

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

ДЖАББАРОВ ЖАМШИД ИСМОИЛОВИЧ

**ҚОРИН БЎШЛИҒИДА ЎТКАЗИЛГАН ШОШИЛИНЧ ЖАРРОҲЛИК
АМАЛИЁТИДАН КЕЙИН ИНТРААБДОМИНАЛ
ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ АҲАМИЯТИ**

14.00.40–Шошилинч тиббиёт

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Джаббаров Жамшид Исмоилович

Қорин бўшлиғида ўтказилган шошилич жарроҳлик амалиётидан кейин
интраабдоминал гипертензиянинг аҳамияти..... 3

Джаббаров Жамшид Исмоилович

Роль интраабдоминальной гипертензии у больных после экстренных
оперативных вмешательств на органах брюшной полости..... 27

Djabbarov Jamshid Ismoilovich

The role of intraabdominal hypertension in patients after emergency operative
interventions on the abdominal cavity organs..... 47

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 50

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

ДЖАББАРОВ ЖАМШИД ИСМОИЛОВИЧ

**ҚОРИН БЎШЛИҒИДА ЎТКАЗИЛГАН ШОШИЛИНЧ ЖАРРОҲЛИК
АМАЛИЁТИДАН КЕЙИН ИНТРААБДОМИНАЛ
ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ АҲАМИЯТИ**

14.00.40 – Шошилинч тиббиёт

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2018.4.PhD/Tib733 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек ва рус), ҳамда инглиз тилида резюмеси илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.emerg-centre.uz) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Алтиев Базарбай Курбанович
тиббиёт фанлари доктори

Расмий оппонентлар:

Хакимов Мурад Шавкатович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ризаев Камал Саидқабарович
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

Самарқанд Давлат Тиббиёт институти

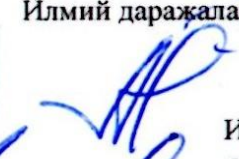
Диссертация ҳимояси Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2020 йил «24» ноябрь кuni соат 12:00 даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 2-уй. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru, Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг мажлислар зали.

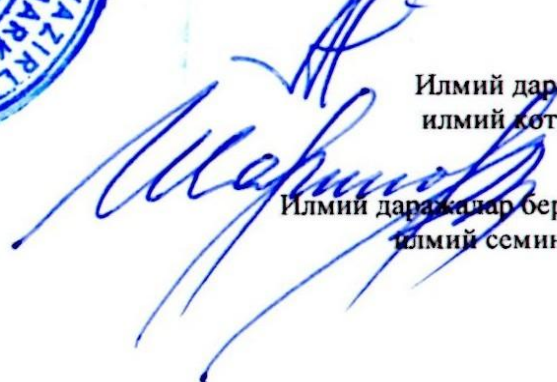
Докторлик (PhD) диссертацияси билан Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№3- рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 2-уй. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05.

Диссертация автореферати 2020 йил «12» ноябрь кuni тарқатилди.
(2020 йил «12» ноябрь даги 04 рақамли реестр баённомаси).




А.М. Хаджибаев
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор


Д.А.Алимов
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори


В.Х. Шарипова
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Дунёда жарроҳлик соҳасида мавжуд ютуқлар, яъни «...ташкилий чора-тадбирларни такомиллаштирилиши, тиббий амалиётга янги технологияларни жорий этилиши қарамасдан, ўлим кўрсаткичининг ўткир ичак тутилишида 20%, ўткир деструктив холециститда-35%, меъда ости беши некрозиди-15-47%, тарқалган перитонитда-40% гача бўлиши қорин бўшлиғининг шошилинич касалликлари билан хасталанган беморларни даволаш натижалари қониқарли эмаслигини кўрсатади...»¹. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари кўпинча 95-97% ҳолларда ўлимнинг асосий сабаби бўлувчи оғир кўп сонли аъзолар етишмовчилиги асоратларнинг ривожланиши билан бирга учрайди. «...ушбу тоифадаги беморларда кўп аъзолар етишмовчилиги синдроми ривожланишининг сабабларидан бири қорин бўшлиғи гипертензияси (ҚБГ).

Қорин бўшлиғи гипертензияси синдроми (ҚБГС) - бу қорин бўшлиғидаги босимнинг ошиши туфайли ривожланиб, кўп аъзолар етишмовчилигининг ривожланиши билан боғлиқ бўлган симптомлар мажмуасидан...»² иборатдир. Сўнгги йилларда қорин бўшлиғи гипертензияси билан хасталанган беморларни эрта ташхислаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш мақсадида дунёда бир қатор йўналтирилган илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. «...ҳозирги вақтда қорин бўшлиғидаги гипертензияни эрта ташхислаш ва даволашда минимал инвазив технологияларни ривожлантиришга кўпроқ эътибор қаратилмоқда, бу ўз навбатида беморларни даволаш натижаларини яхшилашга олиб келади...»³.

Юқорида таъкидланганларга мувофиқ, мавжуд ташхислаш услубини такомиллаштириш ва даволашнинг янги усулларини жорий этиш орқали қорин бўшлиғи гипертензияси билан хасталанган беморларнинг даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган ташхислаш ва даволаш тартибинини ишлаб чиқиш соҳа ходимлари олдида турган долзарб муаммолардан биридир.

Жаҳонда қорин бўшлиғида ўтказилган шошилинич жарроҳлик амалиётидан кейин интраабдоминал гипертензиянинг аҳамиятини такомиллаштиришга йўналтирилган қатор илмий-тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада қорин бўшлиғининг шошилинич жарроҳлик касалликлари бўлган беморларда ҚБГСнинг ривожланиш даражаси ва унинг ҳаётий муҳим органлар ва тизимлар фаолиятига ижобий ва салбий таъсирини асослашдан иборат. Қорин бўшлиғининг шошилинич хирургик касаллиги

¹Бисюк Ю.В. /О врачебных ошибках в экстренной абдоминальной хирургии. // «Военно-медицинский журнал». 2007, № 10, С. 55.

²Жебровский В.В. /Осложнения в хирургии живота. / «Медицинское информационное агентство», 2006, стр.448.

³ Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Ходжиев Д.Ш. и др. /Стандартизация комплексной динамической диагностики и тактики лечения послеоперационного перитонита.// «Вестник экспериментальной и клинической хирургии», 2011, №-4, стр. 9

бўлган беморларда операциядан кейинги эрта даврда дастурий санацияловчи лапароскопия, дастурий реллапаротомия натижасида ҚБГСнинг олдини олиш усуллари нинг самарадорлигини баҳолаш ҳамда қорин бўшлиғи аъзоларининг шошилинич касаллиги бўлган беморларда касалликнинг хусусиятига ва қорин бўшлиғи босими даражасига қараб қорин бўшлиғи босимини баҳолаш муддатларини ишлаб чиқишдан иборат. Қорин бўшлиғи аъзоларида шошилинич жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан сўнг қорин ичи гипертензияси бўлган беморларнинг ташхис ва даво алгоритминини ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, аҳолининг турли қатламлари орасида турли касалликлар натижасида амалга ошириладиган шошилинич тиббий ёрдамни таъминлашга қаратилган қатор вазифалар юклатилган «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, касалликларни эрта ташхислаш ва даволашнинг юқори технологик усуллари нини жорий қилиш, патронаж хизматини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни олдини олиш...»⁴ каби вазифалари белгиланган.

Ушбу вазифалар аҳолини қорин бўшлиғида ўтказилган шошилинич жарроҳлик амалиётидан кейин интраабдоминал гипертензиянинг аҳамиятини асослаш натижасида жарроҳлик амалиётини камайтириш, аҳоли орасида профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш натижасида шошилинич жарроҳлик амалиёти асоратлари натижасидаги ногиронлик ва ўлим кўрсаткичинини камайтириш имконинини беради.

Ўзбекистон Республикасининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасининг янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилинич тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2018 йил 7 декабрдаги «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизиминини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПФ - 5590-сон Фармонлари ҳамда 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Тадқиқот

⁴ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Соғлиқни сақлаш тизиминини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони

республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Дунёда кўп сонли муаллифлар берган маълумотларга кўра, кўплаб илмий тадқиқотлар ўтказилишига қарамасдан, абдоминал хирургияда қорин бўшлиғи гипертензияси ташхиси ва даволаш муаммолари ҳозирги кунгача ўз долзарблигини сақлаб қолмоқда (Костырной А.В., Поленок П.В., 2012). Шу билан бирга, қорин бўшлиғи гипертензияси ташхиси ва даволаш бўйича ўтказилган тадқиқотларнинг кўпчилиги анъанавий клиник, лаборатор ва инструментал текширувларга бағишланган бўлиб, улар ҳар доим ҳам патологик ҳолат оғирлик даражасини ва асорат ривожланиш эҳтимоллигини аниқ кўрсата олмайди (Geis W.P., Kim H.C., 2009).⁵ Охирги йилларда чоп этилган адабиётларда қорин бўшлиғи асоратларини аниқлашда замонавий видеолапароскопик амалиётлар қўлланилаётгани ҳақида илмий ишлар мавжуд (Geis W.P., Kim H.C., 2009). Шу билан бирга, ушбу услубнинг самарадорлиги ва ташхисий қиймати турли илмий тадқиқотларда бир-биридан фарқ қилади. Баъзи муаллифлар операциядан кейинги асоратларни ташхислашда видеолапароскопияга кўрсатмалар ишлаб чиқилмаганини (Swank H.A., Mulder I.M., Hoofwijk A.G. et al., 2013), бошқалари операциядан кейинги асоратларни лапароскопия усули билан ташхислаш мақсадга мувофиқ эмаслигини таъкидлайди (Ghorban-Poor M., Farimani M., Torabian S. et al., 2010). Diskapi Teaching and Research Hospital (Туркия) клиникасининг тадқиқотларида қорин бўшлиғи гипертензиясининг кеч ташхисланишига асосий эътиборларини қаратишди. ҚБГС нинг кеч ташхисланиши 30-72% ҳолларда клиник белгиларнинг ёрқин ривожланмаганлиги, инструментал текширув натижаларининг шифокорлар томонидан хато ёки нотўғри талқин қилингани аниқланди. Шу билан бирга, 20% ҳолларда ҚБГС топилмагани, 4.5% ҳолларда эса релапаротомия беҳуда бажарилгани ҳам аниқлаган (Вишневская А.Н., Стегний К.В., Раповка В.Г. , 2011).

Ўзбекистонда ошқозон ичак тизими хирургиясининг амалиётида ўтқир ичак тугилиши билан хасталанган беморларда жарроҳлик амалиётини (Алижонов Ф.Б., 2010; Хаджибоев А.М., 2015; Каримов Ш.И. 2016; Акилов Х.А. 2017; Боймаков С.Р., 2019), қорин бўшлиғида ўтказилган шошилич жарроҳлик амалиётидан кейин интраабдоминал гипертензиянинг аҳамиятини асослашга йўналтирилган қатор илмий-тадқиқотлар олиб борилмаган.

Адабиётлар бўйича ўтказилган таҳлиллар шуни кўрсатдики, қорин бўшлиғи гипертензияли беморлар хирургик давоси натижалари сезиларли даражада яхшиланган, шу билан бирга, содда, самарали ва айни пайтда техник жиҳатдан амалга оширилиши ишончли бўлган қорин бўшлиғи гипертензиясининг эрта ташхиси ва хирургик тактикасини белгиловчи

⁵Акилов Х.А., Асабаев А.Ш., Сайдазимов Е.М. Роль лапароскопии при послеоперационных осложнениях, требующих повторных вмешательств // Хирургия Узбекистана. - 2003. - №3. - С. 9-11.

усулларини ишлаб чиқиш асосий долзарб ва муҳим муаммо бўлиб турибди⁵. Юқорида таъкидланганларнинг барчаси ушбу тадқиқотни амалга ошириш учун асос бўлиб хизмат қилди.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган илмий тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация иши Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ АТСС 4.1 «Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари травмалари ва ўткир касалликларида хирургик тактикани такомиллаштириш ва даволаш натижаларини яхшилаш усулларини ишлаб чиқиш» (2018-2022 йй.) амалий грантлар лойиҳаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади қорин ичи гипертензияли беморларда даво алгоритмини такомиллаштириш йўли билан қорин бўшлиғи аъзолари шошилинич жарроҳлик касалликларининг натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

қорин бўшлиғининг шошилинич жарроҳлик касалликлари бўлган беморларда ҚБГСнинг ривожланиш частотаси ва унинг ҳаётий муҳим органлар, тизимларнинг ишига таъсирини баҳолаш;

қорин бўшлиғининг шошилинич хирургик касаллиги бўлган беморларда операциядан кейинги эрта даврда ҚБГнинг дастурий санацияловчи лапароскопия, дастурий релапаротомия орқали олдини олиш усулларининг самарадорлигини баҳолаш;

қорин бўшлиғи аъзоларининг шошилинич касаллиги бўлган беморларда касалликнинг хусусиятига ва қорин бўшлиғи босими даражасига қараб қорин бўшлиғи босимини баҳолаш муддатларини ишлаб чиқиш;

қорин бўшлиғи аъзоларида шошилинич жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан сўнг қорин ичи гипертензияси бўлган беморларнинг ташхислаш ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2009-2017 йилларда Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан турли хил жарроҳлик операциялари ўтказилган ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғи гипертензияси ривожланган 215 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида қорин ичи гипертензияси ва АПБ ривожланган қорин ичи эрта асоратли беморлардаги ташхислаш ва хирургик давонинг самарадорлигининг таҳлили материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник, инструментал ультратовуш, рентгенологик, лапароскопик ва статистик тадқиқот усулларидадан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

қорин бўшлиғининг шошилинич жарроҳлик касалликлари бўлган беморларда қорин бўшлиғи гипертензияси синдромининг ривожланиш даражаси ва унинг ҳаётий муҳим орган ва тизимларнинг фаолиятига таъсири

асосланган;

қорин бўшлиғи аъзоларида шошилич операциялардан сўнг қорин бўшлиғи гипертензияни пасайтиришнинг самарали жарроҳлик усуллари шу жумладан, дастурий санацияловчи лапароскопия, дастурий релапаротомия ишлаб чиқилган;

беморларнинг умумий ҳолатини АРАСНЕ II шкаласида ёрдамида аниқланган балларнинг беморлар қорин бўшлиғи босими ва қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнининг тарқалганликлари орасидаги корреляцион боғлиқлик аниқланган;

қорин бўшлиғи гипертензияси бўлган беморларни шошилич операциялардан кейин ташхислаш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

операциядан кейинги қорин ичи асоратларида қўлланиладиган ташхислаш ва даволаш алгоритми ҚБГ даражасини инобатга олган ҳолда қайта операцияларга кўрсатма қўйишда, керакли ҳажмдаги кам инвазив усулларни ишлатишга ёрдам берган;

оғир қорин ичи хирургик касаллиги бўлган беморларда жорий этилган қорин бўшлиғи босимининг мажбурий мониторинги босқичли жарроҳлик даволаш самарадорлигини, кўп аъзолар етишмовчилиги ва исталмаган асоратлар хавфини ўз вақтида аниқлашга имкон берган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, беморлар сонининг етарлилиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник, инструментал ва статистик текширув усуллари морфометрик, инструментал ва статистик усуллар асосида қорин бўшлиғида ўтказилган шошилич жарроҳлик амалиётидан кейин интраабдоминал гипертензиянинг аҳамияти ўзига хослиги халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулоса ва таклифларнинг назарий аҳамиятга эга эканлиги билан аниқланди, бу эса операциядан кейинги эрта қорин ичи асоратларини ташхиси ва давоси хусусиятларини ўрганиш, касалликни ташхислаш ва даволашнинг янги муқобил усулларини шакллантириш, жиддий асоратларнинг ўзига хос жиҳатларини баҳолаш учун асос бўлади. Тадқиқотнинг алоҳида натижалари магистр, клиник ординатор ва курсантларнинг шошилич жарроҳлик операциялардан кейинги патологияли беморларнинг ташхиси ва давоси бўйича ўқув дастурининг таркиби ва тузилмасини такомиллаштириш билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти қайта жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган операциялардан кейинги асоратларнинг ташхиси ва давосида ишлатилиши мумкин. Операциядан кейинги эрта қорин ичи касалликларини

аниқлаш ва мувофиқлаштиришда эндовизуал усулни кенг жорий этилиши билан фарқланувчи янги ташхисий-даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш йўли билан қорин ичи асоратларининг ташхиси ва даволаш жараёнлари оидинлаштириш тартиби яратилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Қорин бўшлиғида ўтказилган шошилич жарроҳлик амалиётидан кейин интраабдоминал гипертензиянинг аҳамияти яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Шошилич абдоминал жарроҳликда қорин бўшлиғи ичи гипертензив синдромида ташхислаш-даволаш алгоритми» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 20 сентябрдаги 8н/д-189-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома шошилич абдоминал жарроҳликдан кейинги қорин бўшлиғи ичи эрта асоратларини олдини олишга қартилган ташхислаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш имконини берган;

қорин бўшлиғида ўтказилган шошилич жарроҳлик амалиётидан кейин интраабдоминал гипертензиянинг аҳамиятини асослаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика шошилич илмий амалий тиббиёт марказининг Самарқанд ва Жиззах вилоятларининг филиларининг клиник амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 28 январдаги 8 н/з-12-сон маълумотномаси). Олинган тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши операциядан кейинги эрта қорин ичи асоратларининг ташхиси сифатини яхшилаш, операциядан кейинги асоратларни 43,1% дан 24,2% гача ва ўлим кўрсаткичини 22,4% дан 9,7% гача камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий анжуманда муҳокома қилинган, жумладан, 3 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 4 та мақола, жумладан, 2 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 105 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва аҳамияти, ушбу ишга талаб асослаб берилган, тадқиқот мақсади, вазифалари, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, мазкур тадқиқотларнинг республика фан

ва технологияларининг устувор йўналишларига мос келиши кўрсатиб берилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва унинг амалий натижалари ўз ифодасини топган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши, чоп этилган ишлар ва диссертациянинг таркибий тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Қорин бўшлиғи гипертензияси синдромини ташхислаш ва даволаш масалалари**» деб номланган биринчи боби тўрт қисмдан иборат бўлиб, унда қорин бўшлиғи гипертензияси муаммосининг замонавий ҳолати ҳақидаги адабиётлар таҳлили келтирилган. Клиник амалиётда қорин бўшлиғи босими жуда камдан-кам ҳолларда баҳоланади ва шунинг учун мақсадли ўрганиш, даволаш учун ҳеч қандай муҳим изланишлар қилинмаган. Адабиётлар таҳлили бизга ҚБГ қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказилган шошилиш операциялардан кейин исталмаган натижалар патогенезида муҳим бўлган сифатида баҳоланишини аниқлашга имкон берди. Шу билан бирга, қорин бўшлиғи босимини оширувчи омилларни нотўғри баҳолаш, қорин бўшлиғи босими юқори бўлган беморларда юзага келадиган ички органлар ва тизимлардаги тегишли ўзгаришлар тўғрисидаги адабиётларда маълумотларнинг етишмаслиги, шунингдек уни даволаш ва олдини олиш усуллари ишлаб чиқиш катта илмий ва амалий аҳамиятга эга эканлиги кўрсатилган.

Диссертациянинг «**Клиник материалнинг умумий тавсифи ва қўлланган текширув усуллари**» деб номланган иккинчи бобида материал ва услубларнинг клиник тавсифи келтирилган. Илмий иш 2009-2017 йилларда РШТЎИМ жарроҳлик бўлимларида даволанган, қорин бўшлиғи аъзоларида анъанавий ва эндовидео операцияларидан кейин ҚБГ ривожланган 215 беморнинг ташхислаш ва даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган.

ҚБГга олиб келадиган турли хил касалликларни ҳисобга олган ҳолда, барча беморлар IV кичик гуруҳларга бўлинган, уларнинг маълумотлари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Беморларни нозологиялар орқали тақсимлаш (n=215)

Кичик гуруҳ	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	N	%	n	%
I	22	21,0	23	20,9
II	9	8,6	15	13,6
III	18	17,1	12	10,9
IV	56	53,3	60	54,5
Жами	105	100	110	100

I кичик гуруҳга сиқилган чурра бўйича операция қилинган беморлар, II

кичик гуруҳга эса ўткир ичак тутилиши билан оғриган ва операция қилинган беморлар олинган. III кичик гуруҳга деструктив формали панкреатитли беморлар ва IV кичик гуруҳга турли сабабларга кўра ривожланган перитонитли беморлар бирлаштирилган. (1-жадвалга қаранг).

Тиббий диагностика муолажаларининг тактикаси ва усулига қараб, операциядан кейинги қорин ичи эрта асоратлари бўлган барча беморлар 2 гуруҳга бўлинган: назорат ва асосий. Назорат гуруҳи беморларида анъанавий ташхислаш ва даво усуллари қўлланилган бўлиб, бу гуруҳга 105 (48,8%) бемор киритилган. Асосий гуруҳга кирган 110 (51,2%) беморда ташхислаш ва даволаш жараёни қорин бўшлиғидаги босимни камайтиришнинг комплекс усуллари, шунингдек, асоратларнинг оғирлигини клиник баҳолаш усуллари билан тўлдирилди. Интенсив даво комплексига қуйидагилар киритилди: назоинтестинал интубация ва унинг ёрдамида лаваж ва гастроэнтеросорбция бажариш, ошқозон-ичак тизимининг мотор-эвакуация фаолиятини эрта даврда стимуллаш, эпидурал аналгезия, шунингдек антигипоксантилардан (актовегин, милдронат) фойдаланиш, реллапаротомия ва дастурлаштирилган санацион фибролапароскопия ўтказиш. Тадқиқотнинг гуруҳлари ёши, жинси, асосий патологияси, бирламчи бажарилган жарроҳлик амалиёти, ёндош касалликлари, ташхислаш ва даволаш усуллари бўйича репрезентатив бўлган.

Эркаклар сони 140 (65,1%), аёллар сони эса 75 (34,9%) нафарни ташкил этган, беморларнинг ўртача ёши $54,03 \pm 4,26$ ёшни ташкил этган. ҚБГ бўлган беморларда ташхислаш ва даволаш услубини танлашда беморларнинг ҳолатини холисона баҳолаш ва мумкин бўлган асоратнинг прогнози муҳим аҳамиятга эга. Шу мақсадда, биз шошилишч тиббий ёрдамга мослаштирилган ва клиникага келган вақтида ёки интенсив терапия бўлимида ётган операциядан кейин беморларда аниқланган мавжуд клиник, лаборатория ва инструментал параметрларни ўз ичига олган АРАСНЕ II шкаласини қўлладик. Текширилаётган беморларнинг умумий аҳволининг оғирлигига турли хил йўлдош касалликлар мавжудлиги таъсир қилади. Тадқиқот усуллари сифатида умумий клиник, биокимёвий, эхоскопик, радиологик (мултиспирал компьютер томографияси), эндовизуал (видеолапароскопия), шунингдек медико-биологик статистика усуллари қўлланилган.

Диссертациянинг **«Қорин бўшлиғи аъзоларида шошилишч операциядан кейин қорин бўшлиғи гипертензиясининг ташхиси натижалари»** деб номланган учинчи бобда қорин бўшлиғи ички босими ортиши ташхисининг хусусиятларини таҳлил қилиш ва мавжуд диагностика усулларини оптималлаштириш натижалари келтирилган. ҚБГ билан оғриган беморларнинг клиник кўриниши турлича кўринишда намоён бўлиб, эпигастрал соҳадаги оғирлик ҳисси, қориннинг юқори қисмларида турли хил интенсивликдаги оғриқлар, кекириш, кўнгил айниши ва қайт қилиш билан ифодаланади. Бундан ташқари, оғриқнинг қайд қилиниши қорин бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнининг яққоллигига боғлиқ эди. Булардан

ташқари, ушбу беморларда тахикардия, қорин дам бўлиши ва перисталтикасининг йўқлиги ҳам қайд этилди. Перитонит ташхиси қўйилган барча беморларда перитонеал белгилар аниқланди. Касалликнинг симптомлари, айниқса, перитонит ва ўткир панкреатит билан оғриган беморларда клиник кечишда фарқлар кузатилди. Лаборатория кўрсаткичларидан оққон таначалари сонининг ортиши – лейкоцитоз ва лейкоцитар формуланинг чапга силжиши кузатилди. Беморларда гипербилирубинемия, гиперферментемия ва гипопропротеинемия билан характерланган жигар етишмовчилиги белгилари кучайди. Сийдикчил (мочевина) ва креатинин миқдорининг қонда ортиши эса буйрак етишмовчилиги белгилари аста-секин ўсиб боришини кўрсатди. Шундай қилиб, беморларнинг деярли ярмида (48,5%) аминотрансферазалар, билирубин, креатинин ва сийдикчил миқдорининг ортиши кузатилди. Гипопропротеинемия эса ҚБГ билан оғриган беморларда жигар етишмовчилиги белгиси сифатида беморларнинг барча гуруҳларига хос бўлган (93,7%).

ҚБГ ривожланиб борган сари беморларда қон таркибий микроэлементларининг бузилишлари кузатилди. Шунингдек, ривожланаётган гипокалиемия ичак ҳаракатининг пасайиши, ичак парезининг кучайиши ва натижада ҚБГ нинг ошиши билан намоён булди. Гипокалиемиянинг намоён бўлиши ЭКГда S-T сегментини амплитуда хусусиятлари ўзгариши ва тахикардия билан характерланди, буларнинг ҳаммаси, умуман олганда миокард фаолиятига салбий таъсир кўрсатади. Энг аввало, перитонитнинг оғир даражаларида ва ўткир ичак тутилиши бўлган беморларда сув-туз алмашинувида ҳам чуқур ўзгаришлар кузатилди. Ичакларда сўрилиш жараёнининг бузилиши ҳисобига бикарбонатларнинг йўқотилиши кузатилди, бу эса метаболик ацидознинг ривожланишига ва тўқималар гипоксияси билан микроциркуляциянинг бузилишига олиб келди (2-жадвалга қаранг).

2-жадвал

Веноз қоннинг кислота-ишқор ҳолати

Кичик гуруҳлар	Қоннинг кислота-ишқор кўрсаткичлари					
	pH	PaCO ²	PaO ²	HCO ₃	BE	O ² sat
Норма	7,33-7,43	46-58	37-42	24-28	(-2,3)- (+2,3)	70-75
I кичик Гуруҳ	7,38±0,02	39,5±1,8	36,7±1,8	24,1±1,3	(-1,2) ±1,0	69,2±1,0
II кичик Гуруҳ	7,34±0,02	40,0±1,4	35,1±2,1	20,4±1,0	(-5,9) ±0,9	70,1±1,3
III кичик Гуруҳ	7,33±0,04	38,8±3,1	34,5±1,8	19,4±0,8	(-5,4) ±1,4	71,4±1,4
IV кичик Гуруҳ	7,32±0,02	37,8±2,2	35,2±1,6	20,5±0,7	(-5,3) ±1,1	69,4±1,1

Беморлар аҳволининг оғирлигини баҳолаш учун биз тизимли яллиғланиш реакцияси ва сепсиснинг клиник ва лаборатор семиотикаси билан солиштирадиган АРАСНЕ II интеграцияланган шкаласини қўлладик. Қорин бўшлиғининг ўткир патологиялари бўлган беморларда АРАСНЕ II тизимида 6 баллдан юқори деб баҳоланса, бемор аҳволи оғир деб баҳоланди. АРАСНЕ II тизимида баллар 12 дан юқори бўлса, беморда кўп аъзолар етишмовчилиги ва 15 балдан юқори бўлганда «ўлим» ҳолатлари кузатилди (3-жадвалга қаранг). Бизнинг натижаларимиз шуни кўрсатдики, асосий касалликнинг ва инфекциянинг тарқалишига қараб, беморнинг умумий аҳволи ҳам табиий равишда ўзгаради. Бироқ, P.G. Lankisch et al. (2000) тадқиқот натижалари бўйича аниқланган кўп аъзо функцияларининг етишмовчилиги ривожланиш частотаси ва морфологик ўзгаришлар ўртасидаги аниқ мувофиқликни аниқламади. Биз ушбу маълумотларнинг номувофиқлигини ўткир қорин синдромида тизимли яллиғланиш реакцияси ва кўп аъзолар етишмовчилиги билан боғлаймиз. Шу билан бирга, беморнинг аҳволини объектив ва индивидуал баҳолашдаги маълум қийинчиликларни инобатга олган ҳолда, биз касалликнинг ҳар хил клиник ва морфологик шакллари бўйича АРАСНЕ II шкаласи бўйича беморларнинг аҳволи оғирлигига нисбатан тизимли яллиғланиш реакциясининг асосий клиник ва лаборатор мезонларини ўрганиб чиқдик.

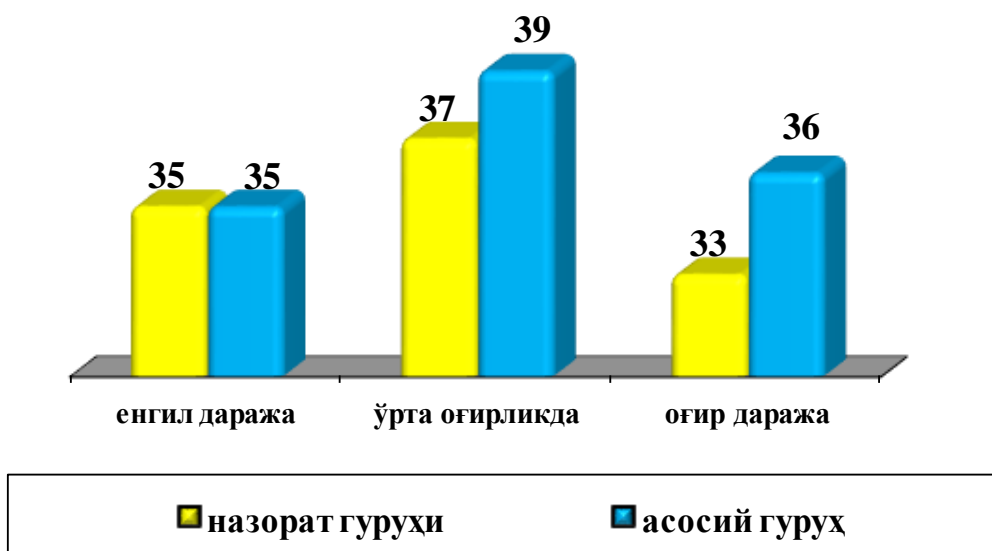
3-жадвал

Беморлар аҳволини АРАСНЕ II шкаласида баҳолаш натижалари

	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи	Ишончлилик даражаси
I кичик гуруҳ	3,7±0,16	3,5±0,22	t=0.74, p=0.46
II кичик гуруҳ	7,2±0,43	7,4±0,51	t=0.3, p=0.77
III кичик гуруҳ	9,4±0,33	8,9±0,38	t=0.98, p=0.34
IV кичик гуруҳ	11,2±1,12	11,5±0,82	t=0.21, p=0.83

Шунингдек, лейкоцитлар реакциясини ўрганишга қаратилган лаборатория синовлари (лейкоцитлар сони, интоксикациянинг лейкоцитар индекси - ИЛИ) диагностиканинг энг оддий ва энг арзон усулидир, аммо улар паст ўзига хослик билан ажралиб туради.

Жарроҳлик амалиётларидан кейинги биринчи кун АРАСНЕ II шкаласи бўйича беморларнинг аҳволи 70 та беморда энгил, 76 та ўрта ва 69 та беморларда оғир деб баҳоланди (1-расмга қаранг).

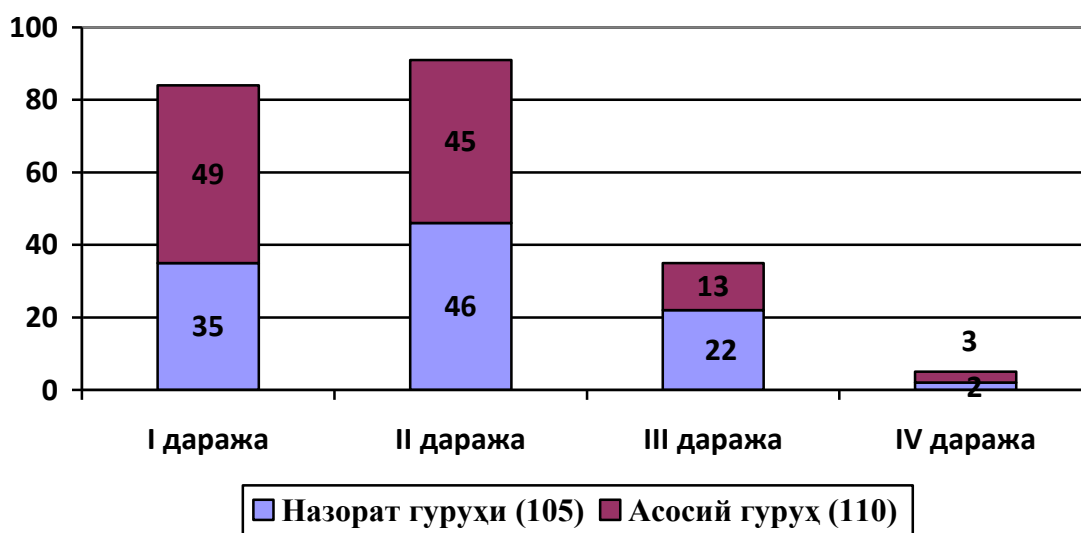


1-расм. Таққосланаётган гуруҳларни ҳисобга олган ҳолда беморларда оғирлик даражасининг тақсимланиши.

1-расмдан кўришиб турибдики, таққосланган гуруҳлардаги беморларнинг оғирлиги деярли бир хил, яъни гуруҳлардаги беморларнинг оғирлик даражалари бўйича таққослаш мумкин ($\chi^2 = 0.067$, $df = 2$, $p = 0.97$).

Жарроҳлик амалиётидан кейинги биринчи кунда барча беморларда қорин бўшлиғи босими ўлчанди. Ўлчов гидравлик манометр - Вальдман аппарати ёрдамида амалга оширилди.

Шундай қилиб, ҚБГ бўлган беморларнинг 56,7% да қорин бўшлиғи босими 10-15 мм симоб устуни оралиғида; 35% да 16-20 мм симоб устуни; 5,8% да - 21-25 мм симоб устуни ва ҚБГ 3 (2,5%) беморда 25 мм симоб устунидан юқори бўлган (қорин ички босими ортишининг IV даражаси) (2-расмга қаранг).



2-расм. ҚБГ ортишига кўра беморлар тақсимоти

Бундан ташқари, беморларнинг умумий аҳволининг оғирлиги тўғридан-тўғри ҚБГ даражасига боғлиқ бўлиб, ҚБГ даражаси ортган сайин АРАСНЕ II шкаласи бўйича ҳам оғирлашиб борди.

Шундай қилиб, операциядан кейинги биринчи суткада беморларда ҚБГ нинг бошланғич ҳолати ўртача $12,3 \pm 1,92$ мм симоб устунини ташкил этди ва касалликнинг турига ва дастлабки оғирлик даражасига ҳам боғлиқ бўлди. ҚБГ айниқса ўткир ичак тутилиши, турли хил этиологияли перитонитлар, панкреатитнинг оғир шакллари ва асоратланган чурралар бўлган беморларда юқори кўрсаткичга эга бўлди.

Ўпка тириклик сифими (ЎТС) маълумотларини таҳлил қилганда, барча кичик гуруҳларда жарроҳлик амалиётдан кейинги биринчи кунларидан ЎТС кўрсаткичлари пасайганлиги маълум бўлди. Бундан ташқари, биринчи кичик гуруҳда ушбу кўрсаткич $2,08 \pm 0,12$ литрни ташкил этди. Текширилаётган гуруҳлар орасидаги ЎТС қийматларидаги фарқ кам сезилди: мос равишда $2,04 \pm 0,19$ л ва $2,12 \pm 0,15$ л ($t=1.3$, $p > 0,05$).

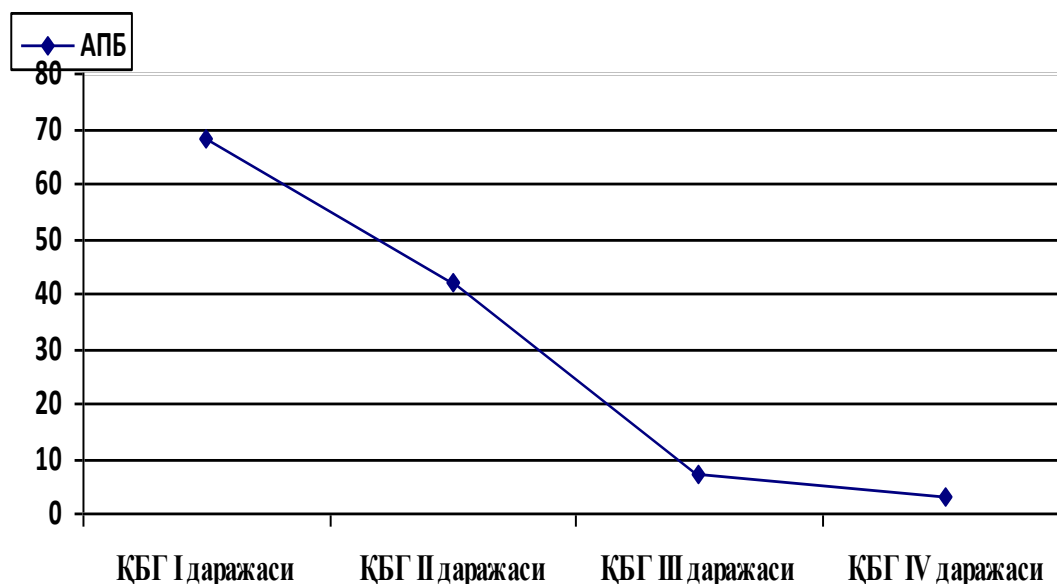
Қолган кичик гуруҳларда ЎТС кўрсаткичлари анча паст бўлиб, мос равишда $1,61 \pm 0,10$; $1,17 \pm 0,60$ ва $0,93 \pm 0,04$ литрни ташкил этди.

Ўрганилган гуруҳлардаги беморларда экспиратор оқимнинг юқори даражаси (ЭОЮД) ҳам ўзгарган. Биринчи кичик гуруҳ беморларида операциядан кейинги дастлабки даврда ЭОЮД паст даражада сақланиб, 312 ± 16 литр/секундни ташкил қилди. Бундан ташқари, ўрганилган гуруҳлардаги ЭОЮД қийматларидаги фарқ унчалик катта эмас эди: мос равишда 322 ± 23 ва 302 ± 24 л/с ($t=1.29$, $p=0.74$).

Юқорида айтилганларни сарҳисоб қилганда шуни таъкидлаш мумкинки, операциядан кейинги дастлабки даврда (операциядан кейинги 1-кун) барча кичик гуруҳларда ЎТС ва ЭОЮД сезиларли даражада камайди, бунинг сабаби ҚБГнинг ортиши ва диафрагманинг кўтарилиши билан боғлиқ бўлиб, бу эса ўз навбатида ўпкаларнинг ташқи томондан сиқилиб, нафас ҳаракатларининг ёмонлашувига олиб келди.

ҚБГ синдромини ташхислаш ва даволашда патогенетик ёндашув мақсадида барча беморларда қорин бўшлиғи ичи босимининг ўзгариши характерини ҳисобга олган ҳолда абдоминал перфузия босими (АПБ) ўлчанди.

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ҚБГ нинг ортиши билан АПБ камаяди. Шундай қилиб, корреляцион таҳлилга кўра, қорин бўшлиғи ва перфузия босимининг мутаносиб ўзгариши кучли деб баҳоланди ($r=0.91$, $p<0.05$), яъни операциядан кейинги даврнинг биринчи суткасида беморларда ҚБГ нинг ортиши ва қорин бўшлиғидаги перфузия босимининг пасайиши ўртасида статистик жиҳатдан муҳим боғлиқликни кўрсатди ($r=0,83$, $p<0,05$) (3-расмга қаранг).



3-расм. ҚБГ мавжуд беморларда операциядан кейинги 1-суткада ҚБГ ва АПБ

Қорин бўшлиғининг шошилиш жарроҳлик хасталиklarига учраган беморлар кенг қамровли клиник ва лаборатор текширувдан ўтказилиб, шошилиш операция қилинди. Барча ҳолатларда жарроҳлик даволаш стратегияси бир хил бўлиб, перитонитни тўхтатишга қаратилган жарроҳлик тадбирлардан иборат эди. Кўпгина одатий лаборатория кўрсаткичлари ташхис қўйиш ва ҚБГ даражасини аниқлашда аҳамиятли эмаслиги аниқланди. Кўпгина ҳолларда, улар 18,8% кузатилган ҚБГ синдромининг метаболик бузилиш даражасини, унинг III ва IV даражаларига мос келди. Шунини таъкидлаш керакки, ҚБГ синдроми билан оғриган беморларда бу гемоконцентрация, лейкоцитоз, жигар ферментларининг фаоллиги ортиши, гипопропротеинемия, метаболик ацидоз феномени билан бирга келди. Таққосланган гуруҳлардаги операциядан кейинги биринчи кундаги беморларнинг дастлабки ҳолати касалликнинг характери, оғирлиги ва ҚБГ даражаси билан таққосланди. Беморларнинг аҳволини баҳолаш операциядан кейинги даврни башорат қилишда ва оғирликни аниқлашга имкон берди. Клиник ва лаборатория параметрларининг табиатини ўрганиш, ҳаётини органлар ва тизимларнинг ҳолати касалликнинг кечишини ва қабул қилинган чора-тадбирларнинг самарадорлигини баҳолашда ҳам муҳим аҳамиятга эга.

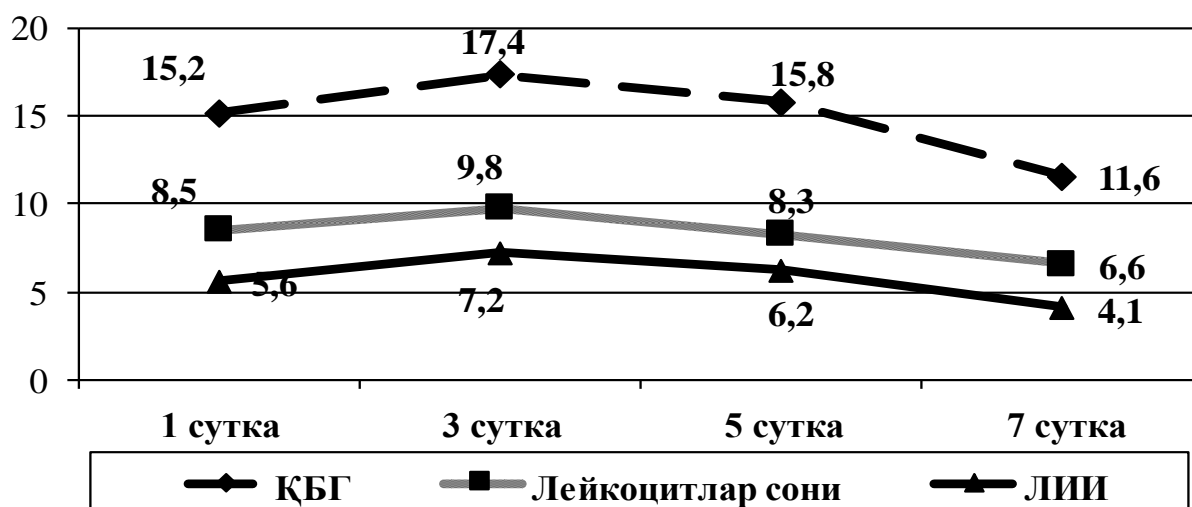
Тўртинчи боб «**Қорин бўшлиғи ичи босимнинг қорин бўшлиғидаги ургент операциялардан кейинги даволаш натижаларига таъсирини қийсий баҳолаш**»га бағишланган. Деструктив панкреатит, ўткир ичак тутилиши, перитонит ва қисилган чурра билан оғриган беморларда операциядан кейинги даврни юрак қисқариш сони, қон босими, ташқи нафас олиш, буйрак-жигар таҳлиллари ва қорин ичи босими динамикаси билан баҳоланди.

Қорин бўшлиғи гипертензиясининг динамик хусусиятлари, лаборатория кўрсаткичларининг ўзгариши, хусусан, қорин бўшлиғи органларининг ўткир патологияси бўлган беморларнинг лейкоцитлар миқдори ва ЛИИ асосий патологияга, унинг оғирлигига ва давомийлигига боғлиқ бўлди.

Шундай қилиб, сиқилган чурра бўйича операция қилинган беморларнинг қонидаги лейкоцитлар сони биринчи суткада $7,4 \pm 0,66$ минг/мл, ЛИИ - $3,3 \pm 0,07$ ни ташкил этди. 3-суткага келиб, лейкоцитларнинг ўртача миқдори $8,4 \pm 0,82$ минг/мл, ЛИИ $4,1 \pm 0,11$ гача кўтарилди. Бешинчи суткага келиб, қон миқдори нормал ҳолатга кела бошлади ва операциядан кейинги 7-суткада нормал ҳолатга қайтиши кузатилди.

Ичак некрози ривожланган сиқилган чуррали беморларда эса ўзгача ҳолат кузатилди. Ушбу беморларга ичак резекцияси бажарилган, шу билан бирга, беморларда лейкоцитоз операциядан кейинги 3 кун давомида 25% ҳолларда кузатилган ва 5-кунга келиб 17%га камайган. 9-чи кунга келиб, бу кўрсаткичлар нормага яқинлашди.

Лейкоцитлар ва ЛИИ нинг ҚБГ га бевосита боғлиқлиги йўқ эди ($r=0.27$), ammo ҚБГ пасайиши билан беморларнинг аҳволи яхшиланди, тананинг интоксикацияси пасайиб, бу ўз навбатида лейкоформуланинг нормаллашишига олиб келди (4-расмга қаранг).

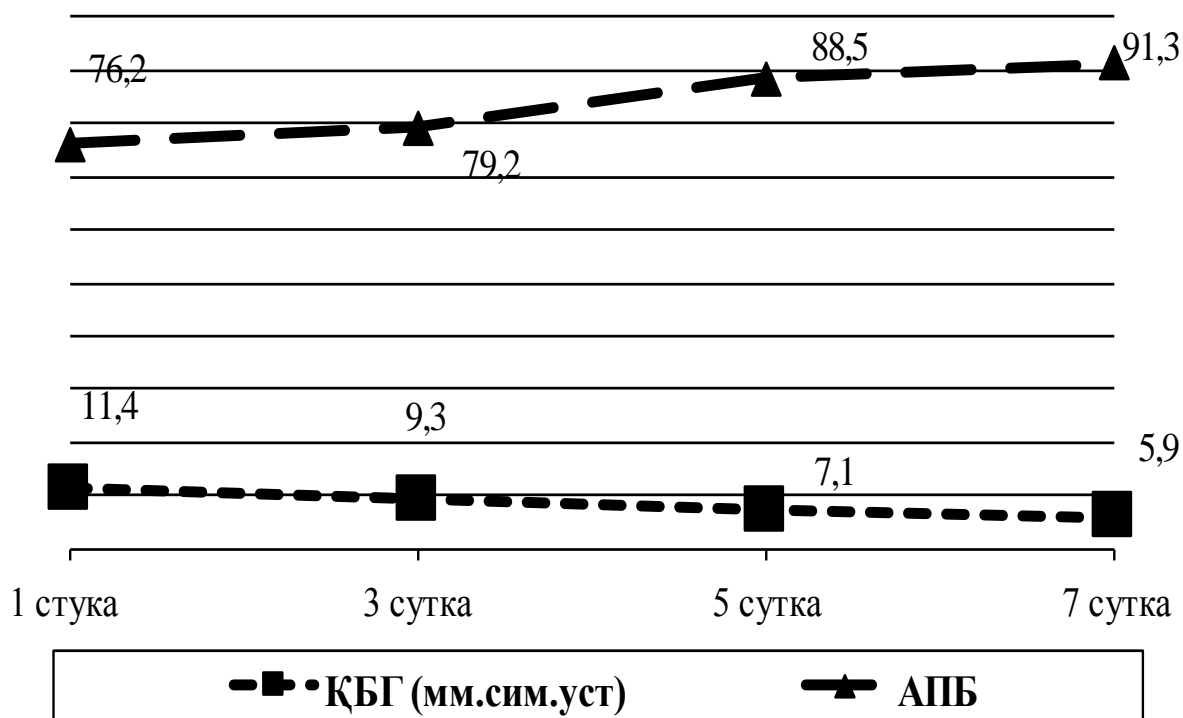


4-расм. ҚБГ боғлиқ холда қондаги лейкоцитлар сони ва ЛИИ ўзгариши

Соматик ҳолатни объектив баҳолаш учун вазиятнинг жиддийлигини ҳисобга олиб, биз АРАСНЕ II шкаласида беморларнинг ҳолатини динамик равишда ўзгаришини кузатдик.

Бундан ташқари, қорин бўшлиғи босимининг динамикаси ва беморларнинг аҳволи (балларда) киёсий баҳоси ушбу кўрсаткичлар ($r=0,87$, $p=0,012$) ўртасида ижобий алоқа мавжудлигини кўрсатди, яъни ҚБГ пасайгани сари беморларда АРАСНЕ II шкаласи бўйича ҳам оғирлик даражаси пасайган.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг аксариятида мурожаат қилган вақтда ҚБГ I даражасига эга эди. Анъанавий комплекс интенсив терапия натижасида қорин бўшлиғи босимининг $9,3 \pm 2,7$ мм сим. уст. гача пасайиши қайд этилди. Аммо 3-5-кунлари ичаклар парези натижасида қорин бўшлиғидаги босим II-III даражага кўтарилди, бу эса АПБга салбий таъсир кўрсатди. ҚБГ пасайиши билан қорин бўшлиғидаги перфузион босим кўрсаткичлари яхшиланди, маълумотлар 5-расмда келтирилган.



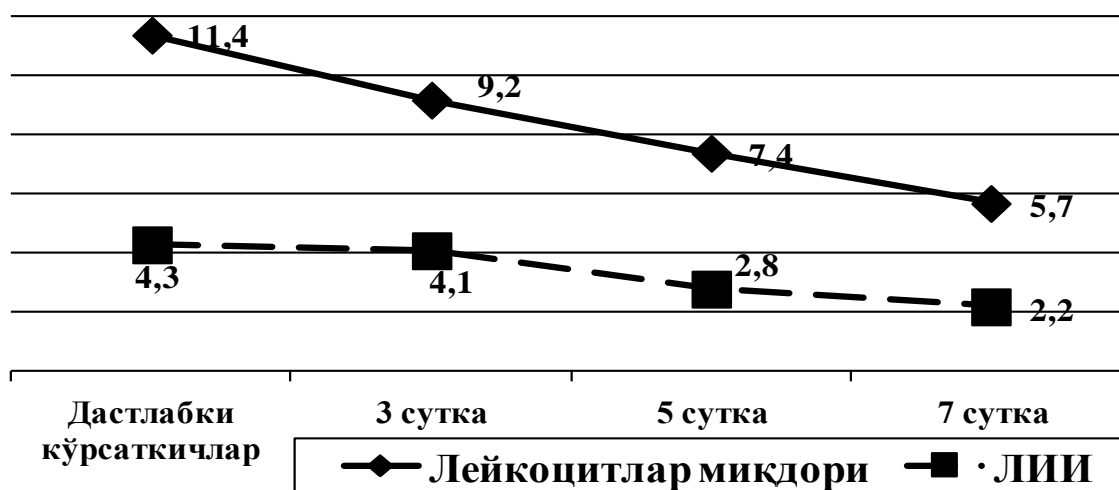
5-расм. Қорин бўшлиғи ва абдоминал перфузион босимларнинг ўзгариши

Назорат гуруҳидаги беморларнинг операциядан кейинги даврдаги 22 (35,5%) нафарида ўзига хос бўлган асоратлар кузатилди: 15 (24,2%) беморда қорин бўшлиғидаги абсцесс ва анастомоз етишмовчилиги аниқланди. 7 беморда эса операциядан кейинги даврда пневмония ва экссудатив плеврит асоратлари кузатилди.

Операциядан кейинги дастлабки даврда назорат гуруҳида ўлим 13 (12,4%) беморда қайд этилди.

Бундан ташқари, беморларнинг III ва IV кичик гуруҳларида асоратлар ва ўлим кўрсаткичи энг кўп кузатилди.

Дастлабки кунларда асосий гуруҳнинг лаборатор кўрсаткич натижалари назорат гуруҳи лаборатор кўрсаткичларидан сезиларли даражада фарқ аниқланмади (6-расмга қаранг).



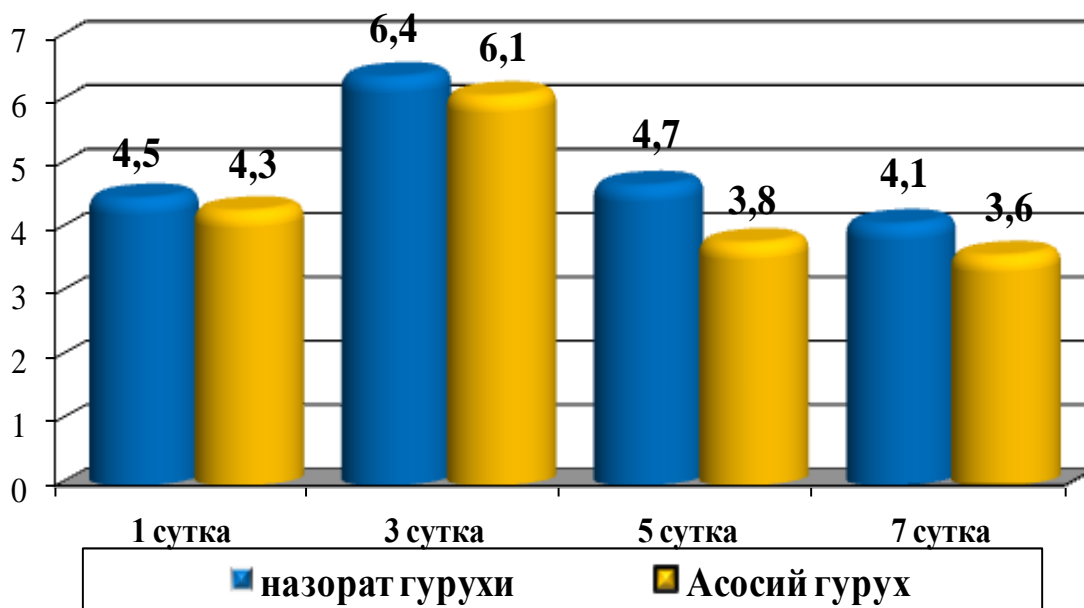
6-расм. Асосий гуруҳ беморларида лейкоцитлар миқдори ва ЛИИ

Шунингдек, асосий гуруҳнинг юрак-қон томир тизимидаги ўзгаришлари ҳам назорат гуруҳидан кескин фарқланмади ($p>0.05$). Шу билан бирга, 5 ва 7-кунларда юрак қисқаришлари сони ва ўртача артериал босим деярли нормал рақамларга яқинлашди.

ҚБГ ошиши билан ташқи нафас олиш функцияси ҳам ёмонлашди. Ташқи нафас олиш кўрсаткичлари фақат операциядан кейинги даврнинг 3-кунидан бошлаб яхшиланишни бошлади ($p>0.05$) ва қорин ички босимининг сезиларли пасайиши фақат операциядан кейинги 5-кунга тўғри келди ($p>0.05$). Ташқи нафас олиш функцияси параметрлари ва ҚБГ ўртасидаги ўзаро боғлиқликни қиёсий баҳолашда ўртача салбий боғлиқлик аниқланди ($p=0.61$), ҚБГ пасайиши билан ташқи нафас олиш фаолиятлари яхшиланди.

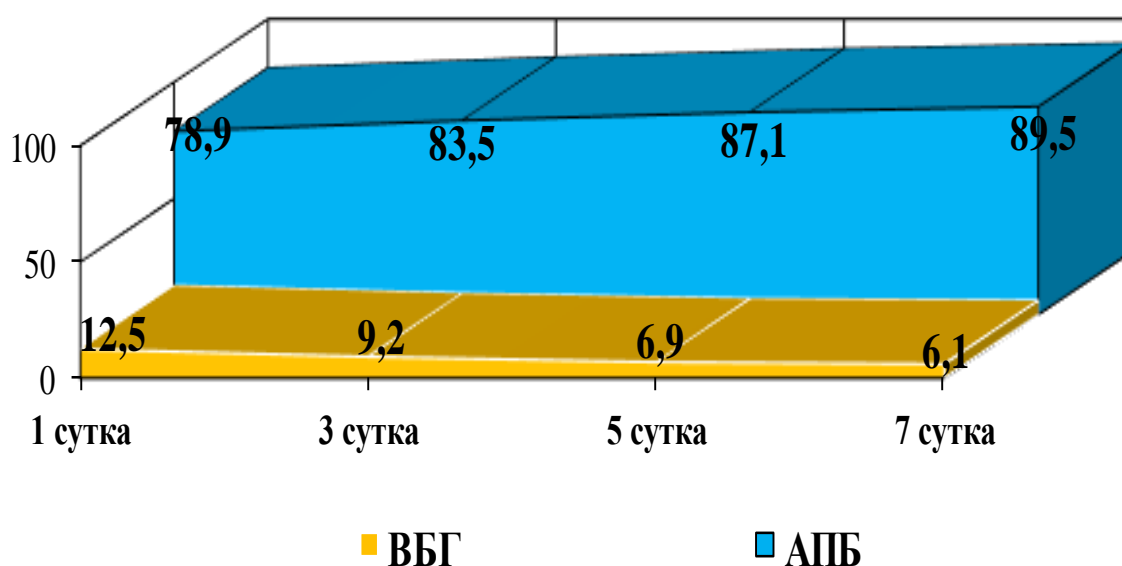
ҚБГ ва АРАСНЕ II шкаласи бўйича беморларнинг аҳволи динамикасининг қиёсий таҳлилида ушбу кўрсаткичлар ($p=0.3$) умумий интоксикация пасайгани, ҚБГ даражаси пасайгани ва беморларнинг умумий аҳволи яхшиланганлигини кўрсатди. Бундан ташқари, асосий гуруҳнинг аҳволи оғирлиги даражаси таҳлили шуни кўрсатдики, перитонит ва панкреатит билан оғриган беморларда ҚБГнинг юқори кўрсаткичларида бўлади. Ушбу кўрсаткичлар фақат 3-кундан бошлаб пасайиши кузатилди ва 5-7-кунга келиб кўрсаткичлар нормаллашди.

ҚБГ беморлар аҳволининг кўрсаткичи АРАСНЕ II тизимида баҳоланганда, асосий гуруҳ беморлари кўрсаткичларида 3-кунда назорат гуруҳидаги беморлар кўрсаткичлардан сезиларли фарқ кузатилмади ($t=0.34$, $p=0.12$), аммо таққосланган гуруҳлар ўртасида 5-7-кунга келиб, сезиларли фарқ аниқланди (мос равишда $t=2.67$, $p=0.04$; $t=3.41$, $p=0.03$) (9-расм).



7-расм. АРАСНЕ II тизимида беморлар аҳволини қиёсий баҳолаш
 Шу билан бирга, АПБ нинг $76,6 \pm 3,9$ мм сим. уст. гача яхшиланиши қайд этилди. Ошқозон-ичак тизими микроциркуляциясининг яхшиланиши, ўпка гипертензияси ва диастолик юкнинг пасайиши, шунингдек юрак уриши ва қон босимининг ошиши билан тавсифланди.

АПБ ва ҚБГ динамикасининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, ҚБГ пасайиши билан АПБ ортган, яъни тесқари кучли корреляция мавжуд бўлган ($r=0,78$, $p<0,05$), уларнинг маълумотлари 8-расмда келтирилган.



8-расм. Асосий гурух беморларида ҚБГ ва АПБ кўрсаткичлари

Асосий гурухдаги беморларда II даражадаги ҚБГ турғунлиги кузатилди, унинг даражаси 3-4 кун давомида максимал даражага кўтарилди ($20,5 \pm 4,5$ мм

сим. уст.). Шу билан бирга, АПБ даражаси пастлигича қолиб, операциядан кейинги 3-кунга келиб минимал кўрсаткичларга ($64,5 \pm 5,5$ мм сим. уст.) етди. Марказий гемодинамиканинг бекарорлиги, қон босимининг паст даражаси ва юрак уриш ҳажмининг пасайиши, ўпка гипертензияси ва диастолик юкланиш белгилари қайд этилди, бу эса беморларда АРАСНЕ II шкаласи бўйича оғирлик даражасининг ортиши билан кузатилди.

Кейинчалик, даволаниш фониди, 6-7 кун ичида 43 (61.43%) ҳолатларда ҚБГ нинг аста-секин регрессияси ва ўткир панкреатитнинг яхшиланиши кузатилди, 27 (38.57%) беморларда ҚБГ нинг ортиши ва АПБ даражаси камайиши кузатилди.

IV кичик гуруҳда ҚБГ перитонитни жарроҳлик йўли билан даволашда декомпрессия усулларидадан фойдаланиш ҚБГни статистик жиҳатдан сезиларли даражада $13,5 \pm 6,1$ мм сим. уст. гача пасайишига олиб келди ($r=0,84$, $p<0,05$). АПБ нинг $76,2 \pm 8,3$ мм сим. уст. гача ортиши ($r=0,81$, $p<0,05$) микроциркуляциянинг тикланишини тавсифлайди. ҚБГнинг 4-5 кун ичида $15,6 \pm 1,5$ мм сим. уст. га кўтарилиши лапаротом жароҳатининг тўлиқ ёпилиши билан боғлиқ эди. Операциядан кейинги даврда ҚБГ даражаси аста-секин пасайган ва АПБ яхшиланиши кузатилган, операциядан 10-12 кун ўтгач ҚБГ ва АПБ кўрсаткичлари нормал чегараларда бўлган. Клиник жиҳатдан, бу ҳолатнинг оғирлик даражаси бўйича балларнинг яхшиланиши, қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнининг орқага қайтиши, ичак ҳаракатининг тикланиши, марказий гемодинамика ва ички қон айланишининг яхшиланиши билан бирга кечди.

I кичик гуруҳдаги беморлар аҳволи оғирлигининг таҳлилида сезиларли фарқлар операциядан кейинги даврнинг фақат 5-кунида ($p < 0.05$) кузатилган.

Таққосланган гуруҳларни баҳолашда ҚБГни камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар, айниқса панкреатит ва перитонит билан оғриган беморларнинг аҳволини яхшилашга олиб келди.

Кузатув вақтига қараб таққослаш гуруҳларидаги ҚБГ динамикасини қиёсий ўрганиш операциядан кейинги 3-куни таққосланган гуруҳларда сезиларли фарқ йўқлигини кўрсатди ($15,3 \pm 0,49$ ва $17,4 \pm 1,03$; $t=1,87$, $p=0,06$), (4-жадвалга қаранг).

4-жадвал

ҚБГ операциядан кейинги даврдаги кўрсаткичлари, ($M \pm m$)

Гуруҳлар	1 кун	3 кун	5 кун	7 кун
Асосий	$14,1 \pm 0,87$	$15,3 \pm 0,49$	$11,6 \pm 0,78$	$7,8 \pm 0,33$
Назорат	$15,2 \pm 1,12$	$17,4 \pm 1,03$	$15,8 \pm 0,98$	$11,6 \pm 0,76$
Ишончлилик кўрсаткичи	$t=0,78$, $p=0,44$	$t=1,87$, $p=0,06$	$t=3,38$, $p=0,001$	$t=4,69$, $p<0,01$

Таққослаш самарадорлигининг асосий кўрсаткичларидан бири АПБ ҳисобланади. Перфузион босим ичакдаги қон айланишининг интенсивлигига ва ундаги метаболизмга бевосита таъсир қилади. Шу билан бирга, таққосланган гуруҳлардаги дастлабки кўрсаткичлар унчалик фарқ қилмади (78,9±2,76 ва 76,2±3,11; t=0,65, p=0,52) ва операциядан кейинги учинчи кунига келиб бу кўрсаткичларнинг яхшиланиши кузатилди (5-жадвалга қаранг).

5-жадвал

АПБ операциядан кейинги кўрсаткичлари

Гуруҳлар	1 сутка (M±m)	3 сутка (M±m)	5 сутка (M±m)	7 сутка (M±m)
Асосий	78,9±2,76	83,5±3,21	92,1±3,45	98,5±2,98
Назорат	76,2±3,11	74,2±4,31	82,5±2,43	85,3±3,67
Ишончлилиқ даражаси	t=0,65, p=0,52	t=1,74, p=0,08	t=2,25, p=0,03	t=2,81, p=0,006

Шундай қилиб, қорин бўшлиғи гипертензияси ва абдоминал перфузион босим даражасининг мониторинги натижалари қорин бўшлиғи гипертензиясини пасайтиришнинг комплекс усуллари, ошқозон-ичак тизими фаолиятини тиклашга ва ичак етишмовчилигини бартараф этишга ижобий таъсир кўрсатди. Жарроҳлик даволашнинг бевосита натижаларини қиёсий таҳлил қилиш учун операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатлари ҳам ўрганилди.

Бундан ташқари, операциядан кейинги даврда асосий гуруҳдаги беморларда 15 (24,2%) ҳолатда асоратлар кузатилди.

Ушбу ҳолатда ўлим асосий гуруҳда 6 (5,5%) ва назорат гуруҳида 13 (12,4%) беморда қайд қилинди. Асосий кўрсаткичлар бўйича таққосланадиган, аммо қорин бўшлиғи гипертензияси мавжудлиги билан фарқ қиладиган гуруҳлардаги ўлим кўрсаткичидаги сезиларли фарқларга ($\chi^2=3.65$, p=0.03) қараб хулоса қилиш мумкинки, қорин бўшлиғи гипертензияси даволаш натижаларига сезиларли даражада салбий таъсир кўрсатади ва қорин бўшлиғи гипертензиясини пасайтиришда биз қўллаган комплекс усулларнинг қанчалик самарадорлигини кўрсатади.

Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги беморларнинг юрак-қон томир функцияси кўрсаткичлари назорат гуруҳига қараганда яхшироқ (t=2.41, p=0.02). Ўтказилган кенг қамровли клиник ва инструментал тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатдики, қорин бўшлиғи шошилиш жарроҳлик патологияси бўлган беморлар қорин бўшлиғи ва қорин бўшлиғидан ташқари кўп аъзоли етишмовчилик ривожланадиган беморлар тоифасига киради. Бундай беморлар жарроҳлик аралашувлар, интенсив терапия бўлимида узоқ муддатли интенсив терапия ва кейинчалик жарроҳлик бўлимида узоқ муддатли даволаниш ҳамда кузатувга мухтож. Шошилиш жарроҳлик

касалликлари ва қорин бўшлиғининг шикастланиши бўлган беморларда юқори даражадаги қорин бўшлиғи гипертензиясининг тез ўсиши ва узок муддатли сакланиши декомпрессив лапаротомияни талаб қилади ва унинг вазифаларидан бири қорин бўшлиғи гипертензияси даражасини пасайтириш ва қорин бўшлиғи гипертензия синдроми ривожланишининг олдини олиш ҳисобланади. Давом этаётган перитонитнинг олдини олиш ва қорин бўшлиғи ичидаги босимни пасайтириши мақсадида 21 беморда дастурланган қайта операция бажарилди: тозаловчи релапаротомия (n=11), дастурий тозаловчи лапароскопия (n=7) ва талабга кўра релапаротомия (n=3). Қорин бўшлиғи шошилишч патологияси бўлган беморларда релапаротомия ва дастурланган лапароскопия қорин бўшлиғи гипертензияси ошишининг олдини олиш, қорин бўшлиғидан чиқадиган суюқликнинг табиати устидан назоратни таъминлаш, қорин бўшлиғининг баъзи жойларини тозалаш ва қорин олд девори таркибидаги инфекцияни ривожланишидан ҳимоя қилиш учун жуда муҳимдир. Тарқалган йирингли перитонит билан оғриган беморларни муваффақиятли даволашнинг асосий шартларидан бири интенсив терапевтик чора-тадбирлар ёрдамида қорин бўшлиғини тозаловчи қайта операцияси бўлди. Этапли жарроҳлик амалиёти етакчи аҳамиятга эга бўлди, амалиёт давомида перитонит манбаи йўқ қилинди ва қорин бўшлиғи тозаланди. Аммо, ҳатто бир марталик бажарилган энг пухта тозалаш амалиёти ҳам даволанишга олиб келмайди. Операциядан кейинги даврда перитонит билан яллиғланишни қўллаб-қувватловчи бактериялар ва тўқима детрити бўлган токсик экссудат ҳосил бўлади. Ўрнатилган найча дренажлари тезда фибрин билан тўлади ва самарасиз бўлиб қолади, бу эса перитонитни даволашда очик усулини - дастурлаштирилган тозаловчи релапаротомиянинг ўрни ҳам муҳимлигини кўрсатади. Айтиш керакки, қорин бўшлиғини декомпрессия қилиш қарори ҚБГ (III-IV даража) ўлчаш натижалари асосида қабул қилинди. Ушбу ҳолат 97,2% ҳолларда нафас олиш етишмовчилиги ва 82,5% ҳолларда юрак-қон томир етишмовчилиги билан бирга кузатилди.

Биз ишлаб чиққан ташхислаш ва даволашнинг янги усулларидадан фойдаланган ҳолда қорин бўшлиғи шошилишч операцияларидан сўнг қорин бўшлиғи гипертензияси билан оғриган беморларда ўтказилган тадқиқот натижаларининг қиёсий сифатли ва миқдорий таҳлили тўлиқ, ишончли ва замонавий далилларга асосланган тиббиёт талабларига жавоб берадиган янги ташхисий-даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш учун асосий сабаб бўлди.

Тадқиқот натижасида биз қорин бўшлиғининг шошилишч жарроҳлик касалликлари билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволаш алгоритминини ишлаб чиқдик, бу эса қорин бўшлиғи гипертензияси ва абдоминал перфузион босим кўрсаткичларини ҳисобга олган ҳолда операциядан олдинги вақтни ва касалхонадаги ётоқ кунларни қисқартириш, операциядан кейинги асоратларни ва ўлим кўрсаткичларини камайитиришга имкон беради (9-расм).



9-расм. Ташхисий - даволаш алгоритми

ХУЛОСА

«Қорин бўшлиғида ўтказилган шошилич жаррохлик амалиётидан кейин интраабдоминал гипертензиянинг аҳамияти» мавзусида бажарилган тадқиқот асосида қуйидаги хулосалар тақдим этилган:

1. Қорин бўшлиғи аъзоларига шошилич жаррохлик амалиётидан сўнг қорин бўшлиғи гипертензиясининг ҳаётий органлар ва тизимларининг функцияларига таъсири нафас олиш ҳажмининг (нафас харакати ва ўпка тириклик сифими) пасайиши, гемодинамик бузилиш (юрак ҳажмини пасайиши, юрак уриши ва қон босими ошиши), беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашиши (APACHE II), ичакда қон айланишининг бузилиши (абдоминал перфузион босим камайиши) билан тавсифланди.

2. Қорин бўшлиғидаги шошилич операциялардан кейинги қорин бўшлиғи гипертензиясини камайтирадиган усуллардан: ошқозон-ичак тизимини зонд орқали лаважлаш ва гастроэнтеросорбция, ошқозон-ичак трактининг мотор-эвакуация функциясини "стимуляция" қилиш, эпидурал анальгезия, антигипоксантларни қўллаш, шунингдек, дастурий релапаротомия ва релапароскопиялардан фойдаланиш ташқи нафас ва

юрак фаолиятини 25-30% га ижобий тарафга ўзгартиради, АРАСНЕ II бўйича беморларнинг умумий аҳволини 1,7 мартага ва АПБ ни 30% га яхшилайти, операциядан кейинги ўлим ва асоратларни мос равишда 20% ва 35% га камайтиради.

3. Қорин бўшлиғи гипертензияси даражасини аниқлаш вақти патологиянинг табиати ва қорин ички босими даражасига боғлиқ. Қисилган вентрал чурра операциясидан кейин ривожланган қорин бўшлиғи босими ортишининг ва I-даражали қорин бўшлиғи гипертензиясида қорин бўшлиғи босимини кунига бир марта ўлчаш лозим. Ўткир ичак тутилиши, ўткир панкреатит операцияларидан кейинги ривожланган қорин бўшлиғи гипертензияси ва II-III даражадаги қорин бўшлиғи гипертензиясида босим кунига 2 марта ўлчанади. Тарқалган перитонитли беморларда ва қорин бўшлиғи гипертензиясининг IV даражасида ҳар 4 соат давомида қорин бўшлиғи босими ўлчаниши зарур.

4. Қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказилган шошилиш операциялардан кейин беморларда ишлаб чиқилган алгоритмнинг қўлланилиши қорин бўшлиғи гипертензиясининг ошганлигини, уни прогнозлашни, кечишини ва ўз вақтида олдини олишни аниқлашга имкон беради, бу эса ҳаётий аъзолар ва тизимларнинг ишини яхшилашга олиб келади, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим фоизини кескин камайтиради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ
ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ДЖАББАРОВ ЖАМШИД ИСМОИЛОВИЧ

**РОЛЬ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ
ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА
ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

14.00.40 – Экстренная медицина

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

ТАШКЕНТ – 2020

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2018.4.PhD/Tib733.

Диссертация выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи.

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

Научный руководитель: Алтисев Базарбай Курбанович
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: Хакимов Мурад Шавкатович
доктор медицинских наук, профессор
Ризаев Камал Саидакбарович
доктор медицинских наук

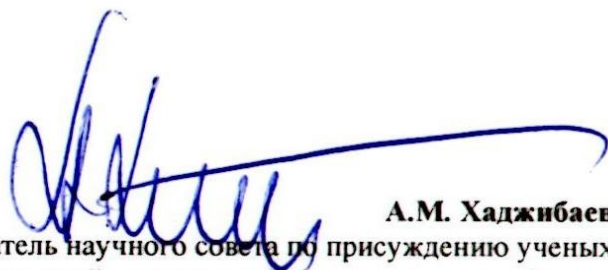
Ведущая организация: Самаркандский Государственный Медицинский институт


Защита диссертации состоится 27 ноября 2020г. в 12⁰⁰ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул.Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99871) 150-46-00; факс: (+99871) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, 2-этаж, зал заседаний).

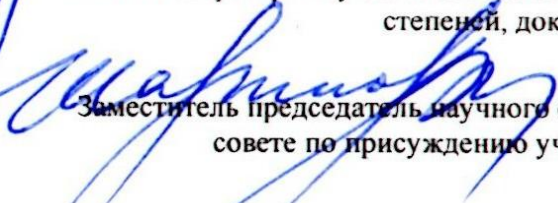
С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (зарегистрирована за №3). Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99871) 150-46-00; факс: (+99871) 150-46-05.

Автореферат диссертации разослан 12 ноября 2020 года.
(реестр протокола рассылки № 04 от 12 ноября 2020 года).




А.М. Хаджибаев
Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор


Д.А.Алимов
Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук


Шарипова В.Х.
Заместитель председателя научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Несмотря на достижения в области хирургии, в частности «...оптимизацию организационных мероприятий, внедрение новых технологий в медицинскую практику, результаты лечения больных с urgentными заболеваниями органов брюшной полости остаются неудовлетворительными в связи с сохраняющейся высокой летальностью, при острой кишечной непроходимости достигающей 20%, деструктивном холецистите – 25%, панкреонекрозе – 15-47%, при распространенном перитоните – 35%...»¹. Острые заболевания органов брюшной полости нередко сопровождаются развитием тяжелых осложнений, включая полиорганную недостаточность, которые в 95-97% случаев являются основной причиной летальных исходов. «...одной из причин развития синдрома полиорганной недостаточности у данной категории больных является внутрибрюшная гипертензия (ВБГ). Синдром внутрибрюшной гипертензии (СВБГ) – это симптомокомплекс, развивающийся вследствие повышения давления в брюшной полости и характеризующийся развитием полиорганной недостаточности...»².

С целью совершенствования методов ранней диагностики и лечения больных с внутрибрюшной гипертензией в мире проводится целый ряд целенаправленных научных исследований и «...в настоящее время все большее внимание уделяется разработке миниинвазивных технологий в ранней диагностике и лечении интраабдоминальной гипертензии, что в свою очередь позволит улучшить результаты лечения больных...»³. В соответствии с вышеизложенным разработка диагностических и лечебных мероприятий, направленных на улучшение результатов лечения пациентов с интраабдоминальной гипертензией путем улучшения существующих результатов диагностики и внедрения новых методов лечения, является одной из актуальных задач, стоящих перед специалистами сферы.

В мире проводится ряд исследований, направленных на повышение роли внутрибрюшной гипертензии после экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

В связи с этим необходимо определить причины развития СВБГ у пациентов с неотложными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и его отрицательное влияние на функции жизненно важных органов и систем.

Оценка эффективности различных вариантов хирургической профилактики ВБГ, такие как программная лапароскопия и программная релапаротомия в раннем послеоперационном периоде у больных с

¹ Бисюк Ю.В. О врачебных ошибках в экстренной абдоминальной хирургии // «Военно-медицинский журнал». – 2007. – №10. – С. 55.

² Жебровский В.В. Осложнения в хирургии живота. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 448 с.

³ Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Ходжиев Д.Ш. и др. Стандартизация комплексной динамической диагностики и тактики лечения послеоперационного перитонита // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – №4. – С. 9.

ургентными заболеваниями органов брюшной полости, а также разработка сроков мониторинга внутрибрюшного давления у пациентов в зависимости от характера заболевания и уровня внутрибрюшного давления является приоритетным направлением. Особое значение имеет разработка алгоритма диагностики и лечения пациентов с внутрибрюшной гипертензией после экстренной операции на органах брюшной полости.

Правительством Республики Узбекистан намечен ряд задач по развитию медицинского сектора страны, приведению медицинской системы в соответствие с мировыми стандартами, оказанию неотложной медицинской помощи различным слоям населения с различными ургентными заболеваниями. В качестве приоритетных определены следующие задачи: «...повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи в нашей стране, а также, внедрение высокотехнологичных методов ранней диагностики и лечения заболеваний, создание меценатских служб, поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний ...»⁴. Для достижения этих целей необходимо снизить показатели летальности и инвалидности после ургентных операций на органах брюшной полости. В решении этих задач важную роль играет научное обоснование важности коррекции внутрибрюшной гипертензии путем использования современных технологий.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан № УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», № УП-4985 от 16 марта 2017 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи», № ПП-3071 от 20 июня 2017 года Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Анализ данных литературы показывает, что, несмотря на многочисленные научные исследования, проблема диагностики и лечения ВБГ до настоящего времени сохраняет свою актуальность (Костырной А.В., Поленок П.В., 2012). При этом обращает на себя внимание тот факт, что большинство исследовательских работ посвящено изучению вопросов диагностики и лечения ВБГ традиционными клинико-лабораторными и инструментальными методами, которые в силу своей информативности не всегда могут точно отражать тяжесть патологического процесса и

⁴ Указ Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 07 декабря 2018 года

вероятность развития внутрибрюшного осложнения (Geis W.P., Kim H.C., 2009). В последние лет опубликованы работы, посвященные применению современных видеолaparоскопических вмешательств в распознавании интраабдоминальных осложнений (Geis W.P., Kim H.C., 2009). Однако, сведения об эффективности и диагностической ценности этого метода разнятся. По мнению одних специалистов, показания к видеолaparоскопии для диагностики послеоперационных осложнений недостаточно разработаны (Swank H.A., Mulder I.M., Hoofwijk A.G. et al., 2013), другие авторы считают диагностику послеоперационных осложнений с помощью лaparоскопии нецелесообразной (Ghorban-Poor M., Farimani M., Torabian S. et al., 2010). Специалисты клиники Diskapi Teaching and Research Hospital (Турция) основное внимание обращали на выявление причин поздней диагностики ВБГ. Ими было отмечено, что поздняя диагностика СВБГ в 30-72% случаев была связана со стертой клинической картиной, ошибками и неправильной интерпретацией врачами результатов инструментальных исследований. При этом до 20% синдрома интраабдоминальной гипертензии оставались нераспознанными, а в 4,5% случаев релaparотомии были произведены напрасно (Вишневская А.Н., Стегний К.В., Раповка В.Г., 2011).

В Узбекистане в практике желудочно-кишечной хирургии при операциях у больных с острой кишечной непроходимостью (Алижонов Ф.Б., 2010; Хаджибаев А.М., 2015; Каримов Ш.И., 2016; Акилов Н.А., 2017; Боймаков С.Р., 2019), исследования для подтверждения важности внутрибрюшной гипертензии после экстренной абдоминальной хирургии не проводились.

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что результаты лечения больных с СВБГ заметно улучшились, при этом основной актуальной проблемой остаётся разработка методов ранней диагностики и хирургической тактики при интраабдоминальной гипертензии посредством простых, эффективных и в то же время абсолютно надежных в техническом исполнении методов, что требует дальнейшего совершенствования лечебно-диагностической тактики. Все вышеизложенное послужило поводом для выполнения настоящего исследования.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках прикладного грантового проекта АТСС 4.1 «Совершенствование хирургической тактики и разработка путей улучшения результатов лечения травм и острых заболеваний органов грудной клетки и живота» (2012-2014 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения urgentных заболеваний органов брюшной полости путем совершенствования лечебно-диагностической тактики при внутрибрюшной гипертензии.

Задачи исследования:

изучить частоту развития синдрома ВБГ у больных с экстренными

хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и влияние его на функцию жизненно важных органов и систем;

оценить эффективность вариантов хирургической профилактики ВБГ (программные санационные лапароскопии, программная релапаротомия) в раннем послеоперационном периоде у больных с urgentными заболеваниями брюшной полости и определить тяжесть состояния больных по балльным шкалам APACHE II;

разработать сроки мониторингования ВБГ в зависимости от характера патологии и степени ВБГ у больных с urgentными патологиями органов брюшной полости;

разработать лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с внутрибрюшной гипертензией после urgentных операций на органах брюшной полости.

Объектом исследования явились 215 больных после оперативных вмешательств по поводу различных экстренных абдоминальных патологий, госпитализированных в РНЦЭМП в 2009-2017 гг., у которых в послеоперационном периоде развилась внутрибрюшная гипертензия.

Предмет исследования составляют анализ результатов диагностики и хирургического лечения ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений (РПВО) с мониторингом внутрибрюшной гипертензии и абдоминального перфузионного давления (АПД).

Методы исследования: для достижения намеченной цели исследования и решения поставленных задач использованы общеклинические и инструментальные методы, в том числе ультразвуковые, рентгенологические и лапароскопические.

Научная новизна результатов диссертации:

определена частота развития СВБГ у больных с экстренными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и изучено влияние его на функцию жизненно важных органов и систем;

разработаны и внедрены методы хирургической профилактики снижения ВБГ после urgentных операций на органах брюшной полости;

установлена корреляционная связь между величиной ВБГ, распространенностью воспалительного процесса в брюшной полости и степенью тяжести состояния больных по балльным шкалам APACHE II;

разработан лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с внутрибрюшной гипертензией после urgentных абдоминальных операций.

Практическая значимость результатов диссертации:

разработанный алгоритм хирургической тактики при интраабдоминальных послеоперационных осложнениях позволяет конкретизировать показания к выполнению повторных оперативных вмешательств с учетом степени ВБГ и выполнить адекватный объем оперативного пособия с использованием миниинвазивных технологий;

внедрен обязательный мониторинг внутрибрюшного давления у больных с тяжелыми интраабдоминальными заболеваниями, позволяющий

своевременно оценивать эффективность этапного хирургического лечения и предупреждать риск возникновения полиорганной недостаточности и нежелательных осложнений.

Достоверность результатов исследования

Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными, широко используемыми в практике клинико-биохимическими, микробиологическими, рентгенологическим и статистическими методами. Работа выполнена на современном научном и методологическом уровне. 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 определялась теоретической значимостью выводов и рекомендаций, которые послужили основой для изучения особенностей диагностики и лечения ранних послеоперационных осложнений, формирования новых альтернативных методов диагностики и лечения, оценки специфических осложнений. Отдельные результаты работы могут быть использованы в целях совершенствования содержания и структуры программы обучения магистров, клинических ординаторов и курсантов по диагностике и лечению больных с экстренной послеоперационной патологией органов брюшной полости.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении послеоперационных осложнений, требующих выполнения повторных оперативных вмешательств. Процесс диагностики и лечения РПВО оптимизирован путем разработки нового лечебно-диагностического алгоритма, отличающегося широким внедрением эндовизуальных способов для выявления и коррекции РПВО.

Внедрение результатов исследования. На основании результатов научного исследования больных с внутрибрюшной гипертензией:

утверждены и внедрены методические рекомендации «Лечебно-диагностический алгоритм синдрома внутрибрюшной гипертензии в экстренной абдоминальной хирургии» (Заключение Министерства здравоохранения № 8н/д-189 от 20 сентября 2019 г.). Данные рекомендации позволили улучшить методы диагностики и лечения ранних внутрибрюшных осложнений с ВБГ после экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости;

полученные научные результаты диссертационной работы по улучшению качества диагностики и лечения больных с РПВО с ВБГ внедрены в практическую деятельность учреждения здравоохранения, в том числе используются в работе Самаркандского и Джизакского филиалов Республиканского центра экстренной медицинской помощи областей (Заключение Министерства здравоохранения № 8н/з-12 28 января 2020 г.).

Внедрение результатов исследования позволило улучшить качество

диагностики ранних послеоперационных интраабдоминальных осложнений, снизить послеоперационные осложнения с 21 до 14,2% и летальность с 22,4 до 9,7%.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования обсуждались на 6 научных конференциях, в том числе на 3 международных и 3 республиканских.

Публикация полученных результатов. По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, из них 4 журнальных статьи, в том числе 2 в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырёх глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 105 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении освещаются актуальность и важность исследования, требования к работе, цель, задачи, объект и предмет исследования, отношение проведенного исследования к приоритетам науки и техники, научная новизна исследования и его практические результаты, показана научная и практическая значимость полученных результатов, представлены сведения о внедрении результатов исследований в практике, опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе **«Вопросы диагностики и коррекции синдрома интраабдоминальной гипертензии»**, состоящей из четырёх подглав, представлен обзор литературы, посвященной современному состоянию проблемы ВБГ. В клинической практике ВБГ оценивается крайне редко и, следовательно, не предпринимаются сколько-нибудь значимые попытки целенаправленного лечения этого состояния. Анализ литературы показал, что ВБГ оценивается как существенное звено патогенеза нежелательных результатов после urgentных операций на органах брюшной полости. При этом недооценка факторов повышения ВБГ, отсутствие данных о характерных изменениях внутренних органов и систем, наступающих под влиянием повышенного ВБГ, а также разработка способов его лечения и профилактики у больных с экстренной интраабдоминальной патологией, имеют большое научное и практическое значение.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы исследования»** приведена общая характеристика обследованных больных и методов исследования. Работа основывается на анализе результатов диагностики и лечения 215 пациентов с ВБГ после традиционных и эндовидеохирургических операций на органах брюшной полости, находившихся на лечении в отделе экстренной хирургии РНЦЭМП в 2009-2017 гг.

Учитывая различные заболевания, приведшие к ВБГ, все больные были

поделены на четыре подгруппы. 1-ю подгруппу составили больные, оперированные по поводу ущемленных грыж, 2-ю подгруппу включены пациенты, оперированные по поводу острой кишечной непроходимости, в 3-ю подгруппу вошли больные с деструктивными формами панкреатита, 4-я подгруппа – больные перитонитами различной этиологии (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по нозологиям, n=215

Подгруппа	Контрольная группа		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
1-я	22	21,0	23	20,9
2-я	9	8,6	15	13,6
3-я	18	17,1	12	10,9
4-я	56	53,3	60	54,5
Всего	105	100	110	100

В зависимости от тактики и способа лечебно-диагностических процедур все больные с РПВО были разделены на 2 группы: контрольную и основную. В контрольную группу вошли 105 (48,8%) больных, у которых применялась традиционная лечебно-диагностическая тактика. При традиционном ведении больные подвергались повторному вмешательству уже после развития гнойно-септических осложнений. У 110 (51,2%) больных основной группы лечебно-диагностический процесс был дополнен комплексными методами коррекции ВБГ, кроме того, у них проводилась оценка тяжести клинического течения осложнений. В комплекс интенсивной терапии были включены назоинтестинальная интубация с лаважем и гастроэнтеросорбцией, ранняя «стимуляция» моторно-эвакуаторной функции ЖКТ, перидуральное обезболивание, а также применение антигипоксантов, программные релапаротомии с ревизией органов брюшной полости и программные санационные фибролапароскопии через лапаропорты. Группы были репрезентативными по возрасту, полу, основной патологии, первичным оперативным вмешательствам, сопутствующей патологии, различаясь между собой лишь лечебно-диагностической тактикой.

Мужчин было 140 (65,1%), женщин – 75 (34,9%), средний возраст больных – 54,03±4,26 года. У больных с ВБГ при выборе лечебно-диагностической тактики важное значение имело объективное определение тяжести состояния и возможный прогноз течения осложнения. На тяжесть общего состояния наблюдаемых больных оказывает влияние наличие у них различных сопутствующих заболеваний.

В третьей главе диссертации «**Результаты диагностики внутрибрюшной гипертензии после urgentных операций на органах брюшной полости**» проанализированы особенности диагностики ВБГ и оптимизированы существующие методы. Клиническая картина ВБГ была различной. Больные предъявляли жалобы на чувство тяжести в эпигастральной области, боли различной интенсивности в верхних отделах живота, отрыжку, тошноту, рвоту. Интенсивность болей зависела от

выраженности воспалительных изменений в брюшной полости. Отмечались тахикардия, вздутие живота, отсутствие перистальтики. У больных перитонитом присутствовали симптомы раздражения брюшины. Отличие наблюдалось лишь у больных с выраженными системными проявлениями заболевания, особенно при перитонитах и острых панкреатитах. Лабораторные показатели характеризовались выраженным лейкоцитозом со смещением лейкоцитарной формулы влево. Нарастали признаки печеночной недостаточности, характеризующейся гипербилирубинемией, гиперферментемией и гипопроотеинемией. Постепенно нарастали признаки почечной недостаточности, о чем свидетельствовало увеличение уровня мочевины и креатинина и т.д. Так, повышение уровня аминотрансфераз, билирубина, креатинина и мочевины наблюдался почти у половины больных (48,5%). Гипопроотеинемия как проявление признака печеночной недостаточности у больных с ВБГ была характерна для пациентов всех групп (93,7%).

По мере прогрессирования ВБГ и заболевания в целом у больных присоединялись нарушения со стороны микроэлементов крови. Так, развивающаяся гипокалиемия характеризовалась снижением перистальтики кишечника, увеличением пареза кишечника и, как следствие, повышением ИАГ. Проявление гипокалиемии на ЭКГ характеризовалось изменением амплитудных признаков сегмента S-T и тахикардией, что также отрицательно сказывалось на функции миокарда в целом. Больше всего глубокие нарушения водно-солевого обмена наблюдались у пациентов с перитонитами запущенных стадий и при тяжелой кишечной непроходимости. В результате нарушения всасывания кишечника у всех больных наблюдалась потеря бикарбонатов, что приводило к развитию метаболического ацидоза и расстройству микроциркуляции с гипоксией тканей (табл. 2).

Таблица 2

Показатели кислотно-щелочного состояния венозной крови у наблюдаемых больных

Подгруппа	Параметры кислотно-щелочного состояния крови					
	pH	PaCO ₂	PaO ₂	HCO ₃	BE	O ² sat
Норма	7,33-7,43	46-58	37-42	24-28	(-2,3) -(+2,3)	70-75
1-я	7,38±0,02	39,5±1,8	36,7±1,8	24,1±1,3	(-1,2) ±1,0	69,2±1,0
2-я	7,34±0,02	40,0±1,4	35,1±2,1	20,4±1,0	(-5,9) ±0,9	70,1±1,3
3-я	7,33±0,04	38,8±3,1	34,5±1,8	19,4±0,8	(-5,4) ±1,4	71,4±1,4
4-я	7,32±0,02	37,8±2,2	35,2±1,6	20,5±0,7	(-5,3) ±1,1	69,4±1,1

Для оценки степени тяжести состояния больных нами использована интегральная шкала APACHE II, результаты которой сопоставляли с клинко-лабораторной семиотикой системной воспалительной реакции и сепсиса. Состояние больных с острыми патологиями брюшной полости расценивали как тяжелое при значениях шкалы APACHE II более 6 баллов. При значениях APACHE II более 12 баллов состояние больных соответствовало развитию выраженных полиорганных нарушений, при

значениях более 15 баллов – «фатального» исхода патологии (табл. 3). Полученные результаты показали, что при различном состоянии основного заболевания тяжесть состояния больного претерпевает закономерные изменения в зависимости от его распространенности и инфицирования. Однако P.G. Lankisch и соавт. (2000) не выявили четкого соответствия частоты развития полиорганных нарушений морфологическим изменениям. Разночтение этих данных мы связываем с развитием различной по степени выраженности системной воспалительной реакции и индуцируемой ею полиорганной недостаточности при остром животе. Между тем, учитывая известные трудности объективной и индивидуальной оценки тяжести состояния больного, нами были изучены и сопоставлены основные клинко-лабораторные критерии системной воспалительной реакции в сравнении с тяжестью состояния больных по шкале АРАСНЕ II при различных клинко-морфологических формах заболевания.

Таблица 3

Результаты оценки тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II

Подгруппа	Основная группа	Контрольная группа	Достоверность показателей
1-я	4,2±0,16	3,5±0,22	t=0.74, p=0.46
2-я	8,8±0,43	7,4±0,51	t=0.3, p=0.77
3-я	9,8±0,33	8,9±0,38	t=0.98, p=0.34
4-я	12,6±1,12	11,5±0,82	t=0.21, p=0.83

Лабораторные тесты, используемые для оценки лейкоцитарной реакции (количество лейкоцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации – ЛИИ), являются простыми и доступными методами диагностики, но отличаются низкой специфичностью.

В первые сутки после операции состояние 70 пациентов было оценено по шкале АРАСНЕ II как легкой степени, 76 – средней степени тяжести, у 69 – как тяжелое (рис. 1).

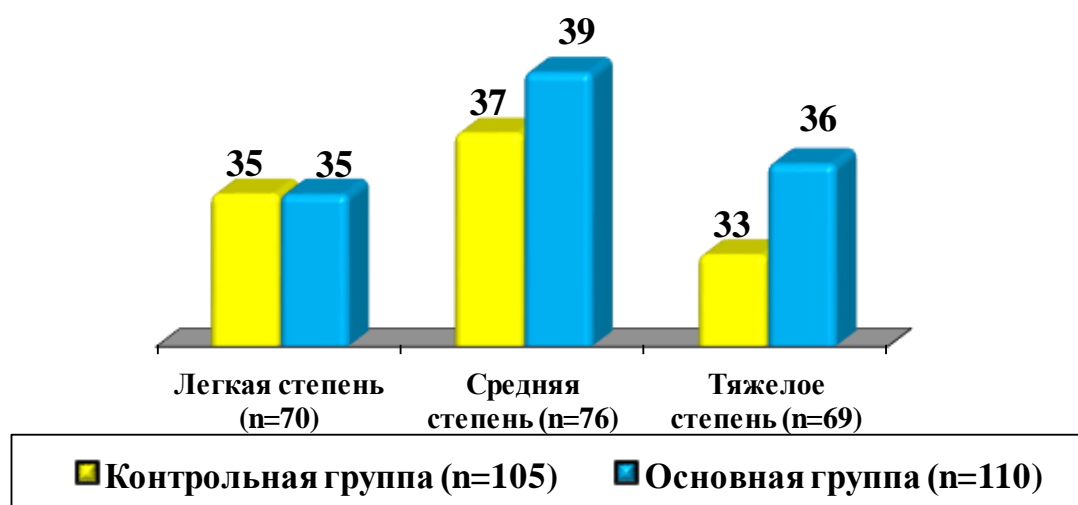


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от степени тяжести состояния.

Как видно из рис. 1, тяжесть состояния больных двух групп была практически одинаковой, то есть группы были сопоставимы по тяжести ($\chi^2=0.067$, $df=2$, $p=0.97$).

Всем больным в первые сутки после операции измеряли внутрибрюшное давление, используя уретральный катетер, подключенный к гидроманометру аппарата Вальдмана. У 56,7% больных ВБГ было в пределах 10-15 мм рт. ст.; у 35% ВБГ колебалось в пределах 16-20 мм рт. ст., у 5,8% – 21-25 мм рт. ст., у 2,5% больных ВБГ в первые сутки было выше 25 мм рт. ст., то есть соответствовало IV степени повышения ВБГ (рис. 2).

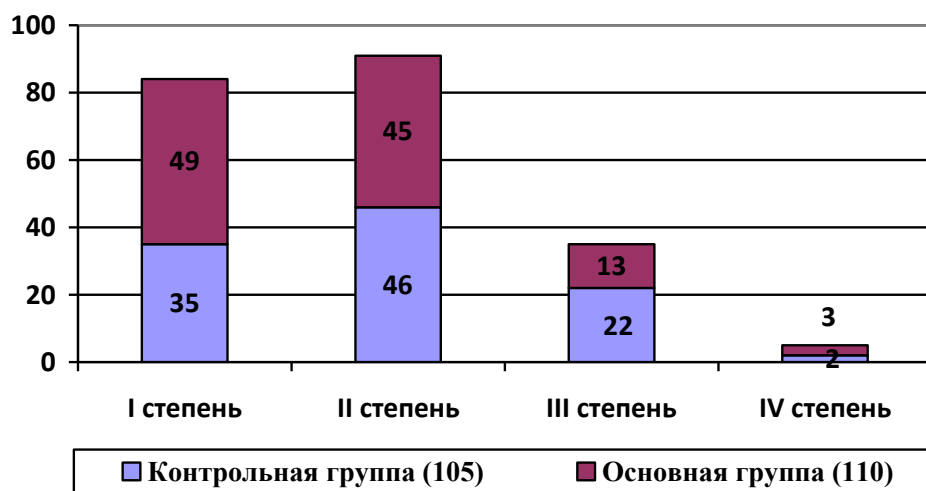


Рис 2. Распределение больных в зависимости от величины ВБГ.

При этом тяжесть состояния напрямую зависела от степени тяжести ВБГ, то есть по мере повышения показателя ВБГ состояние пациентов по шкале АРАСНЕ II утяжелялось.

Таким образом, исходное состояние ВБГ у больных в первые сутки после операции в среднем было равно $12,3 \pm 1,92$ мм рт. ст. и напрямую зависело от формы заболевания, начальной тяжести состояния. Особенно высоким ВБГ было у больных с острой кишечной непроходимостью, перитонитами различной этиологии, тяжелыми формами панкреатитов и осложненными грыжами.

У всех больных в 1-е, 3-и и 5-е сутки определяли функцию внешнего дыхания. Важнейшими показателями, характеризующими эту функцию, являются жизненная ёмкость легких (ЖЕЛ) и пиковая объемная скорость экспираторного потока (ПОСЭП). В первые сутки после операции показатели ЖЕЛ снижались у пациентов всех подгрупп. Эти показатели у больных 1-й подгруппы составили $2,08 \pm 0,12$ л. Разница в величинах ЖЕЛ между сравниваемыми группами была незначительной: соответственно $2,04 \pm 0,19$ и $2,12 \pm 0,15$ л ($t=1.3$, $p>0,05$).

В остальных подгруппах показатели ЖЕЛ были значительно ниже и составляли соответственно $1,61 \pm 0,10$, $1,17 \pm 0,60$ и $0,93 \pm 0,04$ л.

Показатели пиковой объемной скорости экспираторного потока (ПОСЭП) у больных также менялись. У пациентов 1-й подгруппы ПОСЭП в

раннем послеоперационном периоде оставалась на низком уровне, составляя 312 ± 16 л/с. При этом разница в величинах ПОСЭП в двух группах была незначительной: соответственно 322 ± 23 и 302 ± 24 л/с ($t=1.29$, $p=0.74$).

Обобщая полученные данные, можно отметить, что в раннем послеоперационном периоде (1-е сут. после операции) во всех подгруппах наблюдается значительное снижение ЖЕЛ и ПОСЭП, причиной которого является повышение ВБГ с поднятием диафрагмы, которая, в свою очередь, поджимает легкие извне, снижая, тем самым, дыхательную экскурсию легких.

С целью патогенетического подхода к диагностике и лечению СВБГ всем пациентам проведено мониторирование абдоминального перфузионного давления (АПД) с учетом характера изменения внутрибрюшного давления. Изучение показало, что с повышением ВБГ снижается АПД. Так, по данным корреляционного анализа, пропорциональное изменение внутрибрюшинного и перфузионного давления оценен как сильное ($r=0.91$, $p<0.05$), то есть в первые сутки послеоперационного периода у пациентов отмечалась статистически достоверная связь между повышением ВБГ и снижением абдоминального перфузионного давления ($r=0,83$, $p<0,05$) (рис. 3).

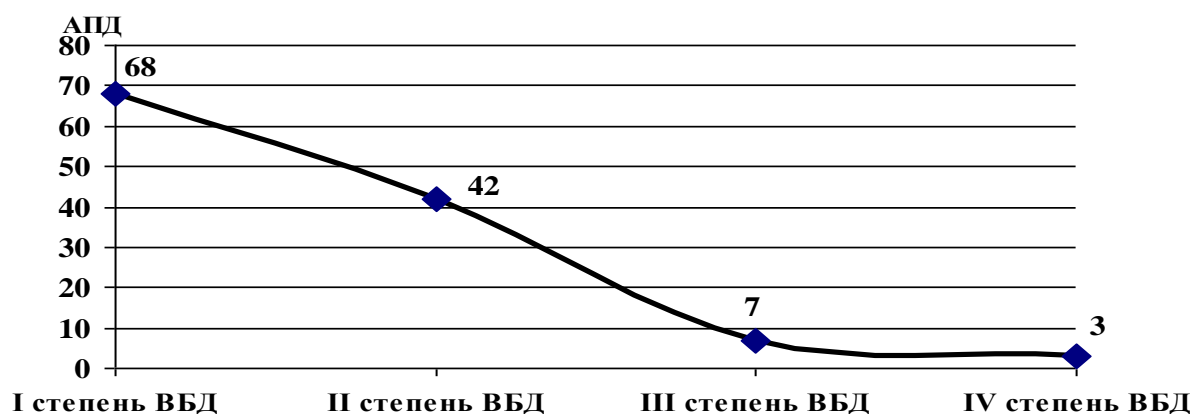


Рис. 3. Показатели ВБГ и АПД у больных в первые сутки после операции.

Таким образом, пациенты с экстренными хирургическими заболеваниями живота были подвергнуты всестороннему клинко-лабораторному обследованию и прооперированы в экстренном порядке. Тактика хирургического лечения во всех случаях была однотипной и заключалась в проведении оперативных мероприятий, направленных на разрешение прогрессирующего перитонита.

В четвертой главе освещена «Сравнительная оценка влияния внутрибрюшного давления на исход лечения после ургентной операции на органах брюшной полости». Течение послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу деструктивного панкреатита, кишечной непроходимости, перитонита и грыж передней брюшной стенки, оценивалось по динамике клинической картины, показателей гемодинамики, клинко-биохимических исследований, а также данных мониторинга

внутрибрюшного давления.

Динамическая характеристика внутрибрюшного давления, изменения лабораторных показателей, в частности лейкоцитов и ЛИИ у больных с острыми патологиями органов брюшной полости, зависела от основной патологии, её тяжести и длительности.

Так, количество лейкоцитов крови больных контрольной группы, оперированных по поводу ущемленных грыж в первые сутки, равнялось $8,5 \pm 0,66$ тыс., ЛИИ – $5,6 \pm 0,07$. К 3-м суткам наблюдалось умеренное увеличение количества лейкоцитов до $9,8 \pm 0,82$ тыс. и ЛИИ – до $7,2 \pm 0,11$. К 5-м суткам показатели крови начинали нормализоваться, но приходили в норму лишь к 7-м суткам после операции.

Исключениями были пациенты с гангреной кишечника, развившегося на фоне ущемления. Этим пациентам выполнены резекции кишечника. При этом в 25% случаев наблюдался лейкоцитоз в течение 3-х суток после операции, к 5-м суткам количество лейкоцитов уменьшалось на 17%. К 7-м сутками эти показатели приближались в норму. Хотя количество лейкоцитов и ЛИИ не имели прямой зависимости от ВБГ ($r=0.27$), но со снижением показателей ВБГ состояние больных улучшалось, уменьшилась интоксикация организма, что, в свою очередь, привело к нормализации показателей лейкоформулы (рис. 4.)

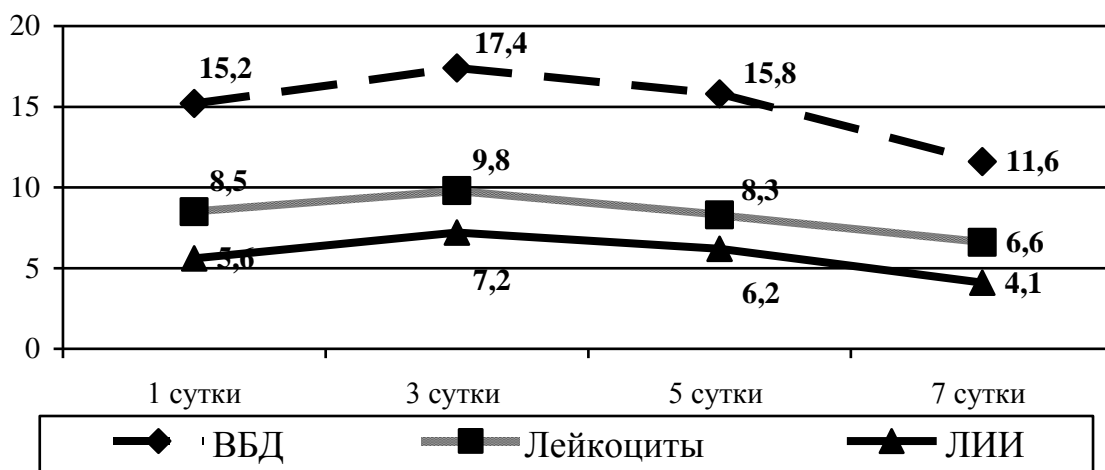


Рис. 4. Показатели лейкоцитов крови и ЛИИ в зависимости от ВБГ у больных контрольной группы.

Учитывая тяжесть состояния больных, с целью объективной оценки соматического статуса использовали шкалу АРАСНЕ.

При сравнительной оценке динамики внутрибрюшного давления и состояния больных в баллах между этими показателями выявлена положительная связь ($r=0,87$, $p=0,012$), то есть по мере уменьшения ВБГ снижались баллы, характеризующие тяжесть состояния больных по шкале АРАСНЕ II.

Большинство пациентов контрольной группы при поступлении в клинику имели I степень ВБГ. В результате проведенной комплексной традиционной интенсивной терапии уровень внутрибрюшного давления

снижался до $9,3 \pm 2,7$ мм рт. ст. Однако на 3-и сутки в результате паретических изменений кишечника ВБГ повышалось до II-III степени, что отрицательно сказывалось на АД, то есть по мере уменьшения ВБГ показатели абдоминального перфузионного давления улучшались (рис. 5).

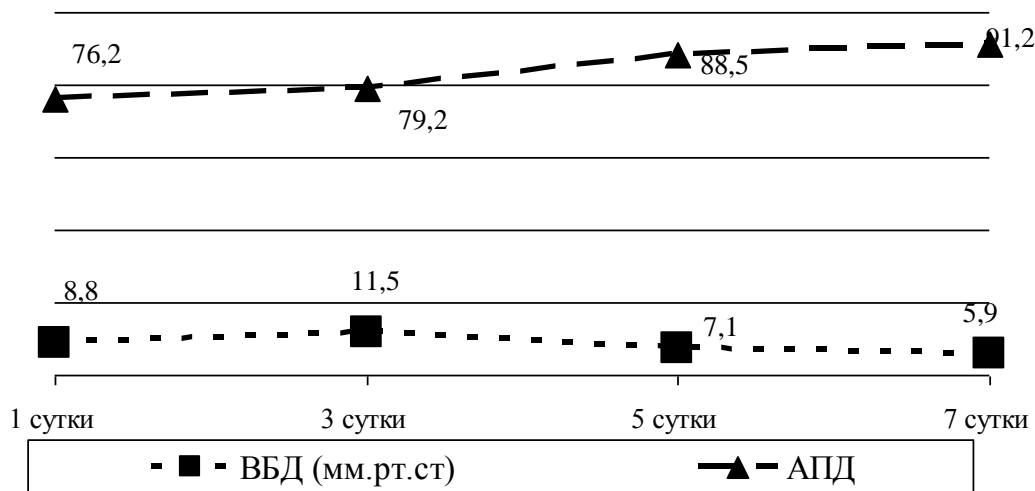


Рис. 5. Показатели ВБД и АД у больных контрольной группы.

В первые дни после операции в лабораторных показателях пациентов основной группы достоверной разницы по сравнению с контролем не выявлено (рис. 6).

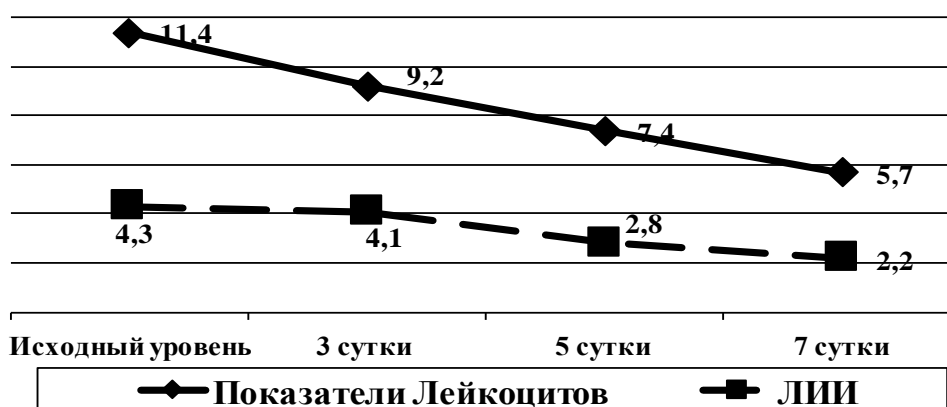


Рис. 6. Показатели лейкоформулы и ЛИИ у больных основной группы.

Показатели сердечно-сосудистой системы у пациентов основной группы также не имели резких отличий от контроля ($p > 0,05$). При этом ЧСС и СрАД к 5-м и 7-м суткам почти приближалась к нормальным значениям.

Показатели внешнего дыхания по мере прогрессирования ВБГ также ухудшались. Показатели внешнего дыхания начинали улучшаться лишь к 3-м суткам послеоперационного периода ($p > 0,05$), а достоверное снижение ВБГ отмечалось лишь к 5-м суткам после операции ($p < 0,05$). Показатели функции внешнего дыхания с ВБГ имели отрицательную среднюю связь ($r = 0,61$), то есть со снижением показателей ВБГ, улучшались функции внешнего дыхания, особенно ДО и ЖЕЛ.

Сравнительный анализ динамики состояния больных по шкале

АРАСНЕ II и ВБГ показал, что имелась слабая положительная корреляционная связь между этими показателями ($r=0,3$), то есть по мере снижения общей интоксикации снижался уровень ВБГ, и улучшалось общее состояние больных.

Полученные результаты показывают, что у пациентов основной группы на 3-и сутки после операции достоверных отличий не наблюдались ($t=0,34$, $p=0,12$), но к 5-7-м суткам между сравниваемыми группами диагностировано достоверное отличие ($t=2,67$, $p=0,04$; $t=3,41$, $p=0,03$ соответственно) (рис. 7).

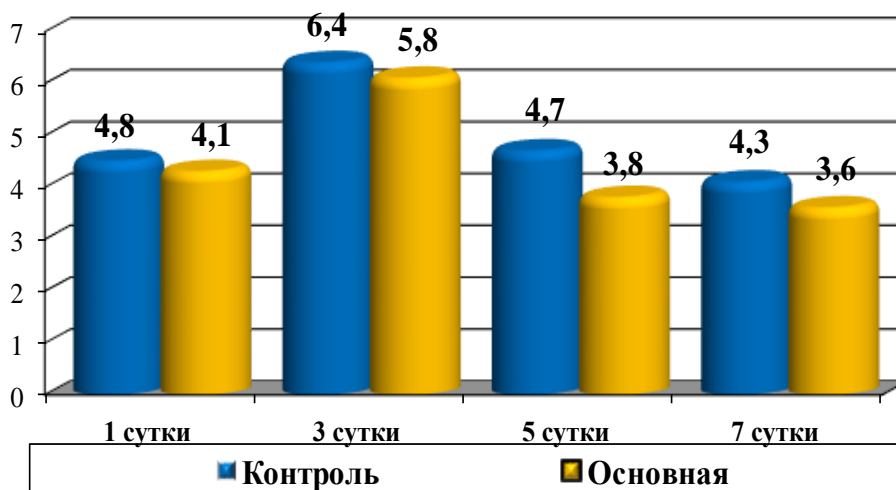


Рис. 7. Тяжесть состояния больных по шкале АРАСНЕ II.

В результате наблюдалось улучшение АПД – до $75,5 \pm 3,8$ мм рт. ст., что сопровождалось улучшением микроциркуляции желудочно-кишечного тракта, снижением лёгочного давления и диастолической нагрузки, в том числе увеличился ударный объем сердца и артериальное давление.

Сравнительный анализ динамики АПД и ВБГ у больных основной группы показал, что со снижением ВБГ нарастало АПД, то есть имелась отрицательная сильная корреляционная связь ($r=0,78$, $p < 0,05$) (рис. 8).

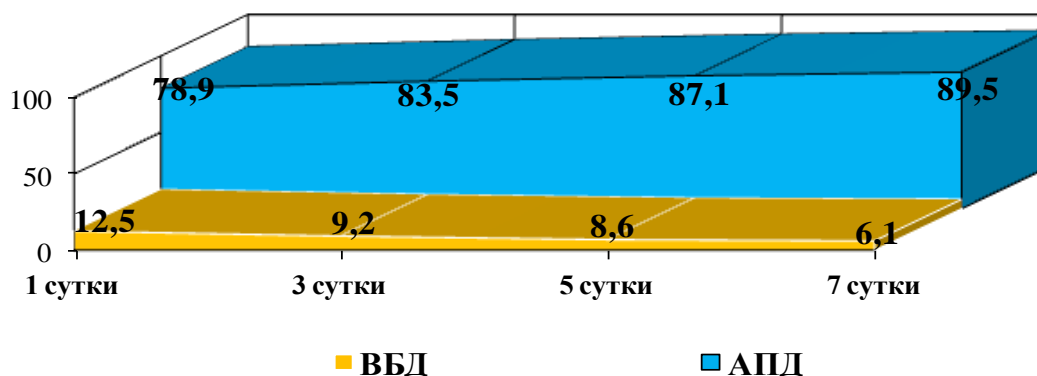


Рис. 8. Показатели ВБГ и АПД у больных основной группы.

Также у больных основной группы наблюдалось сохранение ВБГ II

степени с повышением его уровня на 3-и сутки ($18,6 \pm 4,4$ мм рт. ст.). Уровень АПД при этом оставался в минимальных значениях ($64,7 \pm 5,4$ мм рт. ст.).

У 43 (61,4%) больных основной группы в период лечения к 7-м суткам отмечался постепенный регресс ВБГ и улучшение АПД, а у 27 (38,57%) пациентов контрольной группы наблюдалось нарастание ВБГ и снижение АПД.

Применение способов декомпрессии у пациентов основной группы уже в первые дни привело к статистически достоверному снижению ВБГ до $10,8 \pm 5,2$ мм рт. ст. (исходно $15,8 \pm 4,2$ мм рт. ст.) ($r=0,81$, $p < 0,05$). АПД увеличилось до $75,1 \pm 6,8$ мм рт. ст. ($r=0,84$, $p < 0,05$), что указывало на восстановление микроциркуляции тканей.

К 7-м суткам после проведенной операции показатели ВБГ и АПД оставались в пределах нормы, что подтверждалось отсутствием ВБГ и уменьшением выраженности гемодинамических нарушений. Все это сопровождалось регрессом воспалительного процесса в брюшной полости, улучшением перистальтики кишечника и функции почек, уменьшением количества, отделяемого по зонду, улучшением показателей центральной гемодинамики.

Таким образом, оценка сравниваемых групп показала, что мероприятия, направленные на снижение ВБГ, достоверно улучшают состояние больных с острыми патологиями органов брюшной полости, особенно с панкреатитами и перитонитами.

Сравнительное изучение динамики ВБГ в зависимости от времени наблюдения показало, что на 3-и сутки после операции достоверных различий изучаемых показателей у больных сравниваемых групп не наблюдалось ($15,3 \pm 0,49$ и $17,4 \pm 1,03$; $t=1,87$, $p=0,06$), но к 5-м суткам уже регистрировались достоверные различия (табл. 4).

Таблица 4

Результаты ВБГ в послеоперационном периоде у наблюдаемых больных,
 $M \pm m$

Группа	1-е сут	3-и сут	5-е сут	7-е сут
Основная	14,1±0,87	15,3±0,49	11,6±0,78	7,8±0,33
Контроль	15,2±1,12	17,4±1,03	15,8±0,98	11,6±0,76
Достоверность	t=0,78, p=0,44	t=1,87, p=0,06	t=3,38, p=0,001	t=4,69, p <0,01

Одним из основных критериев эффективности является АПД. При этом исходные показатели в сравниваемых группах особо не отличались (78,9±2,76 и 76,2±3,11; t=0,65, p=0,52), а на 3-и сутки после операции улучшались (табл. 5).

Таблица 5

Показатель АД в послеоперационном периоде у наблюдаемых больных,
M±m

Группа	1-е сут	3-и сут	5-е сут	7-е сут
Основная	78,9±2,76	83,5±3,21	92,1±3,45	98,5±2,98
Контроль	76,2±3,11	74,2±4,31	82,5±2,43	85,3±3,67
Достоверность	t=0,65, p=0,52	t=1,74, p=0,08	t=2,25, p=0,03	t=2,81, p=0,006

Таким образом, результаты мониторинга уровня ВБГ и АД свидетельствуют о положительном влиянии декомпрессионных способов закрытия лапаротомной раны на восстановление функций ЖКТ и разрешение энтеральной кишечной недостаточности.

Для сравнительного анализа ближайших результатов оперативного лечения изучены послеоперационные осложнения и послеоперационная летальность.

Анализ послеоперационных осложнений у пациентов контрольной группы показал, что у 22 (21%) из них наблюдались те или иные осложнения, носившие специфический характер: внутрибрюшной абсцесс, несостоятельность анастомозов диагностированы у 15 (14,2%) больных. У 5 больных послеоперационный период осложнился пневмонией и экссудативным плевритом.

В контрольной группе в раннем послеоперационном периоде умерли 13 (12,4%) больных. Наибольшее количество осложнений и летальных исходов было в 3-й и 4-й подгруппах.

В послеоперационном периоде в основной группе осложнения диагностированы у 15 (13,6%) больных. В основной группе умерли 6 (5,5%) больных, в контрольной – 13 (22,4%). Достоверные различия ($\chi^2=3.119$, $p=0.074$) летальности в группах, сопоставимых по основным показателям, но отличающихся наличием внутрибрюшной гипертензии, позволяют сделать вывод, что ВБГ оказывает существенное отрицательное влияние на результаты лечения и свидетельствует об эффективности применяемых нами при коррекции ВБГ методик после urgentных операций на органах брюшной полости.

Таким образом, проведенные комплексные клинично-инструментальные исследования показали, что больные с экстренной хирургической патологией являются тяжелой категорией пациентов с развитием комплекса внутрибрюшных и экстраабдоминальных полиорганных нарушений. Эти больные нуждаются в проведении хирургических вмешательств, длительной интенсивной терапии в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, длительном лечении и наблюдении в хирургическом отделении. Быстрое повышение и длительное сохранение высокого уровня ВБГ у больных с экстренными хирургическими заболеваниями и травмами живота требуют выполнения лапаротомии, одной из задач которой является снижение уровня ВБГ и предотвращение развития синдрома ВБГ.

С целью профилактики и коррекции продолжающегося перитонита и

нарастания внутрибрюшного давления 18 пациентам была проведена программная реоперация, в том числе у 11 пациентов выполнена программная релапаротомия, у 7 – программная санационная лапароскопия.

Более чем у половины больных с III и IV степенью ВБГ сочеталось с развитием недостаточности двух органов и систем, у 35,6% – трех, у 16,9% – четырех и более. По мере прогрессирования ВБГ развивалась ПОН. Так, при II степени ВБГ ПОН развивалась в течение первых суток, при III степени ВБГ признаки ПОН появились в течение 8-12 часов. То есть повышение ВБГ является неблагоприятным прогностическим признаком развития послеоперационных осложнений, что позволяет судить о степени тяжести состояния пациентов, прогнозировать вероятность летального исхода.

Проведенный сравнительный качественный и количественный анализ результатов исследования у больных с ВБГ после экстренных абдоминальных операций с применением разработанных нами новых методов диагностики и лечения явился основной причиной для разработки нового лечебного алгоритма, который является полным и достоверным и соответствует требованиям современной доказательной медицины (рис. 9).



Рис. 9. Лечебно-диагностический алгоритм

ВЫВОДЫ

На основании диссертационного исследования на тему «Роль интраабдоминальной гипертензии у больных после экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости» получены следующие выводы:

1. Влияние ВБГ на функции жизненно важных органов и систем после urgentных оперативных вмешательств на органах брюшной полости характеризуется снижением объемных показателей дыхания (ДО и ПОСЭП, ЖЕЛ), нарушением гемодинамики (снижением СВ, возрастанием ЧСС и уровня АД), ухудшением общего состояния больных (по шкале APACHE II), нарушением кровообращения кишечника (снижение АПД).

2. Применение методов, снижающих ВБГ после urgentных операций на органах брюшной полости: назоинтестинальная интубация с лаважем и гастроэнтеросорбцией, «стимуляция» моторно-эвакуаторной функции ЖКТ, перидуральное обезболивание, применение антигипоксантов, а также проведение программных релапаротомий и релапароскопий, улучшает показатели внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы на 25-30%, улучшают общее состояние больных по шкале APACHE II в 1,7 раза, АПД на 30%.

3. Сроки определения уровня ВБГ зависят от характера патологии и величины ВБГ. После операции по поводу ущемленных вентральных грыж I степени ВБГ необходимо однократное измерение ВБГ в сутки. У пациентов с непроходимостью кишечника и острыми панкреатитами с уровнем ВБГ II-III степени необходимо измерение ВБГ 2 раза в сутки. У больных с распространенными перитонитами и при нарастании ВБГ до IV степени требуется 4-часовое мониторирование ВБГ.

4. Применение алгоритма ведения больных после urgentных операций на органах брюшной полости позволяет определить повышение ВБГ, прогнозировать его течение, а своевременная коррекция приводит к улучшению показателей жизненно важных органов и систем, сокращает сроки пребывания больных в стационаре и снижает инвалидность, а также снижает послеоперационную летальность и осложнения соответственно на 20 и 35%.

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC DEGREES
DSc. 04/30.12.2019.Tib.63.01. AT THE REPUBLICAN RESEARCH
CENTRE OF EMERGENCY MEDICINE**

REPUBLICAN RESEARCH CENTRE OF EMERGENCY MEDICINE

DJABBAROV JAMSHID ISMOILOVICH

**THE ROLE OF INTRAABDOMINAL HYPERTENSION IN PATIENTS
AFTER EMERGENCY OPERATIVE INTERVENTIONS ON THE
ABDOMINAL CAVITY ORGANS**

14.00.40–Emergency medicine

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

TASHKENT-2020

The subject of doctor of philosophy (PhD) dissertation has been registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan with the number №B2018.4. PhD/Tib733.

The dissertation has been done in the Republican Research Center of Emergency Medicine.

Abstract of the doctoral dissertation in three languages (Uzbek, Russian and English (resume)) has been posted on the website of the Scientific Council (www.emerg-centre.uz) and the information – educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

Scientific consultant: **Altiev Bazarbay Kurbanovich**
Doctor of medical sciences

Official opponents: **Khakimov Murad Shavkatovich**
Doctor of medical sciences, professor
Rizaev Kamal Saidakbarovich
Doctor of medical sciences

The leading organization: **Samarkand State Medical Institute**

Defence will take place «27» november 2020 at 12⁰⁰ at the meeting of the scientific council number DSc. №28.02.2018. Tib. 63.01 at the Republican Research Centre of Emergency Medicine (Address: 2, Kichik halqa yoli str., 100115, Tashkent Uzbekistan. Phone/fax: (+99878) 150-46-00, +998(78)150-46-05, e-mail: emerg-centre.uz).

The dissertation is available in the Information-resource centre of Republican research centre of emergency medicine (is registered under № 3) (Address: 2, Kichik halqa yoli str., 100115, Tashkent Uzbekistan. Phone/fax: (+99878) 150-46-00, +998(78)150-46-05).

Abstract of the dissertation sent out on «12» november, 2020 y
(Protocol of mailing № 04 from «12» november 2020 y.)



A.M. Khadjibaev

Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, Doctor of medicine, professor

D.A. Alimov

Scientific secretary of the scientific council on awarding of the scientific degrees, Doctor of medicine

V.Kh. Sharipova.

Chairman of the scientific seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, Doctor of medicine

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the study is to improve the surgical treatment results of urgent diseases of the abdominal cavity by developing an algorithm for managing patients with intra-abdominal hypertension.

The object of the study were 215 patients who underwent surgical interventions due to various abdominal pathologies hospitalized at the RRCEM in 2009 - 2017 and who had developed intraperitoneal hypertension in the postoperative period.

The scientific novelty of the study is as follows:

the frequency of intra-abdominal hypertension syndrome development in patients with emergency surgical diseases of the abdominal cavity was determined and its effect on the function of vital organs and systems was studied;

effective methods of surgical prophylaxis of reducing intra-abdominal hypertension (IAH) after urgent surgeries on abdominal organs have been developed and implemented;

a correlation between the value of IAH, the prevalence of the inflammatory process in the abdominal cavity and the severity of the condition according to APACHE II scoring scales has been established;

a diagnostic and treatment algorithm for managing patients with intra-abdominal hypertension after urgent abdominal operations has been developed.

Implementation of research results. According to the results of a scientific research on improving the results of diagnostics and treatment of patients with intra-abdominal hypertension:

the obtained scientific results of the dissertation on improving the quality of diagnostics and treatment of patients with IAH have been introduced into the practice of healthcare, in particular, in the work of the clinical emergency hospital and the Tashkent regional branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine (Conclusion of the Health Ministry No. 8N-d / 189 dated by August 20, 2019). The results of the study allowed to improve the quality of diagnostics of IAH, to reduce the number of postoperative complications from 21% to 14.2% and to reduce mortality from 22.4% to 9.7%.

The structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions, a list of cited literature and applications. The volume of text material is 105 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Алтиев Б.К., Шарипова В.Х., Джаббаров Ж.И. Лечебно-диагностический алгоритм синдрома внутрибрюшной гипертензии в экстренной абдоминальной хирургии: Методические рекомендации. – Ташкент, 2019. №IAP 04782, 2012

2. Алтиев Б.К., Батиров У.Б., Жаббаров Ж.И., Саидов А.С. Внутрибрюшная гипертензия как фактор развития полиорганной недостаточности при критических состояниях // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2010. – №1. – С. 60-63. (14.00.00 №11)

3. Алтиев Б.К., Жаббаров Ж.И., Батиров У.Б., Мадатов К.А. Интраабдоминальная гипертензия при распространенном перитоните различной этиологии // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2011. – №1. – С. 8-10. (14.00.00 №9)

4. Алтиев Б.К., Асомов Х.Х., Жаббаров Ж.И. Пути коррекции абдоминального компартмент-синдрома при распространенном перитоните // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – Москва, 2011. – №2. – С. 66-69. (14.00.00 №156)

5. Алтиев Б.К., Жаббаров Ж.И. Роль мониторинга внутрибрюшного давления при выборе лечебной тактики у больных с распространенным перитонитом // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – Донецк, 2018. – №1. – С. 2-5. (14.00.00 №17)

II бўлим (II часть; part II)

6. Алтиев Б.К., Жаббаров Ж.И., Исабаев Ш.Б. Абдоминальная гипертензия при острой кишечной непроходимости // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – Москва, 2010. – №3. – С. 69.

7. Алтиев Б.К., Жаббаров Ж.И., Асомов Х.Х., Рахимов О.У. Влияние программной лапароскопии на интраабдоминальное давление при распространенном перитоните // 15-й Московский международный конгресс эндоскопической хирургии. – Москва, 2011. – С. 16-17.

8. Алтыев Б.К., Жаббаров Ж.И., Асомов Х.Х. Роль внутрибрюшного давления в лечении гнойного распространенного перитонита // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии: Научно-исследовательская конференция. – Геленджик (Россия), 2011 // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – Москва, 2011. – С. 101.

9. Алтыев Б.К., Жаббаров Ж.И. Intra-abdominal hypertension with widespread peritonitis // XII International Eurasian Congress of Surgery and Gastroenterology. – Azerbaijan, 2011. – P. 7-8.

10. Алтыев Б.К., Жаббаров Ж.И., Мадиев Р.З., Асомов Х.Х. Роль интраабдоминального давления в лечении больных с травмами живота // Материалы 9-й Республиканской научно-практической конференции, Навои, 2010г. // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2010г., №2. – С. 126.

11. Алтыев Б.К., Жаббаров Ж.И. Роль абдоминального компартмент-синдрома в развитии гнойно-септических осложнений при распространенном перитоните // Актуальные проблемы гнойно-септической хирургии: Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции. – Бухара-Афшана, 2010. – С. 23-24.

12. Хаджибаев А.М., Юлдашев Ф.А., Эрметов А.Т., Жаббаров Ж.И. Программа лечения абдоминального сепсиса // Материалы 3-го съезда анестезиологов и реаниматологов Узбекистана. – Ташкент, 2009. – С.147.

13. Батиров У.Б., Жаббаров Ж.И., Саидов А.С., Мадатов К.А. Особенности нарушения функции внешнего дыхания при внутрибрюшной гипертензии // Материалы 3-го съезда анестезиологов и реаниматологов Узбекистана. – Ташкент, 2009. – С. 74-75.

14. Алтыев Б.К., Жаббаров Ж.И. Диагностика и лечение больных с синдромом внутрибрюшной гипертензии в ургентной хирургии // Разработка новых технологий диагностики и хирургического лечения заболеваний органов брюшной, грудной полостей, сердца и сосудов: Материалы 23-й Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения-2018». – Нукус, 2018. Стр. 5-6.

Автореферат «Шошинч тиббиёт ахборотномаси» журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табоғи: 3. Адади 100. Буюртма № 180.

Гувоҳнома № 10-3719
“Тошкент кимё технология институти” босмаҳонасида чоп этилган.
Босмаҳона манзили: 100011, Тошкент ш., Навоий кўчаси, 32-уй.