



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА  
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

# ***БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ***

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ  
№2.1 (95) 2017

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ  
МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ  
И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим  
проблемам биологии и медицины  
основан в 1996 году  
выходит ежеквартально

*Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ*

**Редакционная коллегия:**

*А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,  
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),  
Ф.Г. Назиров, У.Н. Тамкенбаев, Т.Э. Останакулов,  
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,  
Ш.А. Юсупов*

## УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный  
медицинский институт

### Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,  
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

### Телефон:

(99866) 233-36-79

### Факс

(99866) 233-71-75

(99866) 231-00-39

### Сайт

[pbim.uz](http://pbim.uz)

### e-mail

[pbim.uz@gmail.com](mailto:pbim.uz@gmail.com)

[committee@pbim.uz](mailto:committee@pbim.uz)

*Журнал зарегистрирован  
в Управлении печати и информации  
Самаркандской области  
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Алпаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятков	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Riesenmuller	(Австрия)
В.М. Розинков	(Россия)
Л.М. Рощаль	(Россия)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

Подписано в печать 22.04.2017.

Сдано в набор 13.05.2017.

Формат 60×84 мм

Усл. п.л. 66

Заказ 69

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**

Камолов С.Ж., резидент магистратуры, Рахматова Л.Т., асс., Рустамов И.М., студент 513 группы леч. факультета СамМИ  
Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав. каф. - к.м.н. Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: доц. Мустафакулов И.Б.

Цель исследования: улучшить результаты лечения повреждений двенадцатиперстной кишки. Материал и методы исследования: Основу настоящего исследования составили наблюдения за 26 больными с закрытыми повреждениями (87,5%) и ранениями (12,5%) ДПК, находившиеся на лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2001 по 2016 годы. В первые 6 часов с момента травмы в стационар поступило 21 (80,7%) пациентов, позже 24 часов были госпитализированы 2 (11,1%) пострадавших. Изолированной травма оказалась в 6 (23,0%) наблюдениях. На долю сочетанных и множественных травм пришлось 77,0%, которые чаще выявлялись при ранениях ДПК, что влияло на степень тяжести данного вида повреждений. Повреждения ДПК сочетались с травмой поджелудочной железы – 6 (23,3%), печени – 7 (26,9%), желчного пузыря – 4 (15,4%), тонкого кишечника – 2 (7,7%) и желудка – 1 (3,8%). Повреждения нисходящего отдела ДПК выявлены в 19 (73,0%) случаях, ниже-горизонтальной части – в 5 (19,2%) случаях, выше-горизонтальной части ДПК – в 2 (7,7%) наблюдениях. В состоянии шока поступили 11 (42,5%) пациентов. Результаты и их обсуждение: При лечении пострадавших с травмой и ранениями ДПК у 6 пациентов ограничили наложением первичного шва. В 8 наблюдениях первичный шов ДПК дополняли холецистостомией и дренированием сальниковой сумки, трансназально устанавливали декомпрессивный зонд в ДПК для активной аспирации и проводили за связку Трейтца интестинальный зонд для питания. При повреждениях более половины окружности ДПК, у 2 больных, первичный шов дополнялся простой дивертикулизацией ДПК, в 4 случаях дивертикулизация ДПК произведена по Доновану-Хагену (антрумэктомия, стволовая ваготомия, гастроэнтероанастомоз на длинной петле, холецистостома). При гематомах ДПК ограничивались эвакуацией гематомы с последующим дренированием забрюшинной клетчатки – 2 наблюдений. В последних 6 наблюдениях на поврежденный участок ДПК накладывали дуоденоюноанастомоз на длинной петле с Браунским соустьем с использованием проленовых атравматических нитей и трансназально устанавливали декомпрессивный зонд в ДПК для активной аспирации. В послеоперационном периоде назначали гастроцепин, циметидин, ранитидин, квамател, омез, цефепим+метронидазол, меропем, цефоперазон/сульбактам. Осложнения после хирургического лечения пациентов с травмами и ранениями ДПК возникли у 16 (61,5%). Посттравматический панкреатит наблюдался у 12 (46,2%) больных, несостоятельность дуоденальных швов – у 4 (15,4%) пострадавших с последующим формированием дуоденального свища. Летальный исход среди пострадавших с травмой и ранениями ДПК

наступил у 7 пациентов, при этом летальность составила 26,9%. Выводы: Выбор метода оперативного вмешательства производится индивидуально интраоперационно для каждого больного. В послеоперационном периоде обязательно медикаментозное подавление секреции желудочно-кишечного тракта и назначение антибиотиков широкого спектра действия.