

## ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЖАРОҲАТЛАРИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ



Рузибоев Санжар Абдусаломович<sup>1</sup>, Амонов Худойберди Равшанович<sup>2</sup>

1 – Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Рузибоев Санжар Абдусаломович<sup>1</sup>, Амонов Худойберди Равшанович<sup>2</sup>

1 – Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF DAMAGE TO THE DUODENUM

Ruziboev Sanjar Abdusalomovich<sup>1</sup>, Amonov Khudoiberdi Ravshanovich<sup>2</sup>

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

---

**Резюме.** Ўн икки бармоқ ичакнинг жароҳати бўлган 82 нафар беморда операциядан кейинги эрта даврда жарроҳлик даволаш натижалари ва асоратлари таҳлили ўтказилди. Операциядан кейинги эрта даврда энг кўп учрайдиган ва хавфли асоратлардан ўн икки бармоқ ичакка қўйилган чоклар етишмовчилиги натижасидаги тарқалган перитонит ривожланиши ёки ташқи оқма шаклланиши ҳисобланади. Ўлимга олиб келадиган асорат кўпинча анастомозларга қўйилган чоклар етишмовчилиги, ретроперитонеал флегмона бўлиб, бу септик инфекцияга ва тизимли полиорган этишмовчилигига олиб келади (ТПОН).

**Калит сўзлар:** Дуоденал травма, диагностика ва хирургик даволаш, асоратлар.

**Abstract.** The analysis of the results of surgical treatment and complications in the early postoperative period in 82 patients with duodenal lesions was carried out. The most frequent and formidable complication in the early postoperative period is the failure of the sutures of the duodenal wound with the development of peritonitis or the formation of an external fistula. The immediate complication leading to a fatal outcome is most often the failure of the sutures of the anastomoses to be applied, retroperitoneal phlegmon, which leads to septic infection and systemic multiple organ failure (SPON).

**Keywords:** Damage to the duodenum, surgical treatment.

---

**Тадқиқотнинг долзарблиги.** Маҳаллий ва хорижий адабиётларнинг таҳлиliga кўра, ўн икки бармоқ ичакнинг механик шикастланиши етарли даражада ўрганилмаган муаммо ҳисобланади. Шу билан бирга, ўн икки бармоқ ичак шикастланиши билан оғриган беморларни ташхислаш сифати ва жарроҳлик даволаш натижалари ҳали ҳам анча паст даражада қолмоқда, бу ташхисга ягона ёндашув ва ўн икки бармоқ ичак деворининг турли хилдаги шикастланишлари учун ягона жарроҳлик тактикаси йўқлиги билан

изоҳланади[1, 3, 9]. Операциядан кейинги дастлабки даврда энг кўп учрайдиган оғир асоратлар бу- ўн икки бармоқ ичак жароҳатидаги чоклар етишмовчилиги натижасида перитонит ривожланиши, ташқи оқма шаклланиши ҳисобланади[5, 7, 11]. Операциядан кейинги ўлим кўрсаткичининг юқори бўлиши, асосан, шифохонага кеч ётқизиши ва ташхис қўйиш билан боғлиқ бўлиб, ўн икки бармоқ ичакнинг локал шикастланишида 11,8 дан 30,5% гача, кўшма жароҳатларида эса 46,6 дан 80% гача

етади. Ретроперитонеал флегмонанинг ривожланишида ўлим кўрсаткичи 100% га етиши мумкин [2, 6, 9].

Бевосита ўлимга олиб келадиган асоратлардан асосан, анастомозга қўйилган чоклар етишмовчилиги қайсики бу септик инфекцияга ва кўп аъзоларнинг тизимли этишмовчилиги (КАТЕ) га олиб келади [4, 10, 12]. Шунингдек, адабиётларда ўлим сабабларига олиб келувчи омиллар кўрсатилган; пневмония, прогрессив ривожланувчи перитонит ва ретроперитонеал флегмона туфайли оғир токсикоз, корин бўшлиғи аъзоларининг аниқланмай қолган шикастланишлари, сепсис, травматик панкреатитнинг йирингли асоратлари, шок, ўқ отар куролдан жароҳатланиш оқибатида ичак деворининг некрози, оғир қўшма травмадан кейин [11, 12], панкреатит фонида ривожланган кўп аъзолар тизимли етишмовчилиги, ДВС-синдром [6, 8, 13].

**Тадқиқот мақсади.** Ўн икки бармоқ ичак жароҳатларини турли хил жарроҳлик тактикаси билан даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш.

**Материаллар ва тадқиқот усуллари.** Тадқиқот иши 2000 - 2020 йилгача бўлган даврда Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд, Сурхондарё, Қашқадарё, Навоий ва Жиззах филиалларида ўн икки бармоқ ичакнинг турли механик шикастланиши билан текширилган ва даволанган 82 нафар беморларда ўтказилган таҳлилларга асосланган. Кўпгина ҳолларда ёш ва ўрта ёшдаги беморлар операция қилинган - 63 (76,8%), эркалар аёлларга қараганда 3 барабар кўп. Жароҳатланганлар орасида эркалар 64 (78,1%), аёллар - 18 (21,9%) ни ташкил қилади.

Ўн икки бармоқ ичакнинг шикастланиши 5 (6,1%) ҳолатда баландликдан йиқишиш (кататравма); ўн икки бармоқ ичак жароҳатланишининг катта қисми 63 (77%) йўл-транспорт ҳодисаларида; 4 (4,9%) да - ишлаб чиқариш жароҳатлари ва ўз жонига қасд қилишга уриниш - 2 (2,4%) кузатувда, ятроген шикастланиш 3 (3,6%), қалтакланиш - 5 (6,1) беморларда кузатилди. Ўн икки бармоқ ичак жароҳатининг кўп қисми йўл-транспорт ҳодисаси туфайли юзага келган.

Ўзбекистон Республикаси ҳудудлари шароитида жабрланувчиларни малакали ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш учун шифохоналарга тез етказиб бориш имкониятлари мавжуд. Аксарият ҳолларда бу вақт 45,3 + 14,5 дақиқани ташкил этди. Шу билан бирга, 17 (20,7%) бемор жароҳат олганидан кейин 6 соатдан кўпроқ вақт давомида тиббий ёрдамга муурожаат қилган. Кўпинча бу ёпиқ корин травмаси бўлган беморларда аниқланди. Аввало,

кеч муурожаат қилиш беморнинг аҳолини етарли даражада баҳоламаслик билан боғлиқ бўлди. Жароҳатдан кейинги дастлабки 6 соат ичида 82 жабрланувчининг 55 нафари (67%) касалхонага ётқизилган. 6 соатдан 24 соатгача бўлган даврда 17 (20,7%) жабрланувчи қабул қилинди. 24 соат ва кўпроқ вақтда 10 (12,2%) жабрланувчи касалхонага ётқизилган.

Ўн икки бармоқ ичакнинг тушувчи қисмининг шикастланиши 54 (66%) ҳолатларда, пастки горизонтал қисми - 11 (13,4%) ҳолатда, ўн икки бармоқ ичакнинг юқори горизонтал қисми - 17 (20,7%) ҳолатда аниқланган.

**Жадвал 1.** Ўн икки бармоқ ичакнинг шикастланиш локализациялари

ЎИБИ жароҳатлари локализацияси	Беморлар сони	
	Абс	Абс
Юқорги-горизонтал қисми	17	20,7%
Пастга тушувчи қисми	54	65,9%
Пастки-горизонтал қисми	11	13,4%
Жами	82	100%

Изоляцияланган шикастланиш 27 (32,9%) ҳолатда кузатилди. Қўшма ва кўп жароҳатларнинг улуши 55 тани (67,1%) ташкил этди. Ўн икки бармоқ ичакнинг шикастланиши ошқозон ости беши 28 (34,1%), жигар - 11 (13,4%), ўт пуфаги - 4 (4,9%), йўғон ичак 4 (4,9%), ингичка ичак - 3 (3,6%) ва ошқозон - 3 (3,6%), портал вена 2 (2,4%) шикастланиши билан бирга учраган. Ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ шикастланиши бўлган беморларнинг клиник белгиларини солиштирганда изоляциялашган ва қўшма жароҳатларда сезиларли фарқлар йўқ ( $p > 0,05$ ).

Ўн икки бармоқ ичакнинг бошқа аъзолар ва анатомик ҳудудлар билан шикастланишининг комбинацияси 2-жадвалда келтирилган.

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

I (назорат) гуруҳи 34 нафар (41,4%) беморлардан иборат бўлиб, улар клиникада ишлаб чиқилган протоколга мувофиқ анъанавий даволаш усули ўн икки бармоқ ичак жароҳатига бирламчи чоклар қўйиш ва корин бўшлиғини дренажлаш қўлланилган.

II (асосий) гуруҳга 48 (58,6%) беморлар қиради, уларга ўн икки бармоқ ичак жароҳатига бирламчи чокларига қўшимча назогастродуоденал декомпрессия ва озиклантириш учун дренаж най қўйилди, ЎИБИ айланасининг 1/2 қисмидан кўпроғи шикастланганда ўн икки бармоқ ичак жароҳатига бирламчи чоклари қўйишдан ташқари ошқозонни дренажлаш операциялари, ўн икки бармоқ ичак дивертикулизацияси, антрумэктомия, гастроеюностомия, дуоденостомия, умумий ўт

йўлини дренажлаш каби турли операциялар комбинацияси бирга бажарилди.

**Жадвал 2.** Ўн икки бармоқ ичакнинг бошқа аъзолар ва анатомик ҳудудлар билан шикастланишининг комбинацияси

Шикастланган аъзолар	Беморлар сони	
	Абс	%
Ошқозон ости беши	28	34,1%
Жигар	11	13,4%
Портал вена	2	2,4%
Ўт пуфаги	4	4,9%
Ошқозон	3	3,7%
Ингичка ичак	3	3,7%
Йўғон ичак	4	4,9%
Жами	55	67,1%

Барча беморларга клиник ва биокимёвий қон текшируви, рентген текшируви, ЭКГ, қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг ультратовуш текшируви, диагностик лапароскопия, керак бўлганда, компьютер ёки мультиспирал компьютер томографияси ўтказилди. Амалга оширилган ташкилий чоратадбирлар, замонавий асбоб-ускуналар ва малакали кадрлар билан таъминланиши туфайли диагностика имкониятларни сезиларли даражада кенгайтириш ва қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатлари ва тешиб утувчи ҳамда ўткир жароҳлик патологияси билан шошилган кўрсатмалар бўйича тушган беморларни текшириш вақтини қисқартириш имконини берди. Қорин бўшлиғининг шикастланиши ва тешиб кировчи жароҳатлари бўлган беморларнинг кўпчилигида текширув тўғридан-тўғри операция хонасида шокка қарши чоралар фониди ўтказилди.

**Тадқиқот натижалари.** Ўн икки бармоқ ичак жароҳати билан хирургик даволанган беморларни таҳлил қилиш натижасида қуйидаги натижаларлар олинди:

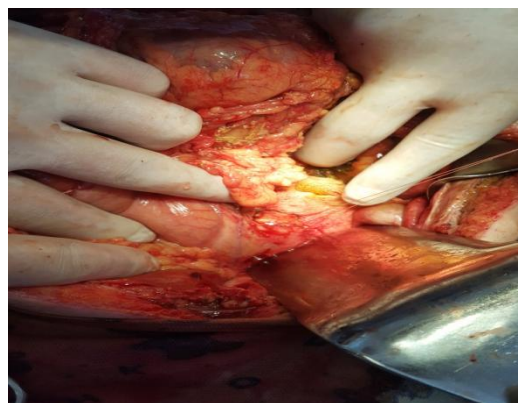
Операциядан кейинги даврда 1 ва 3 кунларда иккала гуруҳда ҳам интоксикация белгилари кузатилди: тахикардия, субфебрил иситма, ЛИИ нинг ўртача кўтарилиши аниқланди.

6 ва 9-кунларда II гуруҳдаги беморларнинг барча кўрсаткичлар I гуруҳдагига қараганда пасайиши кузатилди (3-жадвал). Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатадики, II гуруҳда ўн икки бармоқ ичак жароҳатланишини хирургик йўли билан даволашдан сўнг, интоксикация белгилари ва беморлар умумий аҳволининг яхшиланиши I гуруҳга қараганда тезроқ содир бўлади. Бинобарин, II гуруҳда ўтказилаётган даволаш операциядан кейинги даврнинг қулай кечишига ёрдам беради.

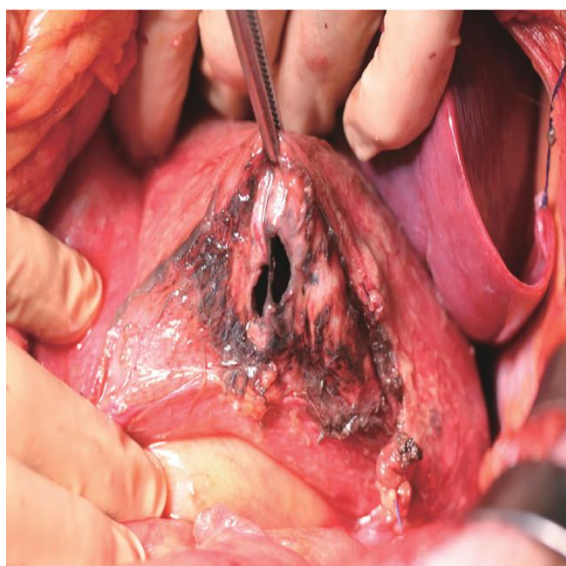
Шифохонага ётқизилган пайтдан бошлаб, жавоб берулгунича физиологик ва клиник маълумотларни ҳисобга олган ҳолда беморларнинг ҳолатини динамик таҳлил қилиш учун Ranson, МИП (Мангейм перитонеал индекси), АРАСНЕ II тизимларидан фойдаланилди. Ўн икки бармоқ ичак шикастланиши туфайли ривожланган ретроперитонеал флегмона билан оғриган беморлар гуруҳида Ranson ва МИП кўрсаткичлари аниқ юқори бўлди ва даволанишга қарамай, юқорилигича қолди. 4-жадвал.

АРАСНЕ II бали асосий гуруҳдаги беморларда даволанишнинг ижобий динамикасини ақс эттирди. Клиник ва биокимёвий таҳлилларни ўрганиш, қорин парда орти соҳаси ажралмаси таркибини назорат қилиш, Ranson ва МИП мезонларини динамик ўрганиш натижаларига кўра, асосий гуруҳда ижобий динамика қайд этилди. Операциядан кейинги асоратларнинг энг кўп сони жигар, ошқозон ости беши ва ичакларнинг биргаликда шикастланиши бўлган беморлар гуруҳида қайд этилди.

Шуни таъкидлаш лозимки, операциядан кейинги даврда ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ жароҳати бўлган 56 (68,3%) беморларда 76 та асоратлар кузатилди (1 беморга ўртача 1,3). Қорин бўшлиғининг ёпиқ шикастланиши туфайли ўн икки бармоқ ичакнинг ёрилиши аксарият ҳолларда пост-травматик панкреатит билан кечади, бу фақат операциядан кейинги эрта даврда ўзини намоён қилади. Ушбу фонда ўн икки бармоқ ичак чокларининг етишмовчилиги эхтимоли ортади.



**Расм 1.** Ўн икки бармоқ ичакнинг жароҳатига бирламчи чоклар қўйиш



**Расм 2.** Ўн икки бармоқ ичак жароҳатини тикиш, ўн икки бармоқ ичакнинг дивертикулизиацияси, дуоденостомия

**Жадвал 3.** Гуруҳларда операциядан кейинги давр динамикаси

Кўрсаткичлар	1-чи сутка		3-чи сутка		6-чи сутка		9-чи сутка	
	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр
Тана ҳарорати (°C)	38,7±0,5	37,7±0,3	37,8±0,4	37,3±0,5	37,7±0,4	36,9±0,3	37,2±0,4	36,7±0,5
ЮҚС (мин.да)	118±5	114±4	116±5	108±5	98±4	91±3	88±4	77±3
ЛИИ (ед.)	2,5±0,2	2,3±0,3	4,5±0,4	4,1±0,3	3,5±0,3	2,1±0,3	3,1±0,2	1,8±0,2

**Жадвал 4.** Асосий ва назорат гуруҳларида беморларнинг аҳволини оғирлигини динамикада баҳолаш

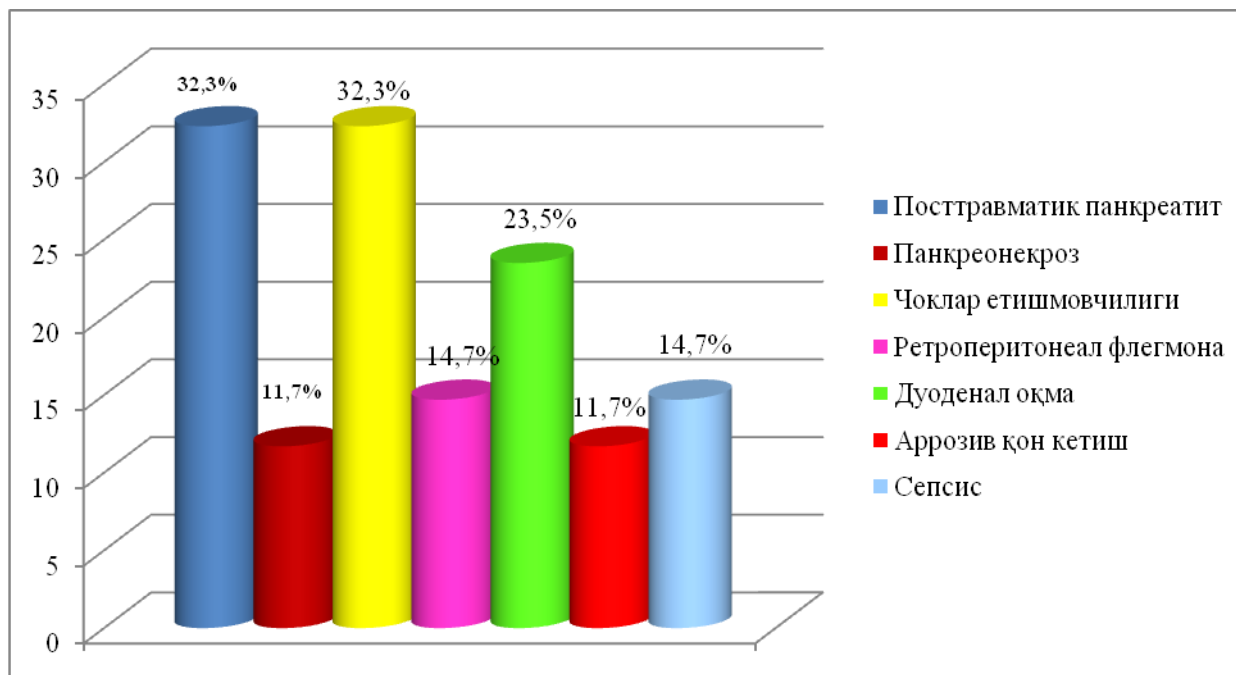
Гуруҳ, балл	Асосий гуруҳ (n=48)	Назорат гуруҳи (n=34)
ПИМ 1-кун	19 балл	22 балл
ПИМ 10 кун	11 балл	16 балл
Ranson 1-кун	3 балл	5 балл
Ranson 48 соат	1 балл	4 балл
АРАСНЕ II 1 кун	8 балл	9 балл
АРАСНЕ II 10 кун	3 балл	5 балл

**Жадвал 5.** ЎИБИ жароҳатини даволашдаги асоратлар

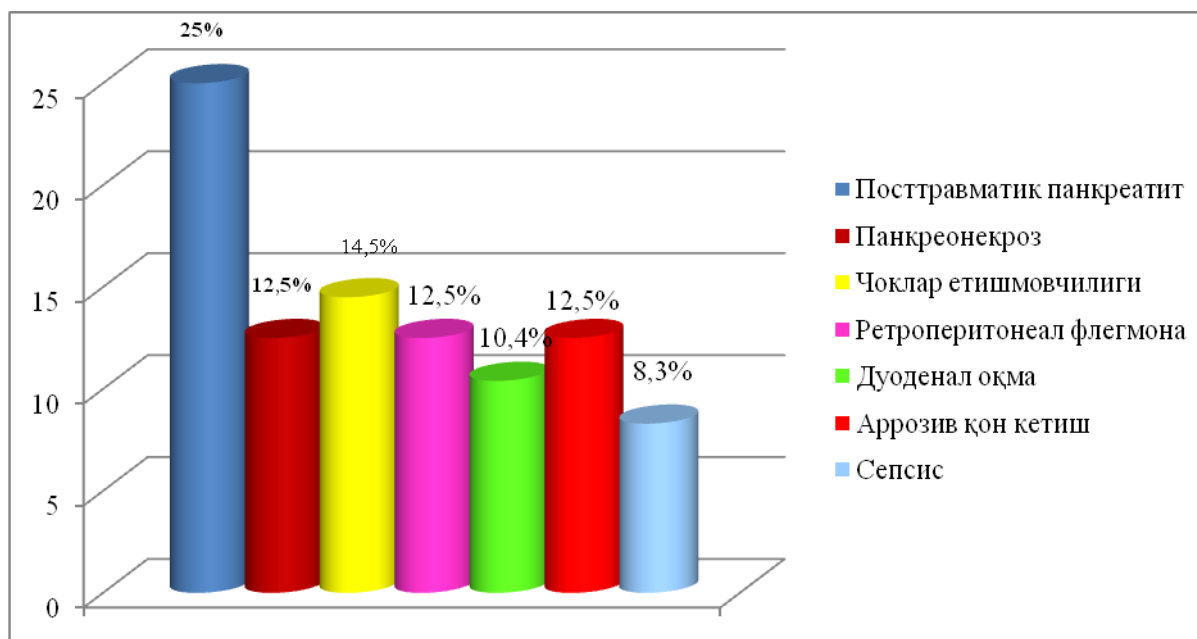
Асоратлар курилиши	Назорат гуруҳи (n=34)	Асосий гуруҳ (n=48)
Панкреатит	11 (32,3%)	12 (25%)
Панкреанекроз	4 (11,7%)	6 (12,5%)
Чоклар этишмовчилиги	11 (32,3%)*	7 (14,5%)
Ретроперитонеал флегмона	5 (14,7%)	6 (12,5%)
Ўн икки бармоқ ичак окмаси	8 (23,5%)	5 (10,4%)
Сепсис	5 (14,7%)	4 (8,3%)
Аррозив қон кетиш	4 (11,7%)	6 (12,5%)

I гуруҳда жароҳатлик муолажасидан сўнг 24 (70,6%) беморларда, II гуруҳда эса 16 (33,3%) беморларда асорат кузатилди ( $p < 0,05$ ). Хирургик даволашдан кейинги асоратлар таҳлили шуни кўрсатадики, I гуруҳда панкреатит асорати 11 беморда (32,3%), панкреанекроз 4 беморда (11,7%), II гуруҳга қараганда кўп учради (мос равишда 25% ва 12,5%). I гуруҳда арозив қон кетиш частотаси 11,7% (4 беморда), II гуруҳда эса

-12,5% (6 беморда). Шунингдек, I гуруҳда ўн икки бармоқ ичакдаги чоклар этишмовчилиги (11 беморда 32,3%), ретроперитонеал флегмона (14,7%, 5 беморда), II гуруҳда (мос равишда 14,5% ва 12,5%), дуоденал окма (8 беморда 23,5%), II гуруҳда (5 беморларда 10,4%), сепсис (14,7%, 5 беморда) II гуруҳда (мос равишда 8,3%) каби асоратлар кузатилди.



Расм 3. Назорат гуруҳида хирургик даволашдан кейинги асоратлар



Расм 4. Асосий гуруҳдаги хирургик даволашдан кейинги асоратлар

Жадвал 6. Ўн икки бармоқ ичак жароҳатланишида жароҳатланиш даражасига қараб ўлим курсатгичи

Жароҳатланиш даражаси	Беморлар сони	Ўлим курсатгичи	
		абс.с	%
I даража	19	1	5,2
II даража	36	6	16,6
III даража	17	4	23,5
IV даража	7	3	42,8
V даража	3	3	100

Ўн икки бармоқ ичак жароҳатларини хирургик йўли билан даволашни таҳлили шуни кўрсатдики, ўткир панкреатит ва ретроперитонеал флегмона каби асоратлар ривожланганда ўн икки бармоқ ичакдаги чоклар етишмовчилиги

эҳтимоли ортиши аниқланди. Диафрагма ости, ичаклараро ва ретроперитонеал абцеслар, сепсис, ретроперитонеал флегмона, панкреанекроз билан асоратланган посттравматик панкреатит ривожланади.



**Расм 5.** Ўн икки бармоқ ичак жароҳатларида диагностика ва хирургик даволаш алгоритми

Энг кўп ўлимга олиб келадиган асорат: ретроперитонеал флегмона - 15 (18,3%) ҳолатда учраб, улардан энг кўпи ёпиқ шикастланишларда аниқланди. Жароҳатланиш даражасига қараб ўлим курсатгичи 6-жадвалда келтирилган.

Ўн икки бармоқ ичакнинг I даражали шикастланиши бўлган беморлар орасида ўлим даражаси I (5,2%), II даражалида - 6 (16,6%). Ўн икки бармоқ ичакнинг III даражали шикастланиши бўлган беморларда - 4 (25%) кузатилди. ЎИБИ нинг IV даражали жароҳатланиши, ўт йўллари, ошқозон ости беши, ингичка ичак, қўндаланг чамбар ичакнинг қўшма жароҳатланишида 3 (42,8%) бемор ва ўн икки бармоқ ичакнинг V даражали жароҳатланишида 3 (100%) бемор вафот этди. IV ва V даражали жароҳатланишлар билан беморларнинг ўлими шифохонага ётқизилганидан кейин биринчи соатларда ва бир ҳафта ичида содир бўлди, бу олинган жароҳатнинг катталиги, ҳаётий аъзоларнинг кўп сонли шикастланиши билан боғлиқ бўлди.

ЎИБИ жароҳатланиши бўйича ўтказилган операциялардан кейин ўлимга олиб келадиган натижалар қуйидаги даврларда кузатилди: Операциядан кейинги дастлабки 1-6 кун ичида 7 (8,5%) бемор вафот этди. Ўлим сабаби жабрланганларнинг операциядан олдинги ўта оғир аҳволи ва операциядан кейинги даврда кўп аъзолар этишмовчилигининг ривожланиши

билан боғлиқ бўлди. Улардан 6 нафар бемор IV даражали травматик шок ҳолатида ва қорин парда орти флегмонаси туфайли эндотоксик шок ҳолатида шифохонага ётқизилган. Операциядан кейин 6 кундан 10 кунгача вафот этган 10

беморда кеч йирингли-септик асоратлар қайд этилган: аррозив қон кетиш - 2 тасида (қон кетиш манбаи ошқозон ости беши томирлари - 2); 2 тасида ошқозон-ичак тракти оқмалари (ўн икки бармоқ ичак оқмаси - 2), 6 нафар бемор ўлимига ретроперитонеал флегмона ва сепсис туфайли келиб чиққан интоксикация сабаб бўлди.

Ривожланган ретроперитонеал флегмона билан назорат гуруҳида 5 (55,5%) бемор, асосий гуруҳда 4 (66,6%) бемор вафот этди.

Назорат гуруҳидаги ўлим даражаси, ЎИБИ жароҳатланиши билан касалланганлар орасида 23,5% (8 бемор) ни ташкил этди. Ўтказилган даволашлар асосий гуруҳда салбий натижалар хавфини камайтиришга имкон берди, яъни ўлим курсатгичини 18,7% гача камайтирди. Асосий гуруҳда 9 нафар жароҳатланганлар вафот этган, ўлим даражаси 18,7% ( $p < 0,05$ ).

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

**Муҳокама.** Шундай қилиб, асосий гуруҳда қўлланиладиган ўн икки бармоқ ичак жароҳатланишлари даволаш техникаси асоратларни камайтиради. Характерли жиҳати шундаки, асоратларнинг частотаси шикастланиш даражасининг ошиши билан ортади, шунингдек, ўн икки бармоқ ичакнинг тушувчи қисмининг шикастланиши билан максимал қийматга етади.

Ретроперитонеал бўшлиқни жарроҳлик йўли билан тозалаш ёрдамида ўн икки бармоқ ичакнинг шикастланиш даражасига қараб, жарроҳлик

аралашуви ва операциядан кейинги даврни бошқариш усулини танлаш учун тавсия этилган даволаш ва диагностика дастури асоратлар сонини, операциядан кейинги ўлимни сезиларли даражада камайтиради ва даволаш натижаларини яхшилайдди.

#### **Хулоса:**

1. Операция кўлами тўғрисидаги якуний қарор беморнинг аҳволининг оғирлиги, бошқа органларнинг шикастланиш ҳажми ва даражаси, дастурлаштирилган операцияга бўлган эҳтиёж каби кўплаб омилларни ҳисобга олган ҳолда бевосита операция вақтида қабул қилиниши керак.

2. Жароҳатдан кейинги дастлабки босқичларда дуоденоюноанастамоз қўйиш, бизнинг фикримизча энг яхшисидир.

3. Жароҳат олгандан кейинги кечки босқичларда ўн икки бармоқ ичакни дивертикулзация билан масофали дуоденостомия қўйиш ва ошқозонни дренажлаш операциялари яхши натижа берди.

#### **Адабиётлар:**

1. Абакумов М.М., Чирков Р.Н. Повреждения двенадцатиперстной кишки // Издатель Бином, 2014.
2. Абдуллаева Н.Н., Вязикова Н.Ф., Шмырина К.В. Особенности эпилепсии у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Dobrokhotov readings. – 2017. – С. 31.
3. Ахмедов Ю.М., Хайдаров Г.А., Рузибоев С.А. Оптимизация диагностики и тактики хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки // Журнал «Хирургия Узбекистана». – 2013. – №3. – С. 28-34.
4. Азизова Р.Б., Абдуллаева Н.Н., Усмоналиев И.И. Изменение высших когнитивных функций у больных с эпилепсией // Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 28 (77). – С. 87-96.
5. Кубаев А. С., Абдукадыров А. А., Юсупов Ш. Ш. Особенности риномаксиллярного комплекса у взрослых больных с верхней микрогнатией // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2013. – №. 2. – С. 117-119.
6. Кубаев А. С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица // Научные исследования. – 2020. – №. 3 (34). – С. 33-36.
7. Насретдинова М.Т., Карабаев Х.Э. Совершенствование методов диагностики у пациентов с головокружением // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2017. – Т. 7. – №. 2. – С. 194-198.

8. Насретдинова М.Т. Изменения стабилметрических показателей у пациентов с системным головокружением // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2019. – Т. 9. – №. 2. – С. 135-139.

9. Ризаев Ж.А., Шамсиев Р.А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) // Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 55-58.

10. Ризаев Ж.А., Хазратов А.И. Канцерогенное влияние 1, 2-диметилгидразина на организм в целом // Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.

11. Fattaeva D. R., Rizaev J. A., Rakhimova D. A. Efficiency of Different Modes of Therapy for Higher Sinus after COVID-19 in Chronic Obstructive Pulmonary Disease // Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 6378-6383-6378-6383.

12. Gaybullaev E. A., Rizaev J. A., Abdullaev B. S. Clinical and Instrumental Evaluation of the Effectiveness of Surgical Treatment of Chronic Generalized Periodontitis Using RANK-RANKL-OPG Biomarkers // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.

13. Rizaev J. A., Rizaev E. A., Akhmadaliev N. N. Current View of the Problem: A New Approach to Covid-19 Treatment // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.

14. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.

#### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*Рузибоев С.А., Амонов Х.Р.*

**Резюме.** Проведен анализ результатов хирургического лечения и осложнения в раннем послеоперационном периоде у 82 больных с повреждениями ДПК. Наиболее частым и грозным осложнением в раннем послеоперационном периоде является несостоятельность швов дуоденальной раны с развитием перитонита или формированием наружного свища. Непосредственным осложнением, приводящим к смертельному исходу, чаще всего бывает несостоятельность швов накладываемых анастомозов, забрюшинная флегмона, что приводит к септической инфекции и системной полиорганной недостаточности (СПОН).

**Ключевые слова:** Повреждение двенадцатиперстной кишки, диагностика, хирургическое лечение, осложнении.