



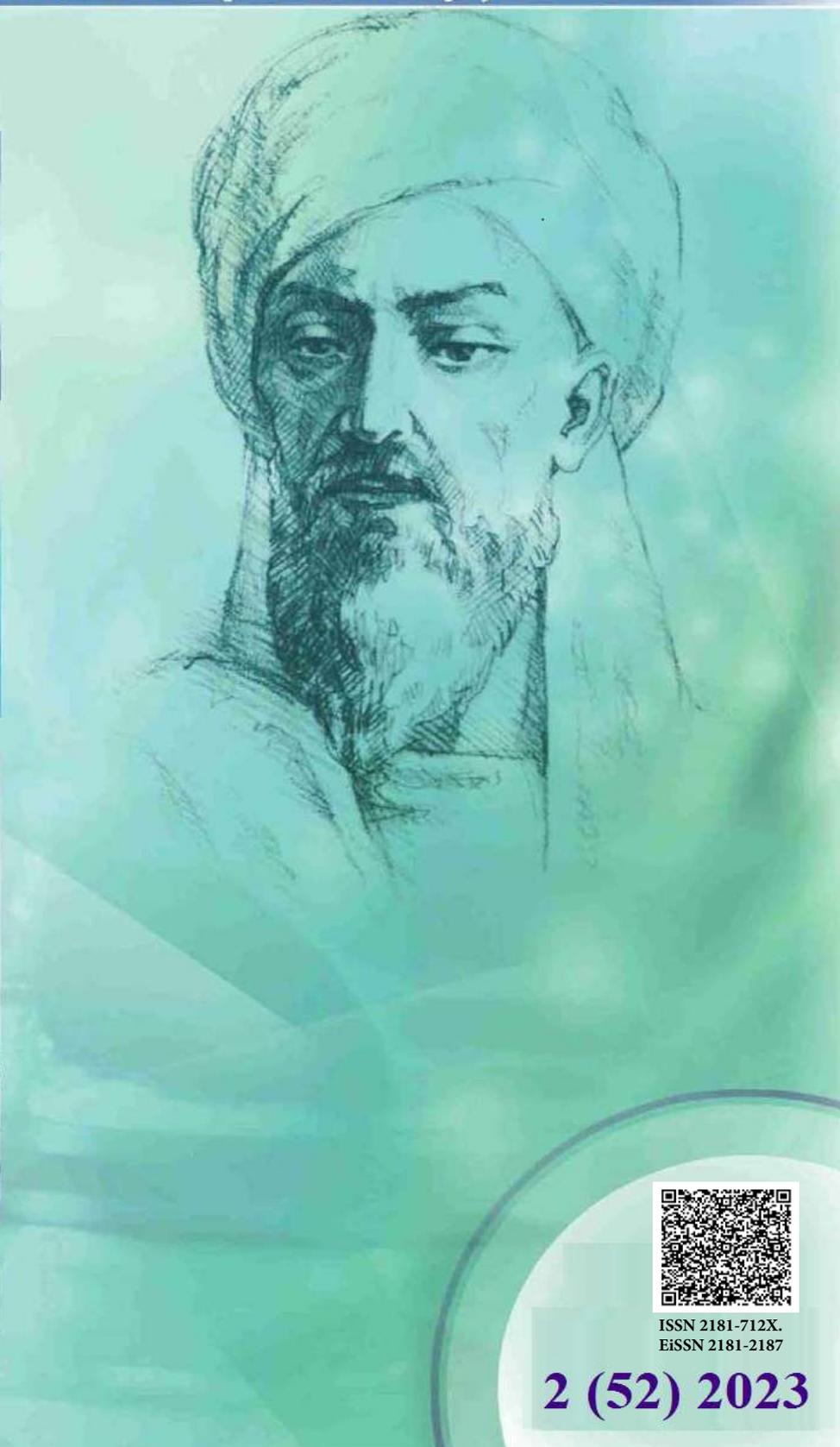
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (52) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (52)

2023

Received: 20.01.2023
Accepted: 10.02.2023
Published: 10.02.2023

УДК 617.54-089.85-617.55-001.31

ТОРАКОАБДОМИНАЛ ШИКАСТЛАНИШЛАРДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Г.М. Ходжиматов., Д.М. Хакимов., Х.Х. Хамдамов., С.М. Яхёев., Б.Б. Карабаев.,
Н.А. Касимов.

Андижон Давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Ишлаб чиқилган диагностик ва тактик алгоритм, шикастланишларни ўз вақтида ташхислаш ва тегишли даволаш тактикасини танлаш имконини беради. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлигининг травматик шикастланишлари билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволаш тактикасини танлашда эндовидеохирургик усулларнинг муҳим роли кўрсатилган. Муаллифлар томонидан ишлаб чиқилган диагностик ва даволаш алгоритми ёрдамида торакоабдоминал шикастланган билан оғриган беморларни диагностика қилиш ва даволаш натижалари таҳлил қилинди. Ишлаб чиқилган диагностика ва даволаш усулларидадан фойдаланиш ушбу оғир тоифадаги беморларни даволаш натижаларини яхшилади.

Калит сўзлар: кўкрак қафаси ва қорин бўшлигининг травматик шикастланишлари, лапароскопия, торакоскопия.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ

Г.М. Ходжиматов., Д.М. Хакимов., Х.Х. Хамдамов., С.М. Яхёев., Б.Б. Карабаев,
Н.А. Касимов.

Андижанский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Разработан диагностический и тактический алгоритм, позволяющий провести своевременную диагностику повреждений и выбрать адекватную лечебную тактику. Показана важная роль эндо видеохирургических способов в диагностике и выборе тактики лечения пациентов с посттравматическим повреждением грудной клетки и брюшной полости. Проведен анализ результатов диагностики и лечения пострадавших с торакоабдоминальными травмами с использованием разработанных авторами диагностического и лечебного алгоритма. Применение разработанных лечебно-диагностических подходов позволило улучшить результаты лечения данной тяжелой категории больных.

Ключевые слова: травматические повреждения грудной клетки и брюшной полости, лапароскопия, торакоскопия.

IMPROVEMENT OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE THORACOABDOMINAL INJURIES

G.M. Khodjimatov, D.M. Khakimov, Kh.Kh. Khamdamov, S.M. Yahyoev, B.B. Karabaev,
N.A. Kasimov

Andijan State Medical Institute

✓ **Resume**

The developed algorithm of the diagnosing and treatment tactics can allows for timely diagnosis of injuries and the choice of adequate treatment tactics. The important role of endovideo surgical in the diagnosis and choice of treatment tactics for patients with traumatic injuries of the chest and abdominal cavity is shown. The results of diagnostics and treatment of patients with thoracoabdominal injuries were analyzed using the diagnostic and therapeutic algorithm developed by the authors. The use of the developed diagnostic and treatment approaches has improved the results of treatment of this severe category of patients.

Key words: *traumatic injuries of the chest and abdominal cavity, laparoscopy, thoracoscopy.*

Актуальность

Торакоабдоминал шикастланиш билан жабрланганларни ўз вақтида ташхислаш ва даволаш хирургиянинг энг мураккаб муаммоларидан бири ҳисобланади. Замонавий технологик тараққиёт шароитида кўкрак ва қорин жароҳатларининг тарқалиши, шу жумладан қўшма торакоабдоминал шикастланишлар барча жароҳатларнинг 40% ни ташкил этади. Шу билан бирга, ушбу турдаги травматизм ташхислашда катта қийинчилик туғдиради, шунингдек, баъзида жароҳатларнинг оғирлиги туфайли даволашда қоникарсиз натижалар қайд этилади [1,5].

МДХ давлатларида ўлимнинг умумий таркибида жароҳатлардан ўлим ҳолати иккинчи ўринда туради ва депопуляциянинг асосий омилларидан бири ҳисобланади [6,7]. Шундай қилиб, қорин ва кўкрак қафасидаги қўшма жароҳатлар гуруҳидаги ўлим оқибатларининг сони изоляция қилинган жароҳатлардаги ўлим даражасидан 7-8 баравар ошади [9].

Сўнгги йилларда криминал ҳолатларнинг ортиши, аксарият травмалар, йўл-транспорт ҳодисаларининг ўсиши, табиий офатлар, оммавий тартибсизликлар ва ҳарбий можаролар туфайли шикастланганлар сонининг ортиши меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар ўлимнинг асосий сабабларидан бири бўлиб келмоқда. Торакоабдоминал жароҳатланишлар билан оғриган беморлар сонининг кескин ортиши билан бир қаторда, ушбу тоифадаги беморларни даволашда ҳали ҳам юқори даражадаги диагностик ва тактик хатоликлар сақланиб қолмоқда. Буларга бемор аҳволининг оғирлиги ва шок, кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланишини ниқоблайдиган симптомлар, ҳамда бундай беморларда тез-тез кузатиладиган наркотик ёки алкогольли мастлик сабаб бўлади [6,12].

Торакоабдоминал шикастланишларнинг хусусияти беморларнинг кўп миқдорда қон йўқотиши ва шок билан кечадиган турли аъзоларнинг шикастланишлари туфайли бемор ҳолатнинг оғирлиги ҳисобланади. Торакоабдоминал жароҳатланишлар билан оғриган беморларни хирурик даволаш натижалари бир қатор объектив кўрсаткичлар билан баҳоланади. Улар орасида – интраоперацион қон йўқотишнинг ҳажми, операциядан кейини асоратларнинг сони ва уларнинг тузилиши муҳим ҳисобланади [4,8,13,14]. Бундай вазият кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи аъзоларини қайта текшириш, шунингдек, эндовидеохирургик технологиядан фойдаланиш, шокка қарши чора-тадбирларни параллел равишда ўтказиш билан минимал текширув ва шошилиш оператив амалиёт ўтказиш зарурлигини кўрсатади.

Рационал хирургик тактикани танлаш ҳозирги кунгача мунозарали бўлиб қолмоқда ва ушбу тоифадаги беморларни ташхислаш ва даволашнинг эндоскопик усулларида фойдаланиш масалари етарли даражада ёритилмаган [3,10,11,15]. Даволаш ва диагностик тактикани ўтказиш бўйича ягона тактик кўрсатмалар йўқлиги сабабли ҳамиша ташхислаш ва даволашнинг мақбул усуллари танланади, бу эса кечиктирилган хирургик амалиётларга, ҳамда операциялар ҳажмининг асосиз кенгайишига олиб келади [2,9,16]. Операциядан кейинги асоратларнинг кўплиги - 50% гача ва ўлимнинг юқори кўрсаткичи - 15,9-49,5% [4,5,6,10] торакоабдоминал жароҳатланишлар билан оғриган беморларни таснифлаш ва даволаш чора-тадбирлари учун тўпланган тажриба, тактик ва техник қўшимчаларни умумлаштириш зарурлигини тақозо этади.

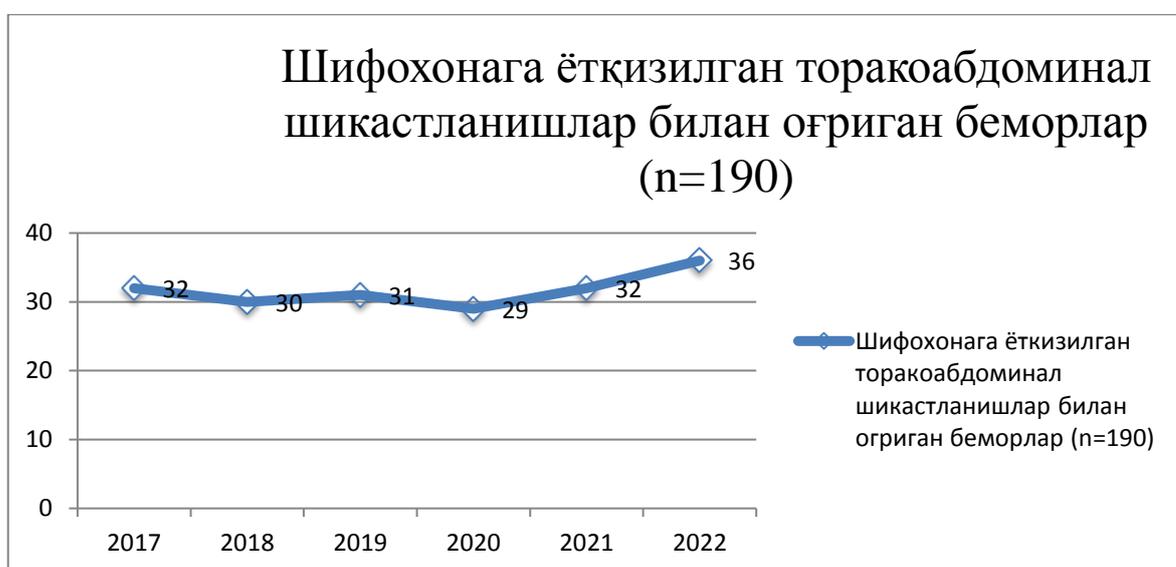
Тадқиқотнинг мақсади:

Даволаш ва диагностик алгоритмни ишлаб чиқиш ва жорий этиш, шунингдек, ташхислаш ва даволашнинг эндовидеохирургик усуллари клиник амалиётга жорий этиш йўли орқали

шифоҳона босқичида торакоабдоминал жароҳатланишлар билан оғриган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини яхшилаш.

Материал ва усуллар

2017 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда 6 йил давомида Республика шошилич тез тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг шошилич хирургия бўлимида торакоабдоминал шикастланиш олган 190 нафар бемор даволанган. Торакоабдоминал шикастланишлар билан оғриган 122 нафар (64,2%) беморларнинг (назорат гуруҳида 2017 йилдан 2020 йилгача даволанган) касаллик тарихлари ретроспектив таҳлил қилинган, уларда ташхислаш ва даволаш босқичлар умумий қабул қилинган схема бўйича амалга оширилган. Асосий гуруҳда торакоабдоминал шикастланишлар билан оғриган 68 нафар (35,8%) бемор бўлиб, улар 2021 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда даволанган ҳамда уларда биз ишлаб чиққан диагностик ва даволаш алгоритм орқали янги технологиялардан фойдаланиш ҳолда ташхислаш ва даволаш амалга оширилган.



1-расм. Шифоҳонага ётқизилган торакоабдоминал шикастланишлар билан оғриган беморларнинг йиллар бўйича тақсимланиши.

Беморларнинг ёши 18 ёшдан 88 ёшгача бўлган. Беморларнинг энг катта гуруҳини 18-30 ёшгача бўлган - 73 нафар бемор (38,4%) ташкил этган. Эрақ беморлар аёл жинсига нисбатан 3,2 баравар кўп эди – 23,7% га нисбатан 76,3% устун эди (1-жадвал).

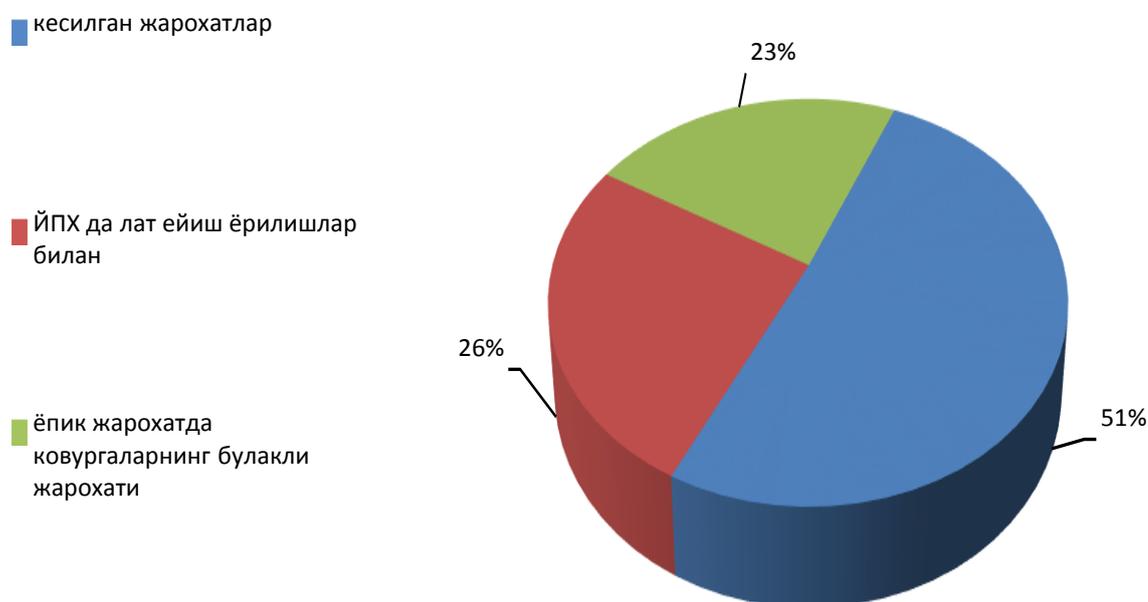
1-жадвал

Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Гуруҳ	Жинси	Беморларнинг ёши					Жами			
		18-30	31-40	41-50	51-60	61 ва ундан катта				
Назорат гуруҳи	Э	N	38	20	18	11	9	96	122	64,2%
		%	20	10,5	9,5	5,7	4,7	50,5		
	А	N	8	6	6	2	4	26		
		%	4,2	3,1	3,1	1,0	2,1	13,7		
Асосий гуруҳ	Э	N	19	13	8	5	4	49	68	35,8%
		%	10	6,84	4,2	2,66	2,1	25,8		
	А	N	8	4	2	2	3	19		
		%	4,2	2,1	1,0	1,0	1,7	10		

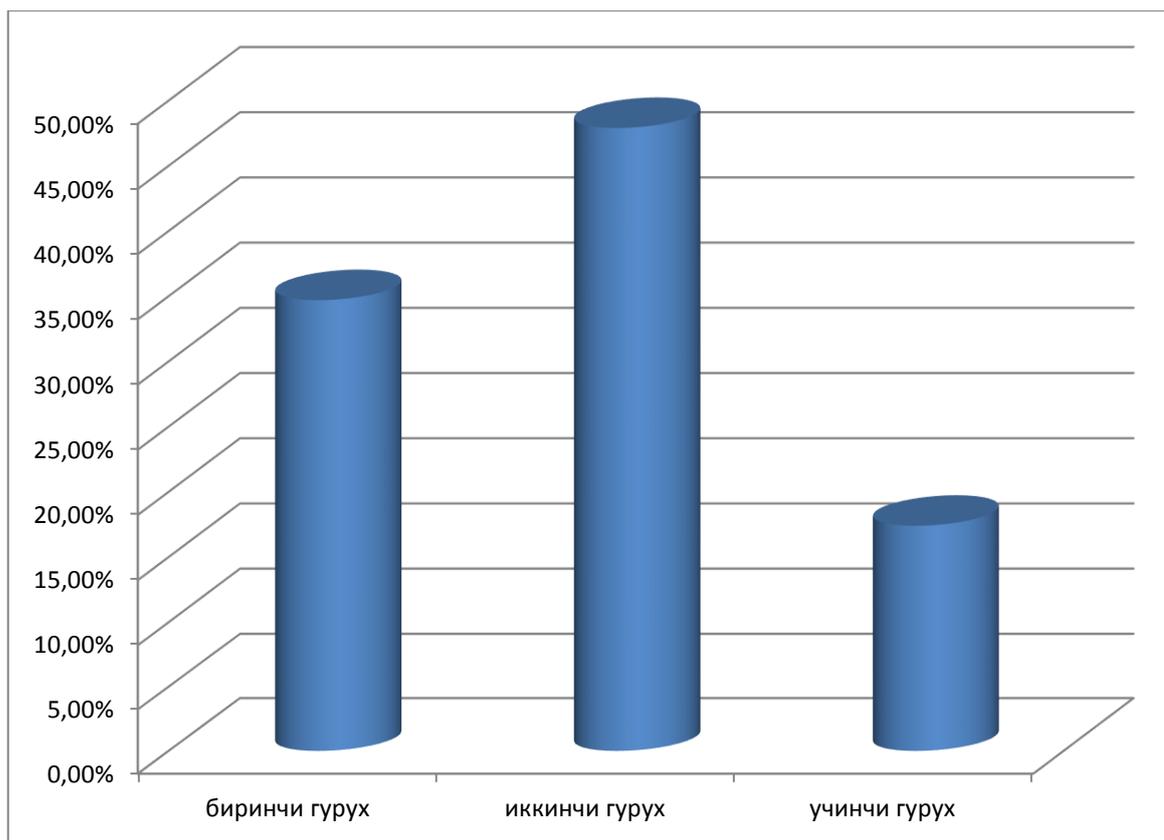
Травма олган вақтига кўра, биринчи соатда шифохонага олиб келинганлар - 48 нафар (25,26%), 1 дан 3 соатгача - 93 нафар (48,94%), 3 дан 6 соатгача - 16 нафар (8,42%), 6 соатдан кейин - 31 нафар (16,3%) ташкил этган, 2 нафар (1,05%) беморда эса вақт аниқланмаган. Инструментал текширувнинг табиати ва уларни бажариш кетма-кетлиги маълум клиник вазиятдан келиб чиққан ҳолда аниқланди. Инструментал текширувлар кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиш хусусиятини тасдиқлаш ва ҳужжатлаштириш, шунингдек, травманинг бошқа асоратларини, ҳамроҳ касалликларни, ҳамда турли аъзо ва тизимларнинг функцияларини компенсациялаш даражасини аниқлаш учун ишлатилган. Шикастланишнинг юзага келиш механизмига кўра, 97 нафар (51%) беморда тешиб ўтилган жароҳатлар устунлик қилган; ЙТХ ҳодисаси туфайли лат ейиш ва ёрилишлар - 49 нафар (26%) беморда, 44 нафар (23%) беморда ёпик травма натижасида ковурғаларнинг бўлакли жароҳатланиши қайд этилган (2-расм).

Шикастланиш механизми



2-расм. Торақоабдоминал шикастланиш билан оғриган беморларнинг шикастланиш вариантлари бўйича таркибий тақсимланиши.

Бир ёки бошқа симптомнинг устунлигига қараб, жароҳатларнинг турли хил хусусиятларига эга бўлган беморлар учта гуруҳга ажратилган: 1) биринчи гуруҳи – бу кўкрак қафаси аъзоларининг шикастланиши симптомлари устунлик қилган беморлар - 66 нафар (34,7%); 2) иккинчи гуруҳи – қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиши симптомлари устунлик қилган беморлар – 91 нафар (47,9%); 3) учинчи гуруҳи – худди шу мураккаблик билан кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланишлари бўлган беморлар - 33 нафар (17,4%) киритилган (3-расм).



3-расм. Торакоабдоминал шикастланиш билан оғриган беморларнинг симптомлар бўйича тавсифланиши.

Шикастланиш ҳажмини ташхислаш учун кўкрак қафаси рентгенографиясидан фойдаланилди (ўта оғир беморлар бундан истисно). Рентгенография қабулхона бўлимининг рентген хонасида ёки операция хонасида АРЕЛЕМ рентген ускунаси ёрдамида амалга оширилди. Доминант шикастланишни ташхислаш учун, параллел равишда DC-40 Mindray аппарати ёрдамида қорин бўшлиғи аъзолари ва плевра бўшлиғи, перикард ультратовуш текшируви (УТТ) ўтказилди. Клиник манзара, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг рентгенографияси, жароҳат каналининг дастлабки хирургик қайта ишлови ва ревизияси, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ натижалари 90% ҳолларда хирургик тактикани ва оператив киришни аниқлашга имкон берди. Эндоскопик текширув: диагностик лапароскопияни, торакоскопияни, фиброэзофагогастроуденоскопияни (ФЭГДС) ўз ичига олган. Лапароскопия бевосита ва билвосита белгилар асосида нафақат қорин бўшлиғида қон мавжудлигини юқори аниқликда тасдиқлаш, балки қон кетиш манбасини аниқлаш имконини берди, шу билан қорин бўшлиғи аъзоларини операция қилишга кўрсатмалар ва хирургик кириш йўли аниқланди. Ташхислашнинг энг етакчи усулларида бири шошилишч торакоскопия бўлиб, бу усул қабулхонага келган 12 нафар (6,3%) беморда ва операциядан кейинги даврда 2 нафар (1,1%) беморда юзага келган асоратларни ташхислаш ва даволаш учун амалга оширилди.

Ошқозон-ичак трактининг шикастланиши ФЭГДС ёрдамида 13 нафар (6,8%) беморда қайд этилди ва аниқланди. ФЭГДС асосан, операциядан олдинги даврда ҳам, интраоперацион даврда ҳам гастродуоденал соҳадаги ковак аъзоларининг шикастланиши ва ёрилишига шубҳа қилинганда амалга оширилди.

Барча беморларда стационарга келган пайтида умумий қон ва сийдик таҳлилларини ўтказилди. Қолган лаборатория таҳлиллари (электролитлар, ПТИ, коагулограмма, қон ивиш вақти, қон ферментлари, умумий қон ва сийдик таҳлилининг кузатиш) беморни касалхонага ётқизиш пайтида индивидуал равишда ўтказилди.

Шикаст олган беморларда ички аъзоларининг шикастланиши ҳам ўзига хос эди. 2-жадвалда кўриниб турганидек, энг кўп шикастланишлар қуйидаги аъзоларда қайд этилган: ўпка, жигар,

талок, чарви, ошқозон ва йирик қон томирлар. Бизнинг беморларда кўп сонли травмаларда кўпинча ўпка ва ошқозон, жигар, ингичка ва йўғон ичакнинг шикастланиши бирга кузатилган.

2-жадвал

Ички аъзолар шикастланишининг табиати

Шикастланиш табиати	Сони	%
Шикастланишларсиз	17	8,9
Кўкрак қафаси девори артерияларининг жароҳатланиши	27	14,2
Перикард/юракнинг жароҳатланиши	3	1,6
Ўпканинг жароҳатланиши/травмаси	42	22,1
Диафрагманинг жароҳатланиши/травмаси	13	6,8
Жигарнинг жароҳатланиши/травмаси (капсуласининг ёрилиши, жароҳат юзаси узунлигининг 3 см гача ва чуқурлиги 1,5 см гача бўлиши, массив шикастланиши – бўлакчасининг узилиши)	31	16,3
Талокнинг жароҳатланиши/травмаси (капсуласининг ёрилиши, кутбининг шикастланиши, дарвозаси соҳасида шикастланиши)	23	12,1
Ошқозоннинг жароҳатланиши/травмаси (ошқозон висцерал қорин пардасининг инерцион ёрилиши)	16	8,4
Ингичка ичакнинг жароҳатланиши/травмаси (ичак тутқичининг таранглашмаган гематомаси, ичак висцерал қорин пардасининг ёрилиши, ичакнинг ичак тутқичидан узилиши, бевосита жароҳатланиши)	6	3,2
Йўғон ичакнинг жароҳатланиши/травмаси (ичак тутқичи гематомаси, сероз қаватининг ёрилиши, ичак тутқичининг узилиши, бевосита жароҳатланиши)	11	5,8
Ўт пуфагининг травмаси	2	1,1

Шифохонага келган вақтда шикастланишлар билан оғриганларнинг 59 нафари (31%) I даражали, 21 нафари (11%) II даражали, 31 нафари (16,3%) III даражали шок ҳолатида бўлган.

Кўшма жароҳатнинг оғирлиги Injury Severity Score (ISS) жароҳатларнинг оғирлик шкаласи бўйича баҳоланган бўлиб, назорат гуруҳида бу $17,8 \pm 4,9$ баллни, асосий гуруҳида эса $18,2 \pm 4,2$ баллни ташкил этган.

Натижа ва таҳлиллар

Клиник тажриба шуни кўрсатдики, оператив ва консерватив чора-тадбирларни изчил қўллаш билан энг рационал даволаш усулини танлашда амалиёт шифокорларининг ҳаракатлари учун қўлланма бўлиб хизмат қиладиган тасниф ва ҳаракатларнинг маълум даволаш ва диагностик алгоритми зарур.

Тадқиқотимиз давомида амалиёт шифокорларининг ҳаракатлари учун қўлланма бўлиб хизмат қиладиган ҳаракатларнинг даволаш ва диагностик алгоритми ишлаб чиқилди, жароҳатларнинг янги локализацияси ва ушбу шикастланиш билан бирга келадиган асоратлар таклиф қилинди (Ўзбекистон Республикаси Адлия Вазирлиги ҳузуридаги Интеллектуал мулк агентлигининг 24.08.2022 йилдаги DGU № 18223 рақамли баённомаси).

Алгоритмга кўра, торакоабдоминал шикастланишлар билан оғриган беморнинг барчасида жароҳат каналини ревизия қилиш ортидан жароҳатнинг бирламчи хирургик қайта ишлови (БХИ) амалга оширилади. Шунинг таъкидлаш лозимки, жароҳат каналини ревизия қилиш қабулхона бўлими шароитида яранинг бўшлиққа кирганлигини аниқлаш мақсадида ўтказилди. Тешиб ўтилган жароҳатда БХИ операцион хонада олиб борилди. Наркоз вақтида реанимацион чора-тадбирлар билан параллел равишда амалга оширилди. Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларининг доминант шикастланишларини ташхислаш учун УТГ, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг рентгенографияси ўтказилди, эндоскопик текширув усулларида фойдаланилди, бу эса 90% ҳолларда хирургик ва оператив кириш йўлини аниқлаш имконини берди.

Оператив амалиётлар ва кириш йўлларининг табиати

№	Кириш йўлларининг тури ва оператив амалиёт ҳажми	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
		Шикастланишлар билан оғриган беморларлар ва текширувдан ўтганлар сони	Беморлар сони % да	Шикастланишлар билан оғриган беморларлар ва текширувдан ўтганлар сони	Беморлар сони % да
1	Торакотомия, сўнгра лапаротомия	9	4,7	4	2,1
2	Торакофренотомия	2	1,1	3	1,6
3	Лапаротомия ва торакотомиясиз плевра бўшлиғини дренажлаш	18	9,5	7	3,7
4	Дастлабки босқичда - лапаротомия, иккинчи босқичда - торакотомия	9	4,7	2	1,1
5	Бир вақтнинг ўзиде торакотомия ва лапаротомия	2	1,1	1	0,5
6	Торакофренолапаротомия	1	0,5		
7	Лапаротомия	38	20	16	8,4
8	Торакотомия	10	5,2	3	1,6
9	Лапароскопия	1	0,5	10	5,2
10	Торакоскопия	0	0	8	4,2
11	Торакотомиясиз плевра бўшлиғини дренажлаш	18	9,5	12	6,3
12	БХИ	13	6,8	2	1,1
Жами		122	64,2	68	35,8

Оператив тактика жароҳатнинг табиати ва оғирлигига, жароҳатланишлар билан оғриган беморларнинг умумий аҳволига боғлиқ эди. Торакоабдоминал шикастланишлар билан оғриган беморларларда оператив амалиётларнинг ҳажми ва кириш йўллари ҳамда шикастланишлар ҳажми қуйидаги кириш йўлларининг биргалигида амалга оширилди: (3-жадвал)

Барча беморларда турли оператив амалиётлар амалга оширилди. Ушбу жадвалдаги натижалар орқали, биринчи навбатда торакотомия, сўнгра лапаротомия - 13 нафар (6,8%); торакотомия ва френотомия - 5 нафар (2,6%) мос равишда; лапаротомия ва торакотомиясиз плевра бўшлиғининг дренажлаш – 25 нафар (13,2%), биринчи босқичда лапаротомия, иккинчи босқичда – торакотомия - 11 нафар (5,8%), торакофренолапаротомия - 1 нафар (0,5 %) беморда бажарилганлигини кўриш мумкин. Бир вақтнинг ўзиде торакотомия ва лапаротомия 3 нафар (1,6%) жароҳатланишлар билан оғриган беморларларда амалга оширилган. Шу билан бирга, 19 нафар (10%) беморда операция кам инвазив кириш йўли, торако- ёки лапаротомиясиз билан яқунланган. Бунда дефектларни, турли аъзоларнинг, шунингдек диафрагма тикишга эришилган. Даволашда эндовидеохирургик усуллари тadbiq этиш орқали, операциянинг торакал босқичи 8 нафар (4,2%) беморда плевра бўшлиғини дренажлашгача қисқартирилди. Ушбу тоифадаги беморларда торакотомияга кўрсатмалар юрак ёки йирик қон томирларнинг жароҳатланишига шубҳа қилинганда ёки қон кетишининг давом этиши билан аниқланган.

Шуни таъкидлаш лозимки, диагностик торакоскопия ва лапароскопия жараёнида қорин бўшлиғи ички аъзолари шикастланишининг аниқланиши ёки йўқлигидан қатъи назар, барча ҳолатларда ёлғон салбий натижалар олинмади.

Торакоабдоминал шикастланишда диагностик торакоскопияни амалга оширишда (умумий операциялар сонининг 6(3,2%) – барча торакоскопик операцияларнинг 8(4,2%), кўкрак қафаси

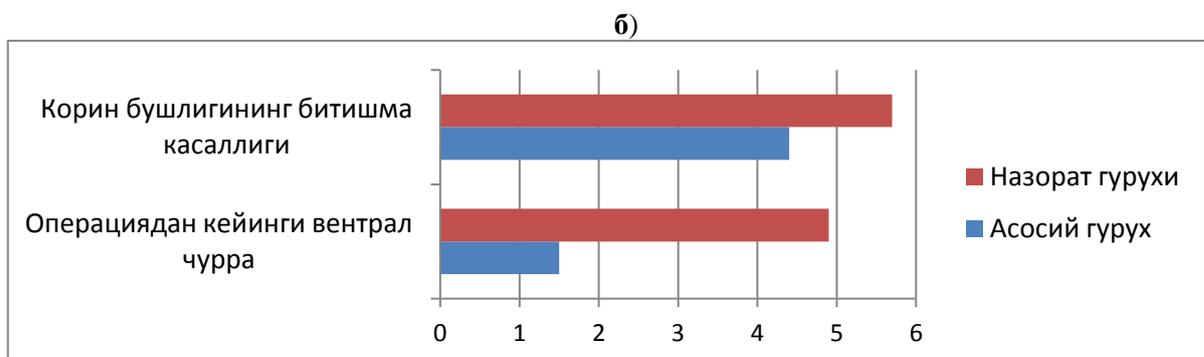
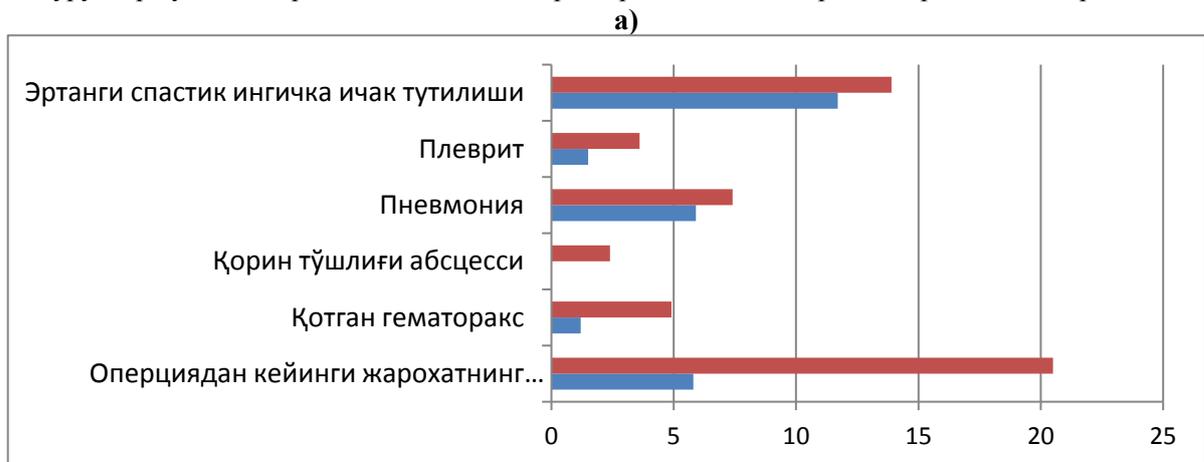
аъзоларининг патологияси аниқланмади, бу беморларни кузатиш пайтида ўз тасдиғини топди ва чин салбий натижани қайд этди.

2 ҳолатда (1,1%) диагностик торакоскопияни бажариш вақтида, кўкрак қафасининг тешиб ўтилган-кесилган жароҳатида ва ўпканинг кўп сонли шикастланишида массив плевра ичи қон кетиш кузатилганда, оператив киришнинг конверсиясига кўрсатма аниқланган. Массив қон кетишининг тавсифланган сабаблари фақат торакотомия пайтида аниқланган бўлиб, эндовидеохирургик диагностик операция пайтида бундай жароҳатларни кўриш имконини бермаган.

Торакоабдоминал шикастланишлар билан оғриган беморларларни (интраоперацион, операциядан кейинги асоратлар, ўлим) ташхислаш ва даволаш учун эндовидеохирургик технологиялардан фойдаланган ҳолда олиб борилган тадқиқотларимиз натижаларини ва торакотомия ёки лапаротомия ёрдамида бажарилган операцияларнинг натижаларини таҳлил қилиш эндовидеохирургик усулларнинг клиник самарадорлик даражасини аниқлашга имкон берди. Шундай қилиб, амалга оширилган 19 та эндовидеохирургик диагностик ва даволовчи операциялардан умумий операциялар сонидан 18 таси (9,5%) (II гуруҳ операциялари сонидан 26,5%) самарали деб тан олинди. Очiq оператив кириш йўли ёрдамида бажарилган операциялар гуруҳида, операцияларнинг умумий сонидан 38 ҳолатда (31,2%), назора гуруҳининг I гуруҳидаги операциялар сонидан 74,6%) асоратлар ва ўлим, ўзаро мос равишда 2(2,9%) ва 9(7,4%) ҳолатда қайд этилган. Эндовидеохирургик диагностик ва даволаш операцияларининг клиник самарадорлиги ўртача очiq оператив кириш йўли ёрдамида бажарилган оператив амалиётларга нисбатан 1,1 баробар юқори эканлиги аниқланган.

Шунда қилиб, олинган натижалар торакоабдоминал шикастланишда эндовидеохирургик ташхислаш усулининг юқори даражада самарадорликка эга эканлигидан дарак беради. Олинган натижаларни таҳлил қилиш асосида торакоабдоминал шикастланишни ташхислашда эндовидеохирургик усуллари ўртача сезгирлик даражаси 1,09 баробар, ўзига хослик даражаси 1,68 баробар ва аниқлик даражаси 1,16 баробар юқори таъминлашини аниқлаш имконини берди.

Гуруҳлар бўйича операциядан кейинги асоратларнинг сони ва таркиби 4-расмда келтирилган.



4-расм. Торакоабдоминал шикастланишлар билан оғриган беморларларни хирургик даволаш асоратлари. а - операциядан кейинги эрта асоратлар; б - операциядан кейинги узоқ муддатли асоратлар

Эндовидеохирургик амалиётлардан фойдаланган ҳолда асосий гуруҳдаги беморларни даволашда яхши клиник самарага эришилди. Шундай қилиб, операциядан кейинги даврда оғриқ синдроми камроқ намоён бўлди, интенсив терапия ва реанимация бўлимларида узок муддатли кузатув ва даволашга зарурат туғилмади. Бундан ташқари, операциядан кейинги асоратларнинг кўрсаткичи 32% га (шу жумлдан, эрта – 26,1% ва кечки – 5,9%) камайди, яхши косметик самарага эришилди, стационарда даволанишнинг ўртача муддати 4,3±0,34 кунга қисқарди ҳамда операциядан кейинги ўлим 11,7% камайди. Кўкрак қафаси ва қорин деворида косметик дефект кузатилмади.

Даволаш оқибатларининг асосий кўрсаткичларидан бири ўлим бўлиб, у 25,6 % ташкил этди. Шокдан 7 нафар (6,4%), 13 нафар - (10,6%) бемор полиорган етишмовчиликдан, 5 нафари (4,1%) – ЎАТЭ сабабли вафот этган (4-жадвал).

4-жадвал

Торакоабдоминал шикастланишларда ўлим сабаблари

№	Ўлим сабаблари	Асосий гуруҳ (n=)	%	Назорат гуруҳи (n=)	%
1	Травматик, геморрагик шок	1	1,5	6	4,9
2	Полиорган етишмовчилик	5	7,3	8	6,5
3	ЎАТЭ	2	2,9	3	2,5
	Жами	8	11,7	17	13,9

Торакоабдоминал шикастланишларда хирургик даволашдаги ҳар қандай усулнинг ютуғи бир қатор объектив ҳолатлар ва уларнинг кўрсаткичлари билан изоҳланади.

Улар орасида: кон йўқотиш ҳажми, операциядан кейинги асоратлар сони ва уларнинг тузилиши, ўлим фоизи, шунингдек стационарда даволаш давомийлиги энг муҳим ҳисобланади. Бунда натижаларни ишончли баҳолаш учун асосий ва назорат гуруҳларидаги ўзаро қиёсланидиган беморлар бир-бирига нисбатан тасодифий бўлиши лозимлигини ҳисобга олиш керак.

Шундай қилиб, биз томондан ишлаб чиқилган даволаш ва диагностик алгоритм ва хирургик тактика торакоабдоминал шикастланиш билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволашда қўлланилиши мумкин.

Хулосалар:

1. Биз қўллаган торакоабдоминал шикастланишларнинг таснифи кам инвазив (лапароскопик ва торакокопик) даволаш ва диагностик муолажаларидан ўз вақтида фойдаланишни асослайди.

2. Ишлаб чиқилган даволаш ва диагностик алгоритмидан фойдаланиш асосиз лапаротомиялар сонини (5,2%) ёки ёки операция натижасида юзага келадиган травматизмни камайтиришга имкон беради.

3. Торакоабдоминал шикастланишларда эндовидеохирургиядан фойдаланишнинг клиник самарадорлиги очик оператив кириш йўли ёрдамида операцияларнинг диагностик ва даволаш усуллари самарадорлигидан ўртача 1,1 баробар юкори эканлиги аниқланган

АДАБИЁТЛАР РЎЙХТИ:

1. Абакумов М.М., Лебедев М.В., Малярчук В.И. Повреждения живота при сочетанной травме / М. «Медицина», 2005. – 175с.
2. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б. Место эндовидеохирургии в диагностике и лечении больных с экстренной патологией и травмами органов брюшной полости: 20 летний опыт Наманганского филиала. // [Вестник экстренной медицины](https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss6/a5) Том14 №6 (2021): https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss6/a5
3. Алишихов А.М., Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л. Опыт применения эндовидеохирургических технологий в диагностике и лечении торакоабдоминальной травмы // *Эндоскопическая хирургия.* – 2010. – № 5. – С. 7

4. Амарантов Д.Г., Заривчацкий М.Ф., Светлаков А.В. и др. Роль и место внутрисполостной эндоскопии в лечении торакоабдоминальных ранений //Здравоохранение Таджикистана. 2017. № 4. С. 5–10.
5. Амарантов Д.Г., Заривчацкий М.Ф., Холодарь А.А., Гудков О.С., Колышова Е.В.. Современные подходы к оперативному лечению торакоабдоминальных ранений. //«Вестник хирургии» • 2018.Том 177. №5. с.100-103. DOI:<https://10.24884/0042-4625-2018-177-5-100-104>
6. Дегтярев О.Л., Ситников В.Н., Турбин М.В., Демин К.А. Торакоабдоминальные ранения в неотложной хирургии / // Вестн. СанктПетербург. ун-та. Сер. 11 : Медицина. 2010. Прил.: Пирогов. Хирург.неделя : Материалы всеросс. форума. С. 669–670.
7. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Алтыев Б.К., Кучкаров О.О. Хирургия торакоабдоминальных ранений: 15-летний опыт одной клиники. //Вестник экстренной медицины, 2019, том 12, №4.с.9-16
8. Хаджибаев Ф.А., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т., Шукуров Б.И., Элмурадов К.С. Возможности ультразвукового исследования в оценке характера и тяжести закрытой травмы живота. //Вестник экстренной медицины, 2021, том14, №6.с.14-19. http://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss6/a2
9. Черкасов М.Ф. и др. Хирургическая тактика при сочетанных повреждениях органов брюшной полости // Съезд хирургов Южного федерального округа, 2-й: Материалы. – Пятигорск, 2009. – С. 72–73.
10. Черкасов М.Ф., Дегтярев О.Л., Саркисян В.А. Неотложная видеоторакоскопия при повреждениях органов груди при множественной и сочетанной травме // Кубанский научный медицинский вестник № 3 (132) 2012. С. 195-199
11. Amini A., Latifi R. Laparoscopic-assisted minithoracotomy for repair of diaphragmatic penetrating trauma // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2013. Vol. 23, № 4. P.406–409.
12. Gulomidin M. Khodzhimatov, Sardorbek M. Yakhyoev. Nature and structure of thoracoabdominal injuries. *Cardiometry*; Issue 22; May 2022; p. 128-132; DOI: 10.18137/cardiometry.2022.22.128132;
13. Matsevych O.Y., Koto M.Z., Motilall S.R., Kumar N. The role of laparoscopy in management of stable patients with penetrating abdominal trauma and organ evisceration. // *J Trauma Acute Care Surg* 2016;81:307–311.
14. Moore E.E., Knudson M.M., Burlew C.C. et al; WTA Study Group. Defining the limits of resuscitative emergency department thoracotomy: a contemporary Western Trauma Association perspective. // *J Trauma*. 2011;70(2):334-339.
15. Trejo-Avila M.E., Valenzuela-Salazar C., Betancourt-Ferreyra J., Fernandez-Enriquez E., Romero-Loera S., Moreno-Portillo M. Laparoscopic versus open surgery for abdominal trauma: A case-matched study. // *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2017; 27:383–387
16. Yahyoev S.M., Khodzhimatov G.M. Diagnostic methods and surgical treatment of patients with thoracoabdominal traumas (review of the literature). *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2022; 19 (4): 226-231. DOI: <https://doi.org/10.5114/kitp.2022.122093>

Қабул қилинган сана 20.02.2023