрсатган (Smith et al., 2017; Zhang & Li, 2019; Назаров, 2021).

Шу билан бирга, маҳаллий амалиётда кам инвазив технологиялардан кенг фойдаланиш амалиёти нисбатан кам ривожланган. Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, клиник муаммолар ва баъзи тиббий муассасаларда ушбу технологияларни қўллаш тажрибаси чекланган, шу боис уларнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини таҳлил қилиш долзарб аҳамиятга эга (Турсунов ва ҳамк., 2019).

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университети наъмунавий дастурнинг «Шикастланишлар, жарроҳлик касалликлари ва ўсмаларнинг олдини олиш, диагностика қилиш ва даволаш бўйича замонавий технологияларни яратиш ва жорий этиш» (Давлат рўйхати №012400287) бўйича режалаштирилган тадқиқот ишлари доирасида амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади. Гастродуоденал яранинг тешилиши билан беморларни даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида миниинвазив технологиялардан устувор фойдаланиш асосида хирургик натижаларни яхшилаш.

Тадқиқотнинг вазифалари:

гастродуоденал яранинг тешилиши билан беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда лапароскопик ва видеоассистент комбинацияланган усуллар

асосида операция турини танлаш учун дифференциаллаштирилган мезонларни ишлаб чиқиш;

лапароскопик ва видеоассистент комбинацияланган жарроҳлик усуллари кўллаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни белгилаш ҳамда уларни кўллаш изчиллигининг алгоритмини аниқлаш;

гастроуденал ярани ёпишда лапароскопик, видеоассистент комбинацияланган минилапаротомик ва лапаротомик усулларнинг яқин натижаларини солиштириб баҳолаш;

гастроуденал яранинг тешилиши билан беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг узок муддатли натижаларини ўрганиш.

Тадқиқотнинг объекти. 2019–2023 йиллар мобайнида РШТЎИМ Навоий филиали хирургик бўлимларида стационар даволанган гастроуденал яраси бор 152 нафар бемор ташкил этди.

Тадқиқотнинг предмети. Гастроуденал яранинг тешилиши билан беморларни комплекс текширув ва жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини таҳлил қилиш ҳамда операция усулини танлашда ишлаб чиқилган мезонларга асосланган дифференциал ёндашувни баҳолаш.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсад ва вазифаларини амалга ошириш учун қуйидаги илмий усуллар қўлланилди: умумклиник, биокимёвий, нурли ва эндоскопик инструментал, шунингдек, статистик таҳлил усуллари.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

яранинг тешилиши билан кечувчи гастроуденал жараёнларда бажариладиган жарроҳлик усулини танлаш мезонлари илк бор ишлаб чиқилиб, улар яра атрофидаги инфилтратив-яралли шикастланиш кўламлари ва беморларнинг умумий ҳолати оғирлиги кўрсаткичларининг интеграл баҳосига асосланиши аниқланган;

лапароскопик ва видеоассистент комбинация қилинган жарроҳлик амалиётларини ўтказиш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар илк бор ишлаб чиқилди ҳамда лапароскопик усул учун прогностик жиҳатдан ноқулай ҳолатларда ярани мини кириш орқали видеоассистент ёпиш усулининг алтернатив имконияти клиник жиҳатдан исботланган;

илк бор клиник жиҳатдан, миниинвазив аралашувлар қўлланилиши лапаротомия орқали мажбурий радикал операция қилинган беморларга нисбатан операциядан кейинги асоратлар ва леталлик ҳолатларининг камайиши исботланган;

илк бор гастроуденал яранинг тешилишида миниинвазив усулларда жарроҳлик даволашдан кейин эрадикацион терапиянинг қўлланилиши узок муддатли кузатувларда ҳаёт сифати (SF-36 ва Visick шкалалари бўйича) кўрсаткичларини яхшилаши, *Helicobacter pylori* контаминацияси рецидивини камайтириши ҳамда касалликнинг барқарор ремиссиясини таъминлаши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

яранинг тешилиши билан боғлиқ гастроуденал яраларда жарроҳлик амалиёти усулини танлаш беморнинг умумий соматик ҳолати ва гастроуденал ҳудуддаги ўзгаришларнинг оғирлигини комплекс баҳолашга

асосланиши керак. Бу ерда қуйидаги муҳим мезонлар ҳисобга олинади: ASA шкаласи бўйича операцион-анестезиологик хавф, Мангейм перитонеал индекси бўйича эндоген интоксикация ва перитонит оғирлиги, яра чандикли деформациянинг даражаси, перфорацион тешик диаметри ва тешик атрофидаги инфилтратив-яравий ўзгаришларнинг кенглиги;

лапароскопик усулни қўллаш имконсиз бўлган ҳолларда мини-кесим орқали яранинг тешилиши тикиш операцияси танланади, бу эса миниинвазив аралашувларнинг афзалликларини сақлаб қолади;

утқир яранинг тешилишида энг маъқул амалий усул – турли оператив ёрдам методикаларидан фойдаланган ҳолда содда тикиш ҳисобланади. Бу усул билан яра тикилган беморларда асоратлар ва ўлим ҳолатлари сони ошқозон резекцияси ёки ваготомия қилинган беморларга нисбатан сезиларли даражада камроқ бўлади;

операциядан кейин ярага қарши терапия амалга оширилганда гастродуоденал яранинг тешилиши тикиш амалга оширилган беморларда ҳаёт сифати юқори даражада сақланади, эрадикатив терапия амалга оширилмаса рецидивлар кузатилиши мумкин.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги

Олинган натижаларнинг ишончлилиги клиник амалиётда кенг қўлланиладиган замонавий лаборатор, инструментал ва клиник тадқиқот усулларидан фойдаланиш билан тасдиқланган. Барча хулосалар ва топилмалар далилли тиббиёт тамойилларига асосланган. Статистик таҳлил натижаларнинг ишончли эканлигини тасдиқлади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти

Илмий жиҳатдан, ушбу тадқиқот натижалари тешилган ГЯ диагностикаси ва жарроҳлик даволаш хусусиятларини ўрганишга назарий ҳисса қўшади. Тешилган пилородуоденал яраларни эрта аниқлаш имконини берувчи диагностик алгоритм ишлаб чиқилди. Видеоассистент тикишни мини-кесим орқали амалга ошириш учун кўрсатма ва қарши кўрсатмалар белгиланди, шунингдек “Мини-ассистент” инструментлар тўплами ёрдамида амалий техника ишлаб чиқилди. Миниинвазив тикишдан сўнг эрадикацион даволаш олиб борилган беморларда узоқ муддатли натижалар, ҳаёт сифати ва рецидивлар частотаси ўрганилди.

Ишнинг амалий аҳамияти турли жарроҳлик аралашувлари ўрни ва аҳамиятини баҳолаш, шунингдек, мини-кесим орқали тикиш усулининг асосли қўлланилиши орқали аниқланган. Лапароскопик усулни қўллаш имкони бўлмаганда, мини-кесим орқали ушлаш амалий жиҳатдан самарали ҳисобланади. Операциядан кейин эрадикацион терапия қўлланилса, яра касаллигининг рецидивлари сезиларли даражада камайиб, беморнинг ҳаёт сифати яхшиланиши таъминланади. Солиштирма таҳлиллар шуни кўрсатдики, мини-кесим орқали тикиш ва эрадикацион терапиядан сўнг беморларда ҳаёт сифатининг кўрсаткичлари анъанавий тикиш ўтказилган беморларга нисбатан юқорирақ бўлади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Гастродуоденал яраларнинг тешилишида миниинвазив технологияларни қўлланилиши билан

жарроҳлик тактиканинг хусусиятлари бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида (Ўзбекистон Республикаси ССВ ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 15.08.2025 й. 23/03-сон хулосаси):

биринчи илмий янгилик: яранинг тешилиши билан кечувчи гастродуоденал жараёнларда бажариладиган жарроҳлик усулини танлаш мезонлари илк бор ишлаб чиқилиб, улар яра атрофидаги инфилтратив-яралли шикастланиш кўламлари ва беморларнинг умумий ҳолати оғирлиги кўрсаткичларининг интеграл баҳосига асосланиши аниқланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: “Ўзбекистон темир йўллари” АЖ Самарқанд бекати бирлашган касалхонаси (01.05.2025 й. 46-сон буйруғи) ва Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд вилояти филиали (02.05.2025 й. 130У-сон буйруқ) билан амалиёт фаолиятига жорий қилинган. Ижтимоий самарадорлиги: операциягача бўлган даврда яранинг тешилиши билан кечувчи гастродуоденал жараёнларда жарроҳлик усулини танлаш мезонларини қўллаш жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш самарадорлигини оширади ва шу орқали ушбу патологияда оптимал ёндашувни танлашга ёрдам беради. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, яра атрофидаги инфилтратив-яралли шикастланиш кўламлари бўйича беморлар куйидагича тақсимланди: кичик кўламли шикастланиш (1,0 см гача) – 46,8% ҳолларда, ўртача кўламли шикастланиш (1,0–2,0 см) – 34,5% ҳолларда ва катта кўламли шикастланиш (2,0 см дан катта) – 18,7% ҳолларда. Беморларнинг умумий ҳолати оғирлиги интеграл баҳоси (Маннхейм перитонит индекси, ASA шкала, Боей балл тизими) асосида жарроҳлик усулини танлаш мезонлари ишлаб чиқилди: Маннхейм перитонит индекси 21 баллгача бўлган беморларда (62,4%) миниинвазив усуллар қўлланилди, 21–29 балл оралиғида (26,8%) комбинациялашган усуллар танланди, 29 баллдан юқори бўлган беморларда (10,8%) анъанавий лапаротомия ўтказилди. Ишлаб чиқилган мезонлар асосида жарроҳлик тактикасини танлаш натижасида умумий асоратлар частотаси 28,6% дан 12,4% гача (2,3 баробар) камайтирилди. Иқтисодий самарадорлиги: яранинг тешилиши билан кечувчи гастродуоденал жараёнларда жарроҳлик усулини танлаш мезонларини қўллаш доирасида беморларнинг стационар шароитда даволаш муддати ўртача 12–14 кундан 7–9 кунгача қисқартирилди. Беморларнинг барча лаборатор-инструментал текширишларига жами 1148600 сўм сарфланади. Интеграл баҳолаш тизимини жорий этиш орқали нотўғри танланган жарроҳлик усули туфайли юзага келадиган такрорий аралашувлар сонини камайтириш ва стационарда ётиш муддатини қисқартириш ҳисобига 1 бемор ҳисобида 1 956 800 сўм тежалишига олиб келди. Иқтисодий кўрсаткич 2538400 сўмни ташкил этади. Хулоса: амалиётгача бўлган даврда яранинг тешилиши билан кечувчи гастродуоденал жараёнларда яра атрофидаги инфилтратив-яралли шикастланиш кўламлари (кичик – 46,8%, ўртача – 34,5%, катта – 18,7%) ва беморларнинг умумий ҳолати оғирлиги кўрсаткичларининг интеграл баҳоси (Маннхейм перитонит индекси, ASA шкала, Боей балл тизими) асосида жарроҳлик усулини танлаш мезонларини қўллаш оптимал жарроҳлик тактикасини танлашга ёрдам беради. Ишлаб чиқилган мезонлар асосида

умумий асоратлар частотаси 28,6% дан 12,4% гача (2,3 баробар) камайтирилди. Бу эса беморларнинг даволаниш натижаларини яхшилаш ва асоратлар частотасини сезиларли даражада камайтиришга хизмат қилади.

иккинчи илмий янгилик: лапароскопик ва видеоассистент комбинация қилинган жарроҳлик амалиётларини ўтказиш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар илк бор ишлаб чиқилди ҳамда лапароскопик усул учун прогностик жиҳатдан ноқулай ҳолатларда ярани миникириш орқали видеоассистент ёпиш усулининг альтернатив имконияти клиник жиҳатдан исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: “Ўзбекистон темир йўллари” АЖ Самарқанд бекати бирлашган касалхонаси (01.05.2025 й. 46-сон буйруғи) ва Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд вилояти филиали (02.05.2025 й. 130У-сон буйруқ). Ижтимоий самарадорлиги: клиника амалиётга лапароскопик ва видеоассистент комбинация қилинган жарроҳлик амалиётларини ўтказиш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар жорий этилди, яранинг тешилиши билан кечувчи гастродуоденал жараёнларда амалиёт алгоритми таклиф этилди. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, лапароскопик яра тикиш усули қўлланган беморларнинг 87,6% ида яхши ва қониқарли натижалар қайд этилди. Лапароскопик усул учун прогностик жиҳатдан ноқулай ҳолатларда (яра ҳажми 2,0 см дан катта, перитонит муддати 24 соатдан ортиқ, Маннхейм индекси 26 баллдан юқори) ярани миникириш орқали видеоассистент ёпиш усули қўлланилди ва 83,4% ҳолларда ижобий натижалар олинди. Видеоассистент усулга конверсия частотаси атиги 8,6% ни ташкил қилди. Анъанавий лапаротомияга конверсия частотаси эса 4,2% дан ошмади. Лапароскопик усул қўлланган беморларнинг операция вақти ўртача $48,6 \pm 7,2$ дақиқани, видеоассистент усулда эса $62,4 \pm 8,6$ дақиқани ташкил қилди, бу анъанавий лапаротомияга ($76,8 \pm 12,4$ дақиқа) нисбатан сезиларли даражада кам бўлди. Операциядан кейинги асоратлар частотаси лапароскопик гуруҳда 6,8%, видеоассистент гуруҳда 9,4% ва лапаротомия гуруҳида 24,6% ни ташкил қилди. Иқтисодий самарадорлиги: лапароскопик ва видеоассистент комбинация қилинган жарроҳлик амалиётларини қўллаш орқали беморларда стационарда қолиш муддатининг ўртача 12–14 кундан 6–8 кунгача қисқариши, дори-дармон сарфи камайиши ҳисобига 1 бемор ҳисобида 1 854 620 сўм тежалишига олиб келди. Миниинвазив амалиёт учун қўшимча асбоб-ускуналар сарфи ўртача 386 000 сўмни ташкил қилса-да, стационарда даволаниш муддатини камайтириш ва асоратларни даволаш харажатларининг пасайиши бу сарфларни тўлиқ қоплади. Шу асосда тиббий хизматга сарфланадиган маблағни тежаш билан асосланган. Хулоса: клиник амалиётга лапароскопик ва видеоассистент комбинация қилинган жарроҳлик амалиётларини ўтказиш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар жорий этилди ва яранинг тешилиши билан кечувчи гастродуоденал жараёнларда ҳаракат алгоритми таклиф қилинди. Лапароскопик усулда ижобий натижалар 87,6% ни, видеоассистент усулда 83,4% ни ташкил этди. Операциядан кейинги асоратлар частотаси лапароскопик гуруҳда 6,8%, видеоассистент гуруҳда 9,4% бўлиб, анъанавий лапаротомия гуруҳидаги 24,6% дан сезиларли даражада паст бўлди.

Лапароскопик усул учун прогностик жиҳатдан ноқулай ҳолатларда ярани миникириш орқали видеоассистен ёпиш усулининг альтернатив имконияти клиник жиҳатдан исботланди.

учинчи илмий янгилик: илк бор клиник жиҳатдан, миниинвазив аралашувлар қўлланилиши лапаротомия орқали мажбурий радикал операция қилинган беморларга нисбатан операциядан кейинги асоратлар ва леталлик ҳолатларининг камайишини исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: “Ўзбекистон темир йўллари” АЖ Самарқанд бекати бирлашган касалхонаси (01.05.2025 й. 46-сон буйруғи) ва Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд вилояти филиали (02.05.2025 й. 130У-сон буйрук). Ижтимоий самарадорлиги: миниинвазив аралашувлар (лапароскопик ва видеоассистен усуллар) қўлланилиши лапаротомия орқали мажбурий радикал операция қилинган беморларга нисбатан операциядан кейинги асоратлар ва леталлик ҳолатларининг сезиларли даражада камайишини таъминлади. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, миниинвазив усуллар қўлланган асосий гуруҳда (n=124) умумий операциядан кейинги асоратлар частотаси 8,9% ни ташкил қилди, анъанавий лапаротомия қилинган назорат гуруҳида (n=86) эса бу кўрсаткич 26,7% ни ташкил қилди ($p<0,05$). Йирингли-септик асоратлар миниинвазив гуруҳда 3,2% ҳолларда, лапаротомия гуруҳида эса 14,0% ҳолларда кузатилди (4,4 баробар фарқ). Жароҳат соҳасидаги асоратлар (суппурация, эвентация) миниинвазив гуруҳда 1,6% ни, лапаротомия гуруҳида эса 9,3% ни ташкил қилди. Операциядан кейинги леталлик миниинвазив гуруҳда 0,8% ни (1 бемор) ташкил қилди, лапаротомия гуруҳида эса 4,7% ни (4 бемор) ташкил қилди ($p<0,05$). Релапаротомия зарурияти миниинвазив гуруҳда 1,6% ҳолларда, лапаротомия гуруҳида эса 7,0% ҳолларда кузатилди. Беморларнинг эрта активлашиш муддати миниинвазив гуруҳда ўртача $1,2\pm 0,4$ сутка бўлиб, лапаротомия гуруҳидаги $3,8\pm 1,2$ суткага нисбатан 3,2 баробар тез бўлди. Иқтисодий самарадорлиги: миниинвазив аралашувларни қўллаш натижасида ўртача 1 беморга лапароскопик асбоб-ускуналар учун 314000 сўм қўшимча сарф қилинади. Бироқ стационарда даволаниш муддатининг ўртача $12,4\pm 2,6$ кундан $6,8\pm 1,4$ кунгача (45,2% га) қисқариши, асоратларни даволаш харажатларининг 3,0 баробар камайиши ва релапаротомия заруриятининг 4,4 баробар пасайиши ҳисобига 1 бемор ҳисобида 2 156 400 сўм тежалишига олиб келди. Беморларга юқоридаги тавсия қилинган миниинвазив жарроҳлик амалиётини ҳисобга олсак, йиллик иқтисодий кўрсаткич 6 842 600 сўмни ташкил этади. Хулоса: миниинвазив аралашувлар қўлланилиши лапаротомия орқали мажбурий радикал операция қилинган беморларга нисбатан операциядан кейинги асоратлар ва леталлик ҳолатларининг сезиларли даражада камайишини таъминлайди. Умумий асоратлар частотаси 26,7% дан 8,9% гача (3,0 баробар), йирингли-септик асоратлар 14,0% дан 3,2% гача (4,4 баробар), жароҳат соҳасидаги асоратлар 9,3% дан 1,6% гача (5,8 баробар) камайтирилди. Операциядан кейинги леталлик 4,7% дан 0,8% гача пасайди. Релапаротомия зарурияти 7,0% дан 1,6% гача камайди. Беморларнинг эрта активлашиш муддати 3,2 баробар тезлашди, стационарда ётиш муддати 45,2%

га қисқартирилди.

тўртинчи илмий янгилик: илк бор гастродуоденал яранинг тешилишида миниинвазив усулларда жарроҳлик даволашдан кейин эрадикацион терапиянинг қўлланилиши узок муддатли кузатувларда ҳаёт сифати (SF-36 ва Visick шкалалари бўйича) кўрсаткичларини яхшилаши, *Helicobacter pylori* контаминацияси рецидивини камайтириши ҳамда касалликнинг барқарор ремиссиясини таъминлаши исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: “Ўзбекистон темир йўллари” АЖ Самарқанд бекати бирлашган касалхонаси (01.05.2025 й. 46-сон буйруғи) ва Республика шошинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд вилояти филиали (02.05.2025 й. 130У-сон буйруқ). Ижтимоий самарадорлиги: операциядан кейинги узок муддатли кузатувлар (6–24 ой) натижалари таҳлили шуни кўрсатдики, энг яхши ҳаёт сифати кўрсаткичлари миниинвазив технологиялар асосида операция қилинган ва операциядан кейин эрадикация терапияси ўтказилган беморлар гуруҳида қайд этилди. Тадқиқот натижалари бўйича SF-36 сўровномаси асосида ҳаёт сифати баҳоланди: миниинвазив операция + эрадикация терапияси гуруҳи (I гуруҳ, n=68) да умумий ҳаёт сифати кўрсаткичи $82,4 \pm 4,6$ баллни, миниинвазив операция эрадикациясиз гуруҳи (II гуруҳ, n=56) да $71,8 \pm 5,2$ баллни ва лапаротомия + эрадикация терапияси гуруҳи (III гуруҳ, n=48) да $64,2 \pm 6,8$ баллни ташкил қилди ($p < 0,05$). Жисмоний фаолият кўрсаткичи I гуруҳда $84,6 \pm 4,2$ балл, II гуруҳда $72,4 \pm 5,8$ балл ва III гуруҳда $58,6 \pm 7,4$ балл бўлди. Оғриқ синдромининг интенсивлиги (VAS шкала бўйича) I гуруҳда $1,2 \pm 0,4$ балл, II гуруҳда $2,4 \pm 0,8$ балл ва III гуруҳда $3,8 \pm 1,2$ балл бўлди. *Helicobacter pylori* эрадикацияси самарадорлиги 92,6% ни ташкил қилди. Яра рецидиви частотаси I гуруҳда 2,9% ни (2 бемор), II гуруҳда 14,3% ни (8 бемор) ва III гуруҳда 8,3% ни (4 бемор) ташкил қилди. I гуруҳ беморларининг 94,1% и 12 ой ичида тўлиқ меҳнат қобилиятини тиклади, II гуруҳда бу кўрсаткич 78,6% ни ва III гуруҳда 62,5% ни ташкил қилди. Диспептик шикоятларнинг йўқолиши I гуруҳда 91,2% ҳолларда, II гуруҳда 67,9% ҳолларда ва III гуруҳда 58,3% ҳолларда кузатилди. Иқтисодий самарадорлиги: миниинвазив технологиялар асосида бажарилган операциялардан кейин эрадикация терапиясини ўтказиш орқали беморларнинг стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 3 867 800 сўм сарфланади. Бу сумманинг ичида оператив даво ва 1 кун реанимация бўлимидаги ўринкунлар 1 929 900 (431 300 + 1 498 600) сўмни ташкил қилади. Эрадикация терапияси курси (14 кунлик уч компонентли схема) учун 248 600 сўм сарфланади. Беморларнинг барча лаборатор-инструментал текширишларига жами 946 400 сўм сарфланади. Бироқ яра рецидиви частотасининг 14,3% дан 2,9% гача (4,9 баробар) камайиши ҳисобига такрорий стационар даволаниш ва қайта операция заруриятининг пасайиши натижасида 1 бемор ҳисобида узок муддатда 2 876 400 сўм тежалишига олиб келди. Беморларга юқоридаги тавсия қилинган комплекс даво тактикасини ҳисобга олсак, миниинвазив жарроҳлик амалиёти ва эрадикация терапияси орқали йиллик иқтисодий кўрсаткич 34 516 800 сўмни ташкил этади. Хулоса: амалиётдан кейинги узок муддатли натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, энг яхши ҳаёт сифати кўрсаткичлари

миниинвазив технологиялар асосида операция қилинган ва эрадикация терапияси ўтказилган беморлар гуруҳида кузатилган (SF-36 бўйича 82,4±4,6 балл). Жисмоний фаолият кўрсаткичи I гуруҳда 84,6±4,2 балл бўлиб, II гуруҳ (72,4±5,8) ва III гуруҳдан (58,6±7,4) сезиларли юқори бўлди. *Helicobacter pylori* эрадикацияси самарадорлиги 92,6% ни ташкил қилди. Яра рецидивининг частотаси миниинвазив + эрадикация гуруҳида атиги 2,9% ни ташкил қилиб, эрадикациясиз гуруҳдан (14,3%) 4,9 баробар ва лапаротомия гуруҳидан (8,3%) 2,9 баробар кам бўлди. Тўлиқ меҳнат қобилиятини тиклаш I гуруҳда 94,1% ни, диспептик шикоятларнинг йўқолиши 91,2% ни ташкил қилди. Миниинвазив операция ва эрадикация терапиясининг комбинацияси беморларнинг узок муддатли ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилади ва яра касаллиги рецидивининг олдини олишда энг самарали усул ҳисобланади.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Ушбу тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий конференцияда, шу жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика миқёсидаги анжуманларда муҳокама қилинди.

Тадқиқот натижаларини нашр этиш. Диссертация мавзуси бўйича жами 11 та илмий мақола чоп этилган, шулардан 6 таси журнал мақолалари бўлиб, уларнинг 5 таси республика миқёсидаги, 1 таси эса хорижий журналларда чоп этилган. Барча журналлар Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан диссертация ишлари натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган рўйхатга киритилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўртта боб, хулоса, умумий хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Матн ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмда ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва талабгорлиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари белгиланган, тадқиқот объекти ва предмети хусусиятлари кўрсатилган, тадқиқот натижалари республиканинг илмий ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқ эканлиги кўрсатилган, илмий янгиликлар ва тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилинганлиги, чоп этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар берилган.

Диссертациянинг **биринчи боби «Адабиётлар шархи»** —ГЯнинг тешилиши беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда мавжуд объектив кийинчиликларни кўрсатади. Яра касаллигининг турли шаклларида лапароскопик операциялар хилма-хиллигига қарамай, ҳозирда илмий адабиётларда режали ва шошилиш жарроҳликда муайян жарроҳлик усулини танлаш мезонлари аниқ белгилаб қўйилмаган. Шунингдек, бундай даволаш усуллари узок муддатли натижалари етарли даражада ўрганилмаган. Биз томонимиздан ўрганилган адабиёт манбаларда муаллифлар томонидан перфоратив яраларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг турли усуллари таклиф қилинган бўлса-да, миниинвазив аралашувларни қўллаш бўйича аниқ

кўрсатмалар бугунги кунгача ишлаб чиқилмаган. Қўлимиздаги манбаларда гастродуоденал яра перфорацияси муносабати билан ўтказилган операциядан сўнг беморларнинг натижалари жарроҳлик усулига қараб солиштирма таҳлил қилинмаган. Шунинг учун мазкур тадқиқот айнан шу масалаларни замонавий тиббий ускуналар ва диагностика усуллари асосида ечишга қаратилган.

Диссертациянинг **иккинчи бобида** — «Тадқиқот материаллари ва усуллари» — 2019–2023 йиллар давомида Навоий филиали РШТТЁМ перфоратив гастродуоденал яра билан операция қилинган 152 нафар беморнинг маълумотлари таҳлил қилинган. Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг ёши 18 ёшдан 67 ёшгача бўлиб, ўртача ёш $35,7 \pm 15,4$ ёшни ташкил этган. Улардан 137 нафари (90%) меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахслар бўлган. Жинс бўйича тақсимотда 25 нафар (16,5%) аёл ва 127 нафар (83,4%) эркак беморлар ташкил этган. Барча беморлар шошилинич ҳолатда шифохонага ётқизилган. Операция усулига қараб беморлар асосий ва назорат гуруҳларига ажратилган. Миниинвазив усуллар билан даволанган беморлар умумий 116 нафар бўлиб, улар шартли равишда асосий ва таккослаш гуруҳларга бўлинган.

Таккослаш гуруҳни 61 нафар (52,6%) бемор ташкил этган бўлиб, уларга лапароскопик тикиш амалга ошириш орқали перфоратив ГЯни ёпиш амалиёти қўлланилган. Бу гуруҳдаги айрим беморларда лапароскопик усулда даволаш босқичига ўтиш имкони бўлмаган. Сабаблар қуйидагилар бўлган: яра билан лапароскопик тикиш учун «қулай бўлмаган» локализацияси, тешикнинг 1 см дан катта бўлиши, яра атрофида зич периульцероз инфильтрат, операция зонасидаги битишма жараёнлари, ичак парезига хос симптомлар билан кечувчи кенг тарқалган перитонит.

Асосий гуруҳга кирган 55 нафар беморда мини-доступ орқали перфоратив гастродуоденал ярани тикиш амалга оширилган. Уларда лапароскопик усулда даволаш босқичига ўтишда қуйидаги қийинчиликлар кузатилган: 15 нафар (27,2%) беморда яра билан лапароскопик тикиш учун ноқулай жойлашганлиги — хусусан, кичик эгирлик яқин жойлашганлиги қайд этилган. 14 нафар (25,4%) беморда тешикнинг диаметри 8–10 мм дан ошган. 9 нафар (16,3%) беморда перфорация соҳасида зич инфильтрат ва тешикнинг 0,8 см дан катта бўлиши туфайли, чоклар чуқур қўйилиши талаб этилган, бундай ҳолатни лапароскопик усулда амалга ошириш имконсиз бўлган. 14 нафар (25,4%) беморда яра четларида яллиғланиш билан боғлиқ кучли инфильтрация аниқланган, лапароскопик тикиш пайтида чок йиртилиши кузатилган, бу эса тикувнинг герметиклигини таъминлаш имконини шубҳа остига қўйган ва натижада мини-кесимга ўтишга қарор қилинган. 3 нафар (5,4%) беморда диагностика лапароскопия пайтида пилородуоденал соҳага етиш имконини чекловчи кучли висцеропариетал уланишлар аниқланган ва бундай ҳолатларда ҳам яра мини-кесим орқали муваффақиятли тикилган.

Видеоассистентли мини-кесим орқали тикиш амалиётини қўллаш учун кўрсатмалар сифатида тарқалган перитонит ва паралитик ичак тутилиш белгилари мавжуд эмаслиги, перфорацион тешикнинг аъзонинг олд деворида жойлашганлиги, яра билан лапароскопик тикиш учун ноқулай локализацияда жойлашиши, операция зонасида ифодаланган битишма жараёни, ярали

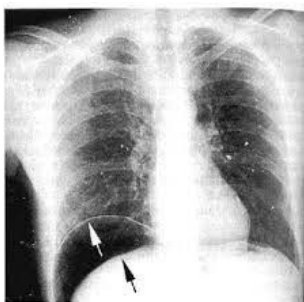
касалликнинг бошқа асоратларига оид анамнез, клиник, эндоскопик ва лапароскопик белгиларнинг мавжуд эмаслиги, шунингдек перфорация соҳасида онкологик жараён белгилари аниқланмаганлиги ҳисобланди.

Ушбу кузатув даврида ГЯ тешилиши билан 21 нафар беморга ошқозон резекцияси амалиёти ўтказилди. Асоратлар табиатига кўра, беморлар кўйидагича тақсимланди: тешилган яранинг ошқозон чиқиш қисми стенози билан биргаликда учраши 10 ҳолатни, тешилган ошқозон яраси ва ярадан қон кетиши 3 ҳолатни, ошқозоннинг орқа деворидаги яранинг ошқозон ости безига пенетрацияси 3 ҳолатни, ўн икки бармоқ ичак пиёзча қисми гигант яраси (диаметри 5 смдан ортик) 2 ҳолатни, ошқозон кичик эгрилигидаги яранинг малигнизация билан бирга кечиши 3 ҳолатни ташкил этди.

Перфоратив ГЯ ҳолатида 15 нафар беморга ваготомия ва пилоропластика амалиёти бажарилди. Ошқозонни дренажловчи операцияларга кўра, беморлар кўйидагича тақсимланган: селектив ваготомия ва Гейнеке-Микулич усулидаги пилоропластика 9 беморда, тана ваготомияси ва Финней усулидаги пилоропластика 4 беморда, тана ваготомияси ва Жабуле усулидаги пилородуоденал анастомоз 2 беморда амалга оширилган.

Перфоратив ГЯли беморларни текшириш усулига умумклиник, лаборатор, рентгенологик, ультратовуш ва эндоскопик методлар киритилган. Барча беморларга рентгенологик текширув ўтказилган. Қорин бўшлиғи аъзоларининг умумий рентгеноскопияси бемор горизонтал ҳолда бажарилган. Унинг натижаларига кўра, эркин газнинг мавжудлиги ёки мавжуд эмаслиги, шунингдек паралитик ичак тутилиши белгилари аниқланган. Эркин газ белгилари 98 беморда (84,5%) кузатилган (1 расм), шулардан 5 беморда (4,3%) паралитик ичак тутилиши белгиси аниқланган. 27 беморда (23,3%) эркин газ визуаллаштирилмаган, бундай ҳолларда текширувлар давом эттирилган.

Ультратовуш текшируви 86 нафар беморга (74,2%) қўлланилган. Бу перфоратив ГЯни қорин бўшлиғидаги бошқа шошилиш касалликлардан фарқлаш, экссудат тарқалишини баҳолаш ва паралитик ичак тутилиши белгиларини аниқлаш мақсадида ўтказилган. Бунда қорин бўшлиғининг барча бўлимларида кўп миқдорда экссудат, ичак ҳалқаларининг кенгайиши (2 диаметрдан ортик), маятниксимон ҳаракатлар, ичак деворларининг қалинлашиши каби белгилар аниқланган (2 расм).



1-расм. Рентгенологик текширув. Эркин газнинг мавжудлиги – гастродуоденал яранинг тешилиши белгилари



2-расм. УТТ. Қорин бўшлиғининг барча бўлимларида катта миқдорда суюқлик йиғилиши, ингичка ичак равоқларининг кенгайиши, маятниксимон ҳаракати, ингичка ичак деворларининг қалинлашиши

УТТ текшируви ALOKA-SSD- α 10 аппаратида амалга оширилган. Рентгенологик ва УТТ аниқланган паралитик ичак тутилиши белгилари мининвазив аралашувларга қарши кўрсатма ҳисобланган. Бу белгилар тарқалган перитонит борлигини ва перфоратив ГЯни видеоассистентли тикиш билан даволаш имкони йўқлигини кўрсатган. 113 беморда (97,4%) перитонит қайд этилган, уларга перфоратив гастродуоденал ярани тикиш амалиёти бажарилган. 67 беморда (57,7%) перитонит маҳаллий, 47 беморда (40,5%) диффуз, 9 беморда (7,7%) тарқалган кўринишда бўлган.

Эзофагогастродуоденоскопия 26 беморга (22,4%) PENTAX EG-2970K фирмаси аппарати ёрдамида ўтказилган. Усул яра жойлашуви, ўлчами, комбинацияланган асоратлар (ошқозон чиқиш қисмининг стенози, қон кетиши) мавжудлигини аниқлашга имкон берди. Яра нуқсонининг жойлашувига кўра, беморларнинг аксариятида ўн икки бармоқли ичак пиёзчасининг олдинги деворида перфоратив яра аниқланди - 23 нафар бемор (расм 3).

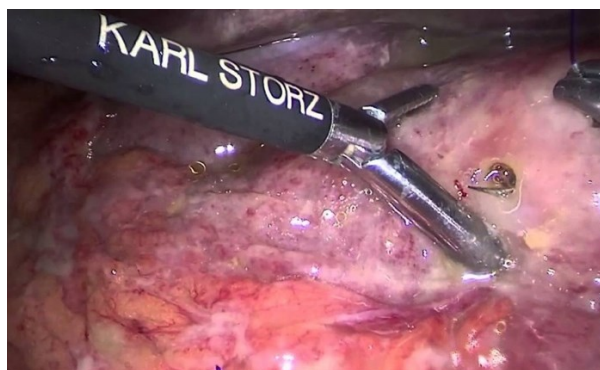
1 нафар беморда ўн икки бармоқли ичак пиёзчасининг орқа деворида қон кетиши давом этаётган "кўзгу" яраси ва унинг олд деворида тешилган яра аниқланди. 2 нафар беморда фиброгастродуоденоскопияда қон кетиши билан бирга перфоратив ошқозон яраси аниқланди. Перфоратсиянинг тўғридан-тўғри белгиларини аниқлаш имкони бўлмаган ҳолларда, ушбу патологиянинг билвосита белгилари аниқланди: - ҳаво инсуфлятсиясида оғриқнинг кескин кучайиши; - жигар тўмтоқлигининг йўқолиши; - пневмоперитонеумнинг пайдо бўлиши. Агар билвосита белгиларни аниқлаш имкони бўлмаса, қайта рентген текшируви ўтказилган. Қорин бўшлиғида эркин газ пайдо бўлганда ташхис тасдиқланган деб ҳисобланган.

24 (20,9%) беморда қайта рентгенологик текширувдан сўнг ташхис тасдиқланмаганда, аралашувнинг даволаш босқичига ўтиш имконияти билан диагностик видеолапароскопия ўтказилди.

Ушбу усул перфоратив гастродуоденал ярани узил-кесил аниқлаш ёки рад этиш имконини берди. Патология мавжуд бўлганда, яранинг жойлашуви, ўлчами, периулсероз инфильтратнинг ифодаланиши ва перитонитнинг тарқалиши аниқланди (4-расм).



3-расм. ЭГДС. 12-бармоқ пиёзча қисми олдинги деворида яранинг тешилиши



4-расм. Лапароскопия. 12-бармоқ ичак пиёзча қисми яранинг тешилиши.

Юқорида санаб ўтилганлар мини-кесма орқали перфоратив ГЯ тикиш имкониятини аниқлашга ёрдам берди. Биз ушбу муолажага хос бўлган бирорта ҳам асоратни қайд этмадик. Видеолапароскопиянинг ахборотлилиги анча юқори бўлиб, у аниқ ташхис қўйишга, баъзи ҳолларда эса қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик патологиясини инкор этишга имкон берди.

Лаборатор тадқиқотлар перфоратив ГЯ билан ёки унга шубҳа билан шифохонага ётқизилган барча беморларга ўтказилди. Яллиғланиш реакциясини баҳолаш мақсадида умумий ва биохимик қон таҳлиллари бажарилди. 112 нафар беморда (96,5%) лейкоцитлар сони ошгани қайд этилди.

Яранинг гистологик текшируви 33 нафар беморда (28,4%) ўтказилди. Улардан 15 нафар беморда (13,9%) биопсия ФГДС вақтида амалга оширилди, бу ҳолатларда ошқозон ярасининг малигнизацияланган перфорациясига шубҳа бор эди. 9 ҳолатда (7,7%) ошқозон аденокарциномаси аниқланган, шундан сўнг субтотал резекция амалга оширилган. 6 ҳолатда (5,1%) гистологик равишда ошқозоннинг сурункали яраси тасдиқланган, бундан сўнг Бильрот-II усули бўйича ошқозон резекцияси ўтказилган.

19 нафар беморда (16,4%) перфоратив ярани интраоперацион биопсия қилиш орқали жарроҳлик аралашув ҳажмини аниқлашга қаратилган. 15 ҳолатда (12,9%) микроскопик таҳлилда ўн икки бармоқ ичакдаги ўткир яра белгиси аниқланган. Ушбу беморларга яранинг тикилиши ва эрадикацион терапия ўтказилган. 5 беморда (4,3%) гистологик таҳлилда сурункали яранинг манзараси қайд этилган (биопсия материалида тўқималарда детрит, парчаланган лейкоцитлар ва гистио-лейкоцитар инфильтрация аниқланган), бу беморларга ярани кесиб олиб ташлаш ва пилоропластика амалиёти бажарилган.

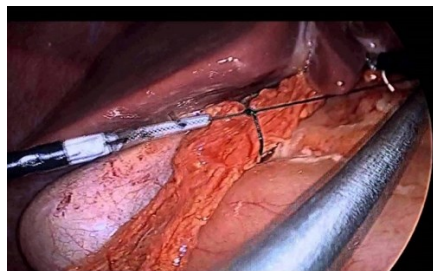
61 нафар беморда перфоратив гастродуоденал ярани лапароскопик тикиш амалга оширилди. Лапароскоп параумбиликал нуқтада, сўнгра киндик даражасида ўнг ва чап ўрта ўмров чизиқлари бўйлаб иккита манипуляцион троакар киритилди. Қўшимча 4-троакар ханжарсимон ўсимта остида жойлашган бўлиб, у ретрактор ёки аспиратор-ирригатор найчасини киритиш учун хизмат қилган. Игна ушлагич шундай ўрнатилдики, унинг жойлашуви ўн икки бармоқли ичак ёки ошқозоннинг бўйлама ўқи бўйлаб игна санчишни осонлаштиради. Шунинг учун танланган нуқта мезогастрал соҳанинг ҳам ўнг, ҳам чап ярмида бўлиши мумкин. Чок учун яра четидан 6-8 мм масофада санчиш ва суғуриб олиш имконини берувчи игна ишлатилди. Нуқсон П-симон, 8-симон ёки алоҳида тугунли чоклар билан тикилди (5-расм). Чокнинг герметиклиги зонд орқали ошқозонни ҳаво билан шишириш орқали текширилди. Чоклар устидан катта чарви толаси маҳкамланди (6-расм). Операция қорин бўшлиғини синчковлик билан санация қилиш ва ўнг томондаги жигар ости бўшлиғига, шунингдек, зарурат бўлганда қорин бўшлиғининг қия жойларига дренажлар ўрнатиш билан якунланди.

Перфоратив ярани видеоассистентлик ёрдамида тикишда 55 нафар беморда биринчи босқич сифатида эндовидеолапароскопия бажарилди. Бундай босим диагностик лапароскопия ва қорин бўшлиғини адекват санация қилиш имконини бергани учун бутун операция давомида интраабдоминал

босим 10–12 мм сим. уст. даражасида сақлаб турилди. Троакарларни киритиш учун куйидаги нуқталардан фойдаланилди: лапароскоп учун (10 мм.ли троакар) киндик ҳалқасидан 1,0–2,5 см юқоридан; ўнг мезогастрал соҳада ўрта ўмров чизиғи бўйлаб қовурға ёйи четидан 3,0–5,0 см пастдан (аспирацион-ирригацион тизим учун) ва чап мезогастрал соҳада ўрта ўмров чизиғи бўйлаб (аспирацион-ирригацион тизим учун).



5-расм.
Лапароскопик усулда
дефектни алоҳида
тугунли чоклар билан
тикиш



6-расм. Катта чарви
тўқимаси фиксацияси



7-расм. «Мини-
Ассистент»
инструментлари
тўплами

Тешилган ярани минилапаротом усулда тикиш тўғрисида қарор қабул қилингандан сўнг, қорин бўшлиғи синчиклаб санація қилинди. Фибрин қопламалари, имкон қадар, ҳар 5 мм ораликда қисқич киритиш орқали олиб ташланди. Дренажларни ўрнатиш учун троакар кириш йўлларида фойдаланилди. Ўнг қовурға ости ва зарурат туғилганда кичик чанок дренажланди. Операциянинг лапароскопик босқичини бажаргандан сўнг, асбоблар олиб ташланди, пневмоперитонеум олиб ташланди. Перфоратив яра проекциясида қийшиқ "мини-кириш" қовурға равоғидан 1-3 см пастда, ўрта чизикдан тахминан 5 см ўнгга чекиниш билан ёки ўнг қовурға равоғидан 2-4 см пастда ва ўрта чизикдан 5 см ўнгга чекиниш билан 3-6 см узунликдаги вертикал трансректал кесим амалга оширилди ва "мини-ассистент" асбоблар тўплами ўрнатилди (7-расм). Перфоратив тешиқни тикиш атравматик игнада бир қаторли тугунли чоклар билан амалга оширилди ва ошқозон пилорик қисмининг стенозини олдини олиш мақсадида, тикиш ошқозоннинг перпендикуляр ўқи бўйлаб амалга оширилди.

Диссертациянинг **учинчи боби «Перфорация билан асоратланган гастродуоденал яраларнинг жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари»** деб номланган. Перфоратив гастродуоденал ярани лапароскопик тикиш операциясининг давомийлиги 40 дақиқадан 150 дақиқагача бўлиб, ўртача давомийлик $62,8 \pm 3,9$ дақиқани ташкил этган.

Операциядан кейинги биринчи суткадаги оғриқ синдроми Wong-Baker шкаласи бўйича баҳоланганда, суткалик баллар йиғиндиси 2 дан 7 гача бўлган, ўртача $4,3 \pm 0,5$ баллни ташкил этган. Назорат гуруҳи беморларининг стационарда ётиш муддати 3 кундан 12 кунгача бўлиб, ўртача $7,5 \pm 0,3$ кунни ташкил этган. Видеоассистентли мини-кесим орқали операцияни ўтказиш давомийлиги, усулни ўзлаштириш босқичларида 70–110 дақиқани ташкил этган, тажриба ортган сари операция вақти 40–60 дақиқагача қисқарган. Мини-

кесим орқали перфоратив гастродуоденал яранинг комбинацияланган тикилиши операциясининг ўртача давомийлиги $45,4 \pm 3,2$ дақиқани ташкил этган.

Wong-Baker шкаласи бўйича оғриқ синдроми баҳоланганда, мини-кесим орқали перфоратив гастродуоденал яра тикилган беморларда суткалик баллар йиғиндиси 3 дан 8 гача бўлиб, ўртача $6,3 \pm 0,7$ баллга тенг бўлган. Мини-кесим орқали тикиш амалга оширилган беморларда, операциядан кейин тана ҳароратининг нормаллашуви 1 кундан 8 кунгача ўзгариб турган, ўртача $3,9 \pm 0,6$ суткада нормаллашган. 8 нафар (14,5%) беморда, мини-кесим орқали перфоратив гастродуоденал яра тикилганидан кейин ичак парези ривожланган, у ўртача 2 сутка давом этган. Бу гуруҳдаги беморларда назогастрал зонд орқали кўп миқдордаги суюқлик ажралиши кузатилган. Парез белгилари одатда 3-кунда йўқолган. Қолган беморларда перистальтика операциядан кейинги 6–12 соат ичида тикланган. Жами 116 нафар беморда миниинвазив усулда перфоратив гастродуоденал яра тикилгач, яқин операциядан кейинги даврда 12 та ҳолатда (10,3%) асоратлар ривожланган. Қорин бўшлиғида абсцесс ривожланиши 2 ҳолатда (1,7%) кузатилган. Барча ҳолатларда абсцесс УТТ назорати остида пункция ва дренаж қилиш орқали бартараф этилган. Тикилган яранинг нобарқарорлиги 5 (4,3%) ҳолатда қайд этилган, шулардан 3 (2,6%) ҳолатда мини-кесим орқали, 2 (1,7%) ҳолатда лапароскопик тикишдан кейин рўй берган. Асосий гуруҳ беморларига Бильрот-II усулида ошқозон резекцияси билан релапаротомия ўтказилган. Назорат гуруҳидаги беморларга Джабуле усулида пилоропластика билан яранинг кесиб олиниши ва релапаротомия амалга оширилган (1-жадвал).

1-жадвал

Перфоратив гастродуоденал ярани тикиш турига қараб жарроҳликдан кейинги асоратлар

Асорат тури	Лапароскопик усулда ПГДЯ тикиш	Мини-кесим орқали ПГДЯ тикиш
Қорин бўшлиғида абсцесс	-	2 (1,7%)
Тикиш нуқсони	2 (1,7%)	3 (2,6%)
Яранинг яллиғланиши	-	1 (0,8%)
Эвентрация	-	2 (1,7%)
Эрта ичак битишмали тугилиши	-	2 (1,7%)
Жами	2 (1,7%)	10 (8,6%)

36 беморга кўрсатмалар бўйича радикал операциялар бажарилган. Жами 21 беморда ошқозон резекцияси амалга оширилган. Ошқозоннинг 2/3 қисмини Бильрот-I усулида резекция қилиш 3 нафар беморга амалга оширилди. Ушбу резекция турининг кам қўлланилиши, пилородуоденал ўтиш соҳасида кучли яллиғланиш инфильтрациясининг мавжудлиги билан изоҳланади, бундай ҳолатда техник жиҳатдан бу операцияни бажариш қийин бўлади. Бильрот-II усулида ошқозон резекцияси 18 нафар беморда бажарилган.

Энг кўп асоратлар Бильрот-II усулидаги резекциядан кейин кузатилган — 4 беморда (19,1%). Умуман олганда, ошқозон резекциясидан кейин 5 беморда (23,8%) асоратлар ривожланган.

Гастроэнтероанастомознинг нобарқарорлиги 1 беморда қайд этилган, бу ҳолат Бильрот-II усулидаги ошқозон резекциясидан сўнг кузатилган. Бунда беморда ўн икки бармоқ ичак пиёзча кисмининг гигант тешилган яраси ва тарқалган фибриноз-йирингли перитонит мавжуд бўлган.

Перфоратив яра билан ўтказилган радикал операцияларнинг яқин натижалари 5 ҳолатда (23,8%) эрта асоратлар билан характерланган. Асосий асоратлар сони Бильрот-II усулида ошқозон резекцияси қилинган беморлар гуруҳида кузатилган (2-жадвал).

2-жадвал

Резекция турига қараб операциядан кейинги асоратлар (n=21)

Асорат тури	Бильрот-I буйича ошқозон резекцияси	Бильрот-II буйича ошқозон резекцияси
Қорин бўшлиғи абсцесси	-	1 (4,7%)
Анастомоз етишмовчилиги	-	1 (4,7%)
Яранинг йиринглаши	-	1 (4,7%)
Ўткир панкреатит	1 (4,7%)	1 (4,7%)
Жами	1 (4,7%)	4 (19,1%)

Перфоратив гастродуоденал яраси бор ва турли хил пилоропластика усуллари билан органи сақловчи операция ўтказилган беморлар (n=15) даволаш натижаларини таҳлил қилар эканмиз, шундай хулосага келдикки, даволаш самарасига беморларнинг ёши, касаллик бошланган пайтдан операциягача бўлган вақт, ҳамроҳ патологиянинг ифодаланганлиги, перитонитнинг даражаси ва тарқалиш кўлами, шунингдек яравий анамнезнинг давомийлиги таъсир қилган. Операция қилинган беморлардан жами 3 (20%) беморда асоратлар ривожланган. Қорин бўшлиғида абсцесс 1 беморда кузатилган. Чокларнинг ушламаслиги 1 беморда, Джабуле усули бўйича пилоропластикадан сўнг аниқланган, бу ҳолат операциядан кейинги кунда навбатдаги текширувида қайд этилган. Беморга фавқулодда кўрсатмалар бўйича Бильрот-II усулида ошқозон резекцияси амалга оширилган

Тўртинчи боб «Перфорация билан асоратланган гастродуоденал ярали беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини солиштирма таҳлили ва баҳолаши»га бағишланган. Биз перфоратив гастродуоденал ярани тикиш операциясини ўтказган беморларнинг кечки натижаларини 1 йилдан 5 йилгача бўлган муддатда солиштириб таҳлил қилдик. Умумий 84 нафар бемор (72,4%) узоқ муддатли кузатувга олинди. Видеоассистентли мини-кесим орқали комбинацияланган тикиш ўтказилган беморлар сони 40 нафар (72,7%), лапароскопик тикиш ўтказилганлар 44 нафар (72,1%)ни ташкил этди.

Эрадикацион ярага қарши терапия 59 нафар (50,8%) беморга ўтказилган бўлиб, улардан 23 нафарга видеоассистент комбинацияланган тикиш, 26 нафарга эса лапароскопик тикиш амалга оширилган. Эрадикацион терапияда уч компонентли схема 30 беморга, икки компонентли схема эса 29 беморга қўлланган. Текширилган беморларнинг 75% да *Helicobacter pylori* билан юқори даражада контаминация аниқланган. Яра касаллиги рецидив кузатилган гуруҳдаги беморларда операциядан кейинги давр оғир кечган,

яралар консерватив даволашга кам натижага берган, 3 беморнинг анамнезида гастродуоденал қон кетиш эпизодлари қайд этилган. Барча беморларда кузатув даври мобайнида профилактик ярага қарши терапия олиб борилган, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак шиллиқ қаватидаги *Helicobacter pylori* контаминацияси назорат қилинган.

Операциядан кейинги биринчи йилда ҳар иккала гуруҳдаги беморларнинг 32,9% да контаминация рецидиви аниқланган, бу ҳолат такрорий комбинацияланган терапия ўтказишни талаб этган. Операциядан сўнг уч йил ўтгач, контаминация рецидиви 4,8% беморда, беш йилдан сўнг эса 7,4% беморда кузатилган.

Беморлар ҳаёти сифати баҳоланишида MOS SF-36 сўровномаси ва Visick шкаласидан фойдаланилди. SF-36 шкаласининг кўрсаткичлари таҳлил қилинганда, перфоратив гастродуоденал ярани комбинацияланган тикиш амалиёти ўтказилган беморларда жисмоний соғлиқ компоненти кўрсаткичлари лапароскопик тикиш ўтказилган беморларга нисбатан бироз паст бўлгани аниқланган, бу фарқ статистик жиҳатдан ишончли ҳисобланган. Жисмоний фаолият (PF) $t=7,0$, $p<0,05$; жисмоний муаммолар ролли (RP) $t=5,2$, $p<0,05$; умумий соғлиқ ҳолати (GH) $t=5,8$, $p<0,05$. Психологик соғлиқ ҳолатини таҳлил қилиш жараёнида биз томонимиздан статистик жиҳатдан ишончли натижалар асосида аниқландики, перфоратив гастродуоденал ярани лапароскопик тикишдан сўнгги беморларда ушбу соғлиқ компонентининг кўрсаткичлари комбинацияланган тикиш амалиёти ўтказилган беморларга нисбатан юқори бўлган. Бу ҳолат қуйидаги кўрсаткичларда ўз аксини топди: фаоллик (VT) $t=2,8$, $p<0,05$; ижтимоий фаолият (SF) $t=3,5$, $p<0,05$; эмоционал муаммолар таъсири (RE) $t=5,0$, $p<0,05$; психологик соғлиқ (MH) $t=3,0$, $p<0,05$.

Физик соғлиқ компоненти (PH) ва психик соғлиқ компоненти (MH) кўрсаткичлари, перфоратив гастродуоденал яра мини-кесим орқали тикилган беморларга нисбатан ёки бироз юқори, ёки деярли бир хил даражада эканлиги аниқланди.

Visick шкаласи бўйича узоқ муддатли натижалар баҳоланганда қуйидаги маълумотлар олинди (3-жадвал).

3-жадвал

Асосий гуруҳда Visick классификацияси бўйича узоқ муддатли натижалар таркиби

Натижа	Асосий гуруҳ (abc)	Асосий гуруҳ (%)	Таккослаш гуруҳи (abc)	Таккослаш гуруҳи (%)
Аъло натижа	34	85	39	88,6
Яхши натижа	3	7,5	2	4,5
Қониқарли натижа	2	5	1	2,3
Қониқарсиз натижа	1	2,5	2	4,5
Жами	40	100	44	100

Қониқарсиз натижа қайд этилган 3 нафар бемордан 1 нафарда перфоратив гастродуоденал яранинг такрорий тешилиши ривожланган ва бу радикал қайта жарроҳлик аралашувини талаб этган. 1 беморда яра касаллигининг кучайиши билан қон кетиш клиник манзараси кузатилган, мукамал ярага қарши

даволашдан сўнг операция талаб қилинмаган. Яна 1 беморда ошқозон чиқиш қисми стенозининг компенсацияланган турли даражалари билан кечувчи клиник манзара қайд этилган. Яра касаллигининг рецидиви қайд этилган 11 нафар (9,4%) бемордан 4 нафарда рецидив операциядан кейинги биринчи йил ичида, 3 нафарда — 3 йилдан кейин, ва 4 нафарда — 5 йилдан кейин кузатилган. Радикал операциялардан кейинги узоқ муддатли натижалар 28 нафар (77,7%) беморда кузатилди. Улардан 17 нафарда ошқозон резекцияси, 11 нафарда эса ваготомия ва ошқозон дренажловчи операциялар амалга оширилган. Ваготомия ва дренажловчи операция ўтказилган беморларнинг даволаш натижалари таҳлил қилинганда, Visick I (юкори) натижа 5 нафар (45,4%) беморда қайд этилган. Улар ҳеч қандай шикоят билдирмаган, фаол ҳаёт тарзида бўлиб, парҳез ёки махсус режимга риоя этмаганлар. Visick II (яхши) натижалар 3 нафар (27,3%) беморда кузатилган. Улар амалда шикоят қилмаган, меҳнат қобилияти сақланган, баъзан енгил постваготомик бузилишлар билан стационарда кузатилган. 1 нафар (9,1%) беморда Visick III (қоникарли) натижа қайд этилган. Бундай беморларда постваготомик бузилишлар кузатилган, аммо дори-дармон билан улар самарали бартараф этилган. Бу гуруҳдаги беморлар йилига кўп ҳолатда битта рецидивга учраган. Visick IV (қоникарсиз) натижа 2 нафар (18,2%) беморда қайд этилган. Улар доимий ёки тез-тез рецидив қилувчи яра касаллиги, давомли даволанмайдиган яралар ва турли даражадаги диарея билан кечган.

Ваготомия ва дренажловчи операциядан сўнг 3 йил ўтиб 8 нафар беморда суткалик рН-метрия амалга оширилган. Шикоят қилмаган 5 беморда ўртача рН 1,4 бўлган, яра рецидиви қайд этилган 3 беморда эса рН 1,03 ни ташкил этган. Бу суткалик рН-метрия гиперацид ҳолат сақланишини кўрсатган.

Бильрот усулларида бири бўйича бажарилган ошқозон резекцияларидан кейин Visick I ва II натижалар мос равишда 6 нафар (35,3%) ва 4 нафар (23,5%) беморда кузатилган. Visick III натижа 5 беморда (29,4%) қайд этилган. Улардан 1 нафарда демпинг-синдром ўртача оғирликда бўлиб, консерватив терапияга қийин жавоб берган. Яна бир беморда анастомоз соҳасида тез-тез пептик яралар ривожланган, улар консерватив даволашдан сўнг соғайган. Visick IV натижа 3 нафар (17,6%) беморда қайд этилган, уларда анастомоз ярасидаги қон кетиш сабабли Ру усулида қайта резекция амалга оширилган.

Паллиатив ва радикал операциялардан кейинги узоқ муддатли натижаларни солиштириш шунга олиб келдики, оддий тикиш ва кейинги консерватив терапия билан даволанган беморларда 9,9% ҳолатда рецидив кузатилган, 5,3% ҳолатда эса қайта жарроҳлик аралашувига эҳтиёж бўлган. Ваготомия ва дренажловчи операциядан сўнг постваготомик бузилишлар 17,3% ҳолатда аниқланган.

Видеоассистентли комбинацияланган тикиш ўтказилган беморлар гуруҳида ФГДС назоратида ўн икки бармоқ ичак яраси рецидиви 5 нафарда (6,4%) аниқланган. Ушбу беморлар жарроҳликдан кейин 1–3 ҳафта ичида меҳнатга қайтишган, ҳеч қандай шикоят билдирмаган. Лапароскопик тикиш ўтказилган беморлар орасида 6 нафарда (10,9%) яра касаллигининг рецииви қайд этилган.

Ҳаёт сифати кўрсаткичлари асосий ва назорат гуруҳларида деярли бир хил бўлган. Физик соғлиқ кўрсаткичи ҳар икки гуруҳда 81,2% ни ташкил этган. Психологик соғлиқ кўрсаткичи асосий гуруҳда 78,4%, назорат гуруҳда 78,8% ни ташкил этган.

Visick шкаласи бўйича узоқ муддатли натижаларни солиштириш шуни кўрсатдики, перфоратив гастродуоденал яра видеоассистент комбинацияланган тикиш билан даволанган беморларнинг 85% да юкори, 7,5% да яхши, 2 ҳолатда коникарли ва 1 ҳолатда қониқарсиз натижа қайд этилган. Лапароскопик тикиш ўтказилган беморлар гуруҳида ҳам юкори натижа устунлик қилган — 88,6%, яхши натижа 4,5%, қониқарли натижа 1 ҳолатда, қониқарсиз натижа эса 4,5% ҳолатда аниқланган. Бу қониқарсиз натижа қайд этилган беморларга ёки яра касаллигининг асорати сабабли қайта операция қилинган, ёки уларда кечки асоратлар консерватив йўл билан даволанган.

Бизнинг хулосамизга кўра, перфоратив гастродуоденал ярани комбинацияланган тикишдан кейин ўтказилган ярага қарши даволаш барқарор ремиссияга эришиш ва бемор ҳаёти сифатини яхшилаш имконини беради.

Перфоратив гастродуоденал ярани видеоассистентли комбинацияланган усулда тикишнинг асосий афзалликларидан бири — беморларни эрта фаоллаштириш имконияти бўлди. Беморлар операциядан кейинги биринчи сутка охиридаёқ ўрнидан туришни бошлаб, фаол ҳаракатлана бошлашган. Чоклар 6–7-кунлар оралиғида олиб ташланган.

Қатор объектив сабабларга кўра, перфоратив гастродуоденал ярани лапароскопик тикиш ҳар доим ҳам амалга ошириш имконига эга эмас. Бундай ҳолатларда муолажанинг асосли альтернатив усули — «Мини-Ассистент» инструментлар тўплами ёрдамида мини-кесим орқали тикиш ҳисобланади. Бу ҳолда миниинвазив усулнинг афзалликлари сақланиб қолади. Агар беморда перфоратив гастродуоденал яра туфайли тарқалган перитонит кузатилса, бундай вазиятда асосланган жарроҳлик аралашуви — лапаротомия орқали ярани тикиш ва қорин бўшлиғини санация қилишдан иборат бўлади. Зарур ҳолатда, Эбботт-Миллер зонди орқали ичакнинг назоинтестинал интубацияси амалга оширилади.

Олинган натижаларга асосланиб, шуни қайд этиш мумкинки, ҳар икки беморлар гуруҳи репрезентатив ҳисобланади ва операция давомийлиги бўйича бир-биридан сезиларли фарқ қилмайди. Беморларда операциядан кейинги оғриқ синдроми анча енгил кечган, бу уларга берилган наркотик анальгетиклар миқдоридан ҳам кўриниб туради. Тўшақда ётиш режими ва стационарда ётиш давомийлиги асосий ва таккослаш гуруҳларида деярли бир хил бўлган.

Мини-кесим орқали перфоратив гастродуоденал ярани тикиш усулидан фойдаланиш бизга лапароскопик тикишга уриниш пайтида кўплаб конверсиялардан қочиш имконини берди. Шу туфайли стационарда ётиш муддати, операция давомийлиги қисқарди ва ушбу тоифадаги беморларни даволашнинг узоқ муддатли натижалари яхшиланди.

ХУЛОСАЛАР

“Гастродуоденал яраларнинг тешилишида миниинвазив технологияларни қўлланилиши билан жарроҳлик тактиканинг хусусиятлари” мавзусидаги диссертация ишини бажаришда олинган натижалар асосида қуйидаги хулосалар тақдим этилди.

1. Тешилган гастродуоденал ярани жарроҳлик йўли билан даволаш усулини танлаш бемор ҳолатининг оғирлигига интеграл баҳо беришга асосланади. Бу баҳо перфорацион тешик ҳажми ва атрофдаги яллиғланиш ўзгаришлари даражасини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади. Қабул қилинган ташхис-даволаш алгоритми лапароскопик аралашувлар вақтида конверсияларнинг олдини олиш имконини берди.

2. Перфоратив гастродуоденал ярани лапароскопик тикиш 52,6% беморга бажарилган бўлиб, бунда перфорацион тешик диаметри 1 смдан кичик, тешик атрофидаги инфилтратив-яра шикастланиш 0,5 смдан кам бўлган. Видеоассистент комбинацияланган операциялар эса, лапаротомиянинг кенг қўламда бажарилиши ўрнига, перфорация диаметри катта (>10 мм), тешик атрофида ифодали инфилтратив ўзгаришлар (чоклар йиртилиши), ноқулай жойлашув (ошқозон орқа девори, паст жойлашган дуоденал яра) ва асоратлар бир вақтда мавжуд бўлган ҳолларда (перфорация ва қон кетиши ёки стеноз) муқобил усул сифатида қўлланилган.

3. Беморларни тўғри саралаб олиш шарти билан миниинвазив аралашувлардан фойдаланиш, операциядан кейинги асоратлар сонини 22,2% дан 10,3% гача камайтириш, операциядан кейинги стационарда ётиш муддатини $13,4 \pm 1,0$ кундан $6,7 \pm 1,2$ кунгача қисқартириш ва беморларнинг тикланишини яхшилаш имконини беради.

4. Миниинвазив технологиялардан фойдаланган ҳолда перфоратив гастродуоденал ярани тикиш, замонавий операциядан кейинги ярага карши терапияси билан бирга қўлланилганда, 91,6% ҳолатда яхши клиник натижалар ва яра касаллигининг рецидивсиз кечишини таъминлайди. Перфоратив гастродуоденал ярани лапароскопик ёки видеоассистентли комбинацияланган усулда тикиш ўтказилган беморларда Visick шкаласига кўра, юкори (88,6% ва 85%) ва яхши (4,5% ва 7,5%) натижалар устунлик қилади. Бу эса лапароскопик аралашувни амалга ошириш имкони бўлмаган ҳолларда, мини-кесим орқали тикиш усулининг афзаллигини исботлайди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ДАВРАНОВ АЛИШЕР УКТАМОВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРОБОДНЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарканд – 2026

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан под № B2024.2PhD/Tib4685.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.sammu.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель: **Курбаниязов Зафаржон Бабажанович**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич**
тиббиёт фанлари доктори (DSc), доцент

Атаджанов Шухрат Камилович
тиббиёт фанлари доктори (DSc), доцент

Ведущая организация: **Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского (Российская Федерация).**

Защита состоится «___» _____ 2026 г. в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Анкабай 6. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № _____). Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2026 года.

(реестр протокола рассылки № ___ от _____ 2026 года).

Н.Н. Абдуллаева

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

К.В. Шмырина

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам, доцент

С.Э. Мамараджабов

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В мировом масштабе гастродуоденальные язвы и их осложнения остаются значимой проблемой здравоохранения. «...Перфоративные гастродуоденальные язвы ежегодно изучаются ведущими специалистами в данной области, при этом анализируются их клинические исходы и эффективность лечения с применением современных малоинвазивных методов...»¹. Данная патология оказывает негативное влияние на состояние здоровья и качество жизни населения, а также увеличивает экономическую нагрузку за счёт послеоперационных осложнений и удлинения сроков пребывания пациентов в стационаре. В связи с этим развитие научно обоснованных и эффективных хирургических методов лечения в данной сфере приобретает особую актуальность.

В Узбекистане гастродуоденальные язвы также представляют собой актуальную проблему системы здравоохранения. В практике лечения перфоративных язв в нашей стране по-прежнему широко применяются традиционные открытые хирургические вмешательства, тогда как использование современных лапароскопических и малоинвазивных технологий остаётся ограниченным. В результате в ряде регионов сохраняется высокий уровень послеоперационных осложнений, а сроки реабилитации пациентов удлиняются. В этой связи проведение исследований и внедрение в клиническую практику методов малоинвазивного лечения перфоративных гастродуоденальных язв в Узбекистане имеет важное практическое значение.

В мировой практике наблюдается устойчивая тенденция к увеличению количества хирургических вмешательств по поводу паховых грыж, что связано как с ростом продолжительности жизни населения, так и с увеличением факторов риска, таких как ожирение, гиподинамия, заболевания лёгких, сопровождающиеся хроническим кашлем, и профессиональные нагрузки, связанные с подъёмом тяжестей. Согласно международным данным, ежегодно в мире проводится более 20 миллионов операций по поводу грыж передней брюшной стенки, из которых более 70% составляют именно паховые грыжи.

В нашей стране в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению хирургической помощи. В связи с этим приоритетными направлениями стратегии развития страны на 2022-2026 годы являются «...мероприятия, направленные на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию комплекса мероприятий программ развития системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»².

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики

¹ Королев М.П., Аванесян Р.Г., Федотов Л.Е., Федотов Б.Л., Антипова М.В., Хафизов Л.З. Возможности и место эндоскопии в улучшении результатов лечения гастродуоденальных кровотечений. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2023;182(1):93-97.

² Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы».

Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах принятых в данной сфере.

Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень разработанности темы исследования. В настоящее время вопросы гастродуоденальных ран и их осложнений занимают важное место в медицине. Перфорированные гастродуоденальные раны протекают в тяжелой клинической форме и связаны с высоким риском развития осложнений. Поэтому при их лечении актуально использование современных хирургических методов, включая лапароскопические и минимально инвазивные технологии (Ибрагимов, 2018; Каримова и соавт., 2020).

В зарубежных и местных исследованиях изучались как традиционные, так и современные методы лечения перфорированных ран, а также эффективность различных реконструктивных и терапевтических подходов. Многие авторы анализировали клинические результаты лапароскопических вмешательств и демонстрировали их преимущества и безопасность по сравнению с традиционными открытыми операциями (Smith et al., 2017; Zhang & Li, 2019; Назаров, 2021).

Вместе с тем, в местной практике применение минимально инвазивных технологий развито относительно слабо. Полученные данные показывают, что в клинической практике и отдельных медицинских учреждениях опыт использования этих технологий ограничен, поэтому анализ их эффективности и безопасности имеет актуальное значение (Турсунов и соавт., 2019).

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского института по теме: «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения больных с неотложной абдоминальной патологией» (2022-2024 гг.).

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами путем приоритетного использования миниинвазивных технологий.

Задачи исследования

разработать дифференцированные критерии выбора варианта оперативного вмешательства при прободных гастродуоденальных язвах на основании

лапароскопических и видеоассистированных комбинированных методик.

разработать показания и противопоказания для применения лапароскопического и видеоассистированного комбинированного методов хирургического лечения и определить алгоритм их последовательности.

провести сравнительную оценку непосредственных результатов лапароскопического, видеоассистированного комбинированного минилапаротомного и лапаротомного вариантов ушивания прободной язвы.

изучить отдаленные результаты хирургического лечения больных с прободными гастродуоденальными язвами

Объектом исследования явились 152 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Навойского филиала РНЦЭМП в сроки с 2019 – 2023 гг.

Предмет исследования составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами с дифференцированным подходом к выбору метода операции основанной на предложенных критериях.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы исследования: общеклинические, биохимические, инструментальные лучевые и эндоскопические, а также статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

разработаны критерии выбора варианта оперативного вмешательства при прободных гастродуоденальных язвах основывающихся на интегральной оценке критериев инфильтративно-язвенного поражения и показателей тяжести общего состояния больных;

разработаны показания и противопоказания для проведения лапароскопической и видеоассистированной комбинированной хирургических операций и доказана альтернативность видеоассистированного ушивания язвы из минидоступа при прогностически неблагоприятных условиях для лапароскопического метода;

впервые клинически доказано, что применение миниинвазивных вмешательств снижает частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов по сравнению с пациентами, перенесшими вынужденную радикальную операцию путем лапаротомии;

впервые доказано, что применение эрадикационной терапии после хирургического лечения миниинвазивными методами при перфорации гастродуоденальной язвы улучшает показатели качества жизни (по шкалам SF-36 и Visick) в отдаленных наблюдениях, снижает рецидив контаминации *Helicobacter pylori* и обеспечивает устойчивую ремиссию заболевания.

Практическая значимость работы

выбор варианта хирургического вмешательства при прободной гастродуоденальной язве должен основываться на интегральной оценке ведущих критериев, характеризующих общесоматическое состояние пациента и выраженность изменений гастродуоденальной зоны: операционно-анестезиологическом риске по шкале ASA, тяжести эндогенной интоксикации и

перитонита по Мангеймскому перитонеальному индексу, выраженности рубцово-язвенной деформации, диаметре перфорационного отверстия, ширине инфильтративно-язвенного поражения вокруг перфорационного отверстия;

определено, что операцией выбора при перфоративной гастродуоденальной язве, в случаях невозможности применения лапароскопической методики, является ее ушивание из мини-доступа, что не теряет преимуществ миниинвазивных вмешательств.

операцией выбора при острой перфоративной гастродуоденальной язве является ее простое ушивание с применением различных методик оперативного пособия и при этом, количество осложнений и летальных исходов после ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы значительно меньше, по сравнению с группой пациентов, которым выполняли резекцию желудка или ваготомию.

при условии проведения противоязвенного лечения в послеоперационном периоде, качество жизни больных после ушивания гастродуоденальных перфоративных язв остается высоким, а рецидивы наблюдаются при отсутствии эрадикационной терапии.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена применением современных, широко используемых в практике клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и хирургического лечения больных с прободными ГЯ. Внедрен диагностический алгоритм, позволяющий установить раннюю диагностику прободных пилородуоденальных язв. Сформулированы показания и противопоказания к выполнению видеоассистированного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы с разработкой технических приемов оперативного пособия из минидоступа с помощью набора инструментов «Мини-ассистент». Изучены отдаленные результаты миниинвазивного ушивания перфоративной ГЯ с последующим проведением противоязвенной эрадикационной терапии. Проведена оценка качества жизни пациентов и определена частота рецидива язвенной болезни после традиционного и миниинвазивного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы.

Практическая ценность работы заключается в изучении роли и значения различных методов оперативных вмешательств и доказано обоснованное применение ушивания перфоративных гастродуоденальных язв из минидоступа. Определено, что операцией выбора при перфоративной гастродуоденальной язве, в случаях невозможности применения лапароскопической методики, является ее ушивание из мини-доступа, что не теряет преимуществ миниинвазивных вмешательств. Проведение противоязвенной терапии в послеоперационном периоде позволяет значительно сократить число рецидивов

язвенной болезни, что значительно улучшает качество жизни больных в послеоперационном периоде. Качество жизни пациентов, перенесших ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа, с последующей эрадикационной терапией, в сопоставимых группах характеризуется более высоким уровнем, чем у больных, перенесших традиционное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы.

Внедрение результатов исследования. Внедрение результатов исследования. На основании результатов научно-исследовательской работы по совершенствованию медицинско-профилактической помощи и реабилитации пациентам после паховой герниопластики (заключение Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 15.08.2025 г. №23/03):

первая научная новизна: разработаны критерии выбора варианта оперативного вмешательства при прободных гастродуоденальных язвах основывающихся на интегральной оценке критериев инфильтративно-язвенного поражения и показателей тяжести общего состояния больных. Внедрение научной новизны в практику: внедрено в объединенной больнице станции Самарканд АО «Ўзбекистон темир йўллари» (приказ №46 от 01.05.2025 г.) и в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (приказ №130У от 02.05.2025 г.). Социальная эффективность: применение критериев выбора метода хирургического вмешательства на дооперационном этапе при гастродуоденальных процессах, протекающих с перфорацией язвы, повышает эффективность оптимизации хирургической тактики и способствует выбору оптимального подхода при данной патологии. Результаты исследования показали, что по распространенности инфильтративно-язвенного поражения вокруг язвы пациенты распределились следующим образом: малый объем поражения (до 1,0 см) – в 46,8% случаев, средний объем поражения (1,0–2,0 см) – в 34,5% случаев и большой объем поражения (более 2,0 см) – в 18,7% случаев. На основании интегральной оценки тяжести общего состояния пациентов (индекс Маннгейма, шкала ASA, система баллов Воеу) разработаны критерии выбора метода хирургического вмешательства: у пациентов с индексом Маннгейма до 21 балла (62,4%) применялись миниинвазивные методы, при 21–29 баллах (26,8%) выбирались комбинированные методы, у пациентов с показателем выше 29 баллов (10,8%) выполнялась традиционная лапаротомия. В результате выбора хирургической тактики на основе разработанных критериев частота общих осложнений снижена с 28,6% до 12,4% (в 2,3 раза). Экономическая эффективность: при применении критериев выбора метода хирургического вмешательства при гастродуоденальных процессах, протекающих с перфорацией язвы, средняя продолжительность стационарного лечения пациентов сокращена с 12–14 дней до 7–9 дней. Общие затраты на все лабораторно-инструментальные исследования одного пациента составляют 1148600 сумов. За счет внедрения системы интегральной оценки, уменьшения количества повторных вмешательств вследствие неправильно выбранного метода операции и сокращения сроков пребывания в стационаре экономия на одного пациента составила 1956800 сумов. Экономический показатель

составляет 2538400 сумов. Заключение: применение критериев выбора метода хирургического вмешательства на основе интегральной оценки распространенности инфильтративно-язвенного поражения (малый – 46,8%, средний – 34,5%, большой – 18,7%) и показателей тяжести общего состояния пациентов (индекс Маннгейма, шкала ASA, система баллов Bovey) на дооперационном этапе при гастродуоденальных процессах, протекающих с перфорацией язвы, способствует выбору оптимальной хирургической тактики. На основании разработанных критериев частота общих осложнений снижена с 28,6% до 12,4% (в 2,3 раза). Это способствует улучшению результатов лечения пациентов и значительному снижению частоты осложнений.

вторая научная новизна: разработаны показания и противопоказания для проведения лапароскопического и видеоассистированного комбинированного хирургических операций и доказана альтернативность видеоассистированного ушивания язвы из минидоступа при прогностически неблагоприятных условиях для лапароскопического метода. Внедрение научной новизны в практику: внедрено в объединенной больнице станции Самарканд АО «Ўзбекистон темир йўллари» (приказ №46 от 01.05.2025 г.) и в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (приказ №130У от 02.05.2025 г.). Социальная эффективность: в клиническую практику внедрены показания и противопоказания к выполнению лапароскопических и видеоассистированных комбинированных хирургических операций, предложен алгоритм действий при гастродуоденальных процессах, протекающих с перфорацией язвы. Результаты исследования показали, что у 87,6% пациентов, которым применялся лапароскопический метод ушивания язвы, зарегистрированы хорошие и удовлетворительные результаты. При прогностически неблагоприятных условиях для лапароскопического метода (размер язвы более 2,0 см, длительность перитонита более 24 часов, индекс Маннгейма выше 26 баллов) применялся видеоассистированный метод ушивания через минидоступ и в 83,4% случаев получены положительные результаты. Частота конверсии к видеоассистированному методу составила 8,6%. Частота конверсии к традиционной лапаротомии не превысила 4,2%. Средняя продолжительность операции у пациентов, которым применялся лапароскопический метод, составила $48,6 \pm 7,2$ минуты, при видеоассистированном методе – $62,4 \pm 8,6$ минуты, что значительно меньше по сравнению с традиционной лапаротомией ($76,8 \pm 12,4$ минуты). Частота послеоперационных осложнений составила 6,8% в лапароскопической группе, 9,4% в видеоассистированной группе и 24,6% в группе лапаротомии. Экономическая эффективность: применение лапароскопических и видеоассистированных комбинированных хирургических операций позволило сократить среднюю продолжительность пребывания пациентов в стационаре с 12–14 дней до 6–8 дней и снизить расходы на медикаменты, что обеспечило экономию 1 854 620 сумов на одного пациента. Дополнительные расходы на инструменты для миниинвазивной операции составили в среднем 386 000 сумов, однако сокращение сроков лечения и снижение затрат на лечение осложнений полностью компенсировали данные расходы. Это обосновано экономией средств, затрачиваемых на медицинские услуги. Заключение: в клиническую

практику внедрены показания и противопоказания к выполнению лапароскопических и видеоассистированных комбинированных хирургических операций, предложен алгоритм действий при гастродуоденальных процессах, протекающих с перфорацией язвы. Положительные результаты при лапароскопическом методе составили 87,6%, при видеоассистированном методе – 83,4%. Частота послеоперационных осложнений составила 6,8% в лапароскопической группе, 9,4% в видеоассистированной группе, что значительно ниже по сравнению с 24,6% в группе традиционной лапаротомии. При прогностически неблагоприятных условиях для лапароскопического метода клинически доказана альтернативная возможность видеоассистированного ушивания язвы через минидоступ.

третья научная новизна: впервые клинически доказано, что применение миниинвазивных вмешательств снижает частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов по сравнению с пациентами, перенесшими вынужденную радикальную операцию путем лапаротомии. Внедрение научной новизны в практику: внедрено в объединенной больнице станции Самарканд АО «Ўзбекистон темир йўллари» (приказ №46 от 01.05.2025 г.) и в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (приказ №130У от 02.05.2025 г.). Социальная эффективность: применение миниинвазивных вмешательств (лапароскопических и видеоассистированных методов) обеспечило значительное снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с пациентами, которым выполнена обязательная радикальная операция через лапаротомию. Результаты исследования показали, что в основной группе, где применялись миниинвазивные методы (n=124), общая частота послеоперационных осложнений составила 8,9%, тогда как в контрольной группе после традиционной лапаротомии (n=86) данный показатель составил 26,7% ($p<0,05$). Гнойно-септические осложнения наблюдались в 3,2% случаев в миниинвазивной группе и в 14,0% случаев в группе лапаротомии (разница в 4,4 раза). Осложнения в области раны (суппурация, эвентация) составили 1,6% в миниинвазивной группе и 9,3% в группе лапаротомии. Послеоперационная летальность составила 0,8% (1 пациент) в миниинвазивной группе и 4,7% (4 пациента) в группе лапаротомии ($p<0,05$). Необходимость релапаротомии наблюдалась в 1,6% случаев в миниинвазивной группе и в 7,0% случаев в группе лапаротомии. Срок ранней активизации пациентов составил в миниинвазивной группе в среднем $1,2\pm 0,4$ суток, что в 3,2 раза быстрее по сравнению с $3,8\pm 1,2$ сутками в группе лапаротомии. Экономическая эффективность: применение миниинвазивных вмешательств потребовало дополнительных затрат на лапароскопическое оборудование в среднем 314 000 сумов на одного пациента. Однако за счет сокращения продолжительности стационарного лечения с $12,4\pm 2,6$ до $6,8\pm 1,4$ суток (на 45,2%), снижения расходов на лечение осложнений в 3,0 раза и уменьшения необходимости релапаротомии в 4,4 раза обеспечена экономия 2 156 400 сумов на одного пациента. С учетом применения рекомендованных миниинвазивных хирургических вмешательств годовой экономический показатель составил 6 842 600 сумов. Заключение: применение миниинвазивных вмешательств обеспечивает значительное снижение частоты

послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с обязательной радикальной операцией через лапаротомию. Общая частота осложнений снижена с 26,7% до 8,9% (в 3,0 раза), гнойно-септические осложнения – с 14,0% до 3,2% (в 4,4 раза), осложнения в области раны – с 9,3% до 1,6% (в 5,8 раза). Послеоперационная летальность снижена с 4,7% до 0,8%. Необходимость релапаротомии снижена с 7,0% до 1,6%. Срок ранней активизации ускорен в 3,2 раза, продолжительность стационарного лечения сокращена на 45,2%.

четвертая научная новизна: впервые доказано, что применение эрадикационной терапии после хирургического лечения миниинвазивными методами при перфорации гастродуоденальной язвы улучшает показатели качества жизни (по шкалам SF-36 и Visick) в отдаленных наблюдениях, снижает рецидив контаминации *Helicobacter pylori* и обеспечивает устойчивую ремиссию заболевания. Внедрение научной новизны в практику: внедрено в объединенной больнице станции Самарканд АО «Ўзбекистон темир йўллари» (приказ №46 от 01.05.2025 г.) и в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (приказ №130У от 02.05.2025 г.). Социальная эффективность: анализ результатов длительного послеоперационного наблюдения (6–24 месяца) показал, что наилучшие показатели качества жизни зарегистрированы в группе пациентов, которым выполнена операция на основе миниинвазивных технологий и проведена эрадикационная терапия. По результатам исследования оценка качества жизни проводилась по опроснику SF-36: в группе миниинвазивная операция + эрадикационная терапия (I группа, n=68) общий показатель качества жизни составил $82,4 \pm 4,6$ балла, в группе миниинвазивная операция без эрадикации (II группа, n=56) – $71,8 \pm 5,2$ балла, в группе лапаротомия + эрадикационная терапия (III группа, n=48) – $64,2 \pm 6,8$ балла ($p < 0,05$). Показатель физической активности составил $84,6 \pm 4,2$ балла в I группе, $72,4 \pm 5,8$ балла во II группе и $58,6 \pm 7,4$ балла в III группе. Интенсивность болевого синдрома по шкале VAS составила $1,2 \pm 0,4$ балла в I группе, $2,4 \pm 0,8$ балла во II группе и $3,8 \pm 1,2$ балла в III группе. Эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* составила 92,6%. Частота рецидива язвы составила 2,9% (2 пациента) в I группе, 14,3% (8 пациентов) во II группе и 8,3% (4 пациента) в III группе. Полное восстановление трудоспособности в течение 12 месяцев отмечено у 94,1% пациентов I группы, у 78,6% во II группе и у 62,5% в III группе. Исчезновение диспептических жалоб отмечено в 91,2% случаев в I группе, в 67,9% случаев во II группе и в 58,3% случаев в III группе. Экономическая эффективность: при проведении эрадикационной терапии после операций, выполненных на основе миниинвазивных технологий, средние общие затраты на стационарное лечение составили 3867800 сумов. Из этой суммы оперативное лечение и одни сутки пребывания в отделении реанимации составили 1929900 ($431300 + 1498600$) сумов. Курс эрадикационной терапии (14-дневная трехкомпонентная схема) составил 248600 сумов. Все лабораторно-инструментальные исследования обошлись в 946 400 сумов. Однако за счет снижения частоты рецидива язвы с 14,3% до 2,9% (в 4,9 раза) уменьшение необходимости повторной госпитализации и повторной операции обеспечило долгосрочную экономию 2 876 400 сумов на одного пациента. С учетом применения рекомендованной комплексной лечебной тактики миниинвазивная хирургическая операция и

эрадикационная терапия обеспечили годовой экономический показатель 34 516 800 сумов. Заключение: анализ отдаленных послеоперационных результатов показал, что наилучшие показатели качества жизни отмечены у пациентов, которым выполнена операция на основе миниинвазивных технологий и проведена эрадикационная терапия ($82,4 \pm 4,6$ балла по SF-36). Показатель физической активности в I группе составил $84,6 \pm 4,2$ балла, что значительно выше по сравнению со II группой ($72,4 \pm 5,8$) и III группой ($58,6 \pm 7,4$). Эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* составила 92,6%. Частота рецидива язвы в группе миниинвазивная операция + эрадикация составила 2,9%, что в 4,9 раза меньше по сравнению с группой без эрадикации (14,3%) и в 2,9 раза меньше по сравнению с группой лапаротомии (8,3%). Полное восстановление трудоспособности в I группе составило 94,1%, исчезновение диспептических жалоб – 91,2%. Комбинация миниинвазивной операции и эрадикационной терапии значительно улучшает отдаленное качество жизни пациентов и является наиболее эффективным методом профилактики рецидива язвенной болезни.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе 2 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 6 журнальных статей, 5 из которых в республиканских и 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «Обзор литературы» описаны имеющиеся объективные трудности в хирургическом лечении больных с прободными гастродуоденальными язвами. При всем разнообразии лапароскопических операций при различных формах язвенной болезни в настоящее время в литературе не определены конкретные критерии выбора того или иного способа вмешательства как в плановой, так и в экстренной хирургии. Не исследованы отдаленные результаты этого хирургического лечения. Несмотря на изученный нами литературный материал, и предложенные авторами различные методики хирургического лечения перфоративных язв, до настоящего времени не определены четкие показания к применению

миниинвазивных оперативных вмешательств. В доступной нам литературе отсутствуют сравнительные характеристики исходов лечения пациентов после операции по поводу перфорации гастродуоденальных язв в зависимости от методики применения оперативного пособия. Поэтому наша работа посвящена разрешению этих вопросов с использованием современного медицинского оснащения и методов диагностики.

Во **второй** главе диссертации представлены «**Материалы и методы исследования**». Работа основана на результатах хирургического лечения 152 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Пациенты оперированы в Навоийском филиале РНЦЭМП в период с 2019 по 2023 гг. Возраст исследуемых пациентов варьировал от 18 до 67 лет, средний возраст составил $35,7 \pm 15,4$ лет. Больные трудоспособного возраста составили 137, т.е. 90%. Среди больных с перфоративными гастродуоденальными язвами было 25 (16,5%) женщин и 127 (83,4%) мужчин. Все пациенты поступили в экстренном порядке 116 пациентам выполнены миниинвазивные операции ушивания перфоративной язвы лапароскопически ($n=61$) и видеоассистированным ($n=55$) методами. 36 пациентам по показаниям проведены радикальные операции резекция желудка ($n=21$) и ваготомия с пилоропластикой ($n=15$). По способу миниинвазивного оперативного вмешательства больные разделены на две группы: основную и контрольную. В сравниваемые группы больных перенесших миниинвазивные методы операции вошли 116 пациентов, условно разделенные на основную группу и группу сравнения, т.е. контрольную группу.

В группу сравнения вошли 61 (52,6%) пациент, которым проведено лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы. Основную группу составили 55 (47,4%) больных, у которых переход с диагностического на лечебный этап лапароскопического вмешательства был невозможен ввиду ряда причин: «неудобная» для лапароскопического ушивания локализация язвы, диаметр перфоративного отверстия более 1 см, плотный периульцерозный инфильтрат, спаечный процесс в зоне операции, распространенный перитонит с явлениями пареза кишечника.

Из 55 больных, которым выполнили ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа, отмечались следующие трудности перехода на лечебный этап лапароскопического вмешательства: у 15 (27,2%) человек имело место «неудобное» для лапароскопического ушивания расположение язвы, а именно, близкое ее расположение к малой кривизне желудка. У 14 (25,4%) больных диаметр отверстия составлял более 8-10 мм. У 8 (16,3%) больных имел место плотный инфильтрат в области перфорации, диаметр отверстия более 0,8 см, ввиду чего возникала необходимость накладывать широкие стежки с частичным погружением инфильтрата, лапароскопическим путем это было неосуществимо. У 14 (25,4%) пациентов имелась резко выраженная инфильтрация воспаленных краев перфоративной язвы, при попытке лапароскопического ушивания происходило прорезывание швов, что ставило под сомнение герметизм шва, ввиду чего нами было принято решение о переходе на ушивание из мини-доступа. У 3 (5,4%) пациентов при выполнении диагностической лапароскопии нами были выявлены выраженные висцеропариетальные сращения, делающие либо

недоступной, либо трудной для санации пилородуоденальную зону, в данном случае так же успешно выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа.

За этот же период наблюдений резекция желудка по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы выполнена 21 больному из-за сопутствующих префораций других осложнений. По наличию осложнений больные разделились: - сочетание перфоративной язвы со стенозом выходного отдела желудка-10 (47,6%) пациентов; - сочетание перфоративной язвы желудка с язвенным кровотечением-3 (10,7%) пациента; - перфоративная язва задней стенки желудка с пенетрацией в поджелудочную железу-3 (14,3%) пациента; - гигантская язва луковицы двенадцатиперстной кишки (d более 5 см)- 2 (9,5%) пациента; - перфоративная язва малой кривизны желудка с малигнизацией-3 (14,3%) пациента.

Ваготомия с пилоропластикой при перфоративной гастродуоденальной язве выполнена 15 пациентам.

По выполнению дренирующей желудок операций больные разделились следующим образом: - селективная ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу-9 (60%) пациентов; - стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею-4 (26,6%) пациентов; - стволовая ваготомия с пилородуоденальным анастомозом по Джабулею-2 (13,3%) пациента.

Методика обследования больных с перфоративной гастродуоденальной язвой включала общеклинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические методики. Рентгенологическое исследование выполняли всем больным. Обзорную рентгеноскопию органов брюшной полости проводили в положении стоя. Рентгеноскопия брюшной полости показывала наличие или отсутствие свободного газа, а также признаки паралитической кишечной непроходимости. Присутствие свободного газа, как признака перфорации гастродуоденальной области, отмечено у 98 больных (84,5%) (рис. 1). Среди них у 5 больных (4,3%) были явления паралитической кишечной непроходимости. У 27 больных (23,3%) свободного газа в брюшной полости не визуализировалось, этим больным обследование было продолжено. Ультразвуковое исследование брюшной полости применили у 86 (74,2%) пациентов, для дифференциальной диагностики перфоративной гастродуоденальной язвы с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости, с целью оценки распространенности выпота в брюшной полости, для выявления признаков паралитической кишечной непроходимости. Сюда включали большое количество выпота во всех отделах брюшной полости, расширение петель тонкой кишки (более 2-х диаметров), с характерными маятникообразными движениями, утолщение стенок тонкой кишки (рис. 2).

Ультразвуковое исследование осуществляли аппаратом ALOKA-SSD- α 10. Наличие рентгенологических и ультразвуковых признаков паралитической кишечной непроходимости являлось противопоказанием к выполнению миниинвазивных вмешательств. Эти признаки определяли наличие распространенного перитонита и невозможность выполнения видеоассистированного комбинированного ушивания перфоративной

гастродуоденальной язвы. Перитонит имел место у 113 больных (97,4%), которым было выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы. У 67 больных (57,7%) перитонит носил местный характер; у 47 больных (40,5%)-диффузный; и у 9 больных (7,7%)-распространенный.

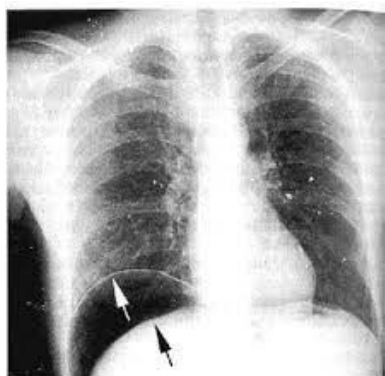


Рис. 1. Рентгенологическое исследование. Присутствие свободного газа, признак перфорации гастродуоденальной язвы



Рис.2. УЗИ. Большое количество выпота во всех отделах брюшной полости, расширение петель тонкой кишки (более 2-х диаметров), с характерными маятникообразными движениями, утолщение стенок тонкой кишки

Эзофагогастродуоденоскопию выполняли 26 больным (22,4%), с помощью аппарата фирмы PENTAX EG-2970K. Метод позволял выявить локализацию язвы, размер, визуализировались наличие комбинированных осложнений (стеноз выходного отдела желудка, кровотечение). По локализации язвенного дефекта, у большинства больных определялось перфоративная язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки-23 больных (рис. 3). У 1 больного была выявлена «зеркальная» язва на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки с продолжающимся кровотечением и прободная язва передней её стенки. У 2-х пациентов, так же на фиброгастродуоденоскопии была выявлена перфоративная язва желудка, в сочетании с кровотечением. В случаях, когда прямые признаки перфорации выявить не удавалось, то определяли косвенные признаки данной патологии: - резкое усиление болей при инсуфляции воздуха; - исчезновение печеночной тупости; - появление пневмоперитонеума. Если же косвенные признаки установить не представлялось возможным, то выполняли повторное рентгенологическое исследование. При появлении свободного газа в брюшной полости диагноз считался подтвержденным.

У 24 (20,9%) пациентов, когда после повторного рентгенологического исследования, диагноз не был подтвержден, выполняли диагностическую видеолапароскопию, с возможностью перехода на лечебный этап вмешательства.

Данный метод позволял окончательно установить или опровергнуть перфоративную гастродуоденальную язву. При наличии патологии определяли локализацию язвы, размер, выраженность периульцерозного инфильтрата и распространенность перитонита (рис. 4).

Все перечисленное позволяло определить возможность ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа. Нами не отмечено ни одного специфического осложнения, связанного с манипуляцией.

Информативность видеолапароскопии достаточно высока и позволяла точно установить диагноз, а в некоторых случаях-исключить острую хирургическую патологию органов брюшной полости.



Рис. 3. ЭГДС. Перфоративная язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки

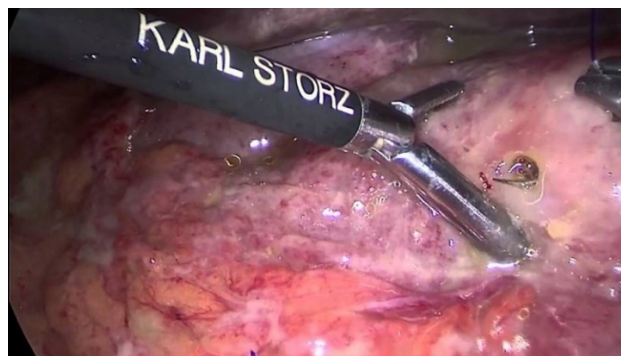


Рис. 4. Лапароскопия. Перфоративная язва луковицы двенадцатиперстной кишки

Лабораторные исследования проводились всем больным, поступающим с перфоративной гастродуоденальной язвой, либо подозрением на неё. Для определения воспалительной реакции выполняли общий и биохимический анализы крови. Повышение лейкоцитов было выявлено у 112 больных (96,5%).

Гистологическая верификация язвы выполнена у 33 (28,4%) больных. Из них, биопсия во время выполнения ФГДС, произведена у 15 (13,9%) больных. У этих пациентов было подозрение на перфорацию малигнизированной язвы желудка. В 9 (7,7%) случаях была выявлена аденокарцинома желудка, после чего была выполнена субтотальная резекция желудка. В 6 (5,1%) случаях имела место гистологическая картина хронической язвы желудка, после чего была выполнена резекция желудка по Бильрот-II.

У 19 (16,4%) пациентов выполнена интраоперационная биопсия перфоративной язвы, с целью определения объема оперативного вмешательства. В 15 (12,9%) случаях была микроскопическая картина острой язвы двенадцатиперстной кишки. Этим больным выполнено ушивание язвы с последующей эрадикационной терапией. У 5 (4,3%) была гистологическая картина хронической язвы (в биопсийном материале участки ткани с детритом и распадающимися лейкоцитами, с гисто-лейкоцитарной инфильтрацией), этим больным выполнены иссечение язвы с пилоропластикой.

Лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы выполнено 61 больному. Лапароскоп вводили в параумбиликальной точке, затем-два манипуляционных троакара по правой и левой среднеключичным линиям на уровне пупка. Дополнительный 4-й троакар располагали под мечевидным отростком, он служил для введения ретрактора или трубки аспиратора-ирригатора. Иглодержатель устанавливали таким расчетом, чтобы расположение его упрощало вкол иглы по ходу продольной оси двенадцатиперстной кишки или желудка. Поэтому выбранная точка может находиться как в правой, так и в левой половине мезогастральной области. Для шва использовали иглу, длина которой позволяла произвести вкол и выкол, отступя 6-8 мм от края язвы. Дефект зашивали П-образным, 8-образным, либо отдельными узловыми швами (рис. 5). Герметичность шва проверяли

раздуванием желудка воздухом через зонд. Поверх швов фиксировали прядь большого сальника (рис. 6). Операцию завершали тщательной санацией брюшной полости и установкой дренажей в подпеченочное пространство справа, а также в отлогие места брюшной полости при необходимости.

При видеоассистированном ушивании перфоративной язвы у 55 больных первым этапом выполняли эндовидеолапароскопию. Интраабдоминальное давление поддерживали на уровне 10-12 мм.рт.ст. во время всей операции, так как такое давление дает возможность выполнить диагностическую лапароскопию и адекватную санацию брюшной полости. Для введения троакаров использовали следующие точки: на 1,0-2,5 см. выше пупочного кольца для лапароскопа (10мм. троакар) в правой мезогастральной области на 3,0-5,0 см. ниже края реберной дуги, по среднеключичной линии (для аспирационно-ирригационной системы). В левой мезогастральной области, по среднеключичной линии (для аспирационно-ирригационной системы).



Рис. 5.
Лапароскопическое ушивание дефекта отдельными узловыми швами

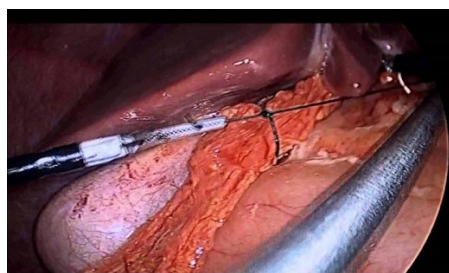


Рис. 6. *Фиксация пряди большого сальника*



Рис. 7. *Набор инструментов «Мини-Ассистент»*

После принятия решения о минилапаротомном способе ушивания перфоративной язвы брюшную полость тщательно санировали. Наложения фибрина, по возможности, удаляли, путем введения зажима через 5 мм. доступ. Для установки дренажей использовали троакарные доступы. Дренировалось правое подреберье и, по необходимости малый таз. После выполнения лапароскопического этапа операции, извлекали инструменты, устраняли пневмоперитонеум. В проекции перфоративной язвы выполняли косой «мини- доступ», на 1-3 см ниже реберной дуги, отступив, примерно около 5 см. вправо от срединной линии, либо, отступив на 2-4 см ниже правой реберной дуги и на 5 см вправо от срединной линии, вертикальный трансректальный разрез, длиной 3-6 см, устанавливали набор инструментов «мини-ассистент» (рис. 7). Ушивание перфоративного отверстия выполняли однорядными узловыми швами на атравматической игле и с целью предупреждения стеноза пилорического отдела желудка, ушивание производили по линии перпендикулярной оси желудка.

Третья глава диссертации «Результаты хирургического лечения гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией». Продолжительность лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы составляла от 40 до 150 минут, средняя продолжительность операции составила $62,8 \pm 3,9$ минут.

При исследовании болевого синдрома в течении первых суток после операции по шкале Wong-Baker суточная сумма баллов составила от 2 до 7, в среднем была равна $4,3 \pm 0,5$ баллов. Сроки пребывания в стационаре, пациентов контрольной группы варьировал от 3 до 12 койко-дней, в среднем $7,5 \pm 0,3$ койко-дней.

Продолжительность выполнения операции видеоассистированным способом из минидоступа, на этапах освоения методики составляла 70-110 минут, но в дальнейшем, по мере накопления опыта, время операции уменьшилось до 40-60 минут. Средняя продолжительность комбинированного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа составляла $45,4 \pm 3,2$ минут.

При исследовании болевого синдрома по шкале Wong-Baker, у пациентов которым выполнено ушивание перфоративной ГЯ из мини-доступа, суточная сумма баллов составила от 3 до 8, с средним $6,3 \pm 0,7$ баллов.

Сроки нормализации температуры тела в послеоперационном периоде у больных, которым выполнено ушивание перфоративной ГЯ из мини-доступа, варьировали от 1 до 8 суток, в среднем через $3,9 \pm 0,6$ суток.

В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов, (n=116) которым выполнено ушивание перфоративной ГЯ миниинвазивным способом, осложнения развились в 12 (10,3%) случаев. Абсцессы брюшной полости развились в 2 (1,7%) случаях. Во всех случаях выполнено пункция и дренирование абсцессов под УЗИ контролем. Несостоятельность ушитой язвы развилась в 5 (4,3%) случаях, в 3 (2,6%) наблюдениях у больных которым выполнено ушивание язвы из мини-доступа, в 2 (1,7%) случае, у больных которым выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы. У пациентов основной группы была выполнена релапаротомия резекция желудка по Бильрот-II, у больных контрольной группы была выполнена релапаротомия, иссечение язвы, пилоропластика по Джабулею (табл 1).

Таблица 1

Послеоперационные осложнения в зависимости от типа ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы (n=116)

Осложнения	Операция	
	Лапароскопическое ушивание ПГДЯ	Ушивание ПГДЯ из мини-доступа
Абсцесс брюшной полости	-	2 (1,7%)
Несостоятельность швов ушитой язвы	2 (1,7%)	3 (2,6%)
Нагноение раны	-	1 (0,8%)
Эвентрация	-	2 (1,7%)
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	-	2 (1,7%)
Всего	2 (1,7)	10 (8,6%)

36 пациентам по показаниям проведены радикальные операции. Всего резекция желудка выполнена 21 больным. Резекция 2/3 желудка по Бильрот-I произведена у 3 больных. Редкость выполнения данной модификации резекции желудка объясняется наличием выраженной воспалительной инфильтрации в области пилорoduоденального перехода, и когда технически

невозможно выполнить данную операцию. Резекцию желудка по Бильрот-II выполнялась у 18 больных. Наибольшее количество осложнений наблюдались после резекции желудка по Бильрот-II-4 (19,1%). В целом после резекции желудка осложнения развились у 5 (23,8%) больных. Несостоятельность гастроэнтероанастомоза отмечали у 1 больного, после резекции желудка по Бильрот-II. В данном случае имела место гигантская перфоративная язва луковицы двенадцатиперстной кишки, распространенный фибринозный перитонит.

Ближайшие результаты радикальных операций по поводу перфоративной язвы характеризовались большим процентом ранних осложнений-5 (23,8%). Наибольший процент осложнений был у пациентов, которым выполняли резекцию желудка по Бильрот-II (табл. 2).

Таблица 2

Послеоперационные осложнения в зависимости от вида резекции (n=21)

Осложнения	Операция	
	РЖ по Бильрот-I	РЖ по Бильрот-II
Абсцесс брюшной полости	-	1 (4,7%)
Несостоятельность анастомоза	-	1 (4,7%)
Нагноение раны	-	1 (4,7%)
Острый панкреатит	1 (4,7%)	1 (4,7%)
Всего	1 (4,7%)	4 (19,1%)

Анализируя результаты лечения больных с перфоративной ГЯ, которым была выполнена органосохраняющая операция с различными видами пилоропластик (n=15), мы пришли к выводу что на исход лечения зависели возраст больных, сроки от начала заболевания, выраженность сопутствующей патологии, выраженность и степень распространенности перитонита, и длительность язвенного анамнеза.

Из всего числа оперированных пациентов осложнения развились у 3 (20%) пациентов. Абсцесс брюшной полости наблюдали у 1 больного. Несостоятельность швов встречали у 1 больного, после выполнения пилоропластики по Джабулею, несостоятельность была установлена на следующие сутки после операции. Больному по экстренным показаниям была выполнена резекция желудка по Бильрот-II.

Глава четвертая «Сравнительная характеристика и оценка результатов хирургического лечения больных с гастродуоденальными язвами, осложненными перфорацией». Нами проведена сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных, перенесших ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, в срок от 1 до 5 лет. Отдаленные результаты прослежены у 84 (72,4%) пациентов: - перенесшие видеоассистированное комбинированное ушивание перфоративной ГЯ из минидоступа 40 (72,7%); - перенесшие лапароскопическое ушивание перфоративной ГЯ- 44 (72,1%). Эрадикационная противоязвенная терапия проведена у 59 (50,8%), из них, у 23 выполнено видеоассистированная комбинированное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, у 26 выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной ГЯ.

Трехкомпонентная схема эрадикационной терапии проведена у 30 пациентов, двухкомпонентная схема проведена у 29 пациентов.

У 75% обследованных больных была выявлена выраженная контаминация *Helicobacter pylori*. У больных из группы с рецидивом язвенной, послеоперационный период характеризовался тяжелым течением, язвы трудно поддавались консервативному лечению, у 3 из них в анамнезе были эпизоды гастродуоденального кровотечения. Всем пациентам в течении всего времени наблюдения проводилась профилактическая противоязвенная терапия, контролировалась контаминация слизистой желудка двенадцатиперстной кишки *Helicobacter pylori*. В течение 1-го года после операции рецидив контаминации отмечен у 32,9% больных из обеих групп исследования, что потребовало повторной комбинированной терапии. Через 3 года после операции рецидив контаминации отмечен у 4,8% больных из обеих групп, через 5 лет после операции у 7,4% больных из обеих групп.

В оценке качества жизни больных нашего исследования были использованы опросник MOS SF-36 и шкала Visick. При анализе показателей шкал опросника SF-36, установлено что, у больных которым выполнено комбинированное ушивание перфоративной ГЯ показатели физического компонента здоровья незначительно меньше, чем, у пациентов которым выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы, различия статистически достоверны. физическое функционирование (PF) $t=7,0$, $p<0,05$; роль физических проблем (RP) $t=5,2$, $p<0,05$; общее здоровье (GH) $t=5,8$, $p<0,05$.

Таблица 3

Структура отдаленных результатов по Visick в основной группе и группе сравнения

Результат	Основная группа		Контрольная группа	
	Пациенты	%	Пациенты	%
Отличный результат	34	85	39	88,6
Хороший результат	3	7,5	2	4,5
Удовлетворительный результат	2	5	1	2,3
Неудовлетворительный результат	1	2,5	2	4,5
Итого	40	100	44	100

При анализе психологического состояния здоровья, нами, статистически достоверно было доказано что, данный компонент здоровья достоверно выше у пациентов после лапароскопического ушивания перфоративной ГЯ, чем у пациентов после комбинированного ушивания перфоративной язвы: энергичность (VT) $t=2,8$, $p<0,05$; социальная роль (SF) $t=3,5$, $p<0,05$; роль эмоциональных проблем (RE) $t=5,0$, $p<0,05$; психологическое здоровье (MH) $t=3,0$, $p<0,05$ Показатели физического компонента здоровья (PH) и психического компонента (MH) здоровья либо незначительно выше, либо такие же, как и у пациентов, которым выполнено ушивание перфоративной ГЯ из минидоступа. При оценке отдаленных результатов по шкале Visick получены следующие данные (табл. 3).

Из 3 пациентов с неудовлетворительным результатом, у 1 пациента возникла повторная перфорация ГЯ, потребовавшая повторного радикального вмешательства. У 1 пациента были эпизоды обострения язвенной болезни с

картиной язвенного кровотечения, после проведенного комплекса противоязвенного лечения, оперативное лечение не потребовалось. И у 1 пациента возникла клиническая картина стеноза выходного отдела желудка разной степени компенсации.

Из 11 (9,4%) больных с рецидивом язвенной болезни у 4 рецидив возник в течении первого года после перенесенного оперативного вмешательства, у 3 рецидив возник через 3 года после оперативного вмешательства, и у 4 рецидив возник через 5 лет после перенесенного оперативного вмешательства.

Отдаленные результаты после радикальных операций прослежены у 28 (77,7%) пациентов: - после резекции желудка 17, после ваготомии с дренирующей желудок операцией 11 пациентов.

При анализе результатов лечения больных, которым выполнены либо ваготомии с пилоропластикой, либо радикальные операции нами получены следующие результаты. Отличными (Visik I) после ваготомии с дренирующей желудок операцией признаны результаты лечения у 5 (45,4%) больных. Эти пациенты не предъявляли жалоб, ведут активный образ жизни, не соблюдают диету и режим. Хорошими (Visik II) признаны результаты лечения у 3 (27,3%) больных. Обследованные больные практически не предъявляли жалоб, трудоспособность их не была нарушена, наблюдались в нашем стационаре с незначительными проявлениями постваготомических расстройств и находились на стационарном лечении не более одного раза в год. У 1 (9,1%) больного мы наблюдали удовлетворительный результат лечения (Visik III). В эту группу относились больные с различными проявлениями постваготомических расстройств, медикаментозная коррекция которых, приносила желаемый эффект. В этой группе наблюдали больных с рецидивом язвенной болезни, рецидив не чаще 1 раза в год. Неудовлетворительные результаты (Visik IV), получены у 2 (18,2%) обследованных. В эту группу отнеслись пациенты с частыми рецидивами язвенной болезни или с длительно незаживающей язвой, с диареей различной степени тяжести.

Суточная рН-метрия, спустя 3 года после ваготомии с дренирующей желудок операцией по поводу перфоративной ГЯ, произведена у 8 больных. Из них у 5 больных с хорошим и отличным результатами и у 3 больных с рецидивом язвенной болезни. Средняя рН у больных, не предъявляющих жалоб, составила 1,4 Ед, у больных с рецидивом язвенной болезни-1,03 Ед. круглосуточная рН-метрия показала выраженную гиперацидность у больных после перенесенной ваготомии.

Результаты Visick I и II после резекций желудка, выполненных по одному из методов Бильрота, наблюдались у 6 (35,3%) и 4 (23,5%) больных соответственно. Результат Visick III был зарегистрирован у 5 пациентов (29,4%). У 1 из них демпинг-синдром был средней степени тяжести и с трудом реагировал на консервативную терапию. У другого пациента развились частые пептические язвы в области анастомоза, которые зажили после консервативного лечения. Результат Visick IV был зарегистрирован у 3 (17,6%) пациентов, которым была выполнена повторная резекция методом Ру из-за кровотечения в ране анастомоза. Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения между больными, которым была выполнена либо

паллиативная, либо радикальная операция показал, что простое ушивание язвы с последующей консервативной терапией дает рецидивы в 9,9% случаев и требует повторных хирургических вмешательств в 5,3% случаев. После выполненной ваготомии с дренирующей желудок операцией, постваготомические расстройства выявлены в 17,3% случаев.

У больных перенесших видеоассистированная комбинированное ушивание перфоративной ГЯ, на ФГДС-контроле выявлен рецидив язвы двенадцатиперстной кишки у 5 (6,4%) человек. Пациенты данной группы приступали к труду через 1-3 недели после вмешательства, каких-либо жалоб не предъявляли. При проведении контрольной ФГДС у пациентов, перенесших лапароскопическое ушивание перфоративной ГЯ, у 6 (10,9%) выявлен рецидив язвенной болезни.

Все показатели качества жизни оказались схожи у пациентов основной и контрольной группы. Показатель физического здоровья в основной и контрольной группе составил 81,2%. Показатель психологического здоровья у пациентов основной группы составил 78,4%, у пациентов контрольной группы 78,8%. При сравнении отдаленных результатов по шкале Visick, нами было установлено, что в группе пациентов перенесших видеоассистированная комбинированное ушивание перфоративной ГЯ отличные результаты получены у 85% больных, и 7,5% человек с хорошим результатом, 2 случая удовлетворительного результата и 1 случай неудовлетворительного результата. В группе пациентов, перенесших лапароскопическое ушивание перфоративной ГЯ, преобладали также отличные результаты (88,6%), 4,5% хороший результат, 1 случай удовлетворительного результата. Неудовлетворительный результат наблюдали в 4,5% наблюдений. Это пациенты, которым было выполнено повторное оперативное вмешательство, ввиду осложнений язвенной болезни, либо которым проводилось консервативное лечение одного из осложнений язвенной болезни, в отдаленном периоде. Нами было установлено, что проведенное противоязвенное лечение, после комбинированного ушивания перфоративной ГЯ, позволяет добиться стойкой ремиссии заболевания, и улучшает качество жизни пациентов. Одним из главных преимуществ видеоассистированного комбинированного ушивания перфоративной ГЯ являлась ранняя активизация больных. Больные в конце первых суток начинали вставать, активно передвигаться. Швы снимали на 6-7 сутки.

Таким образом, по ряду объективных причин, лапароскопическое ушивание перфоративной ГЯ, не всегда возможно. Выходом является выполнение ушивание язвы из мини-доступа, с применением набора инструментов «Мини-Ассистент», не теряя при этом преимуществ малоинвазивной методики. Исходя из полученных результатов отмечено, что обе группы больных репрезентативны, существенно не отличаются друг от друга продолжительностью операции. Больные в меньшей степени страдали от послеоперационных болей. Постельный режим, количество койко-дней практически сопоставимы по длительности у пациентов контрольной и основной групп. Применение такого метода, как ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа позволило нам избежать большого количества конверсий при попытке лапароскопического ушивания прободной язвы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе результатов, полученных при выполнении диссертационной работы на тему **«Особенности хирургической тактики при прободных гастродуоденальных язвах с использованием миниинвазивных технологий»** были сделаны следующие выводы.

1. Выбор метода хирургического лечения прободной гастродуоденальной язвы основывается на интегральной оценке тяжести состояния больных, размеров и выраженности воспалительных изменений области перфоративного отверстия. Данный лечебно-диагностический алгоритм позволил уйти от выполнения конверсий при лапароскопических вмешательствах.

2. Лапароскопическое ушивание прободной гастродуоденальной язвы, выполнено у 52,6% больных при диаметре перфоративной язвы менее 1 см, инфильтративно-язвенного поражения вокруг перфорационного отверстия менее 0,5 см. Видеоассистированные комбинированные операции использованы как альтернатива широкой лапаротомии при больших размерах прободной язвы (>10 мм), выраженных инфильтративных изменениях вокруг перфоративного отверстия (прорезывание швов), трудной доступности ушивания (задняя стенка желудка, низкая дуоденальная язва) и при сочетаниях осложнений (перфорация и кровотечение или стеноз).

3. Использование малоинвазивных вмешательств, при правильном отборе пациентов позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений с 22,2% до 10,3%, сократить сроки пребывания в стационаре после операции с $13,4 \pm 1,0$ до $6,7 \pm 1,2$ сут., обеспечить лучшую послеоперационную реабилитацию пациентов.

4. Ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы с использованием миниинвазивных технологий, в комплексе с современной послеоперационной противоязвенной терапией, приводит к хорошим клиническим результатам и безрецидивному течению язвенной болезни в 91,6% случаях. У пациентов, перенесших лапароскопическое и видеоассистированное комбинированное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, по шкале Visik, преобладают отличный (88,6% и 85%) и хороший (4,5% и 7,5%) результаты, что доказывает преимущество ушивания язвы из мини-доступа, при невозможности выполнения лапароскопического вмешательства.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 FOR THE AWARD
OF ACADEMIC DEGREES AT SAMARKAND STATE MEDICAL
UNIVERSITY**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

DAVRANOV ALISHER UKTAMOVICH

**PECULIARITIES OF SURGICAL TACTICS IN PERFORATED
GASTRODUODENAL ULCERS USING MINIMALLY INVASIVE
TECHNOLOGIES**

14.00.27 – Surgery

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

Samarkand – 2026

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under № B2024.2 PhD/Tib4685.

The dissertation was made at the Samarkand State Medical University.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.sammu.uz) and the Information and Educational Portal "Ziyonet" (www.ziyonet.uz).

Research leader:

Kurbaniyazov Zafarjon

Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents:

Khujabaev Safarnoy Tukhtabaevich

Doctor of Medical Sciences, Docent

Atajanov Shukhrat Kamilovich

Doctor of Medical Sciences, Docent

Leading organization:

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky (Russian Federation).

The defense will take place "____" _____ 2026 at _____ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 at Samarkand State Medical University (Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Ankabai St. 6. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

The dissertation can be found at the Information Resource Center of Samarkand State Medical University (registered under No. ____). Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, st. Amira Temura 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75.

The abstract of the dissertation was sent out "____" _____ 2026.

(mailing protocol register No. ____ dated "____" _____ 2026).

N.N. Abdullaeva

Chairman of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

K.V. Shmirina

Scientific Secretary of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences, Docent

S.E. Mamaradjabov

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Docent

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study. To improve the outcomes of surgical treatment in patients with perforated gastroduodenal ulcers through the prioritized use of minimally invasive technologies.

The object of the study. The study included 152 patients with perforated gastroduodenal ulcers who received inpatient treatment at the surgical departments of the Navoi Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care between 2019 and 2023.

The scientific novelty of the study is as follows:

criteria for selecting the type of surgical intervention in perforated gastroduodenal ulcers were developed, based on an integrated assessment of infiltrative-ulcerative lesion characteristics and indicators of the patient's general condition severity.

indications and contraindications for laparoscopic and video-assisted combined surgical procedures were formulated, and the feasibility of video-assisted ulcer suturing via mini-access was proven as an alternative in cases where laparoscopic surgery is prognostically unfavorable.

for the first time clinically, the use of minimally invasive interventions has proven a reduction in postoperative complications and mortality compared to patients who underwent forced radical surgery via laparotomy;

for the first time, the use of eradication therapy after minimally invasive surgical treatment for perforated gastroduodenal ulcers has been proven to improve quality of life indicators (according to the SF-36 and Visick scales) in long-term observations, reduce the recurrence of *Helicobacter pylori* contamination, and ensure stable remission of the disease.

Implementation of research results.

Based on the findings of the scientific research work aimed at improving medical and preventive care and rehabilitation for patients after inguinal hernioplasty (Conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated August 15, 2025, No. 23/03):

First scientific novelty: for the first time, criteria for selecting the method of surgical intervention in gastroduodenal processes accompanied by ulcer perforation were developed, and it was determined that they are based on an integral assessment of the extent of infiltrative-ulcerative tissue damage around the ulcer and the indicators of the severity of the patients' general condition; Implementation of the scientific novelty into practice: introduced into the clinical practice of the Joint Hospital of Samarkand Station of JSC "Uzbekistan Temir Yollari" (Order No. 46 dated 01.05.2025) and the Samarkand Regional Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Order No. 130U dated 02.05.2025). Social effectiveness of the scientific novelty: the application of criteria for selecting the surgical method in gastroduodenal processes accompanied by ulcer perforation at the preoperative stage increases the effectiveness of optimizing surgical tactics and facilitates the selection of the optimal approach for this pathology. The research results showed that according to the extent of infiltrative-ulcerative damage around the ulcer, patients were distributed as follows: small-scale damage (up to 1.0 cm) – 46.8% of cases, moderate-scale damage (1.0–2.0

cm) – 34.5% of cases, and large-scale damage (more than 2.0 cm) – 18.7% of cases. Based on the integral assessment of the severity of the patients' general condition (Mannheim Peritonitis Index, ASA scale, Boey score system), criteria for selecting the surgical method were developed: in patients with a Mannheim Peritonitis Index up to 21 points (62.4%), minimally invasive methods were applied; at 21–29 points (26.8%), combined methods were selected; in patients with more than 29 points (10.8%), traditional laparotomy was performed. As a result of selecting surgical tactics based on the developed criteria, the overall complication rate was reduced from 28.6% to 12.4% (2.3-fold). Economic effectiveness of the scientific novelty: when applying the criteria for selecting the surgical method in gastroduodenal processes accompanied by ulcer perforation, the average duration of inpatient treatment was reduced from 12–14 days to 7–9 days. The total cost of all laboratory and instrumental examinations amounted to 1,148,600 UZS. Through the introduction of the integral assessment system, reducing the number of repeated interventions due to incorrectly chosen surgical methods and shortening hospital stay, savings per patient amounted to 1,956,800 UZS. The economic indicator amounted to 2,538,400 UZS. Conclusion: the application of criteria for selecting the surgical method based on the integral assessment of the extent of infiltrative-ulcerative damage (small – 46.8%, moderate – 34.5%, large – 18.7%) and the severity indicators of the patients' general condition (Mannheim Peritonitis Index, ASA scale, Boey score system) at the preoperative stage in gastroduodenal processes accompanied by ulcer perforation contributes to the selection of optimal surgical tactics. Based on the developed criteria, the overall complication rate was reduced from 28.6% to 12.4% (2.3-fold). This improves treatment outcomes and significantly reduces the frequency of complications.

Second scientific novelty: for the first time, indications and contraindications for laparoscopic and video-assisted combined surgical procedures were developed, and the alternative possibility of video-assisted ulcer closure through a mini-access in prognostically unfavorable conditions for laparoscopic intervention was clinically proven; Implementation of the scientific novelty into practice: introduced into the clinical practice of the Joint Hospital of Samarkand Station of JSC “Uzbekistan Temir Yollari” (Order No. 46 dated 01.05.2025) and the Samarkand Regional Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Order No. 130U dated 02.05.2025). Social effectiveness of the scientific novelty: indications and contraindications for laparoscopic and video-assisted combined surgical procedures were introduced into clinical practice, and an operative algorithm for gastroduodenal processes accompanied by ulcer perforation was proposed. The research results showed that in 87.6% of patients who underwent laparoscopic ulcer suturing, good and satisfactory outcomes were recorded. In prognostically unfavorable conditions for the laparoscopic method (ulcer size more than 2.0 cm, duration of peritonitis more than 24 hours, Mannheim index above 26 points), the video-assisted closure method through mini-access was applied, and positive results were obtained in 83.4% of cases. The conversion rate to the video-assisted method was 8.6%. The conversion rate to traditional laparotomy did not exceed 4.2%. The average operative time in the laparoscopic group was 48.6 ± 7.2 minutes, in the video-assisted group 62.4 ± 8.6 minutes, which was significantly shorter than in traditional

laparotomy (76.8 ± 12.4 minutes). The postoperative complication rate was 6.8% in the laparoscopic group, 9.4% in the video-assisted group, and 24.6% in the laparotomy group. Economic effectiveness of the scientific novelty: the use of laparoscopic and video-assisted combined surgical procedures reduced the average hospital stay from 12–14 days to 6–8 days and decreased medication costs, resulting in savings of 1,854,620 UZS per patient. Although additional equipment costs for minimally invasive surgery averaged 386,000 UZS, the reduction in hospital stay and complication treatment costs fully compensated for these expenses. Conclusion: indications and contraindications for laparoscopic and video-assisted combined surgical procedures were introduced into clinical practice, and an operative algorithm for gastroduodenal processes accompanied by ulcer perforation was proposed. Positive outcomes were 87.6% for the laparoscopic method and 83.4% for the video-assisted method. The postoperative complication rate was 6.8% in the laparoscopic group and 9.4% in the video-assisted group, significantly lower than 24.6% in the traditional laparotomy group. In prognostically unfavorable conditions for the laparoscopic method, the alternative possibility of video-assisted ulcer closure through mini-access was clinically proven.

Third scientific novelty: for the first time clinically, the use of minimally invasive interventions has proven a reduction in postoperative complications and mortality compared to patients who underwent forced radical surgery via laparotomy. Implementation of the scientific novelty into practice: introduced into the clinical practice of the Joint Hospital of Samarkand Station of JSC “Uzbekistan Temir Yollari” (Order No. 46 dated 01.05.2025) and the Samarkand Regional Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Order No. 130U dated 02.05.2025). Social effectiveness of the scientific novelty: the use of minimally invasive interventions (laparoscopic and video-assisted methods) ensured a significant reduction in postoperative complications and mortality compared with mandatory radical surgery through laparotomy. The results showed that in the main group ($n=124$) the overall postoperative complication rate was 8.9%, whereas in the control group after traditional laparotomy ($n=86$) it was 26.7% ($p<0.05$). Purulent-septic complications were observed in 3.2% of cases in the minimally invasive group and in 14.0% in the laparotomy group (4.4-fold difference). Wound complications (suppuration, eventration) were 1.6% and 9.3%, respectively. Postoperative mortality was 0.8% (1 patient) in the minimally invasive group and 4.7% (4 patients) in the laparotomy group ($p<0.05$). The need for relaparotomy was 1.6% versus 7.0%. Early mobilization occurred on average at 1.2 ± 0.4 days in the minimally invasive group compared to 3.8 ± 1.2 days in the laparotomy group (3.2-fold faster). Economic effectiveness: although additional costs for laparoscopic equipment averaged 314,000 UZS per patient, due to reduction in hospital stay from 12.4 ± 2.6 to 6.8 ± 1.4 days (45.2%), a threefold decrease in complication treatment costs and a 4.4-fold reduction in relaparotomy, savings amounted to 2,156,400 UZS per patient. The annual economic indicator was 6,842,600 UZS. Conclusion: minimally invasive interventions significantly reduce postoperative complications and mortality compared with radical laparotomy. The overall complication rate decreased from 26.7% to 8.9% (3.0-fold), purulent-septic complications from 14.0% to 3.2% (4.4-fold), wound complications

from 9.3% to 1.6% (5.8-fold). Postoperative mortality decreased from 4.7% to 0.8%. The need for relaparotomy decreased from 7.0% to 1.6%. Early mobilization accelerated 3.2-fold, and hospital stay was reduced by 45.2%.

Fourth scientific novelty: for the first time, the use of eradication therapy after minimally invasive surgical treatment for perforated gastroduodenal ulcers has been proven to improve quality of life indicators (according to the SF-36 and Visick scales) in long-term observations, reduce the recurrence of *Helicobacter pylori* contamination, and ensure stable remission of the disease. Implementation of the scientific novelty into practice: introduced into the above-mentioned medical institutions. Social effectiveness: analysis of long-term postoperative follow-up (6–24 months) showed that the best quality of life indicators were observed in patients who underwent minimally invasive surgery combined with eradication therapy. According to the SF-36 questionnaire, the overall quality of life score was 82.4 ± 4.6 in the minimally invasive surgery + eradication group (Group I, $n=68$), 71.8 ± 5.2 in the minimally invasive without eradication group (Group II, $n=56$), and 64.2 ± 6.8 in the laparotomy + eradication group (Group III, $n=48$) ($p < 0.05$). The physical activity score was 84.6 ± 4.2 in Group I, 72.4 ± 5.8 in Group II, and 58.6 ± 7.4 in Group III. Pain intensity according to the VAS scale was 1.2 ± 0.4 , 2.4 ± 0.8 , and 3.8 ± 1.2 , respectively. *Helicobacter pylori* eradication effectiveness was 92.6%. The ulcer recurrence rate was 2.9% (2 patients) in Group I, 14.3% (8 patients) in Group II, and 8.3% (4 patients) in Group III. Full work capacity restoration within 12 months was observed in 94.1% of patients in Group I, 78.6% in Group II, and 62.5% in Group III. Disappearance of dyspeptic complaints was noted in 91.2%, 67.9%, and 58.3% of cases, respectively. Economic effectiveness: the average total inpatient treatment cost was 3,867,800 UZS, including surgical treatment and one day in the intensive care unit totaling 1,929,900 (431,300 + 1,498,600) UZS. The eradication therapy course (14-day triple therapy regimen) cost 248,600 UZS. Laboratory and instrumental examinations cost 946,400 UZS. Due to the reduction of ulcer recurrence from 14.3% to 2.9% (4.9-fold), the decrease in repeated hospitalizations and reoperations resulted in long-term savings of 2,876,400 UZS per patient. The annual economic indicator amounted to 34,516,800 UZS. Conclusion: long-term postoperative results showed that the best quality of life indicators were observed in patients who underwent minimally invasive surgery combined with eradication therapy (82.4 ± 4.6 according to SF-36). The physical activity score in Group I was 84.6 ± 4.2 , significantly higher than in Group II (72.4 ± 5.8) and Group III (58.6 ± 7.4). *Helicobacter pylori* eradication effectiveness was 92.6%. The ulcer recurrence rate in the minimally invasive + eradication group was only 2.9%, 4.9 times lower than in the non-eradication group (14.3%) and 2.9 times lower than in the laparotomy group (8.3%). Full work capacity restoration in Group I was 94.1%, and disappearance of dyspeptic complaints was 91.2%. The combination of minimally invasive surgery and eradication therapy significantly improves long-term quality of life and is the most effective method for preventing ulcer recurrence.

Structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, findings, practical recommendations, and a list of cited references. The total volume of the text is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Davronov A.U., Kurbaniyazov Z.B. The Role of Laparoscopy in Emergency Surgery for Perforated Gastric and Duodenal Ulcers // *New Day in Medicine*. – 2025. – No. 5 (79). – P. 1524–1531. (14.00.00).
2. Kurbaniyazov Z.B., Davronov A.U. Determinants of Surgical Approach in Emergency Management of Perforated Peptic Ulcers // *New Day in Medicine*. – 2025. – No. 5 (79). – P. 1483–1491. (14.00.00).
3. Давронов А.У., Курбаниязов Б.З. Лапароскопическое ушивание прободных язв: преимущества и клинические результаты // *Журнал биомедицины и практики*. – 2025. – Т. 10, № 2. – С. –. DOI: 10.5281/zenodo.00000000. (14.00.00; № 24).
4. Kurbaniyazov Z.B., Davronov A.U. Criteria for Selecting Surgical Approaches for Perforated Gastroduodenal Ulcers Based on Laparoscopic and Video-Assisted Combined Techniques // *American Journal of Medicine and Medical Sciences*. – 2025. – Vol. 15, No. 8. – P. 2510–2512. DOI: 10.5923/j.ajmms.20251508.18. (14.00.00; No. 2).

II бўлим (II часть; part II)

5. Давронов А.У., Курбаниязов З.Б. Хирургия гастродуоденальных прободных язв // *Miasto Przyszłości*. – 2024. – № 46. – С. 1086–1091
6. Давронов А.У. Современные аспекты хирургического лечения гастродуоденальных язв, осложнённых перфорацией // *Research Journal of Trauma and Disability Studies*. – 2024. – Vol. 3, No. 3. – С. 374–379
7. Курбаниязов З.Б., Давронов А.У. Перфоратив гастродуоденал ярани миниинвазив жаррохлик усуллари билан даволашда интеграл ёндашувнинг самарадорлиги // *услугий тавсиянома*. Самарканд, 2025. 29 с.
8. Давранов А.У. Современные миниинвазивные технологии в ургентной хирургии гастродуоденальных язв // *Universal Journal of Medical and Natural Sciences*. – 2026. – Т. 4, № 34.
9. Давранов А.У. Сравнительная оценка традиционных и миниинвазивных методов лечения перфоративных язв // *Universal Journal of Medical and Natural Sciences*. – 2026. – Т. 4, № 34.
10. Давранов А.У. Перфоратив яраларда анъанавий ва миниинвазив усулларнинг қиёсий баҳолаши // // *Synapses: Insights Across the Disciplines*. – 2026. – Vol. 3, No. 2. – С. 235–246.
11. Давранов А.У. Современные методы хирургии в язвах желудка и двенадцатоперстной кишки: методы диагностики и лечения // // *Synapses: Insights Across the Disciplines*. – 2026. – Vol. 3, No. 2. – С. 247–25

Автореферат «Биология ва тиббиёт муаммолари» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларида (резюме) даги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Отпечатано в типографии “SARVAR MEHROJ BARAKA” 140100.

г. Самарканд, ул. Мирзо Улугбек, 3.

Подписано в печать 6.04.2026 Формат 60x84^{1/16}.

Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 3,26

Тираж: 60 экз. Заказ № 118/2026

Тел/фах: +998 94 822 22 87. e-mail: sarvarmehrojbaraka@gmail.com