

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

UMEDOV XUSHVAQT ALISHEROVICH



**TORAKOABDOMINAL SHIKASTLANISHLAR
DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH USULLARINI
OPTIMALLASHTIRISH**

Monografiya.

SAMARQAND - 2025

Tuzuvchilar:

Umedov X.A. - SamDMU davolash fakulteti 2-xirurgik kasalliklar kafedrası PhD., assistenti.

Retsenzentlar:

Rahmonov Q.E... - SamDTU DKTF Xirurgiya, endoskopiya va anestiziologiya - reanimatologiya kafedrası mudiri., DSc., dotsent.

Abduraxmonov M.M. - Buxoro davlat tibbiyot instituti xirurgik kasalliklar va reanimatsiya kafedrası, tibbiyot fanlari doktori, professor.

Monografiya shoshilinch xirurgiyaning eng dolzarb muammosi bo‘lgan ko‘krak qafasi va qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining shikastlanishlari diagnostikasi va davolash taktikasiga bag‘ishlangan. Hozirgi kunda o‘lim sabablari ichida shikastlanishlar ahamiyatiga ko‘ra to‘rtinchi o‘rinni egallab, yoshlar orasida esa o‘limning birinchi sababi bo‘lib hisoblanadi. Shoshilinch xirurgiyada miniinvaziv diagostika va davolash usullarini qo‘llash malum bir mavjud algoritmlar asosida olib borilgan. Ushbu monografiya xirurglar, magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlar, yosh mutaxassislar va tibbiyot universitetining yuqori kurs talabalari uchun mo‘ljallangan.

МУНДАРИЖА

SHARTLI QISQARTMALAR RO'YXATI	5
KIRISH.....	6
 I BOB. KO'KRAK QAFASI VA QORIN BO'SHLIG'ININIG SHIKASTLANISHLARINI DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHDA HOZIRGI ZAMON QARASHLAR (adabiyotlar sharhi).....	
§ 1.1. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining shikastlanishlarining epidimiologiyasi.....	11
§ 1.2. Ko'krak qafasi shikastlanishlarining diagnostikasi va davolash	17
§ 1.3. Qorin bo'shlig'ining shikastlanishlarining diagnostikasi va davolash	24
II BOB. MATERIAL VA TADQIQOT USULLARI.....	34
§ 2.1. Klinik tadqiqotlarning umumiy xarakteristikasi	34
§ 2.2. Tadqiqotning instrumental va laborator usullari.....	43
§ 2.3. Torakosintez va laparotsentez diagnostikasi.....	58
§ 2.4. Videotorakoskopiya va videolaparoskopiya	64
 III BOB. KO'KRAK QAFASI VA QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING YOPIQ SHIKASTLANISHLARI DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHDA ZAMNAVIY YONDASHUVLAR.....	
§ 3.1. Torakoabdominal yopiq shikastlanishlarda bemorlarda davolash taktikasi.....	67
§ 3.1.1. Asosiy guruh bemorlarda torakoabdominal yopiq shikastlanishlarida konservativ davolash usullar	67
§ 3.1.2. Asosiy guruh bemorlarda torakoabdominal yopiq shikastlanishlarida laparoskopik davolash usullari	68
§ 3.1.3. Asosiy guruh bemorlarda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishlarida laparotom operatsiyalar	76
Materialning statistik ishlovi	78

IV BOB. KO'KRAK QAFASI VA QORIN BO'SHLIG'I	
A'ZOLARINING SHIKASTLANISHLARINI DIAGNOSTIKASI	
VA DAVOLASHDA MINIINVAZIV XIRURGIK	
YONDASHUVLAR.....	79
§ 4.1. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlarida diagnostik torakoskopiya va laparoskopiya.....	79
§ 4.2. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlarida torakoskopik va laparoskopik davolash usullari taktikasini tanlash	84
§ 4.3. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlarida torakatom va laparotom kirish yo'li orqali xirurgik aralashuvlar.....	97
§ 4.4. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlarida diagnostika va davolash taktikalarini tanlash bo'yicha ishlab chiqilgan algoritm.....	102
XULOSALAR.....	109
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI	123

SHARTLI QISQARTMALAR

AB	- arterial bosim
BXI	- birlamchi xirurgik ishlov
KT	- kompyuter tomografiya
RITB	- reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi
SUV	-so'n'iy o'pka ventilyatsiyasi
UASh	- umumiy amaliyot shifokori
O'TT	- ultratovushli tekshirish
FEGDS	- fibroezofagogastroduodenosqopiya
EKG	- elektrokardiografiya
ExoKG	- Exokardiografiya
YuO'T	- yurak urish tezligi
QOP	- qishloq oilaviy poliklinikasi
YTH	- yo'l transport hodisasi
TAJ	- torakoabdominal jarohatlarning

KIRISH

Urbanizatsiyaga bog'liq bugungi kunda ilmiy-texnika taraqqiyoti avtomobillar sonining oshishi natijasida kelib chiqqan travmatik pandemiya davrining paydo bo'lishiga olib keldi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ekspertlarining ma'lumotlariga ko'ra «...mexanik jarohatlardan o'lim barcha o'limlar orasida uchinchi o'rinda turadi va 40 yoshgacha vafot etganlar orasida birinchi o'ringa chiqadi, o'smirlar va yoshlar orasida esa 70-80% gacha yetadi»¹. Oxirgi o'n yillikda travmatizm strukturasidagi o'zgarishlarning xarakterli jihati shikastlanishlarning og'irlik darajasini ortib borishi bilan xarakterlanib, aksariyat holatlarda qo'shma va ko'plab travmalar hisobiga ko'payib ularning uchrash sur'ati 54,0-86,0% gacha tashkil qiladi. Ushbu kategoriyadagi shikastlanishlar yuqori o'lim va nogironlik bilan xarakterlanib, mos ravishda 50,0% va 74,0% tashkil qiladi. Ko'krak qafasi a'zolarining shikastlanishi oyoq-qo'llarining shikastlanishi va miya shikastlanishidan keyin uchinchi o'rinda turadi-30-40% Mehnatga layoqatli yoshdagi shaxslar-90% (Abakumov M. M., 2001; Carrillo E. H., 2006; Esme H., 2007; Fitzgerald M., 2008). O'lim darajasi 26% gacha tashkil qiladi va bosh jarohatidan keyin ikkinchi o'rinda turadi (Dobrovolskiy S. R., 2007; Ben-Nun A., 2007; Cetindag I. B., 2007; Fitzgerald M., 2008] Qoida tariqasida, zararni kech tashxislash tufayli ular yordam nuqsonlaridan o'lishadi-15% [Bisenkov L. I., 1999; Ermolov A. S., 2002, Villavicencio, 1998; Torresini G., 2001). Qorin bo'shlig'ining a'zolarining shikastlanish sur'ati 14% dan 38,9%, qorinning qo'shma shikastlanishlarida esa 42,6% tashkil qiladi. Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq travmalari orasida parenximatoz a'zolarning shikastlanishi 16-35% gacha uchraydi, qo'shma jarohatlarda esa 43% gacha tashkil qiladi. Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishlarini ko'payishi ushbu patologiyada diagnostika va davolash usullarini optimallashtirishni talab qiladi. Shu munosabat bilan, bu muammoni o'rganishga bo'lgan talab o'zining dolzarbligini davom ettirmoqda.

Dunyo miqiyosida ko'p sonli tadqiqotlarga ko'ra, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i shikastlanishlari tinchlik davridagi shikastlanishlarning 17,0% dan

¹Хаджибаев А.М.,. Интегральные системы оценки тяжести состояния пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота // Вестник экстренной медицины. -2021. -№ 3. –С.73-78.

34,5% gachasini tashkil etadi, ammo ularning uchrash sur'ati hamda og'irligi ortib borishda davom etmoqda. Og'ir qo'shma travmalarda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlari 34,0% gacha jarohat olganlarda uchraydi. Bunday travmalar, ichki a'zolar shikastlanishlarining og'irligi va tashxis qo'yishdagi murakkabliklar tufayli turli mualliflarning fikriga ko'ra 26,0% dan 68,0% gacha yuqori sur'atdagi asoratlar va o'limning yuqori darajasi bilan xarakterlanadi. Ma'lumotlarga ko'ra, ko'krak qafasi a'zolarining travmalarida o'lim darajasi 25% dan 34,8% gachani tashkil qiladi, qorin bo'shlig'i a'zosining travmasida o'lim 5,1% dan 20,4% gachani, qo'shma travmada esa 16,3% dan 63,0% ni tashkil etadi. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlarini davolash natijalarini yaxshilashni istiqbolli yo'nalishi miniinvaziv xirurgiya (endovideoxirurgiya) bo'lib, u kam travmatik, topografik va anatomik jihatdan murakkab xududlarni aniq tasaffur qilish bilan birga katta spektrdagi jarrohlik usullarini bajarish imkoniyatini beradi.

Oxirgi yillarda tibbiyotning, xususan xirurgiyaning asosiy muammolaridan biri ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'iga massiv qon ketish natijasida shok bilan kuzatiladigan qorin qo'shma og'ir travmasining diagnostikasi va davolashdir (Abakumov M.M. va hammuallif., 2017). Ushbu variantdagi patologiyada statsionar o'lim 17,3% - 72,7% tashkil qiladi (Gavriluk Ya.V. va hammuallif., 2019). Intratorasik shikastlanishning rentgenologik diagnostikasi, ayniqsa shok bilan birga keladigan travma bilan, ta'sirlanganlarning ahvoli og'irligi tufayli qiyin va vaqt cheklangan. (Abakumov M. M., Lebedev N. V., Makarchuk V. I., 2001; Sharma).

Ko'krak qafasining murakkab travmalarini tashxislash va davolashda endovideoxirurgiyaning imkoniyatlariga qaramay, keng tarqalgan jarrohlik amaliyotida asosan plevra bo'shlig'ini drenajlash va dinamik kuzatish qo'llaniladi. Chiqarilgan qon miqdori va uning chiqarilish tezligiga qarab, zararining xususiyatini tekshirmasdan, jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar belgilanadi. Hozirgi vaqtda ko'krak qafasi shikastlangan bemorlarga yordam ko'rsatadigan muassasalarda diagnostika va davolash tadbirlari standartlariga videotorakoskopiyaning kiritish zarurligiga shubha yo'q (Gareev R.N. hammuallif., 2013; Maslyakov V.V. soavt., 2016).

Qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma travmalarida jigar shikastlanishi 15,0-29,9%, taloq 25,0-26,6%, buyraklar 15,3-24,2%, ichaklar 10,3-16,3%, uning to'tqichlari 19,0%, siydik qopi 12,2%, oshqozon osti bezi 4,2-10,0%, qori parda orti gematomalari 54,8% holatlarda uchraydi (Aleksandrov V.V. va hammuallif., 2013).

Ko'krak qafasi shikastlanishida an'anaviy ko'krak qafasi rentgenografiyasining etarli darajada hal etilmasligi, qabul qilish paytida va davolanish paytida jabrlanuvchining holatini etarli darajada baholashga imkon bermaydi, bu esa keyinchalik noto'g'ri davolash taktikasiga olib keladi (Tom M.K., 2005; Thoongsuwan N., Kenny J.P., 2005; Stern E.J., Davis S., Affatato A., 2006). Ushbu zararni tashxislash va davolashda xato darajasi 60-70% ga etadi. Asossiz torakotomiyalar soni 10 dan 15 gacha% (Oranskiy I. F., Bisenkov L. I., 2009; Ermolov A. S., 2002, Torresini G., 2001). Ko'krak qafasi shikastlanishida plevra bo'shlig'ini ultratovush tekshiruvi gemotoraksni aniqlashning invaziv bo'lmagan usuli hisoblanadi. Usulning sezgirliigi 37% ga etadi (Abboud P.C., Kendall J. , 2003; A.Wüstner, O.Gehmacher, S.Hämmerle, 2005; Mayer D.M., 2007).

Qorin bo'shlig'i a'zolari yopiq travmasini o'z vaqtida aniqlash murakkab vazifalardan hisoblanadi. Buning sababi travma yetkazuvchi kuchlar xarakterining o'zgaruvchanligi va zarb yetkazilgan soha ayrim hollarda shikastlangan a'zoning proeksiyasidan sezilarli darajada uzoqda bo'lishi, a'zolar anatomik strukturalarining xilma-xilligi va ularning qorin bo'shlig'iga nisbatan munosabati shikastlanishning xarakteri va darajasiga bog'liq bo'ladi (Pfeifer R. et al., 2020).

Amaliyotda qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishining giper- diagnostikasi yetarli darajada ko'p uchraydi. Xulosa ma'lumotlariga ko'ra (Henneberry R.J. et al., 2012; Heng.F.L. et al., 2018), qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishiga shubha bilan operatsiya qilinganlarning 53% laparotomiya asossiz amalga oshirilgan. Eksplorativ laparotomiya, klinik materiallarda (Gareev R.N. hammuallif., 2013; Maslyakov V.V. soavt., 2016) ko'rsatilganidek, befarq aralashuv emas. U jabrlangan bemorlarning umumiy ahvolini yanada og'irlashtiradi, unda o'lim esa 10-35% gacha yetishi mumkin.

Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishini aniqlash maqsadida «dinamik kuzatuv», xirurgik aralashuv vaqtini kechiktirish va uning natijasi o'rtasidagi farqni oshirishi hisobiga ob'ektiv qonuniylikka asosan bemor hayoti uchun xavf tug'diradi. Bunday sharoitda ma'lum bir so'rov sxemasi (algoritmi) mavjud bo'lishi kerak, bu esa qisqa vaqt ichida asosiy savollarga javob berishga imkon beradi; jabrlanuvchiga shoshilinch xirurgik aralashuvi kerakmi va agar kerak bo'lsa, birinchi navbatda qaysi a'zo yoki tizimda, shuningdek, turli xil anatomik sohalarda (qorin, ko'krak, bosh suyagi, skelet va boshqalar) xirurgik muolajalarini bajarishning keyingi ketma – ketligi aniqlanishi lozim. Ushbu sxemada instrumental tadqiqot usullari katta ahamiyatga va alohida diagnostik ahamiyatga ega, chunki anamnez va fizikal usullar ko'pincha o'z ma'nosini yo'qotadi yoki shunchaki amalga oshirib bo'lmaydi (Engles S. et al., 2019; Fox N. et al., 2015).

Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi, shok bilan kechadigan jabrlanuvchilarga nisbatan uchun xirurgik taktikasi travmatik shokning og'irlik darajasi va kechishi prognozi bo'yicha ma'lumotlarga asoslanishi shart. Oxirgi o'n yillikda miniinvaziv xirurgiya shoshilinch xirurgiyada keng joriy etilmoqda. Shu bilan birga, torakoabdominal travmalarini diagnostikasi va davolashda endovideoxirurgiyadan foydalanishga oid ishlar kam uchraydi va ular asosan amaliy masalalarga ta'lluqli bo'lgan. Endovideoxirurgik aralashuvning xarakteri, hajmi, bajarilish ketma-ketligiga aniqlik kiritilishi kerak, travmatik kasallikda, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolari yopiq travmasida endovideoxirurgik taktikaning o'ziga xosligi to'g'risida ma'lumotlarning yo'q.

I BOB.
KO'KRAK QAFASI VA QORIN BO'SHLIG'ININIG
SHIKASTLANISHLARINI DIAGNOSTIKASI VA
DAVOLASHDA HOZIRGI ZAMON QARASHLAR
(adabiyotlar sharhi)

§1.1. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining shikastlanishlarining epidimiologiyasi.

Torakoabdominal jarohatlarni o'rganish XX asrda boshlangan. Torakoabdominal jarohatlar haqida ma'lumot to'plash va uni tushunishga asosiy hissa qo'shgan harbiy jarrohlari hisoblanadi. Nemis jarrohlari Jehn va Zauerbruchlar Birinchi jahon urushi tajribasiga asoslanib, jarohatlangan bemorni davolash natijalariga asoslanib "torakoabdominal jarohatlar" termini fanga kiritilgan [76; 309-310 p).

Torakoabdominal jarohatlar tinch va urush davridagi eng og'ir jarohatlardan biri bo'lib, shoshilinch jarrohlikdagi eng qiyin muammolardan biri hisoblanadi. Tashxis va klinikasining o'ziga xos xususiyatlari, shuningdek, umumiy qabul qilingan jarrohlik taktikalarining yo'qligi ushbu turdagi shikastlanishni chuqurroq o'rganish asosida davolashning oqilona usullarini yanada izlashni talab qiladi.

Qo'shma shikastlanishlarda torakoabdominal jarohatlar hamma vaqt ham xirurgiyaning hozirgi kungacha murakkab muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Shu nuqtai nazardan hayotiy organlarning shikastlanishi bilan kechadigan ko'krak qafasi shikastlanishi alohida o'rin tutadi [76; 609-610 p].

So'nggi yillarda butun dunyo bo'ylab travmatizmning barqaror o'sishi kuzatilmoqda. Texnogen va tabiiy ofatlar, mahalliy harbiy to'qnashuvlar, transport va ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisalar travmaning birinchi soat va kunidayoq barcha jarohatlarning 40-70% inson tanasi a'zolari va tizimlarining qo'shma va ko'p sonli shikastlanishlari natijasida yuqori sanitar yo'qotishlarga sabab bo'lmoqda [2; 30-34 b. 120; 169-171 p].

Tinchlik davrida torakoabdominal jarohati hisobiga 1,5 dan 36,5% gacha travmalar to'ri keladi, ammo ularning uchrash sur'ati va og'irligining ortib borish

davomiyligi kuzatilmoqda [92; 464-468 p], qo'shma og'ir travmalarda qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlari deyarli 30% jabrlanganlarda uchraydi. Ushbu travma parenximatoz a'zolar shikastlanishlarining og'irligi va diagnostikasining murakkabligi sababli asoratlar va o'limning yuqori sur'ati bilan xarakterlanadi va bu ayrim mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra 25% dan 65% gacha uchraydi. [124; 1-3 p]. Jigar va taloqning shikastlanishlarida qorin bo'shlig'iga massiv qon ketish shok klinikasi bilan rivojlanganda eng asosiy muammo qorin qo'shma yopiq travmasining diagnostikasi va davolash hisoblanadi [93; 1-10 p]. Patologiyaning ushbu holatida statsionar o'lim 17,3% dan 72,7% gacha yetishi mumkin [12; 118-122 b. 100; 1-8 p].

Adabiyotlatda yozilishicha Yu.Yu.Janelidze nomidagi tez tibbiy yordam ilmiy-tadqiqot instituti tomonidan taqdim etilgan malumotlariga ko'ra Mexanik shikastlanishlar orasida ko'krak qafasi travmalari barcha barcha travmalarning 10,6% ni tashkil etdi. Yevropa tibbiyot instituti jarrohlik klinikasi 9364 nafar turli jarohatlar va jarohatlar bilan 20 yil 986 yoki 45,7% tashkil qiladi (18; 201-204 6.). Kemerovo tibbiyot institutining umumiy jarrohlik klinikasida (33; 84-90 6) bu ko'rsatkich 37,5% ni tashkil etdi

Muammoning dolzarbligi, mualliflar fikricha [52; 16-20 b.62; 37-41 b] qorin qo'shma travmasi o'sishining davom etishi bilan birga asoratlarning ko'pligi (45,7-69,9%) va o'limning yuqori sur'ati (16,2- 69,5%) bilan bog'liq bo'lib, parenximatoz a'zolar shikastlanishlarida umum qabul qilingan ratsional taktikaning yo'qligi bilan bog'liq [131; 598-602 p. 132; 193-200 p.].

Qorin to'mtoq travmasida o'lim 10% dan 17% gacha uchraydi [20; 34-35 b, 101; 155-165 p. 108; 1-8 p.].

Ko'krak qafasi va uning a'zolari shikastlanishlari o'ta og'ir jarohatlar safiga kiradi, chunki ular aksariyat hollarda nafas olish a'zolari faoliyatini va qon aylanishining buzilishlarini keltirib chiqarib, bemorlarni o'limga giriftor qilishi mumkin (107; 31-34 p.).

Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, qorin bo'shlig'i yopiq travmasida a'zolarining shikastlanishi 56,0-66,8 % holatlarda kuzatiladi [20; 34-35b]. Operatsiyadan keyingi davrning asoratli kechishi 37,0-45,0% holatlarda

qayd etilgan [23;187-190b. 115; 421-428 p], jigarining izolatsiyalangan travmasida o'lim 30-36%, qo'shma travmasida esa 39-44% holatlarda uchraydi [1; 42-45 b.]. So'nggi yillarda jigar shikastlanishining ko'payishi tendensiyasi kuzatilmoqda, avvalom bor, bu holat ishlab chiqarish travmasini o'sishi bilan izohlanadi [119; 9510-95p., 123; 1-8 p.].

Boshqa a'zo va tizimlarning birgalikda shikastlanishi bilan qo'shib keladigan qorin soxasidagi shikastlanishlarida diagnostik qiyinchiliklar sababli ko'plab asoratlarda va o'lim holati kuzatiladi [6; 107 b. 111; 30-45 p]. Qorin qo'shma yopiq travmasi shokning klinik kechishi bilan birga kuzatilganda, uning diagnostikasi va davolash yanada muhim muammo hisoblanadi. Patologiyani ushbu variantida o'lim 17,3 dan 72,7% gachani tashkil etadi [5; 6-14 b. 114; 288-293 p].

JSSST ma'lumotlariga ko'ra, bugungi kunda travmatizm aholining umumiy o'lim sabablari orasida uchinchi o'rinni egallaydi va 45 yoshgacha bo'lgan odamlar guruhida turg'un holda birinchi o'rinda turibdi. Og'ir qo'shma travma (OQT) – bu nafaqat xirurgik, anesteziologik-reanimatsion, balkim ijtimoiy muammodir [121; 16-18 p].

Og'ir yopiq travma barcha turdagi travmalarning 26,6-80% tashkil etadi [122; 42-46 p]. 82% jabrlanganlarda YTH, 9% – katatravma, 6% – ishlab chiqarish jarohati va 3% – maishiy travmalar sabab bo'lgan [39; 150-154 b. 42; 111-113 b. 49; 420 b. 99; 260-265 p].

Hozirgi zamonda torakoabdominal travmaning harakterli tomonlaridan biri bemorlarda shikastlanishning ko'pligi va og'irligi, o'nda gomeostazni qo'pol buzilishi va organizmda hayot uchun muhim a'zolari funktsiyalarini buzilishi bilan ko'zatilishi natijasida o'limning yuqoriligi 25-65% va letallikni pasayishi ko'zaticmayotganligi va shu bilan bir qatorda operatsiyadan so'nggi davrda asoratlarning ko'pligidir - 35-83% gachani tashkil qiladi (70; 415-421 p. 75; 1-15 p.). Shu bilan birgalikda ko'pchilik shikastlangan bemorlar umumxirurgik profildagi bo'limlarga yotqiziladi, ushbu bo'limdagi vrachlar esa bu kategoriyadagi bemorlarga har doim ham yetarli darajada tibbiy yordam

ko'rsatish tajribasiga ega emaslar. Buning natijasida esa muammoni eng muhim masalalarini yechishda yaxlit taktik ko'rsatmaning yo'qligi, albatta bemorlarda diagnostik va davolash jarayonlarida xato kamchiliklar kelib chiqishiga sabab bo'ladi (9; 11-13 6.).

Travmadan o'lim qo'yidagi strukturaga ega: holatlarning yarmida o'lim darhol, 30% holatlarda esa travmadan keyin bir necha soatlar ichida sodir bo'ladi. Bunda 80% jabrlanganlar statsionargacha bo'lgan bosqichda vafot etadi. Ayrim travmalar payti o'lim darajasi 70-80% gacha yetadi [60; 89-95 p.]. Jabrlanganlarda bosh miya travmasi (BMT), o'pka travmalari va yurak lati qo'shma jarohatlarida o'lim darajasi 100% gacha yetadi [43; 29-38 b.] ma'lumotlariga ko'ra, statsionar davolanishda bo'lgan barcha жабрланганларда politravma 9-15% holatlarda qayd etilgan, jumladan ushbu holat 70-75% yosh va o'rta yoshdagi odamlarga qayd etilgan [116; 136-137 p.127; 183-187 p.].

Travmalar – har qanday jamiyatning asosiy muammosi bo'lib, uni to'g'ri hal qilish kelajak sog'liqni saqlash tizimida markaziy rol o'ynashi lozim. Bugungi kunda sanoati rivojlangan mamlakatlarda travmalar 40 yoshgacha bo'lgan odamlar o'limining asosiy sababidir. Traxeyaning ko'krak bo'limi va yirik bronxlar jarohatlari aksariyat ko'krakning yo'l-transport faloqatlari vaqtida yopiq jarohatlanishining oqibati hisoblanadi (82; 136-146p; 26; 119-122 6.). Travmatik jabrlanganlarda 50% ortik bulgan xolarda tayanch-harakat tizimining ko'plab shikastlanishlari kuzatilgan, qolganlarda esa – turli xil og'irlikdagi a'zo va sistemalarning shikastlanishlar hamda eng ko'p uchraydigan bosh miya yopiq sinishlari va nay simon suyaklarining sinishi kuzatilgan [3; 45-51 b.]Ko'pchilik mualliflar travmani diagnostikasi va davolashda turli xarakterdagi xatoliklar uchrashini qayd etgan. Materiallarga ko'ra o'limga sabab bo'luvchi shikastlanishlarni patsientlarda kech aniqlash 12,9%, uning kech diagnostikasi esa 3,4% tashkil etgan [7; 347-356 b.14; 16-18 b].

Adabiyot ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, jabrlanganlarni tekshirish dasturini o'tkazishdan asossiz bosh tortgan holda diagnostika maqsadida o'tkaziladigan "behuda" laparotomiyalar hali ham katta ulushga ega. Agar shoshilinch xirurgiyada qorin soxasini yoki chidab bo'lmas asossiz xirurgik tajovuzkorlik

harakati bo'lsa, u holda qo'shma jarohatlar ko'pincha o'lim bilan yakunlanishi mumkin [24; 6-10 b. 80; 1-6 p.].

Shunday qilib, ilmiy adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, travmatik va gemorragik shok fonida qorin yopiq og'ir travmasi mavjud jabrlanuvchilarda xirurgik aralashuv hajmini tanlash muammosi hali ham hal etilmagan. Taloq shikastlanishini davolash operativ hisoblanadi. Operatsiyaning asosiy turlari – splenektomiyadir, garchi ayrim mualliflar a'zo saqlovchi turli xil operatsiyalarni qo'llasalarda, oxirgi yillarda videolaparoskopik texnika yordamida qorin bo'shlig'i sanatsiya qilingach, turli xil gemostatik preparatlarni qo'llash orqali to'liq gemostazga erishilayotganligi haqida ma'lumotlar mavjud [34; 51-60 b.38; 79-85 p.].

O'ziga xos belgilari: nafas olishning buzilishi, pnevmotoraks, ko'ks oralig'i emfizemasi, teri osti emfizemasi, gemotoraks va qon tuflash shular jumlasiga kiradi. O'zil-kesil diagnoz rentgenologik tekshiruvlar va bronxosqopiya va grafiyalar natijasining tahlili asosida qo'yiladi (60; 89-95b).

Qorin bo'shlig'ida hayot uchun muhim ko'plab a'zolarining mavjudligi, ularning anatomik tuzilishining spesifikasi, qon tomirlar bilan ta'minlanishi va innervatsiyasining o'ziga xosligi, ichak ichidagi patogen floraga boy mahsulotning bevosita yaqinligi, haddan tashqari faol fermentlar ishlab chiqaruvchi a'zolarining mavjudligi - bularning hammasi travma payti massiv ichki qon ketishga, peritonitni tez rivojlanishiga va a'zolar va to'qimalarda qaytarib bo'lmaydigan o'zgarishlarni vujudga kelishiga olib keladi (85; 15-24 p).

Qorin travmasi, odatdagidek, bemor umumiy ahvolining og'irligi, ichki qon ketish, shokning vujudga kelishi, davolash natijasini operativ aralashuv vaqti bilan yaqqol bog'liqligi, operatsiya jarayonining murakkabligi, operatsiyadan so'nggi davrda esa bemorni davolash sermaqqatliligi bilan farq qilib turadi (3; 45-51 b. 36; 67 b. 129; 1-5 p.130; 168-171 p.).

O'z vaqtida 1939 yilda G. Mondor shunday deb yozgan edi: «Shikastlangan bemorni ko'rish uchun kelgan birinchi vrach shuni bilishi kerakki, uning oldida bajarilishi lozim bo'lgan uchta vazifa mavjud: 1) shokga

qarshi chora- tadbirlarni o'tkazish;2) shikastlangan ichki a'zoni - ichki qon ketish sababini aniqlashi; 3) kovak a'zoni shikastlanganligini, ya'ni bo'nchalik tez rivojlangan peritonitning sababini aniqlashi lozim bo'lgan. U yana qanday shikastlanish mavjudligidan kat'iy nazar, barchasi faqatgina xirurg kompetensiyasiga tegishli ekanligi va zudlik bilan kechiktirib bo'lmaydigan yordam talab etilishini, peritonitmi yoki ichki qon ketish - barchasi bemor hayoti uchun o'lim bilan xavf solinayotganligini va har bir daqiqa bemor taqdirini hal qilishini bilishi lozim».

Biz tomondan ushbu monografiyani takdim etishdan maqsad - yosh, hali tajribasida yetarli darajadagi kunikmalar kam bo'lgan xirurglarda zarur bo'lgan aniq diagnostika, adekvat xirurgik taktika va qorindagi parenximatoz va me'da-ichak trakti a'zolarida vujudga keladigan patologik o'zgarishlar dinamikasini bashorat qilishni o'rgatishdan iborat.

Ushbu monografiya asosida abdominal travmada hozirgi zamon diagnostik kriteriyalar haqidagi ma'lumotlar, shikastlanishlarning formalariga bog'liq holda optimal xirurgik taktikani tanlash algoritmlar kiritilgan.

Abdominal travma regionga bog'liq holda tinch zamon travmasida 1,5-36,5% ni tashkil etadi va ayni zamonda uning uchrash surati hamda og'irligi shiddat bilan o'sib bormoqda. Shikastlanganlarning asosiy qismini mehnatga layoqatli yoshdagi erkaklar tashkil qilib, bu holat muammoni yanada dolzarbligini oshiradi (53; 42-45 b. 16-34 b.).

Keyingi 20 yil ichida torakoabdominal travma strukturasida yo'l-transport hodisalari, yuqoridan yiqilib tushish, texnogen katastrofa va tabiat kataklizmalarining doimiy ortib borishi hisobiga jiddiy o'zgarishlar vujudga keldi.

Hozirgi davrda keng spektrga ega klassik va hozirgi zamon davolash-diagnostik, reanimatsion-anesteziologik yordamlarning mavjudligiga qaramasdan qorin bo'shlig'i a'zolarining travmalarida xirurgik taktikani ko'plab masalalari hozirgacha o'z yechimini oxirigacha topmasdan qolmoqda (57; 42-44 b. 18-22 b.).

Bo'naqa salbiy omillarga qo'shma jarohat bilan shikastlangan bemorlarda yo'l qo'yilgan diagnostik xatolik tufayli amalga oshirilgan asossiz yuqori travmatik operatsiyalarni kiritish mumkin.

Shunday qilib, yuqorida keltirilgan dalillar shundan darak beradiki, hozirgi zamon diagnostik va davolashdagi yondashuvlar torakoabdominal travmalar muammolariga nisbatan nihoyatda dolzarb hisoblanadi.

§1.2. Ko'krak qafasi shikastlanishlarining diagnostikasi va davolash

So'nggi yillarda jinoyatchilik bilan bog'liq vaziyatning yomonlashuvi, 21-asrga o'tish davrida yo'l-transport hodisalari, tabiiy ofatlar, terroristik hujumlar va harbiy to'qnashuvlarning ko'payishi tufayli torakoabdominal jarohatlarning (TAJ) sezilarli darajada o'sishi odamlarning o'limining asosiy sababidir. aholi, ayniqsa mehnatga layoqatli yoshdagilar. Torakoabdominal yaralar bilan og'rigan bemorlar sonining keskin o'sishi bilan birga, ushbu toifadagi jabrlanuvchilarni davolashda diagnostik va taktik xatolarning yuqori darajasi saqlanib qolmoqda. Ularning sabablari bemorning ahvolining og'irligi va zarba, ko'krak va qorin bo'shlig'i organlarining shikastlanishi, giyohvand moddalar yoki spirtli ichimliklar bilan zaharlanish belgilarini kechishidir [120; 141-147 p.].

Amaliyotida jarrohlar ochiq va yopiq jarohatlarga duch kelishadi. Yopiq jarohatlarda diafragma qovurg'alar bo'laklari bilan shikastlanadi, teri buzilmagan bo'lib, patologik jarayonda ham ko'krak, ham qorin bo'shliqlari ishtirok etadi. Torakoabdominal travmalarda jabrlanganlarning 90% ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining penetran yaralari natijasida torakoabdominal jarohatlar va 10% - yopiq travma. Ko'krak qafasining penetran yaralari bo'lgan bemorlarning umumiy soni orasida TAT bilan kasallanganlar 10-15% ni tashkil qiladi.

Torakoabdominal yaralarning o'ziga xos xususiyati turli organlarning ko'p shikastlanishi, katta qon yo'qotishi va bemorlarning shok holati bilan kechadigan holatning og'irligidir. Torakoabdominal yaralar bilan jabrlanganlarni jarrohlik davolash natijalari bir qator ob'ektiv ko'rsatkichlar bilan belgilanadi. Ular orasida eng muhimi, intraoperatif qon yo'qotish hajmi, operatsiyadan keyingi asoratlarning soni va ularning tuzilishi [17; 37-41 b]

Adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra, ko'krak kafasi a'zolarining shikastlanishlari orasida o'pkani shikastlanishining sur'ati 33,6% dan 54,6% gachasini tashkil etadi, jabrlanganlarning 3/1 ko'prog'ida esa qo'shma va ko'p sonli shikastlanishlar tashkil kiladi [19; 47-51 b].

Ochiq va yopiq shikastlanishlar bilan jabrlanganlarni davolash jarrohlikda murakkab muammo bo'lib qolmoqda. So'nggi o'n yillikda jarrohlar ko'krak qafasi shikastlanishining kuchayishi bilan duch kelishdi, bemorlarning 10-20 % ko'krak qafasi shikastlanishi kuzatiladi va oyoq-qo'llarning sinishi va miya shikastlanishidan keyin uchinchi o'rinni egallaydi (17; 43-50 6). Jabrlanganlarning 90% ga yaqini mehnatga layoqatli yoshda bo'lib, qurbonlarni davolash va reabilitatsiya qilish muddati o'zgarib turadi, ko'p sonli septik; asoratlar (20% gacha), o'lim (17 dan 30% gacha).

Ko'krak qafasi shikastlanishi uchun an'anaviy ko'krak qafasi rentgenografiyasining etarli darajada aniqlanmaganligi bemorni qabul qilish paytida va davolanish vaqtidagi holatini etarli darajada baholashga imkon bermaydi, bu esa keyinchalik noto'g'ri davolash taktikasini keltirib chiqaradi. [119; 9510-9518 p. 125; 241-247 p.].

Ushbu jarohatlarni tashxislash va davolashda xatolarning chastotasi 60-70% ga etadi. Keraksiz torakotomiya soni 10 dan 15% gacha. [112; 901-906 p. 128; 2-12 p.].

Hozirgi vaqtda videotorakoskopiya nafaqat keng turdagi diagnostika imkoniyatlarini, balki torakal jarrohlik uchun yangi strategiyani ham ochib berdi. Ko'krak qafasi shikastlanishi uchun videotorakoskopiyaning shubhasiz afzalliklari quyidagilardir: to'liq qayta ko'rib chiqish; aniq tashxis qo'yish, kutish davrida tashxis va noaniqlik haqidagi shubhalarni bartaraf etish; drenajlash, operativ torakoskopiya yoki torakotomiya uchun ko'rsatmalarni aniqlash mini-invaziv video endoskopik texnologiyalardan foydalanish sub'ektivlikni engib, ko'plab muammolarni hal qiladi.

Ko'krak qafasi shikastlanishi paytida plevra bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi gemotoraks tashxisini qo'yishning invaziv bo'lmagan usuli hisoblanadi. Usulning sezgirligi 37% ga etadi.[91; 127-136 p]

Ko'krak qafasining murakkab travmalarini tashxislash va davolashda endovideoxirurgiyaning imkoniyatlariga qaramay, keng tarqalgan jarrohlik amaliyotida asosan plevra bo'shlig'ini drenajlash va dinamik kuzatish qo'llaniladi. Yo'qotilgan qon miqdori va uning miqdoriga qarab, shikastlanishnin xususiyatini tekshirmasdan, jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar belgilanadi. Hozirgi vaqtda ko'krak qafasi shikastlangan bemorlarga yordam ko'rsatadigan muassasalarda diagnostika va davolash tadbirlari standartlariga videotorakoskopiyanı kiritish zarurligiga shubha yo'q [91; 127-136 p].

Ko'krak qafasi a'zolarining kasalliklari va shikastlanishi bilan og'rigan bemorlarga jarrohlik yordam ko'rsatish muammolari saqlanadi [29; 54-63 6. 30; 51-53 6.]. Ushbu jarohatlarnı tashxislash va davolashda xatolarning chastotasi 60-70% ga etadi. Keraksiz torakotomiya soni 10 dan 15% gacha [58; 66-72 6].

Ko'krak qafasi shikastlanishi paytida plevra bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi gemotoraks tashxisini qo'yishning invaziv bo'lmagan usuli hisoblanadi. Usulning sezgirligi 37% ga etadi. [113; 71-74 p. 126; 12-22 p.]. Xususan, bu video torakoskopiya bilan bog'liq bo'lib, uni amalga oshirish, ko'pincha asossiz, juda qiyin va travmatik amalga oshirish bilan bog'liq behushlik ostida amalga oshirilgan torakotomiya [130; 169-170 p.].

Torakoskopiya uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatma ilmiy munozaralar mavzusi bo'lib qolmoqda. [112; 112-117p]. Agar kerak bo'lsa, texnik yordam ko'rsatish uchun mutaxassislarning harakatlari uchun yagona algoritmlar hali ham mavjud emas, (41; 243-246 6.) ма'лумотларига ко'ра, диагностик хатолар 25% дан 4,4% гача камайди. Zamonaviyning tibbiyotning muvaffaqiyatlari va yutuqlariga qaramay ko'krak qafasi diagnostikasi va davolash jiddiy muammo bo'lib qolmoqda shoshilinch xirurgiyada. Ko'krak qafasining shikastlanishi muhim hayotiy a'zolar faoliyatini buzilishiga olib keladi. (8; 31-35 6. 32; 116-124 6. 79; 193-196 p.). Шубһа бо'лган ҳолатларда, жуда то'ғ'ри та'кидланганидек (16;58-60 6. 44; 93-98 6.) - торакотомияга ко'рсатмаларни кенгайтириш керак, чунки кутишнинг ҳар бир соати салбий оқибатларнинг эһтимолини оширади».

Texnik taraqqiyotni rivojlanishi shikastlanishlarning sonini o'sishiga olib keladi. Taxminan hozirgi vaqtda barcha shikastlanishlarning 50-60 % ni tana qismlar va ichki organlar shikastlanishini qo'shma va ko'plab shikastlanishlari tashkil qiladi. Odatda, shikastlanishlarning bu turlari sutkaning birinchi soatlarida o'lim ko'rsatgichini yuqoriligi bilan xarakterlanadi. [89; 31-35 6. 33; 116-120 6].

Monotrauma-bu bitta tana bo'shlig'idagi bitta ichki organning shikastlanishi, masalan, jigar yorilishi yoki o'pkaning lat yeyishi. Mono jarohatlarga mushak-skelet tizimining bir qismining shikastlanishi ham tegishli bo'lishi mumkin.

Ko'plab travma-bu bitta tana bo'shlig'idagi ikki yoki undan ortiq ichki organlar shikastlanadigan holat (masalan, ingichka ichak va siydik pufagining shikastlanishi, jigar va taloqning yorilishi, ikkala buyrakning shikastlanishi). Bundan tashqari, bir nechta jarohatlar mushak-skelet tizimining ikki yoki undan ortiq qismlariga (masalan, son va elkaning sinishi, ikkala pastki oyoq suyaklarining sinishi) va oyoq-qo'l yoki oyoq-qo'llarning turli qismlarida katta tomirlar va nervlarning shikastlanishiga olib kelishi mumkin. Bir nechta shikastlanishlar mono va polifokal shikastlanishlar bo'lishi mumkin [79; 193-196 p].

Torakoskopiyaning odatiy operatsiya sifatida keng qo'llanilishi diagnostika va diagnostikaning taktik yondashuvlarini sezilarli darajada o'zgartirdi ko'krak qafasi travmasida. Shoshilinch torakoskopiya uchun ko'rsatmalar kichik, o'rta va katta gemotoraks, gemopnevmotoraks, yurak va diafragmaning shubhali shikastlanishi, kuchlanish pnevmotoraksidir. Zararni aniqlashda sezgirlik diafragma 98% ga etadi [8, 12b]. Torakoabdominal yaralar jabrlanganlarning 30 foizida klinik ko'rinishsiz uchraydi va endoskopik tekshiruv paytida ishonchli tarzda aniqlanishi mumkin [10, 34-38b].

Gemotoraks ko'krak qafasidagi o'q otar qurollar bilan jabrlanganlarning 55-80% da (61; 67-72 p), 19-38% hollarda ochiq va 25-50% hollarda ko'krak qafasining yopiq travmasida yuzaga keladi, bu esa travmatik plevrit va plevra

empiyasi, fibrotoraks rivojlanishiga olib keladi (59; 123-126 b). Ko'krak qafasining qo'shma og'ir yopiq shikastlanishi bilan og'rigan shikastlanganlarning 2/3 dan ko'proq gemotoraks va gemopnevmotoraks kuzatilgan (56; 95-99 b). So'nggi o'n yil ichida videotorakoskopiya ochiq va yopiq ko'krak qafasi jarohatlari jarrohligida keng tarqaldi, bu esa bemorlarda diagnostik-davolash imkoniyatlarni kengaytirdi (52; 100-104 b).

Qo'shma travma tananing turli bo'shliqlarida joylashgan ichki organlarning shikastlanishini (masalan, o'pka va taloqning shikastlanishi, miya chayqalishi va ingichka ichakning shikastlanishi), qo'llab-quvvatlash va harakat organlarining shikastlanishini, katta tomirlar va nervlarning shikastlanishini o'z ichiga oladi. Qo'shma shikastlanishning eng keng tarqalgan toifasiga ichki organlar va mushak-skelet tizimining shikastlanishi kiradi (masalan, miya kontuziyasi va sonning sinishi, o'pkaning yorilishi bilan qovurg'alarining sinishi va tos suyagi sinishi, orqa miya shikastlanishi bilan bel umurtqasining sinishi) [30; 116-124 6. 74; 197-199 p].

Qovurg'alar, shuningdek, chanoq suyaklari va bosh suyagi asoslari mushak-skelet tizimining bir qismi sifatida qaraladi. Jarrohlikda ushbu shakllanishlarning shikastlanishi ularning ichidagi organlarning shikastlanishining ajralmas qismidir. Shuning uchun qovurg'alar, chanoq suyaklari va bosh suyagi asosining sinishi, shuningdek qorin devorining shikastlanishi shartli ravishda ichki organlar toifasiga kiradi [16; 27-32 6. 17; 106-104 6].

Qo'shma shikastlanishlar bir vaqtning o'zida ikki yoki undan ortiq turli xil shikastlanishlar sodir bo'lishini anglatadi. Masalan, bu sonning sinishi va kuyishi yoki o'tkir nur kasalligi va umurtqa pog'onasining sinishi kombinatsiyasi bo'lishi mumkin. Boshqacha qilib aytganda, mexanik shikastlanish uning tarkibiy qismlaridan biri sifatida kombinatsiyalangan shikastlanishning bir qismi bo'lishi mumkin [8; 31-35 6. 52; 116-124 6. 85; 193-196 p].

O'pka latining og'irligini tasniflash o'pkaning MSKT ma'lumotlariga ham

asoslanadi: o'rtacha daraja - o'pka hajmining 20% gacha lat yeyishi, og'ir daraja - o'pka hajmining 20% dan ko'prog'ini yeyishi [Miller P.R. va boshq., 2001]. S. Vang va boshqalar. (2011) biroz boshqacha talqinni taklif qildilar: engil daraja - o'pka hajmining 1/3 qismidan kamroq ko'karish, o'rtacha daraja - o'pka hajmining 2/3 qismigacha ko'karish, og'ir daraja - 2/3 dan ko'proq ko'karish o'pka hajmida kuzatiladi [21; 20-25 6. 22; 67-71 6].

Politravma-bu bemorlarni hayotiga jiddiy tahdid soladigan va travmatik holatning rivojlanishining bevosita sababi bo'lgan ikki yoki undan ortiq jarohati bo'lgan vaziyatni tasvirlash uchun ishlatiladigan atama. "Politravma" va "qo'shma travma" atamalari hozirgi tibbiyotda keng qo'llaniladi. Tez yordam, kasalxonalarni qabul qilish va reanimatsiya bo'limlarida ishlaydigan tibbiyot xodimlari uchun bu atamalar "shok" atamasiga o'xshaydi va shoshilinch diagnostika va davolash choralarini talab qiladigan xavf mavjudligini ko'rsatadi. Qo'shma va politravma har doim hayot uchun xavfli holatni anglatadi va engil yoki og'ir bo'lishi mumkin emas [42; 118-120 b. 82; 195-199 p].

Qo'shma qorin travmasi qorin va tananing boshqa anatomik qismlarini (masalan, bosh suyagi, ko'krak qafasi, umurtqa pog'onasi) bir vaqtning o'zida zarar etkazilishini anglatadi. Shikastlanishlarda o'lim sabablarining 60% dan ortig'i kombinatsiyalangan jarohatlar bilan bog'liq, garchi ular shikastlangan barcha statsionar bemorlarning atigi 8-10% ni tashkil qiladi [34; 98-104 b. 79; 193-196 p].

Ko'krak qafasining shikastlanishi har uchinchi jabrlanuvchining o'limining bevosita sababi bo'lib, bu patologiya bilan kasallangan bemorlarning 25 % da jiddiy diagnostika va taktik xatolarga yo'l qo'yiladi [2; 116-124 b. 9; 113-116 p].

Ko'rib chiqilayotgan qorin jarohatlari ko'plab muammolarni keltirib chiqaradi va hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin. Buning sababi shundaki, ularning tashxisi qiyin va ko'pincha boshqa organlar va tizimlarning shikastlanishi bilan birga keladi. Manbalarga ko'ra, bunday jarohatlar o'lim darajasi yuqori. Asosiy muammolardan biri bu zarba bilan birga keladigan qorin bo'shlig'idagi yopiq organlarning shikastlanishini aniqlash va davolashdir.

Bunday holatda kasalxonada o'lim darajasi manbalarga ko'ra 17,3% dan 72,7% gacha o'zgarishi mumkin [12; 118-124 6. 79; 193-196 p]. So'nggi 5 yil ichida Rossiyada yo'l-transport hodisalaridan (baxtsiz hodisalar) o'lim darajasi 65 foizga oshdi. Baxtsiz hodisalarda halok bo'lganlar soni har yili 33 dan 35 minggacha. Bu haqda ma'lumot manbalarda mavjud [44; 123-128 p].

Shikastlanishlar orasida ko'krak qafasi shikastlanishlari taxminan 10% ni tashkil qiladi, oyoq-qo'l suyaklarining sinishi va travmatik miya shikastlanishidan keyin uchinchi o'rinni egallaydi. Ko'krak qafasi shikastlangan bemorlarning 25% gacha shoshilinch jarrohlik aralashuvni talab qiladigan hayotiy muhim a'zolarida og'ir jarohatlar mavjud. Sud-tibbiy ekspertiza ma'lumotlariga ko'ra, qo'shma jarohatlardan vafot etgan har to'rtinchi odamda o'limning bevosita sababi ko'krak qafasining og'ir shikastlanishi hisoblangan [13; 47-52 b].

Shikastlanishdan o'lim darajasi quyidagi tuzilishga ega: holatlarning yarmida o'lim darhol sodir bo'ladi, jarohatdan keyin bir necha soat ichida ta'sirlanganlarning 30% vafot etadi. Shikastlanganlarning 80% kasalxonaga etib borguncha vafot etadi. Muayyan jarohatlar uchun o'lim darajasi 70-80% ni tashkil qiladi [69; 117-120 p]. Agar bemorlarda qo'shma shikastlanishlarda parenximatoz a'zolar, kovak a'zolar, qorin parda orti sohasi a'zolarining shikastlanishida o'lim darajasi 40% ga etadi [60; 102-105 p]. Xorijiy mualliflarga ko'ra [13; 47-52 b], qo'shma travma kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning 9-15 %, ayniqsa yosh va o'rta yoshda (70-75%) larida tez-tez uchraydi. Shikastlanganlarning 75% mushak-skelet sistemasining bir nechta sohalarida shikastlanishi kuzatiladi, qolganlarida ichki organlar ya'ni parenximatoz va kovk a'zolarining shikastlanishlari, asosan miyaga va oyoq-qo'llarining sinishiga turli xil zarar etkazilgan [47; 17-52 b].

Qo'shma travma-bu ko'plab patologik sindromlar bilan tavsiflangan, yuqori o'lim va ko'plab asoratlar bilan kechadigan murakkab va og'ir shikastlanish shakli hisoblanadi. Tashxis qo'yishda asosiy zararni ko'rsatish tavsiya etiladi. TST ning xususiyatlaridan biri bu zararni o'zaro oshirishdir. Mahalliy zararlarning har

biri o'z-o'zidan hayot uchun xavf tug'dirmaydi, ammo ularning kombinatsiyasi haqiqiy xavf tug'diradi. Zo'ravonlikni aniqlashda nafaqat zarar miqdori, balki bir nechta shikastlanish o'choqlarining birgalikda mavjudligi ham muhim rol o'ynaydi. Natijada, hayot uchun xavfli travma birinchi o'ringa chiqadi, bu boshqa shikastlanishlar bilan birgalikda shok holatining rivojlanishiga olib kelishi va halokatli oqibatlarga olib kelishi mumkin [55; 408-411 p].

Ko'krak qafasidagi shikastlanish turlarining xilma-xilligiga qaramay, hayotiy muhim a'zolaridan nafas olish va qon aylanish tizimlarining organlariga bevosita zarar etkazuvchi ta'sirdadir. Shuning uchun jabrlanuvchining ahvolidan og'irligi, birinchi navbatda, o'pka va yurakning disfunktsiyasi darajasi bilan belgilanadi. Ushbu turdagi jarohatlarning ijtimoiy ahamiyati jabrlanganlarning qariyb 90% mehnat yoshidagi odamlar ekanligi bilan izohlanadi

§ 1.3. Qorin bo'shlig'i shikastlanishlarining diagnostikasi va davolash

JSST ma'lumotlariga ko'ra, qorin bo'shlig'i shikastlanishlari umumiy populyatsiyada o'limning barcha sabablari orasida uchinchi o'rinni egallaydi va 45 yoshgacha bo'lganlar orasida birinchi o'rinda turadi. Og'ir kombinatsiyalangan travma nafaqat jarrohlik va anesteziologiya-reanimatsiya sohasidagi muammo, balki ijtimoiy ahamiyatga ham ega [31; 116-124 6. 82; 103-106 p]. AQShda travma 35 yoshgacha bo'lgan yosh guruhida o'limning asosiy sababidir va kasalxonaga yotqizish sabablari chastotasi bo'yicha uchinchi o'rinda turadi [43; 112-115b].

Adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra, qorin bo'shlig'i a'zolarining boshqa shikastlanishlari orasida parenximatoz a'zolarining shikastlanish sur'ati 13,6% dan 54% gachasini tashkil etadi, jabrlanganlarning 3/1 ko'prog'ida esa qo'shma va ko'p sonli shikastlanishlar kuzatiladi [4; 45 b. 19; 47-51 b. 73; 517-520 r].

Og'ir kombinatsiyalangan travma barcha turdagi jarohatlarning 26,6% dan 80% gacha [74; 317-320 p]. 82% hollarda bu baxtsiz hodisa, 9% balandlikdan tushish, 6% ish bilan bog'liq jarohatlar va 3% maishiy jarohatlar natijasidir [34; 48-52 6. 78; 519-523 p]. Etakchi jarohatlar orasida eng ko'p uchraydigan jarohatlar miya shikastlanishi (72,2%), oyoqlarning shikastlanishi (67,8%), qorin

travmasi (43,9%), ko'krak qafasi shikastlanishi (39,4%), qo'llarning shikastlanishi (32,1%) va tos suyagi shikastlanishi (26,6%). Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i organlarining birgalikdagi shikastlanishi ko'pincha shok bilan birga keladi, ayniqsa 64,4% hollarda [173; 217-220 p].

Politravmaga olib keladigan jarohatlar ko'pincha bir-birini og'irlashtiradi. qo'shma shikastlanishlarda 55% bemorlardan 23% da ko'plab shikastlanishlar kuzatilgan ular shokga olib kelgan.[147; 67-71 p].

Shokdan chiqqandan so'ng, politravma bilan og'rigan bemorlar ko'pincha uzoq vaqt davomida og'ir ahvolda qoladilar. Bu qonning sezilarli darajada yo'qolishi va organlar va tizimlarni nato'g'ri ishlashi tufayli yuzaga keladi. Shikastlanishlarda o'limning asosiy sabablari orasida miya shikastlanishi (34,2%), shok (24%), bu sabablarning kombinatsiyasi (10,1%), yog' emboliyasi (5,1%) va o'tkir respirator distress sindromi (O'RDS) (2,6%) kiradi. Ba'zi mualliflarning ta'kidlashicha, organlar va to'qimalarning jiddiy shikastlanishidan kelib chiqadigan travmatik shok qon aylanishining buzilishiga, organizmning yallig'lanish reaksiyasiga va poliorgan etishmovchiligiga, hatto bilinmas qon yo'qotishiga olib kelishi mumkin. To'qimalarning massiv shikastlanishida o'lim darajasi 47,6%, ko'plab shikastlanishlarda esa 64% ni tashkil qiladi. Jarohatdan omon qolganlar orasida nogironlik 36,5-41,9% da oshadi. [51; 117-120 p].

Politravma bilan barcha o'limni uchta asosiy guruhga bo'lish mumkin-bir necha soniya yoki daqiqada darhol o'lim, dastlabki uch soat ichida eng yaqin o'lim va jarohatdan uch soatdan ko'proq vaqt o'tgach kech o'lim. O'lganlarning 80% gacha voqea joyida yoki kasalxonada dastlabki uch soat ichida darhol vafot etadi, faqat 20% jarohat olganidan keyin 3 soatdan ko'proq vaqt o'tgach vafot etadi [35; 116-124 6. 78; 194-197 p].

Kombinatsiyalangan jarohatdan keyingi dastlabki uch soat ichida o'limning 30% turli sabablarga bog'liq. Qorin bo'shlig'i shikastlangan to'rtinchi guruhga mansub jabrlanganlarda o'limning eng ko'p uchraydigan sabablari jigar va taloqning yorilishi tufayli qorin ichi qon ketishi, shuningdek, tos suyagi sinishi va

buyrak yorilishi bilan retroperitoneal gematomalar edi [39; 11-12 6.].

Gemoperitoneum operatsiya uchun asosiy ko'rsatkichlardan biridir [8; 31-35 6. 32; 116-124 6. 79; 193-196 p]. Birgalikda qorin bo'shlig'i shikastlanishi bilan gemoperitoneum hajmi muhim prognostik omil hisoblanadi: agar hajmi 2 litrdan kam bo'lsa, prognoz qulay bo'lishi mumkin, 2 dan 3 litrgacha o'lim darajasi 50-60% ni tashkil qiladi, 3 dan 3,5 litrgacha birliklar omon qoladi. Taxminan 4 litr hajmda barcha bemorlar operatsiya stolida yoki operatsiyadan keyingi davrda o'lishadi [78; 190-195 p].

Ko'pgina mualliflar kombinatsiyalangan jarohatlarni tashxislash va davolashda yuqori xato va nuqsonlarni qayd etishadi. Hayotiy muhim a'zolarida shikastlanishlarni aniqlashning kechikishi 12,9 %, kech tashxis esa 7,4 % ni tashkil qiladi [33; 115-124 6. 81; 193-196 p].

Qorin bo'shlig'ida og'ir qon ketish uchun shoshilinch operatsiyani bajarish adolatli, ammo gemoperitoneumga shubha tug'ilganda qorin bo'shlig'ini ochish javoblardan ko'ra ko'proq savollar tug'diradi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, laparotomiyalarning katta qismi ta'sirlanganlarning ahvoli to'g'ri baholanmagan taqdirda diagnostika maqsadlariga ehtiyoj sezmasdan amalga oshiriladi. Agar shoshilinch qorin bo'shlig'i jarrohligida yoki izolyatsiya qilingan jarohatlarda bunday aralashuvlar oqilona emas, ammo jarrohlik tajovuzining maqbul harakatlari deb hisoblanishi mumkin bo'lsa, unda birgalikda zararlanganda ular ko'pincha o'limga olib keladi [34; 111-120 6. 81; 193-196 p].

Bir bemorda ikki yoki undan ortiq favqulodda operatsiyalarni bajarish ketma-ketligi masalasi munozaralarga sabab bo'ladi. Ko'pgina hollarda ko'plab jarrohlr [133; 115-124 p. 82; 190-196 p] ularning dolzarbligiga qarab ketma-ket aralashuv taktikalariga rioya qiling. Biz bitta behushlik doirasida qo'shma operatsiyalar (qorin bo'shlig'idan qon ketishini to'xtatish, bosh suyagi dekompressiyasi, orqa miya siqilishini yo'q qilish, tos suyagi suyaklarini beqaror tos suyaklariga mahkamlash, skeletni tortish va boshqa kombinatsiyalar) amalga oshirilishi kerak degan fikrga qo'shilamiz. Bu og'irlik va shok holatiga, jabrlanuvchining yoshiga, komorbidiyaning mavjudligiga, har bir

shikastlanishning asoratlarini bashorat qilishga va jarrohlik tajovuz darajasini umumiy baholashga bog'liq [36; 110-114 6. 87; 103-106 p].

Shunday qilib, ilmiy adabiyotlarni tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, travmatik va gemorragik shok sharoitida og'ir kombinatsiyalangan qorin travmasi bilan og'rigan bemorlar uchun operatsiya hajmini tanlash hal qilinmagan muammo bo'lib qolmoqda [11; 115-124 6. 16; 187-190 p].

Ilmiy adabiyotlar uzoq vaqtdan beri shok operatsiyalarining yuqori xavfi haqida ogohlantirgan bo'lsa-da, ko'pchilik jarrohlar jabrlanuvchining ahvoli og'irligidan qat'i nazar, ko'krak va qorin bo'shlig'idagi barcha shikastlanishlarni to'liq bartaraf etishning an'anaviy strategiyasiga amal qilishadi [33; 115-124 6. 81; 193-196 p].

Shikastlanish va qon ketish bilan bog'liq shok bosqichida kerakli miqdordagi jarrohlik aralashuvlarni aniqlash uchun turli xil yondashuvlar mavjud. Taktikaning yaxshi namunasi-"damage-control"printsipi. Zamonaviy jarrohlik taktikasi "zararni nazorat qilish" yoki "zararni nazorat qilish" [33; 115-124 ,b 81; 193-196 p] - bu og'ir va o'ta og'ir bemorlar uchun shoshilinch jarrohlik amaliyoti hajmini minimallashtirishga qaratilgan harakatlar ketma-ketligi, so'ngra ularning ahvolini barqarorlashtirish uchun kechiktirilgan yakuniy aralashuv [23; 15-24 b.].

"Damage control" (bu atama texnik leksikondan olingan) deb nomlanuvchi ushbu yangi jarrohlik taktikasi Rotondo M. F. va Schwab C. W. tomonidan 1993 yilda ishlab chiqilgan. Ushbu atama ma'nosida "salbiy oqibatlarining oldini olish" nazarda tutilgan [39; 115-124 b.].

Kovak a'zolar va parenximatoz a'zolarining shikastlanishiga sabab bo'ladigan travmaning asosiy turlari - YTH, katatravma va qorinning uzoq bosilishi hisoblanadi [119; 9510-9518 p. 125; 241-247 p.]. Ko'pincha bosh suyagi travmasi, umurtqa pog'onasi, tos suyagi, pastki qovurg'alar sinishi va b.q. ko'pchilik hollarda «o'tkir qorin» yoki chuqur koma klinikasini taqlid qilishi mumkin [112; 901-906 r. 128; 2-12 r.].

Diagnostikada jigarning shikastlanish xatolari ko'proq uchrash holatlari

kuzatiladi [91; 127-136 r.]. Klinik amaliyotga instrumental tekshirish usullari tadbiq etilgach, travma diagnostikasida vaziyat ancha ijobiy tomonga o'zgardi: [29; 54-63 b. 30; 51-53 b. 58; 66-72 b.] ma'lumotlariga ko'ra, diagnostik xatolar 25% dan 4,4% gacha kamaydi.

Oxirgi yillarda jigar shikastlanishini diagnostikasi uchun ultra- tovushli tekshirish usuli tobora keng qo'llanila boshlandi. Ayrim mualliflar ushbu tekshirish usuli imkoniyatlarini boshqa instrumental tekshirishlar aniqligi bilan taqqoslanadigan usul ekanligini targ'ibot qilishmoqda [41; 243-246 b. 63; 23-28 p.]. Boshqalar esa aksincha– biroz ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lishib, exografiya instrumental usullarni «o'rnini bosa olmaydi» deb hisolashishadi [106; 52-57 p. 112; 901-906 p.]. Bunday nashrlar soni, ayniqsa mahalliy adabiyotlarda ancha kam, ular asosan qo'shma travma bilan shug'ullanadigan ixtisoslashtirilgan bo'limlar ma'lumotlaridir [8; 31-35 b. 32; 116-124 b. 79; 193-196 p.]. Shubha bo'lgan holatlarda, juda to'g'ri ta'kidlanganidek [16; 58-60 b. 44; 93-98 b.] - «laparotomiyaga ko'rsatmalarni kengaytirish kerak, chunki kutishning har bir soati salbiy oqibatlarining ehtimolini oshiradi».

Jigar shikastlanishini davolash asosan xirurgik hisoblanadi. Jigar patologiyasini tibbiy tashxislash bemorlarda safro yo'llarining saqlanib qolgan o'tkazuvchanligi bilan birga qiyinlashadi, chunki o't pufagining yallig'lanish belgilari ustunlik qiladi [50; 174 b. 55; 43-48 b. 57; 42-44 b.].

Hozirgi vaqtda radiatsiyaviy tekshirishning invaziv bo'lmagan usullarini ishlab chiqish bilan, o't yo'llarini diagnostika qilish va dekompressiyalash uchun endoskopik usullardan foydalanish ikkinchi o'ringa o'tdi [46; 4-8 b. 103; 1-7 r. 120; 169-189 p.], chunki ularni amalga oshirish o'tkir pankreatit va qon ketish kabi asoratlarni rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Hozirgi vaqtda magnit-rezonans xolangiografiyani keng joriy etishga alohida ahamiyat berilmoqda, uning natijalari diagnostika va davolashning keyingi taktikasini belgilashi kerak [25,s.99-105; 35,s.21-33; 67; 6-12 b. 72; 721-733 p.].

Oxirgi yillarda endoxirurgiyaning zamonaviylashganligi tufayli jigarning ichidagi jarohatlarini qorin bo'shlig'ini sanatsiya qilish va biologik hao xil sintetik gemostatik dori preparatlar bilan birgalikda to'liq gemostaz qilishimiz

mumkin [50; 174 b. 58; 66-72 b.].

Xoletsistostomiyaning yakunlanishi bilan, kasallikning qaytalanishini istisno qilganda, o't pufagining bo'shligini obliteratsiya qilish bilan uni chandiqli xosilaga aylantirishi mumkin. Adabiyotlardada o't pufagiga teri orqali kirib mukoklaziya qilish bilan uni shilliq qavatini obliteratsiya qilish haqida ko'rsatmalar mavjud [95; 30-48 p. 105; 95-100 p.]

Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, taloqning shikastlanishi qorin bo'shlig'i boshqa a'zolari va sistemalarining shikastlanishi ichida 15% dan 30% gachani tashkil etadi [21; 49-51 b. 84; 34-42 p. 97; 357-359 p]. Bu vaqtda deyarli 80% jabrlanganlarda qo'shma va ko'p sonli shikastlanishlar kuzatiladi [22; 79-85 b. 35; 21-33 b. 77; 13-23 p.104; 1-14 p. 130; 168-171 p].

Yigirma birinchi asrning oxirgi yillarida mahalliy va xorijiy mualliflarning tadqiqot natijalarini tahlil qilganda taloq shikastlanishini diagnostika qilishda ultratovush tekshirish usullari juda katta imkoniyatlarni beradi, uning afzalliklari – tezlik aniqlik va ko'p marata ishlata olishlik, asoratlar va qarshi ko'rsatmalarning hozirgi kunga qadar yo'qligi ma'lumotlarga keltirib o'tilgan [22,79-85b; 35,21-33b; 27; 6-12 b. 72; 721-733 p].

Ayrim mualliflarning fikriga ko'ra taloq shikastlanishini operativ yo'l bilan davolanadi, bunda operatsiyaning asosiy vazifasi shikastlangan organni olib tashlash - splenektomiyadir, ammo a'zo saqlovchi turli xil operatsiyalarni amaliyotga qo'llasalarda, oxirgi vaqtlar videolaparoskopik usul yordamida qorin bo'shlig'i tozalangandan keyin, turli xil gemostatik preparatlarni qo'llash orqali to'liq gemostazga erishilayotganligi haqida ma'lumotlar mavjud [56; 20-24 b. 96; 393-397 p. 119; 9510-9518 p.].

Abdominal shikastlanishlarni aniqlash ob'ektiv qiyinchiliklar bilan bog'liq. Ko'pincha bosh suyagi travmasi, umurtqa pog'onasi, tos suyagi, pastki qovurg'alar sinishi va b.q. ko'pchilik hollarda «o'tkir qorin» yoki chuqur koma klinikasini taqlid qilishi mumkin, alkogoldan mastlik holatlari esa qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi klinikasini aniqlashni yanada murakkablashtirishga sabab bo'ladi [100; 1-16 p. 114; 288-293 p.].

Hozirgi vaqtda diagnostikani tekshiruvning invaziv bo'lmagan usullarini ishlab chiqish bilan endoskopik diagnostika usullaridan foydalanish va o't pufagini dekompressiyalash, keyingi o'rinlarga o'tmoqda [103; 1-7 b.], chunki ularni amalga oshirish o'tkir pankreatit va qon ketish kabi asoratlarni rivojlanishiga olib kelishi mumkin [106; 52-57 p.]. Hozirgi vaqtda magnit-rezonans xolangiografiyani keng joriy etishga alohida ahamiyat berilmoqda, uning natijalari kasallikning keyingi diagnostika va davolash taktikasini belgilashi kerak [104; 1-14 p. 105; 95-10 p.112; 901-906 p. 118; 161-170 p.].

Abakumov M.M. va hamuallif., (2017) shuni ta'kidlaydiki, yendoskopik retrograd xolangiopankreatikografiya (ERXPG) va perkutan transhepatik xolangiografiya (PTXG) kabi biliar gipertenziya diagnostikasi uchun traditsion rentgenologik usullar kundalik amaliyotda qo'llaniladi, ammo ular juda yuqori radiatsiya ta'siriga yega, invaziv bo'lib, o'zida yod saqlovchi kontrast moddalarni kiritish va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni o'z ichiga oladi. Ulardan foydalanish diagnostika uchun yemas, balki terapevtik maqsadlarda ham ko'proq qo'llaniladi. Qorin yopiq travmasi bilan 291 patsientni shoshilinch ravishda qorin bo'shlig'iga qon ketishni istisno qilish va aniqlash uchun UTT qo'llashgan [120; 169-189 p.]. Mualliflar qorin travmasi bilan patsientlarda dinamik kuzatuv va shoshilinch diagnostika uchun UTT ma'lumotlarini yuqori baholashgan. Shunday qilib, UTT va laparotsentez bilan peritoneal lavajning olingan ma'lumotlarini qiyoslab [114; 288-293 p. 119; 9510-9518 p.], qo'yidagi natijalarni olishgan: instrumental usullarning diagnostik qiymati 100% yetgan, exografiya esa – 84% tashkil qilgan. Hozirgi vaqtda, ichki organlarning travmatik shikastlanishlarini dastlabki bosqichlarida aniq diagnoz qo'yish imkonini beradigan laborator instrumental tekshirish usullari ichida eng yaxshisi va zarari kamroq bo'lgani bu UTT diagnostikasidir [60; 89-95 b. 78; 262-270 p.]. Oxirgi yillarda qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishini diagnostikasida laparoskopiya usuli tobora keng qo'llanilmoqda [88; 100-107 p. 97; 357-359 p.].

Olimlarning tadqiqotlariga ma'lumotlariga ko'ra, ultratovush yordamida barcha bemorlar tekshiriladi, maqsad qorin bo'shlig'ini reviziya qilish va erkin suyuqlik bor yo'qligini ko'rish [41; 243-249 b. 56; 20-24 b.]. Bundan tashqari,

tadqiqotning mavjudligi asosiy yechim kanallarining diametrini 1 deb baholadi, safroning pasayishi patologiyasi haqida muhim ma'lumotlar [46; 4-8 b.]. Qorin bo'shlig'ida suyuqliklarning to'planishi tabiati bo'yicha qo'shimcha ma'lumotlarni olish uchun 6 bemorga nazorat ostida perkutan ponksiyon o'tkazildi [46; 4-8 b. 54; 34-38 b.]. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, safroning izolyasiyalangan kontsentratsiyasi asoratni davolashning yakuniy usuli hisoblanadi [22; 79-85 b.64; 161-170 b. 65; 1028-1032 p. 101; 155-165 p.].

Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya bu usulda ko'pgina tadqiqot ishlari olib borilgan bo'lib, operatsiyadan keyingi erta davrda tashqi o't oqishi klinikasi bilan MO'Y jarohati bilan zararlangan 27,1% bemorlarda va pufak yo'li cho'ltog'ining ish qobiliyatining sustligida 2,8% bemorlarda ishlatilgan. Tadqiqot qat'iy ravishda o'tkaziladi. EFGDS ni o'n ikki barmoqli ichak bo'shlig'iga o'rnatgandan so'ng va katta duodenal so'rg'ichning og'zini kanulyatsiya qilgandan so'ng, rentgen-televideenie qurilmasi (elektron optik konvertor) nazorati ostida retrograd xolangiografiya o'tkazildi [1; 42-45 b.67; 164-171 p.88; 100-107 p. 99; 260-265 p. 108; 1-8 p.].

Hozirgi vaqtda endovideoskopik texnologiyaning rivojlanishi laparoskopiya imkoniyatlarini kengaytirmoqda va majoziy ifodada [132; 193-200 p.] asta-sekin "diagnozni davolashga yaqinlashtirish" ga kirishmoqda. Ba'zi mualliflar ushbu diagnozni qo'yish bemorlarni laparoskopik usullardan foydalangan holda, davolash imkoniyatini bergan. Shuni ta'kidlar kerakki, bemorlarda qorinning yopiq travmasida endovidelaparoskopik usuldan foydalangan holda, [20; 34-35 b.] bir necha holatda taloqning yorilishi hamda bir holatda jigar yorilishikuzatilgan. Splenektomiya faqat bir holatda talab qilingan, qolgan barcha hollarda qorin bo'shlig'idan qonni aspiratsiya qilish, shikastlanishni to'g'ri aniqlash va biologik kley yordamida barqaror gemostazga erishish imkoni bo'lgan [73; 517-531 p.].

Laparoskopiya paytida asoratlar kam uchraydi. Laparoskopik tekshiruvda 234 nafar bemordanfaqatgina katta charvining shikastlanishi, teri osti emfizemasi va qorin old devori tomirlaridan qon ketishi kabi asoratlarni qayd etishgan. 3

patsientda kovak a'zolar shikastlanishi kuzatilgan, hech qanday salbiy oqibatlar kuzatilmagan [55; 43-48 b.].

Tahlillar natijalari shuni ko'rsatdiki qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishida davolash natijalarini shuni ko'rsatdiki laparotsentez va laparoskopiyadan foydalanish operatsiyasi, umumiy o'limni ko'rsatgichini kamaytiradi va eksplorativ laparotomiyalarning oldini olishi mumkin [87; 1-8 p. 94; 43-50 p.100; 1-16 p. 102; 326-333 p. 126; 12-22 p. 127; 183-187 p.128; 2-12 p].

Instrumental tekshirish usullarini laparotomiyaga qarama qarshi qilib qo'ymaslik kerak. Ularni qo'llash diagnostik laparotomiyani istisno qilmaydi yoki almashtirmaydi, lekin operatsiyadan oldingi diagnostikani yaxshilash orqali ko'rsatmalarini yanada aniq va ob'ektiv qiladi. Agar ba'zi holatlarda bemorning klinik belgilari shubhali bo'lsa, unda dinamik laparoskopiyadni qo'llash tavsiya etiladi, bu klinik metod peritonit, ikkilamchi qon ketish hamda boshqa asoratlarni oldini olishga imkon yaratadi [1; 42-45 b. 34; 51-60 b. 109; 668-680 p.].

II BOB.

MATERIAL VA TADQIQOT USULLARI

2.1. Klinik tadqiqotlarning umumiy xarakteristikasi

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filialida 2013 yildan 2023 yillarda 728 nafar bemorlar ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolari yopiq shikastlanishi bilan davolangan. Ushbu tadqiqotimiz 220 nafar bemorni tekshirish va davolash ma'lumotlariga asoslangan bo'lib, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishiga shubha qilingan jabrlanganlar umumiy sonining 42,7% tashkil etgan. Barcha jabrlanganlar ikki guruhga bo'lingan.

Ikkinchi guruhda 100 (45,5%) jabrlanuvchi kiritilgan bo'lib, ularda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi diagnostikasi uchun an'anaviy (traditsion) tekshirish va davolash usullari, shu jumladan klinik va laboratoriya bilan bir qatorda noinvaziv tekshirish usullari (UTT, rentgen, KT va MRT) va diagnostik torakotomiya va laparotomiyani o'z ichiga olgan. Ularni davolashda faqat torakotomiya va laparotomiya qo'llanilgan bo'lib, shikastlanishning og'irligi, a'zoni shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha I-IV daraja bo'lgan va ushbu kategoriyadagi jabrlanganlarning ma'lum qismiga laparoskopik operatsiyalarni o'tkazish mumkin bo'lgan.

Birinchi guruhga yuqorida sanab o'tilgan tekshirish usullariga qo'shimcha ravishda shoshilinch diagnostika va davolash maqsadida bajarilgan videolaparoskopiya kabi miniinvaziv usulning qiymati aniqlanganda biz ishlab chiqqan diagnostika va davolash algoritmidan foydalangan jabrlanuvchilar kiritilgan (2.1 rasm). Asosiy guruhga 120 (54,5%) jabrlanuvchilar kiritilgan bo'lib, ularning 33 (27,5%), nafari ko'krak qafasining shikastlanishi bilan 87 (72,5%) nafari esa qorin bo'shlig'ining shikastlanishi bilan murojat qilgan. Barcha jabrlanganlarga RShTYoIM Samarqand filiali xirurgiya bo'limi xodimlari birgalikda yordam ko'rsatgan.

Birinchi guruhda (120) yoshga oid xususiyatlari quyidagicha: 19-44

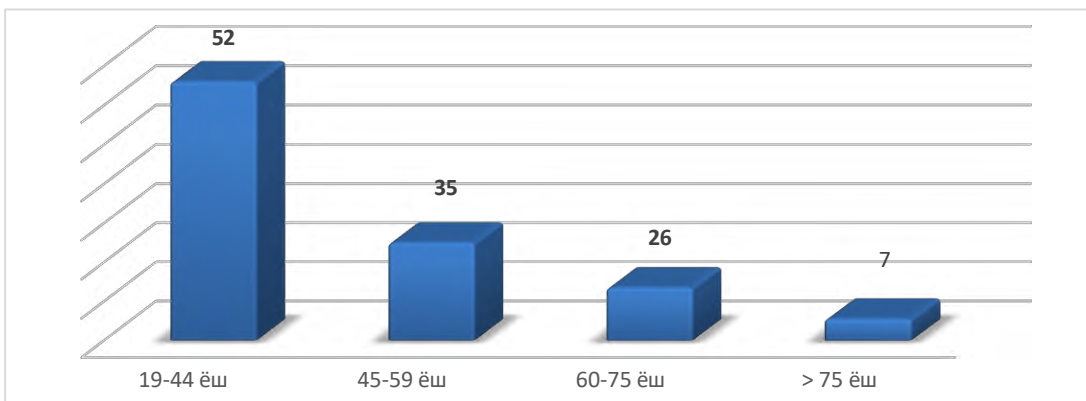
yoshdagilar 52 (46,1%), 45-59 yoshdagilar 35 (27,3%), 60 -75 yoshdagilar 26 (20,5%) ta va 75 yoshdan katta bo'lganlar - 7 (6%) tani tashkil qildi. Ikkinchi guruhda 100 ta bemorni yosh nisbatdan xususiyatini tahlil qilishda, 62 (63,1%) ta bemorda 19-44 yoshda, 20 ta bemorda (22,3%) 45-64 yoshda, 65-75 yoshda 15 (11,6%) ta bemorda va 75 yoshdan oshganlar 3 (3%) jabarlanganlar tashkil etgan.



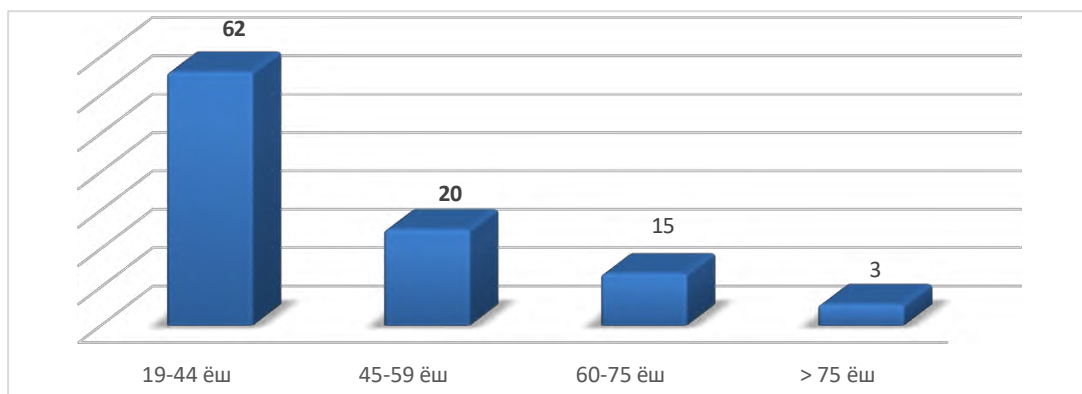
2.1- rasm. Tadqiqot massivining taqsimlanishi

Yosh bo'yicha taqsimlash JSST 2010 yildagi tavsiyasiga muvofiq amalga oshirilgan (2.2-rasm).

Asosiy guruh

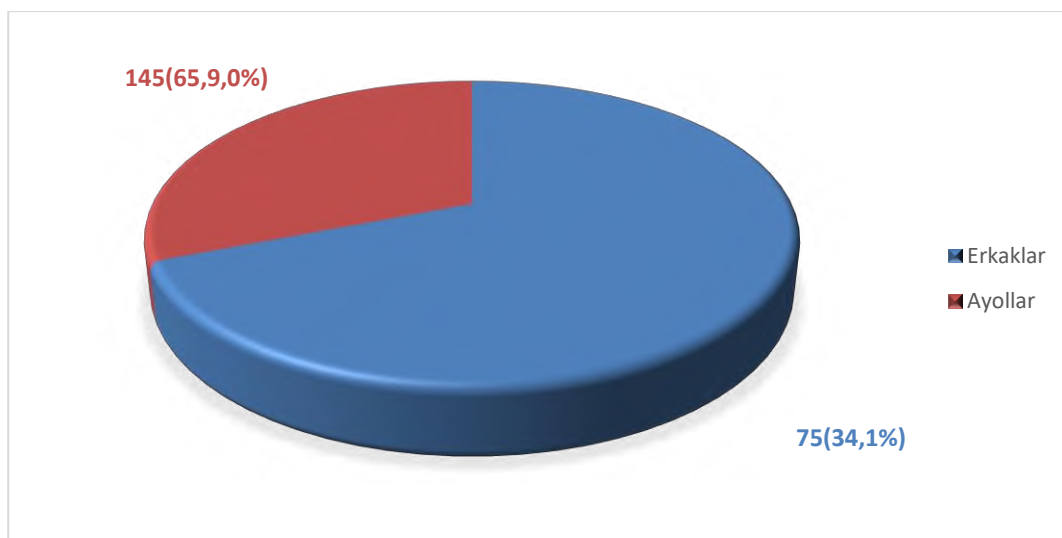


Taqqoslash guruhi



2.2- rasm. Jabrlanganlarni yoshi bo'yicha taqsimlanishi

Tadqiqotga 19 yoshdan 89 yoshgacha bo'lgan ko'krak qafasi a'zolari vaqorin bo'shlig'I a'zolari shikastlanishiga shubha qilingan 220 bemor, shu jumladan 145 erkak (65,9,0%) va 75 ayol (34,1%) kiritilgan (2.3 rasm).

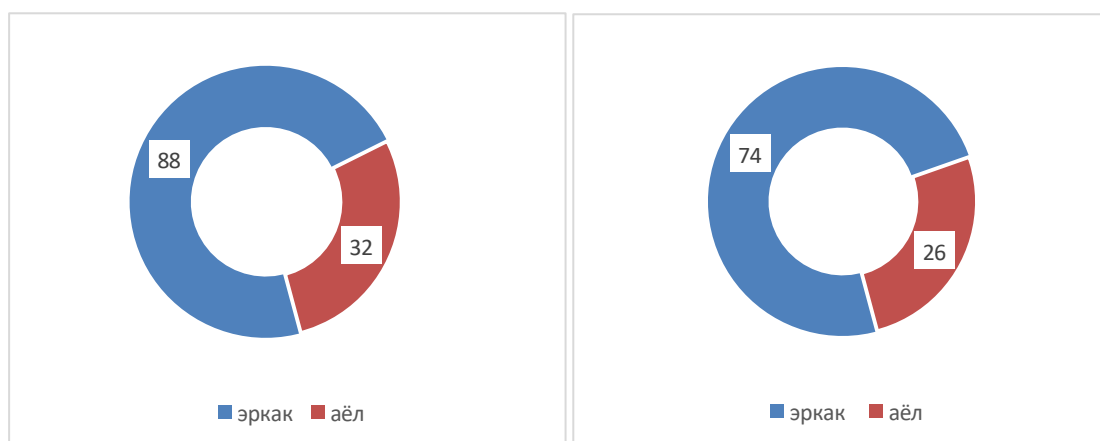


2.3- rasm. Jabrlanganlarni jinsi bo'yicha taqsimlanishi

Asosiy guruhda 88 (75,2%) erkaklar, 32 (24,8%) ayollar va nazorat guruhida mos ravishda 74 (74%) va 29 (26%) jabrlanganlar bo'lgan. (2.3-rasm)

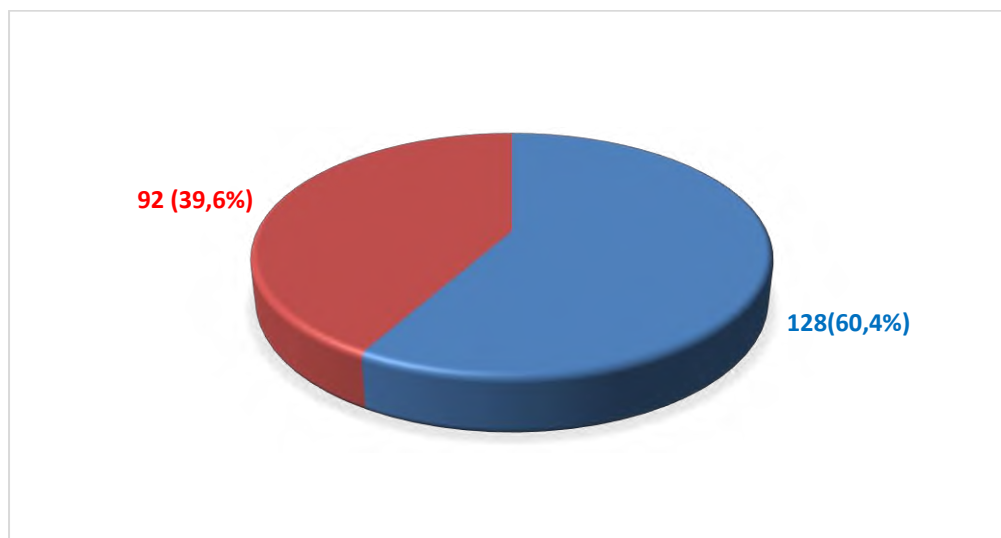
Asosiy guruh

Taqqoslash guruhi



2.4- rasm. Asosiy va taqqoslash guruhlarida jabrlanganlarni yoshi bo'yicha taqsimlanishi

Jadvalda berilganidek, ikkala guruhda ham erkaklar ayollarga nisbatdan ko'proq uchradi, bemorlarning aksariyati 25 yoshdan 55 yoshdagi kishilar edi: Bemorlarning shikastlanish sabablari xarakteristikasi 2.1-jadvalda ko'rsatilgan.



2.5- rasm. Torakoabdominal travma bilan jabarlanganlarni gospitalizatsiya yo'llari

220 jabrlanganlarning 92 (39,6%) tez yordam mashinasida keltirilgan, qolgan 128 (60,4%) tasi esa o'zlari murojat qilishgan (2.5rasm)

2.1-jadval

Jabrlanganlarni travma sabablari bo'yicha taqsimlanishi

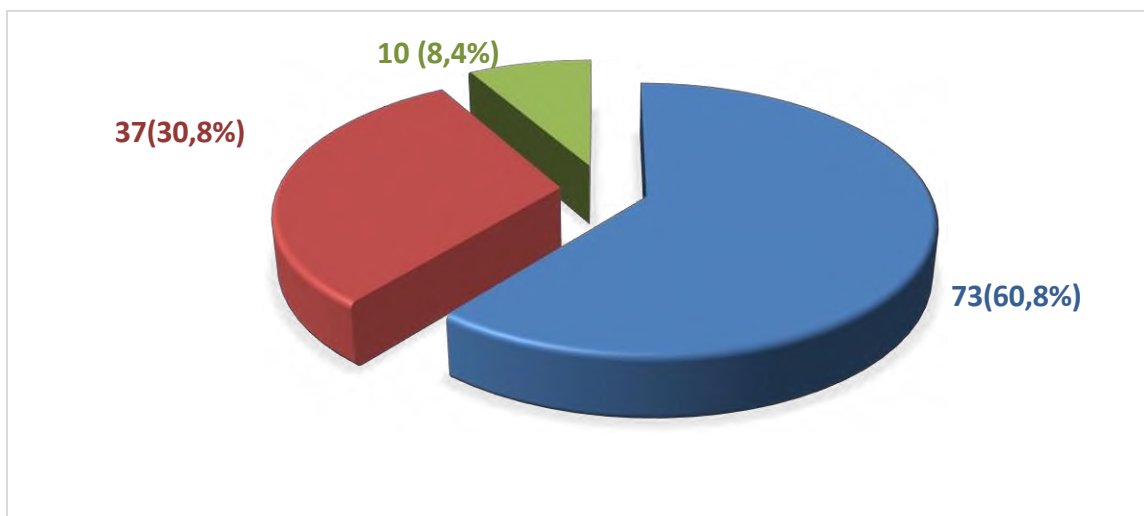
Travma sabablari	Asosiy guruh (n -120)		Taqqoslash guruhi (n -100)		Jami	
	n -	%	n -	%	n -	%
Yo'l-transport hodisalari	63	53,8	54	53,3	120	54,5
Qoringa to'mtoq predmet orqali travma	18	13,6	14	14	30	13,6
Qoringa o'tkir predmet orqali travma	21	20,5	22	21,3	46	20,9
Yuqoridan yiqilish	10	8,5	7	7	17	7,7
Maishiy travma	4	3,4	3	3	7	3,1
Jami	120	100	100	100	220	100

2.1-jadvalda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, bemorlarning eng katta qismini shikastlanish sababi sifatida yo'l-transport hodisasi tashkil etgan. Shunday qilib, asosiy va nazorat guruhlarida ushbu ustunda mos ravishda 63 va 57 patsient, jami 120 (54,5%) jabrlanuvchi bo'lgan. Asosiy guruhdagi 16 nafar patsientda, nazorat guruhidagi 14 nafar bemorda jami jabrlanganlar sonining 30 nafari (27%) qorin

bo'shlig'iga to'mtoq buyum bilan zarba sabab bo'lgan. Balandlikdan yiqilish bilan bog'liq jarohatlar asosiy guruhdagi 24 bemorlarda va nazorat guruhidagi 22 bemorlarda aniqlangan, bu 46 (42%) bemorlarni tashkil etgan. Maishiy travma asosiy guruhda 10 va nazorat guruhida 7, jami 17 (16%) bemorlarda qayd etilgan. Asosiy guruhda 4 noma'lum xarakterdagi jarohatlar va nazorat guruhida 3 bemor, jami 7 (6%) bemorni tashkil etgan.

Bir yoki boshqa simptomatologiyani ustunligiga qarab, jarohatlarning har xil xususiyatlariga ega bo'lgan bemorlarning uchta guruhi aniq ajratilgan:

- birinchi guruh - ko'krak qafasi a'zolarining shikastlanish belgilari ustun bo'lgan jabrlanganlar - 37 (30,8%);
- ikkinchi guruh - qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanish belgilari ustun bo'lgan bemorlar - 73 (60,8%);
- uchinchi guruh - bir xil murakkablikdagi ko'krak va qorin bo'shlig'i shikastlangan bemorlar - 10 (8,4%) (2.6-rasm).



2.6- rasm. Shikastlanishlarning taqsimlanishi

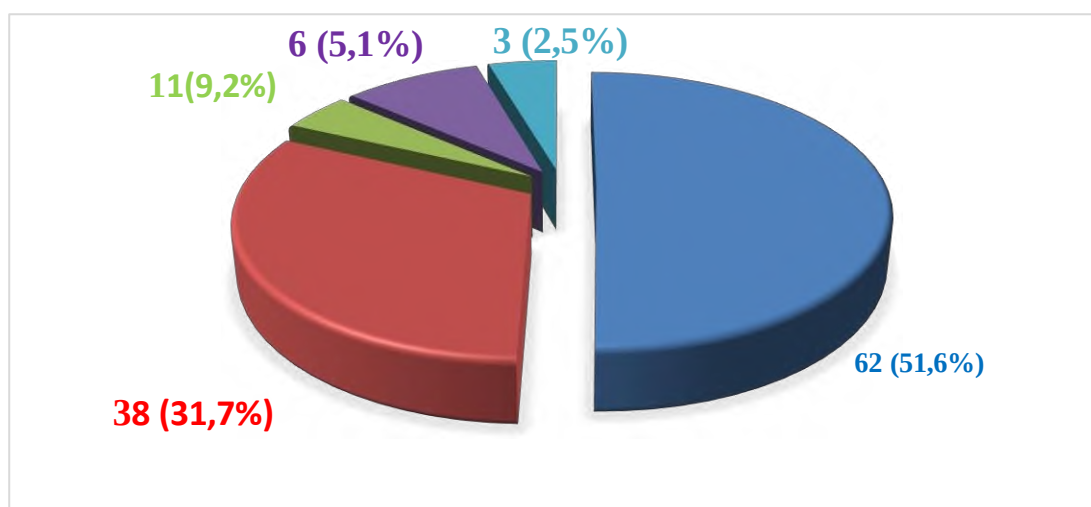
Tadqiqotimizdagi 220 nafar bemordan 117 (53,2%) tasida qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi, 103 tasida (46,8%) ko'krak qafasi a'zolari jarohatlar (o'pka, yurak, plevra qavatlari, diafragma, mediastenum sohalar) aniqlangan (2.2-jadval.)

2.2 jadval

Ko'krak qafasi shikastlanishlarida a'zolar jarohatlarini xarakteri bo'yicha taqsimlanishi

Shikastlanish turlari	Asosiy guruh (n = 37)		Taqqoslash guruhi (n = 66)		Jami (n = 103)	
	n -	%	n -	%	n -	%
O'pka jarohati	13	35,1	10	15,2	23	50,3
Yurak jarohati	1	2,70	8	17,8	9	20,5
Plevra jarohatlari	15	40,5	26	39,4	22	28,2
Diafragma jarohati	5	13,5	8	12,1	13	25,6
Ko'ks oralig'I Jarohatlari	3	8,1	14	21,2	17	29,3
Jami	37	100	66	100	103	100

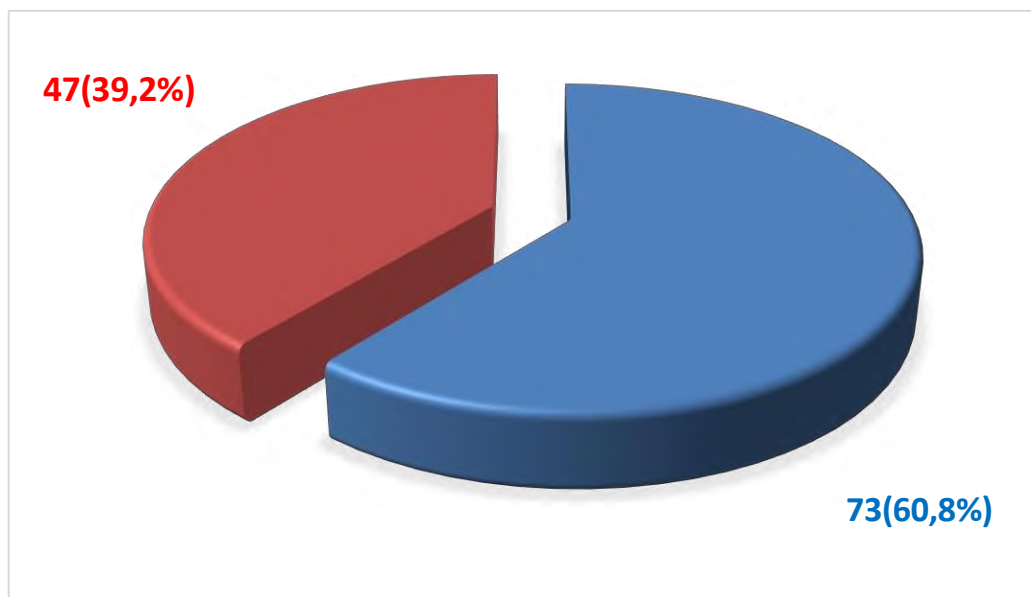
Tadqiqotimizdagi 120 nafar bemorlarning shikastlanish mexanizmi bo'yicha taqsimlanishi bo'yicha quyidagich: Yopiq shikastlanishlar 62 (51,6%); sanchib kesilgan jarohat- 38 (31,7%) nafar bemorda; o'qotar qurollar - 6 (5%) nafar bemorda; yopiq qovurg'larni yopiq asoratlangan sinishi - 3 (2,5%) nafar bemorda; aralash travmalar 11 (9,2%) nafar bemorlar tashkil qiladi.



2.7- rasm. Shikastlanish mexanizmi bo'yicha taqsimlanishi.

Tadqiqotimizning asosiy guruhidagi 120 nafar bemorlardan 73 nafar

bemorlarda qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlari aniqlangan. Qorin bo'shlig'i shikastlanishlari orasida asosan parenximatoz a'zolarining shikastlanishi kuzatilgan (2.4-rasm).



2.8- rasm. Shikastlanish uchrashi bo'yicha taqsimlanishi.

Tadqiqotimizda 220 nafar bemor tashkil qilgan. Shulardan 120 nafari asosiy guruhda 100 nafari esa taqqosiy guruhni tashkil qiladi. Asosiy guruhimizdagi 120 nafar bemordan 73 nafarida qorin bo'shlig'i a'zolarini shikastlanishlari kuzatilgan.

Muhim mezon sifatida travma olingan paytdan boshlab operatsiyagacha bo'lgan vaqtni hisobladik. Birinchi guruhda 68 (56,7%) holatda operatsiya travma olgan paytdan boshlab 1 soat ichida, travma olingandan keyin 2 soatgacha 13 (10,8%) bemorda, 6 soatgacha 19 (15,8%), bemorda va olti soatdan keyin esa 20 (16,7%) nafar bemorlarda operatsiya boshlangan.

Taqqoslash guruhida operatsiya 77 (76,9%) holatda travmadan olgandan keyin 1 soat ichida, 2 soatgacha 8 (7,9%) nafar bemorda, 6 soatgacha 5 (4,9%) holatda, 10 (9,8%) holatda esa 6 soatdan ortiq vaqtdan keyin operatsiya boshlangan. Ushbu ma'lumotlar 2.3-jadvalda keltirilgan.

2.3- jadval

Qorin bo'shlig'i shikastlanishlarida a'zolari jarohatlari xarakteri bo'yicha taqsimlanishi

Shikastlanish turlari	Asosiy guruh (n = 73)		Taqqoslash guruh (n = 44)		Jami (n = 117)	
	n -	%	n -	%	n -	%
Ingicha va yo'g'on ichaklar	7	9,6	10	22,7	17	32,3
Me'da	4	6,06	4	17,8	8	23,9
12-barmoqli ichak	8	36,3	8	22,2	16	23,9
Ichak tutqichi	8	24,2	5	6,6	13	30,8
Katta charvi	4	12,1	1	11,3	5	23,4
Taloq	14	19,2	2	4,5	16	23,7
Jigar	25	34,2	10	22,7	35	54,2
Me'da osti bezi	2	2,7	2	2,7	4	5,4
Siydik pufagi	1	1,4	2	2,7	3	4,1
Jami	73	100	44	100	117	100

Jabrlanganlarning umumiy oxvoliga ta'sir ko'rsatadigan muhim simptomlardan biri bu travmatik shok bo'ldi. Shu narsa qayd etilganki, jabrlanganlarning asosiy guruhida asosan I-II darajali shok aniqlangan. 40 nafar patsientda I darajali travmatik shok (34,2 %), 27 nafar (23,1 %) II-darajali shok, 19 nafar bemrlarda (16,2 %) III darajali shok aniqlangan. Asosiy guruhda shoksiz jabrlanganlar soni 31 nafarni (26,5%) tashkil etgan.

2.4- jadval

Asosiy va taqqosiy guruhlarida operativ aralashuvlarni boshlanish vaqti bo'yicha taqsimlanishi

Tadqiqot guruhlari	Travma olingan vaqtdan operativ aralashuv boshlanguncha vaqt			
	1 soatgacha	2 soatgacha	6 soatgacha	6 soatdan ortiq
Asosiy guruh	68 (56,7%)	13 (10,8%)	19 (15,8%)	20 (16,7%)
Taqqosoy guruh	77 (76,9%)	8 (7,9%)	5 (4,9%)	10 (9,8%)

**Izoh: tadqiqot guruhlarida travma olingandan to operatsiya boshlangunicha*

vaqt o'rtasida sezilarli farq aniqlanmagan ($r > 0.05$).

Taqqoslash guruhida shok 67 (65%) holatda aniqlanmagan, I-II darajali shok 23 (22,3%), III darajali shok esa 13 (12,6%) holatlarda qayd etilgan. Ushbu ma'lumotlar (2.5- jadval) da keltirilgan.

2.5- jadval

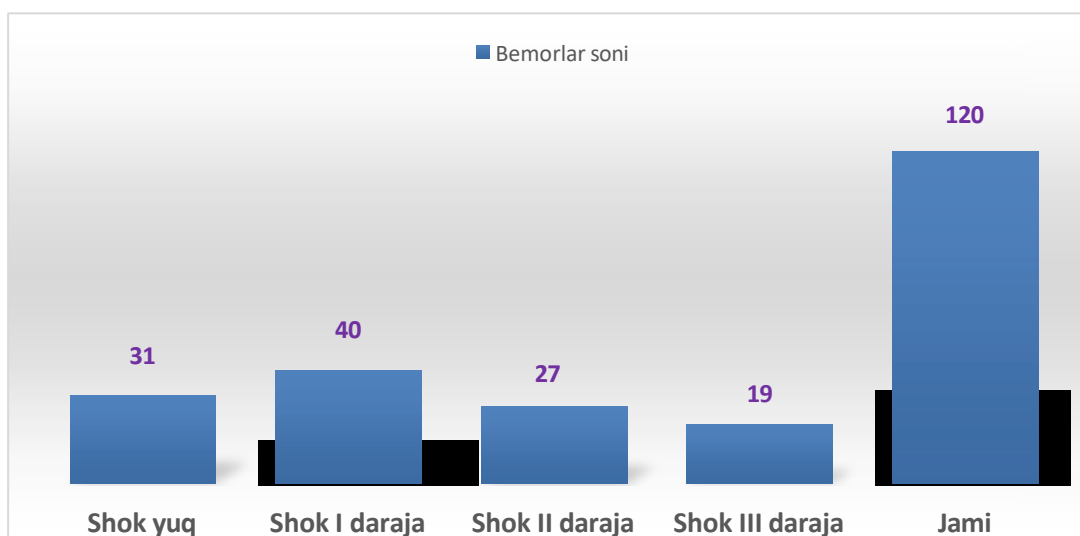
Jabrlanganlar guruhida yotqizilgan payti travma og'irligi bo'yicha xarakteristikasi

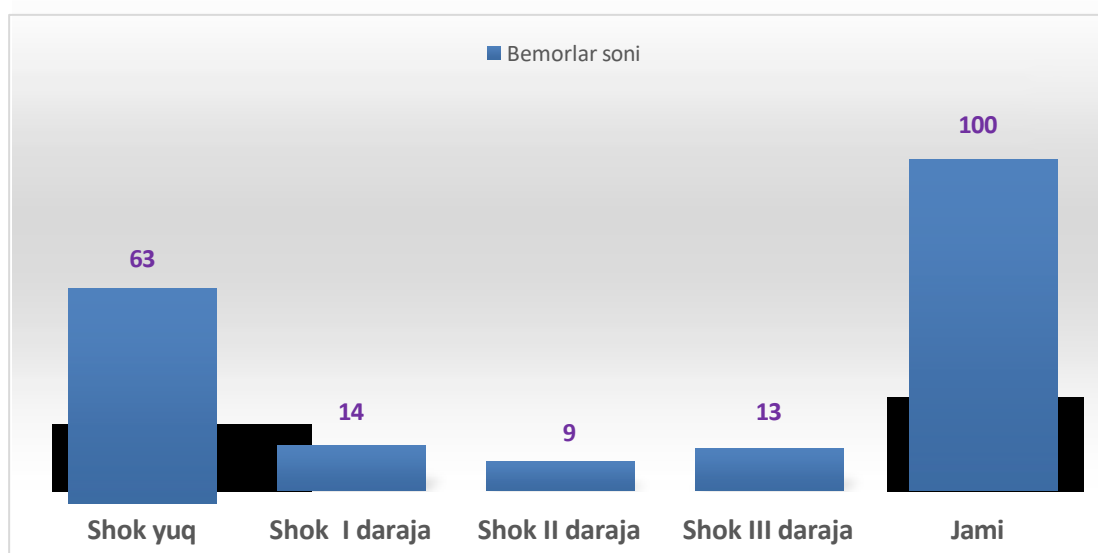
Og'irlik darajasi	OIS bo'yicha ballar	Asosiy guruh		Taqqoslash guruhi	
		n	%	n	%
Og'ir bo'lmagan travma (I daraja)	I	71	60,6	65	65,0
Og'ir travma (II daraja)	I-III	44	37,6	32	31,1
O'ta og'ir travma (III daraja)	III-IV	5	4,2	3	2,9
Jami		120	100	100	100

**Izoh: tadqiqot guruhlarida travmatik shokning uchrash sur'ati va og'irligi bo'yicha sezilari farqlar aniqlanmagan ($r > 0.05$).*

Jabrlangan 220 nafar bemorlarning 82 (28,2%) tasi alkogoldan mastlik holatida bo'lgan. 18 (5,45%) bemorlarning ahvoli "og'ir" yoki "o'ta og'ir" deb baholangan. Shokning og'irligiga qarab klinik materialning taqsimlanishi

Birinchi guruh





Ikkinchi guruh

2.9 rasm. Jabrlanganlarni shokning og'irligi bo'yicha taqsimlanishi

Kuzatuvda 72 nafar bemorda qo'shma shikastlanishlar kuzatildi. Aksariyat holatlarda ham ko'krak qafasi ham qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlari bilan ingichka ichak, oshqozon (va oshqozon osti bezining travmasi bilan birgalikda kelishi kuzatilgan (2.6-jadval).

2.6- jadval

Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishlari

Shikaslanish turi	Asosiy guruh (n = 10)		Taqqoslash guruh (n = 21)		Jami (n = 32)	
	n -	%	n -	%	n -	%
Katta charvi va tutqich	1 *	10	3 *	14,3	4	24,3
Diafragma	1	10	2	9,5	3	19,5
O'pkalar			2	9,5	2	9,5
Oshqozon	2	20	3	0,97	5	20,9
O'n ikki barmoq ichak			2	9,5	2	9,50
Oshqozon osti bezi	1	10	2	9,5	3	19,5
Ingichka ichak	2 *	20	3	14,3	5	34,3
Yo'g'on ichak	1	10	2 *	9,5	3	19,5
Mediastenium	2 *	20	3	14,3	5	34,3
Jami	10	100	22	100	32	100

*- qo'shma shikastlanishlar bilan bemorlar.

Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i travmasi bilan jabrlanganlarda a'zolarining travma darajasi OIS bo'yicha (AAST tasnifi) aniqlangan travma darajasining og'irligiga mos holda operatsiya hajmi va operativ aralashuvni tanlashda differensial yondashuv amalga oshirilgan.

Shunday qilib, asosiy va taqqoslash guruhlarida jabrlanuvchilarning jinsi, yoshi, travma turi, shifoxonaga yotqizish muddati, abdominal va qo'shimcha shikastlanishlarning xarakteri, og'irlik darajasi bo'yicha taqqoslana olishi va qorin yopiq travmasi bilan jigar va taloq shikastlanishlarida turli xil xirurgik davolash usullarining ta'sirini o'rganish uchun andoza sifatida xizmat qilishi mumkin.

§ 2.2. Instrumental va laborator tekshirish usullari

Ushbu ishning maqsadi va belgilangan vazifalarga muvofiq tadqiqot dasturi quyidagi elementlarni o'z ichiga oladi:

- Bemorlar kasalxonaga yotqizilganida uning ahvolini to'liq baholash uchun zarur bo'lgan klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini aniqlash kerak. Vaziyatni baholash uchun muhim ko'rsatkichlar quyidagi omillarni o'z ichiga oladi: yosh, surunkali kasalliklarning mavjudligi, es-xushi, qon bosimi, puls, nafas olish tezligi, tana harorati, siydik miqdori, kislota-baz muvozanati va arterial qon gazlari (kislorod va uglerod) tarkibi. dioksid darajasi), elektrolitlar qon balansi, kreatinin darajasi, umumiy bilirubin, gemoglobin darajasi va oq qon hujayralari soni. Algover indeksi pulsni qon bosimiga nisbati bilan ham hisoblanadi.

- SOFA organ disfunktsiyasi shkalasi bo'yicha bemorning axvolini og'irligini har kuni baholash uchun zarur bo'lgan klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini aniqlash. Muhim ko'rsatkichlar orasida es-xush buzilishining darajasi, PaO_2 / FiO_2 nisbati (arterial qondagi kislorodning nafas olingan havodagi kislorod kontsentratsiyasiga nisbatan o'lchovi), qon bosimi, puls, markaziy venoz bosim, vazopressor talablari, bilirubin, kreatinin va trombotsitlar soni kiradi.

Qabul qilish va diagnostika bo'limining shok bo'limida nafas olish yo'llarining o'tkazuvchanligi tekshiruvi o'tkazildi, nafas olish tezligi, qon bosimi, yurak urishi tezligi, kislorod bilan to'yinganligi o'lchandi; Instrumental

tekshiruvlar o'tkazildi (agar ko'rsatilsa, rentgen, ultratovush, EKG va KT).

Qoni tekshirgan vaqtda umumiy va biokimyoviy tahlillari tekshir, VSK, gematokrit, koagulogramma, qon guruhi va Rh omil aniqlandi, Zeldovich testi va umumiy siydik tahlili o'tkazildi. Barcha omillarni tahlil qilgandan so'ng, dominant patologiya aniqlandi. Barcha tadqiqotlar nazorat ostida o'tkazildi mas'ul jarroh reanimatolog, travmatolog, neyroxirurg va urolog bilan birgalikda konsilium o'tkaziladi. Konsilumdan so'ng davolash va diagnostika rejasi tanlandi.

Shoshilinch holatlarda operasiyaga ko'rsatma, neyroxirurg va travmatolog tomonidan amalga oshirildi, shuningdek plevra bo'shliqlarini punksiya qilish yoki drenajlash, torakoskopiya yoki torakotomiya, laparoskopiya yoki laparotomiyani amalga oshirish kerak bo'ladi.

Bemorlarni tekshirish usullari o'tkazildi, birinchi shikoyatlarni yig'ish, anamnezini yig'ish, shuningdek ob'ektiv va instrumental tekshirish usullari dan foydalandik.

Klinik ko'rinish, ko'krak qafasi va qorin a'zolarining rentgenografiyasi, jarohat kanalini birlamchi jarrohlik davolash va qayta ko'rib chiqish, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi natijalari 95% hollarda jarrohlik taktikasini va jarrohlik yo'lini aniqlashga imkon berdi.

Diagnostika choralari ko'lami jabrlanuvchining umumiy ahvolidan og'irligiga bog'liq bo'lgan. Barqaror gemodinamika bilan va shok belgilari bo'lmagan patsientlar uchun qabul bo'limida diagnostik tekshirishlar (laboratoriya tekshiruvlari, UTT, rentgen) o'tkazilgan, zaruriyat bo'lgan taqdirda jabrlanganlarga KT va MRT bajarilgan. Qo'shma travma va beqaror gemodinamika bilan patsientlar reanimatsiya bo'limiga yotqizilgan; ahvolni barqarorlashtirish uchun diagnostika tadbirlari qisqartirilgan hajmda (laboratoriya tekshiruvlari, ob'ektiv tekshirish) o'tkazilgan. Jabrlanuvchining ahvoli barqarorlashgandan so'ng, kerakli tekshirishlar hajmi o'tkazilgan (UTT, rentgen, KT, MRT). Qo'shma travma aniqlangan holatlarda va nostabil gemodinamika payti jabrlanganlar darhol operatsiya xonasiga yuborilgan. Operatsiya xonasida diagnostika choralari minimal hajmda amalga oshirilgan. Tekshiruv sxemasiga etanol darajasini tekshirish ham kiritilgan.

Gomeostazni va qon yo'qotish darajasini baholash uchun laboratoriya ma'lumotlari tahlil qilindi. Venoz qon o'mrov osti yoki periferik venadan olinadi. "Nihon Kodan" kompaniyasi tomonidan ishlab chiqarilgan gematologik qon analizatori gemoglobin darajasini, eritrositlar, trombositlar va gematokritni aniqlash uchun ishlatiladi (Yaponiya).

Biokimyoviy tahlillar (ALAT, ASAT, qondagi glyukoza, plazmadagi umumiy oqsil, umumiy va to'g'ri bilirubin, moxivina, kreatinin darajasi) Master Screen firmasining yarim avtomatik biokimyoviy analizatorida, "Humalyzer 2000" modelida o'tkazildi (Germaniya).

Klinik qon tekshiruvi va bioximik ko'rsatkichlar «Mindray BS 230», «Mindray BS 240» (Xitoy) avtomatik qurilmalari yordamida aniqlangan.

Qon plazmasidagi kaliy va natriy darajasi Amerikaning "Medica" kompaniyasining qon elektrolitlari analizatorida aniqlandi. Koagulometrda protrombin indeksi, fibrinogen konsentratsiyasi va APTT aniqlandi. Hozirgi vaqtda ko'krak va qorin bo'shlig'ining umumiy rentgenografiyasi qo'shma shikastlanishlar uchun eng keng tarqalgan va qulay diagnostika usullaridan biridir.

Reanimatsiya va intensiv terapiya sharoitlarida jabrlanganlarning barcha asosiy hayotiy va laboratoriya ko'rsatkichlari bo'yicha doimiy ravishda dinamik kuzatuv olib borilgan. Ushbu standart ko'rsatkichlar to'plamiga quyidagilar: qon gazining tarkibi, respirator indeksi, qonning oksigenatsiya indeksi (PaO_2/FiO_2), alveolyar-arterial kislorod gradienti, kislota-ishqor holati kirgan. Arterial qonning kislorod bilan to'yinganligi spektrofotometrik usulda pulsoksimetrlar yordamida nazorat qilingan. Tadqiqot jarayonida barcha asboblarni metrologik jihatdan ta'minlangan.

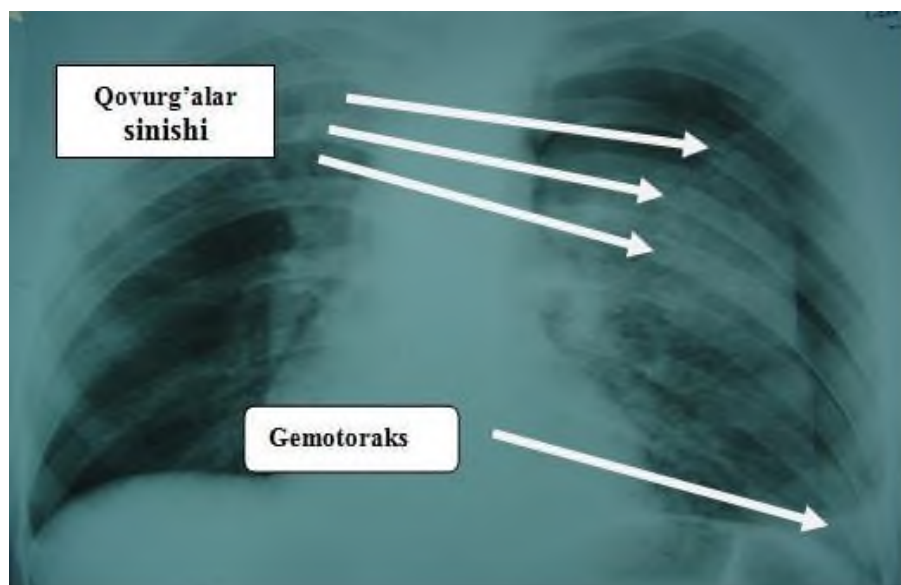
Bundan tashqari shokka qarshi operatsiya blokida va reanimatsiya bo'limida rentgenografiya o'tkazish uchun nemis kompaniyasining "Siemens ICONUS R200" statsionar rentgen diagnostika apparati va Gollandiya kompaniyasining "Philips PRACTIX 300" mobil rentgen apparati ishlatilgan. Batafsilroq tashxis qo'yish va davolash taktikasini aniqlash uchun kompyuter tomografiyasi (KT) ishlatilgan. KT tadqiqotlari og'ir miya shikastlanishi ($n=22$), ko'krak qafasi

shikastlanishi (n=37) va umurtqa pog'onasi shikastlanishi va tos suyagi sinishi (n=4) bo'lgan bemorlarda o'tkazildi. Miya, ko'krak qafasi, umurtqa pog'onasi, qorin va tos suyagi bo'yicha KT tekshiruvlari o'tkazildi. KT tadqiqotlari Gollandiyaning "PHILIPS CT" firmasining apparatida o'tkazildi va bemorni qabul qilishda va dinamikada gemodinamik ko'rsatkichlarni baholash uchun amalga oshirildi.

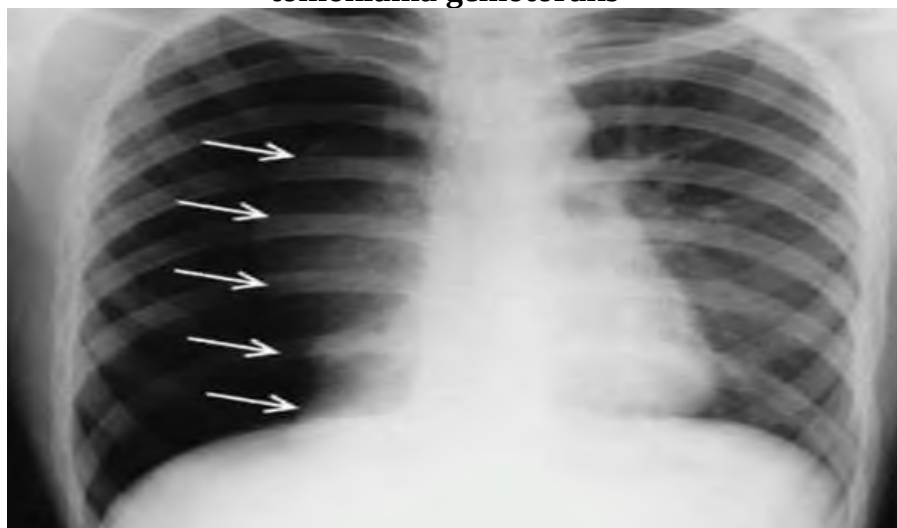
Diagnostic miniinvaziv usullardan laparoskopiya, torakoskopiya, bronkoskopiya, ezofagogastroduodenoskopiya kabi tekshiruv usullari qo'llanildi.

Dastlabki ko'rikdan so'ng jabrlanuvchilarda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining obzor rentgenografiyasi va suyaklarining turli AFS rentgenologik tekshiruvdan o'tkazilgan. Biz Shimadzu kompaniyasining (Yaponiya) «Flexovision» statsionar qurilmasidan foydalandik. Zaruriyat tug'ilgan holatlarda operatsiya xonasida Shimadzu (Yaponiya) kompaniyasining «Rad speed» qurilmasi yordamida rentgenografiya o'tkazilgan.

Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining rentgenologik tekshiruvi ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishi bilan murojat qilib kelgan barcha bemorlarda o'tkazildi. Bundan tashqari, bemorlarning bir qismida qo'shimcha bemorlarning obektiv va subektiv tekshiruvlariga asoslanib bosh suyagi va umurtqa pog'onasi suyaklari, chanoq va oyoq-qo'llarning rentgenografiyasi o'tkazilgan. Asosiy guruhimizda tekshirilgan jami 120 nafar bemorlardan hammasi to'liq standart asosida rentgen tekshiruvi o'tkazilgan. Bunday holda aniqlangan rentgenologik belgilar 3.2-jadvalda keltirilgan. Ko'krak qafasi rentgenografiyasida 57 (47,5%) nafar bemorda o'tkazilganda 32 (26,7%) nafar bemorlarda qovurg'alar va o'mrov suyaklari sinishi aniqlandi, ularda gemotoraks, gemopnevmotoraks va pnevmotoraks rivojlanishi bilan aniqlandi.



2.10--rasm. Qovurg'alarnining sinishi (chapdan), chap tomonlama gemotoraks



2.11-rasm. O'ng tomonlama pnevmotoraks

Qorin bo'shlig'ini tekshirishning rentgenologik belgilari orasida qorin bo'shlig'ining kovak a'zolari shikastlanishining asosiy va ishonchli rentgenologik belgisi hisoblanadi. Tekshirilgan 34 (28,3%) nafar bemorda diafragmaning o'ng gumbazi ostida "o'roqsimon" havoni aniqladik.

Asosan, tarqalgan peritonitning rivojlanishi bilan Kloyber "kosalari" va ichak pnevmatozi kabi rentgenologik belgilar paydo bo'lgan. Ko'krak qafasi shikastlanishi bilan murojat qilgan bemorda diafragmaning pastga siljishi va harakatchanligining buzilishi shaklida rentgenologik shikastlanish belgilari aniqlandi.

2.7-jadval

Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining va harakat-tayanch tizimining shikastlanishining rentgensemiotikasi

Shikastlanishning rentgenologik belgisi	Bemorlar	
	n	%
Gemoperitoneum	82	68,3
Qorin bo'shlig'ida erkin havo aniqlanishi	34	28,3
Ichaklar pnevmatozi	44	36,7
Diafragma gumbazi harakati buzilishi	40	33,3
Gemopnevmotoraks	36	30,0
Gemopnevmotoraks	33	28,7
Diafragma gumbazi baland turishi	29	24,2
Qovurg'alar sinishi	32	26,7
Pnevmotoraks	14	11,7
Oyoq-qo'llar va chanoq suyagi sinishlari	12	10,0
O'mrov suyagi	10	8,3
Bosh suyagi	2	1,7

Qoshma shikastlanishlar bilan murojat qilib kelgan bemorlarda rentgenologik tekshiruvda biz bosh suyagi, shuningdek oyoq-qo'llar va chanoq suyaklarining sinishlarini aniqladik. Bundan tashqari, biz qorin bo'shlig'i shikastlanishi va chanoq suyagi sinishi bo'lgan bemorlarni aniqladik(2.7-jadval).

Operatsiyadan keyingi davrda Spirosift-ZOOO (Yaponiya) apparati yordamida tashqi nafas olish funksiyasini aniqlash uchun spirografiya ishlatilgan. Davolavchi lavash uchun, shuningdek, bronxlar shikastlanishini tashxislash uchun bronkoskop yordamida fibrobronkoscopiya qo'llaniladi. "OLIMPUS"(Yaponiya).

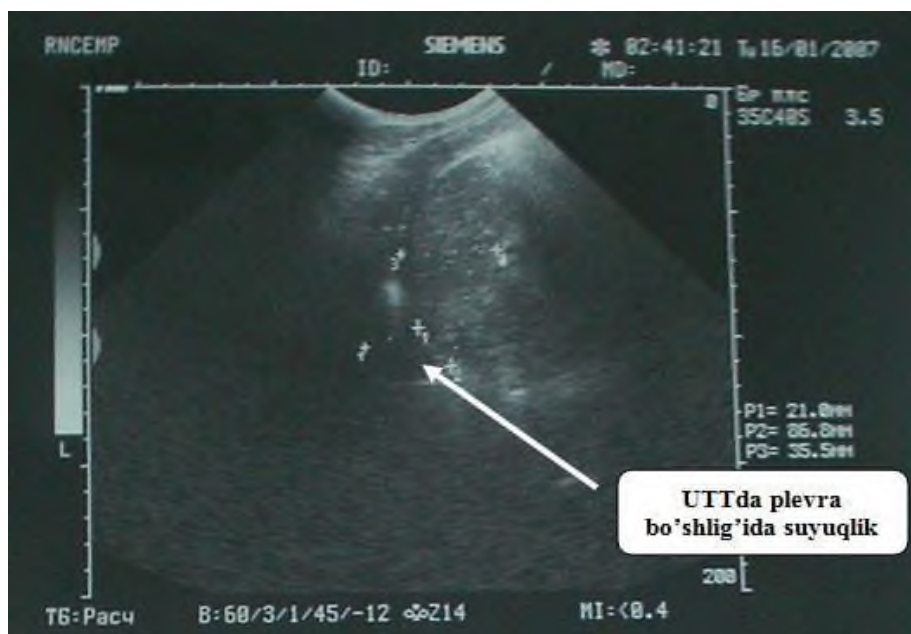
KT ga muqobil ravishda jabrlanganlarda Siemens Magnetom Amira 1,5T qurilmasida (AQSh) magnit-rezonansli tomografiya (MRT) o'tkazilgan.

Endoskopik tekshiruvlar quyidagilarni o'z ichiga oladi: diagnostik laparoscopiya, torakoscopiya, fibroesophagogastrroduodenoscopiya (FEGDS), laparoskopiyaga ruxsat beriladi To'g'ridan-to'g'ri va bilvosita belgilarga asoslanib, uni katta ishonch bilan tasdiqlash mumkin emas faqat qorin bo'shlig'ida qon borligi, balki qon ketishining manbasini aniqlash, shu bilan qorin bo'shlig'i organlari va jarrohlik yo'li bilan operatsiya qilish uchun ko'rsatmalarni aniqlash uchun ishlatiladi.

Ultratovush diagnostikasi uchun ko'p funktsiyali qurilmalar "SIEMENS

Adara Sonoline“ va mobil qurilmalar (Yaponiya) ishlatilgan. Bronkoskopiya uchun “BF TYPE P40” rusumidagi Olympus bronkoskoplari ishlatilgan. Duodenoskopiya uchun “JF TYPE 1, T40” rusumidagi Olympus bronkoskoplari, Ezafagogastrofibroskopiya uchun esa “GIF TYPE e” rusumidagi Olympus bronkoskopi ishlatilgan. Laparoskopiya va torakoskopiya uchun Germaniyadan “Karl Storz” firmasidan ustun ishlatilgan. Ko'krak va qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi uchun Fast (Traumadagi Sonography tomonidan fokuslangan baholash) usuli ishlatilgan.

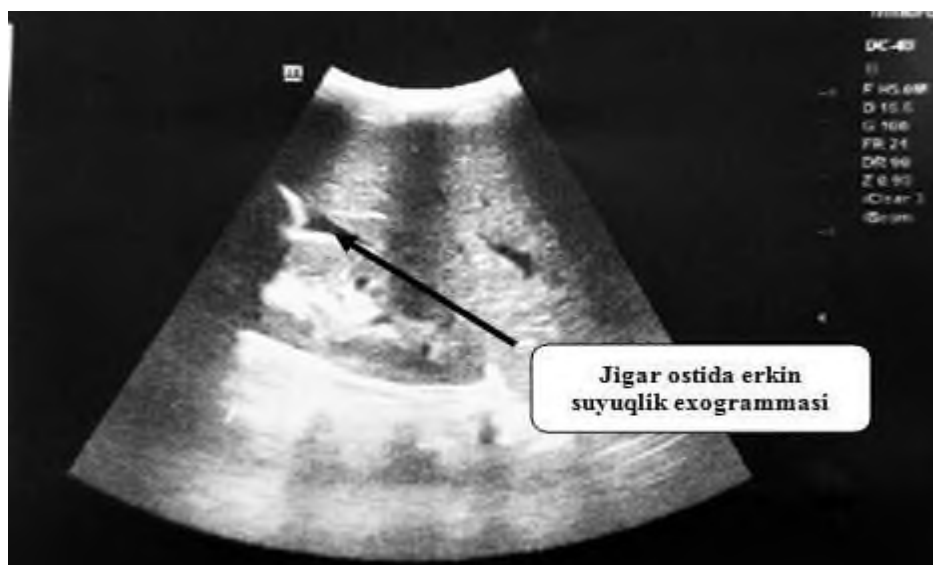
Ko'krak qafasining yopiq shikastlanishlarida noinvaziv eng qulay va eng keng tarqalgan va ishonchli exoskopik aniqlanadigan belgisi plevra bo'shlig'ida erkin suyuqlik mavjudligini aniqlashdir. (2.12-rasm.).



2.12--rasm. Plevra bo'shlig'ida erkin suyuqlik exogrammasi

Qorin bo'shlig'i kovak a'zolarining jarohatlanishining eng keng tarqalgan va ishonchli exoskopik aniqlanadigan belgisi qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik mavjudligini aniqlashdir (2.13-rasm).

A.



B.



2.14-rasm. Erkin suyuqlik exogrammasi

A. Jigar osti soxasida erkin suyuqlik. B. ichaklararo erkin suyuqlik

Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik mavjudligi parenximal a'zoldan qon ketishining va kovak a'zolarining jarohatlanishi, belgisi bo'lib, ularning suyuqlik tarkibi bo'shliqlarga to'planadi (2.13-rasm).

Ultratovush tekshiruvi nafaqat plevra bo'shlig'ida va qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik mavjudligini aniqlashga, balki uning joylashishini aks ettirishga imkon beradi. Shunday qilib, bemorda erkin suyuqlik kichik chanoqda, bemorda yonbosh kanallarda aniqlangan. Tadqiqotimizdagi bemorda erkin suyuqlik qorinning barcha bo'shliqlariga tarqalgan bo'lib, jigar osti, kichik chanoq va chap qovurg'a yoyi ostida aniqlangan. Qorin bo'shlig'i yopiq shikastlangan bemorda kovak a'zolar

jarohatlanishi bilan birga parenximal a'zolarining jarohatlanishi ham birga aniqlangan. Exoskopik usulda bu jigar, taloq hajmining oshishi va qirralarining notekisligi, shuningdek, oshqozon osti bezining qirrasining notekisligi, kichik charvi xaltasida suyuqlik aniqlanishi bilan ifodalangan. Odatda, har doim bu exografik belgilar shikastlangan a'zo atrofida erkin suyuqlikni aniqlanishi bilan birga bo'lgan. Birinchi ultratovush tekshiruvida kovak a'zolarga qorin bo'shlig'i shikastlanishning exografik belgilarining yo'qligi, ichki a'zolar jarohatining umuman yo'qligining mutlaq isboti emas edi. 1-2 soatdan keyin 12 bemorda va 6-12 soatdan keyin 7 bemorda o'tkazilgan dinamik ultratovush tekshiruvi kovak a'zolarga jarohat yetkazilganligini aniqlashga va jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlashga imkon berdi (2.15-rasm).

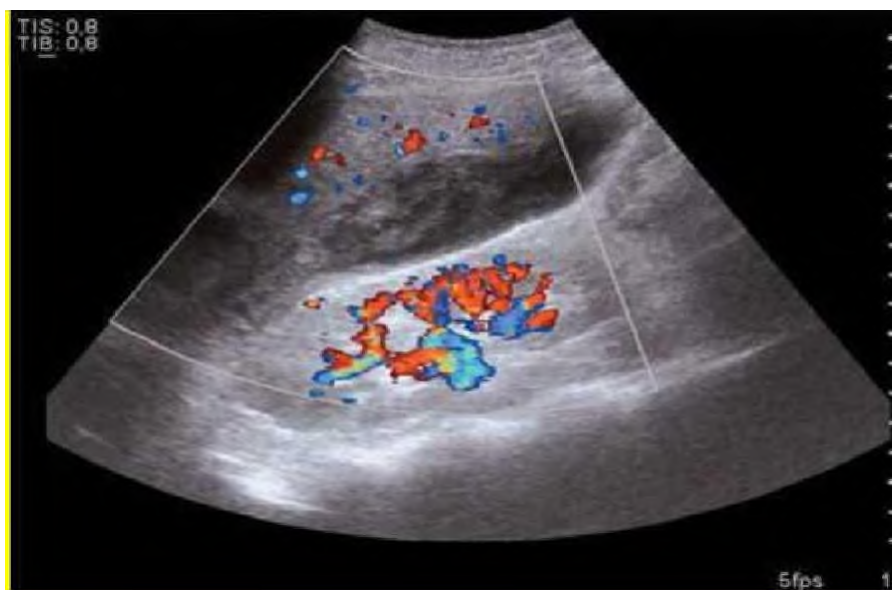


2.15-rasm. UTTda kichik chanoq bo'shlig'ida erkin suyuqlikning dinamikada
A. birinchi exografiyada suyuqlik aniqlanmagan

B. qayta tekshirilganda kichik chanoq bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlanga

Birlamchi UTT jabrlanuvchini qabul qilishda (shok yoki reanimatsiya xonasida yoki operatsiya stolida) amalga oshirilgan. Kasalxonaga yotqizilgan

paytda birinchi UTT so'ng, keyingilari 3 soat davomida o'tkazilgan, lozim paytlarda kuniga 2-3 marta tekshirish bajarilgan. Keyinchalik patsientning ahvoliga va oldingi tadqiqotdan olingan ma'lumotlarga qarab ko'rsatmalarga muvofiq nazorat maqsadida tekshiruv o'tkazilgan. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, qorin yopiq travmasida jigar shikastlanishi diagnostikasida ultratovushning sezgirligi 93,4%, o'ziga xosligi - 100%, aniqligi - 98% tashkil etgan. Subkapsulyar gematomalar ko'pincha yarim oy shaklidagi, linza shaklidagi yoki aniq tashqi chegarasi va notekis, noaniq ichki konturli tasvirlar shakliga ega bo'ladi. Subkapsulyar gematoma ko'pincha VI, VII, VIII segmentlarni o'z ichiga olgan jigarning orqa yoki oldingi diafragmal yuzalarida aniqlangan (2.16-2.18-rasmlar). Ultratovushli rangli dupleks skanirlash (UTRDS) orqali stabil gematomada qon oqimining hech qanday belgilari aniqlanmagan.

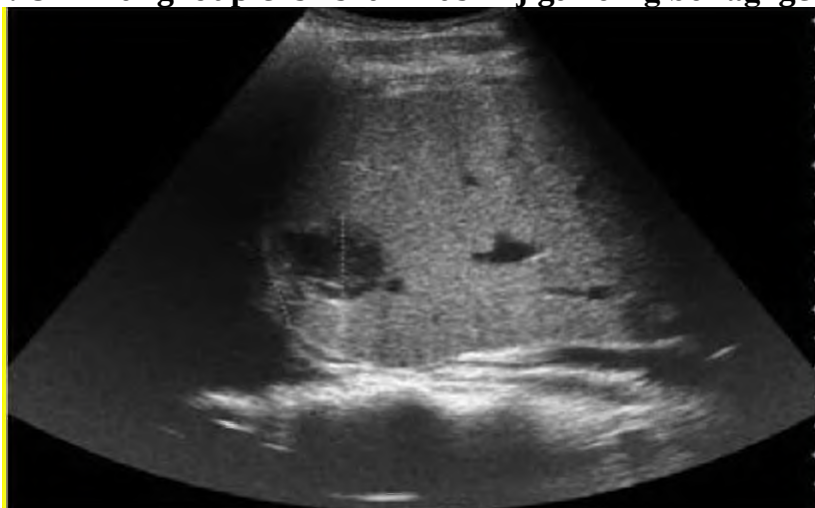


2.16-rasm. Dupleks xaritalash rejimida ultratovushli rangli dupleks skanirlash – jigar o'ng bo'lagining gematomasi

Jigarning ikki bosqichli yorilishining exografik belgilari gematoma strukturasining o'zgarishi bilan uning o'lchamlarini kichrayishi va bir vaqtning o'zida qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlikning paydo bo'lishi deb hisobladik.



2.17-rasm. UTT rangi dupleksli skanirlash - jigar o'ng bo'lagi gematomasi



2.18-rasm. Jigar exogrammasi - jigarda markaziy gematoma

Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik mavjudligining belgisi qorin bo'shlig'i va tos bo'shlig'idagi parietal va visseral qorin parda qatlamlarining bir biridan ajralib turishi deb hisoblaganmiz. Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlanganda, uning miqdori quyidagi usullar yordamida o'lchangan. Orasida erkin suyuqlik mavjud bo'lgan qorin parda varaqlari orasidagi masofa o'lchangan (2.10-rasm). Santimetrda hisoblangan qiymat 100 ga ko'paytirilgan, shunday qilib qorin bo'shlig'ida millilitrda ifodalangan erkin suyuqlik miqdori olingan (2.18- rasm).

Parenximatoz a'zolarining shikastlanish darajasini baholash uchun OIS bo'yicha a'zo shikastlanishining og'irligi klassifikatsiyasi qo'llanilgan (2.8-jadval).

Jigar va taloq shikastlangan patsientlarda yirik a'zo ichidagi tomirlar rangli doppler xaritalash (RDX) paytida kamida 3 sm chuqurlikda ko'ringan, bu OIS

shkalasi bo'yicha a'zolar shikastlanishining III darajasiga to'g'ri keladi. Shu bilan birga, a'zo gematomalarining strukturasiga, a'zo kapsulasidagi defekt va parenximaning yorilishi joyida chandiqlik hosil bo'lishining mavjudligi, qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik miqdori dinamikasiga e'tibor qaratilgan. Konservativ davo olib borilgan barcha patsientlar uchun yotqizilgan paytdan boshlab birinchi kunida ikki marta UTT va keyin kunlik dinamik monitoring o'tkazilganligini ta'kidlash lozim.

2.8-jadval

Jigar shikastlanishi uchun OIS klassifikatsiyasi

Shikastlanish darajasi	Shikastlanish turi	Shikastlanish morfologiyasi
I	Gematoma Yorilish (jarohat)	Subkapsulyar, stabil, jigarining 10% dan kam yuzasini egallagan Chuqurligi 1 sm dan kam
II	Gematoma Yorilish (jarohat)	Subkapsulyar, stabil, jigarining 10-50% dan kam yuzasini egallagan Markaziy, stabil, diametri 10 sm dan kam Chuqurligi 3 sm dan kam, uzunligi 10 sm dan kam, qon ketish
III	Gematoma Yorilish (jarohat)	Subkapsulyar, stabil, jigarining 50% dan ortiq yuzasini egallagan Har qanday o'lchamdagi subkapsulyar nostabil Subkapsulyar yorilish va qon ketish bilan Markaziy stabil diametri 10 sm dan ortiq Diametri har qanday o'lchamdagi markaziy nostabil Chuqurligi 3 sm dan ortiq
IV	Gematoma Yorilish (jarohat)	Yorilish va qon ketish bilan markaziy gematoma Jigar bo'lagining 25 — 75% yoki bir bo'lak chegarasida 1 dan 3 tagacha segmentlar travmasi
V	Yorilish (jarohat) Qon tomirlar shikastlanishi	Jigar bo'lagining 75% dan ortiq yoki bir bo'lak chegarasida 3 dan ortiq segmentlar travmasi Jigardan tashqari shikastlanishlar (pastki kovak vena, darvoza venasi, jigar arteriyalari, o't yo'llari)
VI	Qon tomirlar shikastlanishi	Jigarning uzilishi

Tadqiqotning maqsad va vazifalariga mos ravishda jigar va taloqning shikastlanishlarida konservativ davolash olib borilishi lozim patsientlarda keyingi UTT shikastlanish va gemoperitoneum hajmini dinamik nazorat qilish maqsadida bajarilgan. Taloq shikastlanishini aniqlash maqsadida noinvaziv (UTT, KT) yoki invaziv (diagnostik peritoneal lavaj, videolaparoskopiya) diagnostik usullar qo'llanilgan. UTT erkin suyuqlik va qorin bo'shlig'i a'zolarini shikastlanishlarini

aniqlashda yuqori spesifiklikka ega (2.9- jadval)

2.9-jadval

Taloq shikastlanishini aniqlash uchun OIS klassifikatsiyasi

Shikastlanish darajasi	Shikastlanish turi	Shikastlanish morfologiyasi
I	Gematoma Yorilish (jarohat)	Subkapsulyar, stabil, taloqning 10% dan kam yuzasini Egallagan Chuqurligi 1 smdan kam
II	Gematoma Yorilish (jarohat)	Subkapsulyar, stabil, taloqning 10-50% dan kam yuzasini egallagan Markaziy, stabil, diametri 5 smdan kam Chuqurligi 3 smdan ortiq
III	Gematoma Yorilish (jarohat)	Subkapsulyar, stabil, 50% dan ortiq yuzani egallagan Har qandan o'lgandagi subkapsulyar yorilishi bilan nostabil subkapsulyar yorilishi va qon ketish bilan.Diametri 5 smdan ortiq stabil.Har qanday o'lgandagi markaziy stabil Chuqurligi 3 smdan ortiq
IV	Yorilish (jarohat)	25% parenxima travmasi
V	Yorilish (jarohat) Qon tomirlar shikastlanishi	A'zoning ezilishi yoki darvoza qon tomirlarining shikastlanishi

Qorin bo'shlig'i a'zolari orasida ma'daning shikastlanishi epigastral sohaga zarbada, yuqoridan tushib ketilganda va ko'pincha oshqozon to'lganda (gidrodinamik zarba) yuzaga keladi (2.10-jadval). Me'daning shikastlanishi 12 (12,5%) nafar bemorlarda kuzatilgan.

O'n ikki barmoq ichakning shikastlanish surati abdominal travma umumiy sonining 1,7% - 5% gacha bo'lgan qismini tashkil etadi. A'zo shikastlanishining kam uchrashi uning chuqur joylashganligi, mushaklar va qo'shni a'zolar hamda orqadan umurtqa pogonasi tanalari yordamida himoyalanganligidir. Shu bilan birgalikda ichak joylashgan joyda asosini qalinligi, kam harakatlanishini ta'minlanganligi ham uni shikastlanish-lardan himoya qiladi.

**Me'daning shikastlanishini OIS klassifikatsiyasi
(E. Moore et al., bo'yicha)**

Shikastlanish darajasi	Shikastlanish xhajmi OIS bo'yicha
I daraja	Lat yeyish/gematoma. Devorini noto'liq yorilishi
II daraja	Qizilo'ngach-oshqozon o'tish joyi yoki privratnikni 2 smdan kam yorilishi Oshqozon yuqori uchligini 5 smdan kam yorilishi Distal 2/3 qismini 10smdan kam yorilishi
III daraja	Kizilo'ngach-oshqozon o'tish joyi yoki privratnikni 2 smdan kam yorilishi Oshqozon yuqori uchligini 5 smdan ortiq yorilishi Distal 2/3 qismini 10 sm dan ortiq yorilishi
IV daraja	Oshqozon 2/3 qismidan kam to'qimasini defekti yoki devaskulyarizatsiyasi
V daraja	Oshqozon 2/3 qismidan ortiq to'qimasini defekti yoki devaskulyarizatsiyasi

O'n ikki barmoq ichakning xolis travmasi juda kam uchraydi. O'n ikki barmoq ichakning travmasi (2.11-jadval), odatda bir vaqtning o'zida qorin bo'shlig'ining qo'shni a'zolari bilan birgalikda, ayniqsa chambar ichak bilan birgalikda uchraydi. O'n ikki barmoqichakning qorin parda orti qismlari juda kam harakatchanligi tufayli ko'prok travmaga uchraydi.

Tadqiqotimizda o'n ikki barmoq ichakning shikastlanish 23 (23%) nafar bemorlarda kuzatilgan.

Ingichka ichak qorin travmalarida eng ko'p shikastlanadi (24-26%). Oshqozon shikastlanishidagi kabi gidrodinamik zarba (2.12-jadval) roli ingichka ichak shikastlanishida ham muhim ahamiyat kasb etadi.

2.11-jadval

**O‘n ikki barmoq ichak shikastlanishini OIS klassifikatsiyasi
(E. Moore et al., bo‘yicha)**

Shikastlanish darajasi	Shikastlanish hajmi OIS bo‘yicha
I daraja	Ichakni bitta shoxini gematomasi. Devorini noto‘liq yorilishi
II daraja	Ichak bitta shoxidan ko‘prok qismi gematomasi. Perimtrasini 50% dan kam qismini yorilishi
III daraja	Tushuvchi qismi perimtrasini 50 - 75% qismini yorilishi Yuqori, gorizontal, chiquvchi qismlari perimtrasini 50-100% yorilishi
IV daraja	Tushuvchi qismini 75% perimtrasini yorilishi Katta duodenal so‘rg‘ich ampulasi va xoledoxning shikastlanishi bilan
V daraja	Pankreatoduodenal kompleksni massiv yorilishi

Ingichka ichakni ochiq shikastlanishida jarohatlari odatda ko‘p bo‘ladi va yopiqda esa kam, bitta-ikkita. Yonbosh ichak och ichakga nisbatan ko‘p shikastlanadi. Ingichka ichakning ko‘plab shikastlanishlari 10% holatlarda uchraydi. Ingichka ichakni shikastlanishida qorin bo‘shlig‘idagi bitishmalar ham o‘rni mavjud.

Tadqiqotimizda ichaklarning shikastlanishi 23 (23%) nafar bemorlarda kuzatilgan.

2.12.jadval

**Ichaklarni shikastlanishini OIS klassifikatsiyasi
(E. Moore et al., bo‘yicha)**

Shikastlanish darajasi	Shikastlanish hajmi OIS bo‘yicha
I daraja	Qon bilan ta‘minlanishiga ta‘sir etmaydigan gematoma va kontuziya Devorini noto‘liq yorilishi
II daraja	Perimetriyasini 50% yorilishi
III daraja	Ichakni uzilishisiz perimetriyasini 50%yorilishi
IV daraja	Ingichka ichakni uzilishi
V daraja	Uzilgan ichak segmentini devaskulyarizatsiyasibilan

Yo'g'on ichak shikastlanishi 6,2-9,7% ni tashkil etadi. Yo'g'on ichak (2.13- jadval) travmasida ochiq va yopiq, qorin parda ichi va qorin parda orti shikastlanishlari tafovut qilinadi. Tadqiqotimizda yo'g'oncamlarning shikastlanishlari 23 (12%) nafar bemorlarda kuzatilgan.

2.13-jadval

Yo'g'on ichak shikastlanishi OIS klassifikatsiyasi (E. Moore et al., bo'yicha 1990)

Shikastlanish darajasi	Shikastlanish hajmi OIS bo'yicha
I daraja	Qon bilan ta'minlanishiga ta'sir etmaydigan gematoma va kontuziya 2 Devorini noto'liq yorilishi
II daraja	Perimetriyasini 50% yorilishi
III daraja	Ichakni uzilishsiz perimetriyasini 50% yorilishi
IV daraja	Yo'g'on ichakni uzilishi
V daraja	Uzilgan ichak segmentini devaskulyarizatsiyasibilan

2.3. Torakosintez va laparotsintez diagnostikasi

Torakosintez bu – bu kichik xirurgik diagnostik-davolovchi manipulyatsiya hisoblanib, ko'krak qafasining yopiq shikastlanishlarida yoki ko'krak qafasi a'zolarining surunkali kasalliklari (onkologik, tuberkulyoz va hokoza) natijasida plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlikning (qon) kirishi yoki to'planishi natijasida suyuqlik va havoni evakuatsiya qilish uchun ko'krak devorini punksiya qilib to'plangan suyuqlik va havoni tashqariga evakuatsiya qilib bemorning ahvolini yengillashtirishga qaratilgan chora tadbirlar yig'indisidir. Ko'krak qafasi yopiq travmalari asoratlari natijasida uzoq mudatli nafas yetishmovchiligi, nafas qisishi shu jumladan uzoq muddatli gipoksiya natijasida o'lim bilan kechuvchi patologik jarayonlardir.

Ba'zi kasalliklarda (masalan, onkologik kasalliklarda) plevra bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi mumkin. Bu holat bemor uchun xavflidir - suyuqlikning to'planishi nafas olish qiyinlashuviga, nafas qisilishi va gipoksiyaga olib keladi. Agar choralar ko'rilmasa, o'lim xavfi yuqori hisoblanadi.

Torakosintez bugungi kunda ko'krak qafasi xirurgiyasida keng tarqalgan xavfsiz miniinvaziv manipulyatsiya hisoblanadi. Ushbu manipulyatsiya tez va

xavsiz yondashuv xisoblanib to'plangan havo va suyuqlikni olib tashlash va normal nafas olishni tiklash imkonini beradi. Torakosintez (plevra bo'shlig'ini drenajlash) diagnostik maqsadlarda ham amalga oshirilishi mumkin – ya'ni bunda ko'krak qafasida to'plangan suyuqlikning kelib chiqish manbaini va uning paydo bo'lish sababini aniqlash imkonini beradi. Torakosintez har qanday holatda plevra bo'shlig'ida suyuqlik to'planganda amalga oshiriladi. Suyuqlik tarkibi, o'z navbatida, turli sabablarga ko'ra to'planishi mumkin, jumladan, og'ir pnevmoniya, qovurg'alar va o'pkaning shikastlanishi bilan ko'krak qafasi shikastlanishi va onkologik kasalliklarda kuzatiladi.

Plevra bo'shlig'ini drenajlashning eng keng tarqalgan ko'rsatmalaridan biri bu o'pkaning patologik holatlaridir, ya'ni buning natijasida plevra bo'shlig'ida limfa yoki qon to'planishi; plevrit; plevra empiema (yiring to'planishi). Torakosintez pnevmotoraks uchun ham bajariladi - plevra bo'shlig'ida havo to'planishi, bu xolat shoshilinch yordam talab qiladi.

Kollaps tez rivojlanayotganligi sababli, bemorda ichki organlarning va birinchi navbatda miyaning ishlashini buzish bilan bog'liq bo'lgan gipoksiya ham tez rivojlanadi. Uzoq vaqt davomida kislorod etishmasligi, o'z navbatida, qaytarib bo'lmaydigan organik o'zgarishlarning yuqori xavfi bilan xarakterlanadi. Shuning uchun pnevmotoraks holatida plevra bo'shlig'ini drenajlash imkon qadar shoshilinch amaliyot talab qiladi.

Torakosintez uchun mutlaq qarshi ko'rsatmalar yo'q. Manipulyatsiya miniinvazivligi bemorning ahvoli og'ir bo'lgan hollarda ham uni amalga oshirishga imkon beradi.

Torakosintez uchun ko'rsatmalar:

Nafas olish etishmovchiligi. Plevra bo'shlig'ida suyuqlikning sezilarli darajada to'planishi bilan o'pka va yurakning normal ishlash faoliyatiga tasir qilishi. Torakosintez normal nafas olishni faoliyatini tiklash va yurakdagi bosimni kamaytirish uchun zarur.

Kasallikning etiologiyasini aniqlash. Agar infetsiya, o'sma yoki plevra suyuqlikni keltirib chiqaradigan boshqa holat shubha qilingan bo'lsa, torakosintez

diagnostik maqsadda laboratoriya tahlili uchun suyuqlik namunasini olishi mumkin.

Simtomatik tasiri. O'sma kabi surunkali kasalliklarga chalingan bemorlarda torakosintez og'riq, nafas qisilishi va ortiqcha suyuqlik bilan bog'liq boshqa simptomlarni kamaytirish uchun palliativ operatsyalarga olib borilishi mumkin.

Torakosintezga nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

Beqaror gemodinamika. Torakosintez og'ir kasal bo'lgan yoki manipulyatsiya tufayli yomonlashishi mumkin bo'lgan jiddiy kasalliklarga ega bo'lgan bemorlar uchun xavfli bo'lishi mumkin.

Koagulopatiyalar. Bu nisbatan qarshi ko'rsatmadir. Qon ketishining buzilishi manipulyatsiya paytida va undan keyin qon ketish xavfini oshirishi mumkin.

Ko'krak qafasi anomaliyalari.

Surunkali yotal.

Torakosintez manipulyatsiyasini bajarish texnikasi

Torakotsintez paytida bemorning holati, bemor o'tirgan holatda, orqa tomonini to'g'rilab, qo'llarini oldinga ozgina egilgan holatda bo'lishi kerak. Torakosintezni bemorlarni yotgan holatida ham o'tkazish (masalan, suniy o'pka ventilizatsiyasida ultratovush yoki KT tekshiruvi nazorati ostida) mumkin.

Laparotsintez - bu kichik xirurgik diagnostik-davolovchi manipulyatsiya hisoblanib, uning mohiyati shundan iboratki tadqiqot maqsadida yoki bo'lmasa qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlaridan keyin yoki bo'lmasa patologik suyuqliklar to'planishi natijasida yuzaga keladigan qorin bo'shlig'i bosimini pasaytirish orqali bemorning ahvolini engillashtirish uchun qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlikni evakuatsiya qilish uchun qorin old devorini punksiya qilishga qaratilgan chora tadbirlar majmuidir.

Laparosentez ko'pincha qorin bo'shlig'i shikastlanishlarida va shoshilinch abdominal xirurgiyada qo'llaniladi. Ushbu manipulyatsiya diagnostik va davolash maqsadida amalga oshirilishi mumkin. Laparosentez ichki qon ketishlarda yoki kovak a'zolar perforasiyasiga shubha qilingan qorin yopiq shikastlanishlarida ishlatiladi. Diagnostik davolovchi maqsadlarda bu usul (jigar sirrozi, oshqozon osti

bezi, onkologik kasalliklar yoki yurak kasalliklari natijasida qorin bo'shlig'ida steril suyuqlik to'planishi) ishlatiladi.

Laparotsentez ichki a'zolar shikastlanishi klinik kartinasi noaniq bo'lib inkor etib bo'lmaydigan holatlarda bajariladi, ayniqsakraniosrebral travma va alkogoldan kuchli mastlik holatlarida. Laparotsentezva «qidiradigan» kateter usuli bajariladi.

Laparosintezga ko'rsatmalar:

- oshqozon - ichak yarasining perforasiyasiga shubha qilinganda;
- qorin bo'shlig'ida a'zolarida qon ketishiga shubha qilinganda;
- qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlarda va hushsiz bo'lgan bemorlarda,
- alkogol yoki giyohvandlik tufayli qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishi bo'lgan hushsiz bemorlarda;
- politravmada hushidan ketgan va og'ir ahvolda bo'lgan bemorda;
- torakoabdominal travmaga shubha qilinganda;
- assit rivojlanganda.

Laparotsintez orqali olingan suyuqlik yashirin qon va safro, najas va ichak tarkibidagi qo'shimchalar mavjudligi uchun tekshiriladi. Agar qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishi bilan ichaklarning perforasiyasi va ezilishiga shubha bo'lsa va bemorni muntazam tekshirishning imkoni bo'lmasa amalga oshiriladi.

Laparosintezga qarshi ko'rsatmalar:

Laparosintezni quyidagi holatlarda amalga oshirish taqiqlanadi:

- qorin bo'shlig'i organlarining bitishma kasalligida;
- kuchli meteorizm;
- qorin old devorining ventral churrasi , ya'ni operatsiyadan keyin paydo bo'lgan;
- ichak devoriga zarar etkazish ehtimoli katta bo'lgan holatlar;
- qorin bo'shlig'ida katta o'smaning mavjudligi;
- qorin bo'shlig'ida yiringli va yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishida.

Xirurgik manipulyatsiya mahalliy og'riqsizlantirish ostida olib boriladi. Zaruriy asbobuskunlardan foydalaniladi. ya'ni: o'tkir uchli maxsus

troakar; uzunligi 1 metrgacha bo'lgan polixlorvinil naycha; qisqich; 5,0-10,0 ml li bir nechta shprits; lidokain 2%-1,0 yoki novokain 0,5%-5,0 mahalliy og'riqsizlantirish uchun dorilar; suyuqlik yig'ish uchun idish; steril naychalar; bog'lam. Agar bemor xushi o'zida bo'lsa, unda ichakni xuqna qilish va siydik pufagini katetirizatsiya qilish kerak.

Mahalliy og'riqsizlantirish ostida o'rta liniya bo'yicha kindikdan pastdan kundalang yo'nalishda teri 0,5-1 sm kesiladi.

Teridagi jarohatning yuqorigi qismi qalin sintetik ip bilan tikiladi yoki sapkaga olinadi, bu holat aponevrozni ko'tarilishiga imkon tug'diradi.

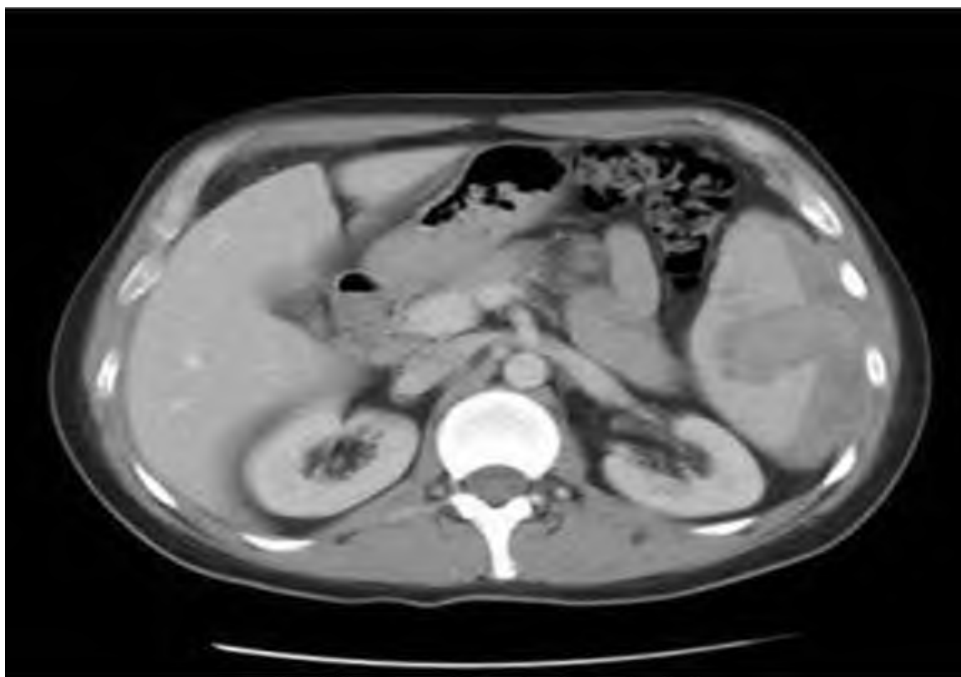
So'ngra troakorni yuqori va chapga yo'naltirilib aylanuvchi harakat yordamida qorin oldingi devori teshiladi. Stilet sug'irib olinadi. Agarda troakor trubkasi orqali qon, o't yoki ichak mahsuloti kelsa qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanganligi muqarrar ekanligi o'z isbotini topadi. Agarda troakor trubkasi orqali xech narsa chiqmasa, u holda u orqali uchqismidan 3-4mm gacha bir nechta teshik qilingan qon qo'yish uchun sistemaning trubkasi kiritiladi.

Kateter jigar, taloq, chap yonbosh kanal, kichik chanoq bo'shlig'i, o'ng yonbosh kanal qarab yo'naltiriladi. Agarda ushbu manipulyatsiyada xech narsa olinmasa, u holda peritoneal lavaj bajariladi. Buning uchun qorin bo'shlig'iga 1 l izotonik eritma yuboriladi va uning qaytib chiqishi bo'yicha vizual baho beriladi. Dinamik kuzatuv maqsadida qorin bo'shlig'ida drenaj koldiriladi va 4-6 soatdan so'ng kayta lavaj o'tkaziladi.

Tadqiqotimiz maqsadda «izlovchi kateter» usulini qo'lladik. Ushbu usulni qo'llashga ko'rsatma og'ir holatdagi jabrlanganlarda UTT ma'lumotlari informativligining kamligi va KT o'tkazishni iloji yo'qligi bo'lgan. Qorin bo'shlig'ini yuvish: «peritoneal lavaj» — 1000 ml natriy xloridning izotonik eritmasi bilan o'tkazilib, keyin 1 ml perfuzatda leykotsitlar, eritrotsitlar soni, shuningdek o't pegmentlari va amilaza miqdorini aniqlash orqali ishonchli informatsiya olingan. Agarda yuvilgan suvda eritrotsitlarning miqdori 100000, leykotsitlar 8000 dan oshsa, unda biz qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishini ishonchli belgisi deb hisoblaganmiz, bu esa, albatta laparotomiya bajarishga ko'rsatma bo'lgan. Peritoneal lavaj UTT oldida kovak a'zolar, pankreatobiliar

sistemi a'zolarida shikastlanishlarni erta aniqlashda afzalliklarga ega. Laparotsentezning qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlarida diagnostik sezgirligi 90,9%, UTT - 86,6%, laparoskopiya – yopiq - 97,2% va ochiq travmada - 100% tashkil etgan. Kuzatishlar natijasida 88,7% holatlarda parenximatoz a'zolar jarohatlari uchrashi ustunlik qilgan, kovak a'zolarida esa 11,3% holatlarda shikastlangan.

O't yo'llarida patologik o'zgarishlar bilan kuchaygan o'tkir xolesistit kechish tabiati shuni ko'rsatdiki, kasallikning eng yuqori cho'qqisida bo'lgan bemorlarda asosiy va yo'ldosh kasalliklarning o'zaro kuchayishi sindromi paydo bo'ladi. Adabiyotlar va ushbu tadqiqot ma'lumotlariga ko'ra, aynan ushbu sindrom OX bilan og'rigan bemorlarda o'limning asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. O't pufagidagi o'tkir jarayonni og'riqni yo'qotish fonida, o't yo'llari tizimidagi kuchlanishni o'z vaqtida, klinik jihatdan samarali davolash komorbid patologiyani davolash samaradorligining yechimi hisoblandi.



2.19-rasm. MRT taloq shikastlanishi

2.4. Videotorakoskopiya va videolaparoskopiya

Videotorakoskopiya - (grekcha tilidan. θέραξ ko'krak va σκοπέω qarash, ko'rib chiqish, kuzatish) endoskopik tekshiruv usuli, bemorning plevra bo'shlig'ini maxsus asbob yordamida - ko'krak qafasi devorini teshish orqali kiritilgan

torakoskop yordamida o'rganishdan iborat.

Plevra bo'shlig'i birinchi marta endoskop yordamida tekshirish 1901 yilda G. Kelling tomonidan bajarilgan. Klinikada diagnostika usuli sifatida torakoskopiya birinchi marta 1910 yilda shved terapevt-pulmonologi Hans Kristian Jakobeus tomonidan sil kasalligi bilan og'rigan bemorlarda plevra bo'shlig'ining holatini aniqlash uchun sistoskop yordamida amalga oshirgan. Keyinchalik Jakobeus o'z ustida ishlab torakoskop deb nomlangan optik qurilmani yaratdi, uning yordamida dastlab plevra bo'shlig'ini tekshirdi. 1913 yilda Jakobeus torakoskopni galvanokoterni qo'shib modernizatsiya qildi va plevral bo'shlig'ini yorutuvchi asbob yordamida ko'rish uchun torakoskopiya foydalanishni boshladi. XX asrning 50-yillari oxirida silga qarshi samarali dorilarning joriy etilishi, shuningdek o'pka jarrohligining rivojlanishi terapevtik torakoskopiya qiziqishning pasayishiga olib keldi, chunki sil kasalligini davolashda kollapsoterapiya ahamiyatsiz bo'lib qoldi. Shundan so'ng torakoskopiya asosan plevra patologiyasi, ko'krak qafasi shikastlanishi va plevra va o'pkaning yallig'lanish kasalliklarida diagnostika usuli sifatida ishlatilgan.

Laparoskopiya (grekcha. *λαπάρα*- qorin + grekcha. *σκοπέω*-ko'rish)— zamonaviy jarrohlik usuli bo'lib, unda ichki organlarda operatsiyalar kichik (odatda 0,5-1,5 sm) teshiklar orqali amalga oshiriladi, an'anaviy jarrohlik esa katta kesmalar orqali amalga oshirilgan (1-rasm).

Laparoskopiya odatda qorin bo'shlig'i yoki kichik chanoq bo'shligi ichidagi organlarda amalga oshiriladi. Birinchi “Laparoskopik sinama” XX asr boshida frantsuz jarrohi Bernxaymom tomonidan birinchi bo'lib amalga oshirilgan. XXI asrning boshlariga qadar asosan diagnostik laparoskopiya qo'llanilgan.



2.20-rasm.Laparoskopik apparatura

Laparoskopik jarrohlikning asosiy vositasi laparoskopdir: linzalar tizimini o'z ichiga olgan va odatda videokamera ga ulangan teleskopik naycha. Zamonaviy laparoskoplar raqamli matritsalar bilan jihozlangan va yuqori aniqlikdagi tasvirni taqdim etadi. Naychaga “sovuq” yorug'lik manbai (galogen yoki ksenonli chiroq) bilan yoritilgan optik kabel ham ulangan. Qorin bo'shlig'i odatda karbonat angidrid bilan to'ldiriladi (karboksiperitoneum deb ataladigan qatlam) operatsiya maydonini yaratish uchun soxta pnevmoperitoneum yaratiladi. Darhaqiqat, qorin bo'shlig'i bosimi ostida havo yuboriladi, qorin devori ichki organlar ustida gumbaz kabi ko'tariladi. Laparoskopik usulda amalga oshiriladigan jarrohlik operatsiyalar xoletsistektomiya va gernioplastikadan tortib gastrektomiya, pankreatoduodenal rezeksiya va yo'g'on ichak va to'g'ri ichak operatsiyalarigacha amalga oshiriladi (2.20-rasm).

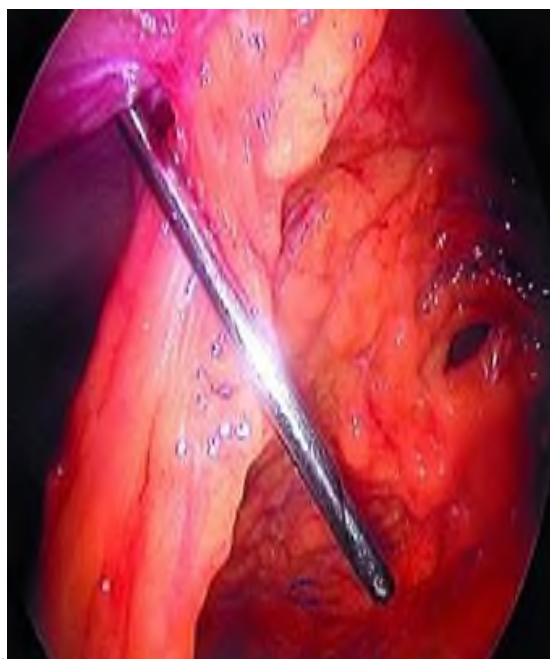


a.

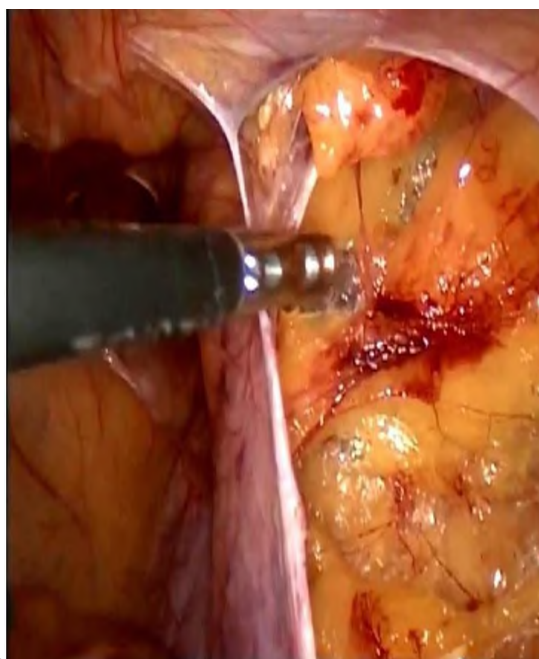


b.

**2.21-rasm. a.Versh iglasi bilan pnevmoperitoneum chaqirish.
b.Traokorni qorin bo'shlig'iga kiritish**



a.



b.

2.22-rasm. Laparoskopik operatsiyalarga qarshi ko'rsatmalar

III BOB.

KO'KRAK QAFASI VA QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING YOPIQ SHIKASTLANISHLARI DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHDA ZAMNAVIY YONDASHUVLAR

3.1-§. Torakoabdominal yopiq shikastlanishlarda bemorlarda davolash taktikasi

3.1.1-§. Asosiy guruh bemorlarda torakoabdominal yopiq shikastlanishlarida konservativ davolash usullari

Olib borilgan tadqiqotimiz shuni ko'rsatdiki, torakoabdominal yopiq shikastlanishlarda a'zolarning shikastlanishi bilan 20 (16,7%) nafar bemorlarda muvaffaqiyatli ravishda konservativ davolash o'tkazilgan. Torakoabdominal yopiq shikastlanishlarda konservativ davolashda ko'rsatma sifatida quyidagilarni hisobladik:

- bemorlarning hushidaligi;
- barqaror gemodinamika;
- nafas etishmovchligining kompensatsiya bosqichlarida
- o'pka-yurak yetishmovchiligi bor bemorlarda
- OIS shkalasi bo'yicha ichki a'zoning III darajadan ortiq bo'lmagan shikastlanishi;
- gemotoraks hajmi 200 mlgacha
- gemoperitoneum hajmi 200 mlgacha;
- kovak a'zolarida perforatsiya belgilarining bo'lmasligi;
- peritonit belgilarining yo'qligi

Mazkur tadqiqotning maqsad va vazifalariga muvofiq barcha bemorlarda torakoabdominal shikastlanishlarida kompleks konservativ davolash yiringli asoratlar, oshqozon-ichak traktining yuqori qismlaridan stress-qon ketishlarni profilaktikasiga qaratilgan bo'lib quyidagilarni o'z ichiga olgan:

1. Gemostatik terapiya:

Etamzilat 250 mg 4 marta sutkada

Sangera 100ml/ml 10 ml 2 marta sutkada

2. Yiringli asoratlar profilaktikasi:

Seftriakson 1 gr 2 marta sutkada (birlamchi tavsiya etilib, so'ngra antibakterial terapiyani ko'rsatmalarga asosan korreksiya qilish)

3. Oshqozon-ichak traktining yuqori qismlaridan stress-qon ketishlarni profilaktikasi:

Pantoprazol 40 mg 2 marta sutkada

4. Og'riq sindromini bartaraf etish:

Ketoprofen 60 mg 2 marta sutkada

5. Plevra bo'shlig'ini punksiya qilish

6. Torakosintez qo'yish

3.1.2-§. Asosiy guruh bemorlarda torakoabdominal yopiq shikastlanishlarida laparoskopik davolash usullari

Endoskopik operatsiyalarda gemostaz usullari

Shubhasiz haqiqat shundaki, plevra bo'shlig'ida va qorin bo'shlig'ida suyuqlik, fibrin qoplamalar mavjudligini aniqlash asosan, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanganligidan, gemotoraks, pnevmotoraks, gemopnevmotoraks, gemoperitoneum aniqlanishi esa asosan a'zolarining shikastlanishidan dalolat beradi. Bunda esa videotorakoskopiya va videolaparoskopiyaning diagnostik imkoniyatlarini juda ham katta hisoblanadi. Tadqiqotimizdagi bemorlarda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq jaroxati bilan a'zolarining jarohatlanishining an'anaviy diagnostikasini yaxshilash maqsadida diagnostika va davolash imkoniyatlarini birlashtirgan videotorakoskopiya va videolaparoskopiya ko'rinishidagi endovizual diagnostikaning zamonaviy usulidan foydalanildi. Videotorakoskopiya va videolaparoskopiyaning ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining ichki a'zolari tuzilmalarini vizual baholash, patologiya mavjudligini, patologik suyuqlikning mavjudligi va ularning og'irlik darajasini aniqlash imkoniyatini yaratadi. Shu bilan birga, markaziy gemodinamikaning barqaror holati yoki shokka qarshi intensiv terapiya yordamida uni barqarorlashtirish videotorakoskopiya va videolaparoskopiya uchun asosiy shart deb hisoblangan. Tekshirilgan bemorlarning videotorakoskopiya va videolaparoskopiya yakuniy aralashuv ekanligini isbotladi.

Torakoskopiya qarshi ko'rsatmalar;

1. Yurak, aorta, o'mrov osti tomirlarning shikastlanishining bevosita va bilvosita belgilari;
2. Mediastinumni sezilarli darajada kengayishi, mediastinal sohalarda gematomaga gumon bo'lganda;
3. Katta ekstraplevral yoki o'pka ichidagi gematoma;
4. Pnevmotoraks hisobiga Mediastinal sohani siljishi;
5. Yurak shikastlanishi, katta bronxlar va traxeya yorilishini ishonchli klinik va rentgenologik belgilari bo'lganda;
6. Bemorlarning beqaror gemodinamikasi bilan katta gemotoraks;
7. Torakotomiya o'tkazgan, og'ir yurak ritmining buzilishi.
8. Yurak to'planadasi gemoperikard

Torakoskopiya ko'rsatmalar;

1. Kichik gemotoraks-plevra sinusida qon to'planishi (200-500 ml)
2. O'rtacha gemotoraks-kurak suyagini pastki burchagiga qon to'planishi (500-1000 ml)

Torakotomiyaga ko'rsatmaga;

1. Katta gemotoraks (kurak suyagi pastki burchagidan yuqori suyuqlik darajasi);
2. Plevra bo'shlig'ida suyuqlik miqdori 1000ml yuqori bo'lishi;
3. Havo oqimi bilan, drenaj orqali soatiga 300 ml dan ortiq qon kelishi;
4. Tomirning elektrokoagulyatsiyasi samarasizligi, organni torakoskopik tikish uchun sharoitlarning yo'qligi va boshqalar;
5. Nostabil gemodinamika
6. Yurak to'planadasi gemoperikard
7. Yurak shikastlanishi, katta bronxlar va traxeya yorilishini ishonchli klinik va rentgenologik belgilari bo'lganda;

Torakoskopik va laparoskopik davolash manipulyatsiyalarini qo'llash haqidagi xulosa diagnostik laparoskopiya vaqti qabul qilingan. Bu paytda qorin bo'shlig'idagi patologik suyuqlikning miqdori va xarakteri, a'zolar

shikastlanishining xarakteri, qon ketishining intensivligi, suyuqlikda ichak mahsulotining mavjudligi baholangan.

OIS shkalasi bo'yicha jigarning I-II darajali izolatsiyalangan shikastlanishlari;

- ultratovushli dinamik monitoring payti qorin bo'shlig'ida (gemoperitoneum) erkin suyuqlik miqdorining ko'payishi va uning taxminiy hajmi ultratovush ma'lumotlariga ko'ra 500 ml dan kam bo'lgan taqdirda;

- profuz qon ketishning yo'qligi.

Absolyut qarshi ko'rsatmalar:

- Koagulyapatiyalar
- Gemorragik shok
- Yurak va qon tomir kasalliklari
- Nafas olish kasalliklari
- Yiringli peritonit
- Xomiladorlik
- Bitishmali kasalliklari

Nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

- Maxalliy diffuz peritonit
- Onkologik kasalliklari
- Semizlikda
- Diafragmal grijjalar

Ko'pchilik holatlarda laparotomiyaga ko'rsatma gumon bo'lib turgan vaqtda videolaparoskopiya bajarilgan. Shikastlanganlarda izolatsiyalangan travma va intensiv bo'lmagan ichki qon ketishlarida videolaparoskopiya yakuniy gemostaz usuli sifatida qo'llanilgan. Uni qo'llashga qarshi ko'rsatma nafaqat qorin oldingi devoridagi operatsiyadan keyingi chandiqlar va ichaklar pnevmatozi, balkim jabrlanganlarning og'ir nostabil holati hamdir. Qorin bo'shlig'i a'zolarini reviziya qilishda jigar, taloq, oshqozon, ingichka va yo'g'on ichak, siylik qopi ko'rikdan o'tkazilgan, qorin parda orti gematomasi mavjudligi va uning lokalizatsiyasi baholangan (4-rasm).

Exoskopik usul qorin bo'shlig'i jarohati bilan bemorlarda kovak

a'zolarining jarohatlanishini tashxislash uchun jiddiy e'tiborga loyiqdir, chunki uni qabul xonada, reanimasiya bo'limida va operasiya xonasida, shu jumladan interoperatsion diagnostikada qo'llash mumkin.

Afsuski, ultratovush tekshiruvining juda yuqori ma'lumot tarkibiga qaramay, ushbu tadqiqot usuli ba'zi kamchiliklarga ega. Biz olib borgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ba'zi klinik holatlarda ultratovushning informativligi pasayadi. Bu bemorlarda qorin bo'shlig'ida gazlar mavjudligi, jigar sirrozi va assit, qon aylanishining yetishmovchiligining salbiy ta'siri bilan bog'liq bo'lib, bu ultratovush NS natijalarining ko'payishiga olib keldi va bemorlarning bir qismida (14,3%) shoshilinch jarrohlik amaliyotining asossiz kechikishiga olib keldi.

Tadqiqotimiz natijasida tekshirilgan bemorlarda ko'krak qafasi shikastlanishlari bilan 25 (20,8%) va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlari bilan 50 (41,7%) nafar bemorlar a'zolarining jarohatlanishining miniinvaziv diagnostikasini yaxshilash maqsadida jami 75 (62,5%) nafar bemorda, diagnostika va davolash imkoniyatlarini yaxshilash maqsadida videotorakoskopiya va videolaparoskopiya ko'rinishidagi endovizual diagnostikaning zamonaviy usulidan foydalanildi.

Shu bilan birga, umumiy axvoliga, gemodinamik ko'rsatgichlariga va FAST pratakoli bo'yicha plevra bo'shlig'ida va qorin bo'shlig'idagi gemotoraks, gemoperitoneum miqdoriga qarab videolaparoskopiya ko'rsatma deb hisoblandi. Tekshirilgan bemorlarning 75 (62,5%) da videotorakoskopiya va videolaparoskopiya yakuniy aralashuv ekanligini isbotladi. Tekshirilgan bemorlarning 20 (16,7%) da an'anaviy laparotomiya va 7 (4,17%) nafar bemorda konversiyaga o'tkazilgan.

Videotorakoskopiya va videolaparoskopiya bilan aniqlangan ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'idagi patologik o'zgarishlar to'g'risidagi ma'lumotlar 3.1.- jadvalda keltirilgan.

3.1-jadval

**Tekshirilgan bemorlarda videotorakoskopiya va videolaparoskopiya
aniqlangan patologik o'zgarishlar**

Patologiya turi	Jami bemorlar	
	n	%
Plevra bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligi:	40	87,2
<i>Seroz</i>	1	2,5
<i>seroz-gemorragik suyuqlik;</i>	31	77,5
<i>qon;</i>	8	20
Qorin bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligi:	80	83,0
<i>seroz-gemorragik suyuqlik;</i>	4	4,3
<i>qon;</i>	23	24,5
<i>oshqozon yoki ichak suyuqligi;</i>	42	44,7
Parenximatoz a'zolar jarohati mavjudligi:	56	48,9
<i>jigar;</i>	38	67,9
<i>taloq;</i>	12	21,4
<i>oshqozon osti bezi;</i>	2	3,7
<i>aralash</i>	4	7,1
Kovak a'zolar jarohati mavjudligi:	24	59,6
<i>Oshqozon;</i>	12	47,5
<i>12 barmoqli ichak;</i>	6	14,3
<i>ingichka ichak;</i>	4	20,5
<i>Yo'g'on ichak;</i>	2	16,7

Diagnostika nuqtai nazaridan, suyuqlik mavjudligini aniqlash bilan bir qatorda, ularning miqdori plevra bo'shlig'i va qorin bo'shlig'idagi joylashuvini aniqlash ham katta ahamiyatga ega edi.

Shuni ta'kidlash kerakki, videolaparoskopiya bilan ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarida jaroxatni aniqlashda unchalik qiyin bo'lmagan. Qorin bo'shlig'i yopiq jarohatlari bo'lgan bemorlarda videolaparoskopiya paytida kovak a'zolarining jarohatlanishi bor yoki yo'qligini aniqlash ancha qiyin vazifa bo'ldi. Biz aniqlagan laparoskopik belgilar ikki guruhni tashkil etdi: bevosita va bilvosita.

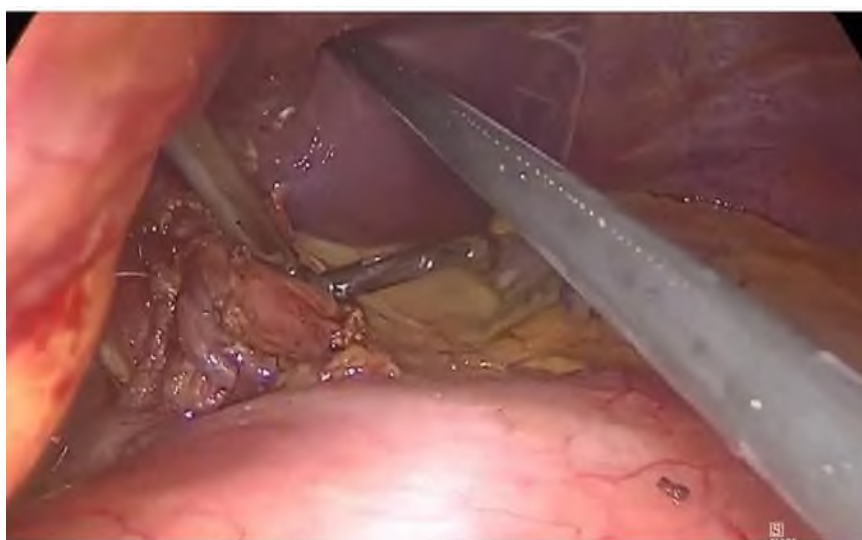
Belgilarning birinchi guruhi qorin bo'shlig'ining kovak a'zosi devoriga (oshqozon, ichak va boshqalar) zarar yetkazilganligini vizual ravishda aniqlash yoki inkor etish bilan bog'liq edi.

Biz videolaparoskopiya bilan birinchi guruh belgilarini aniqlash darajasi qorin bo'shlig'ining kovak a'zolarining turli qismlarini vizualizatsiya qilishning texnik

imkoniyatlari bilan bog‘liqligini aniqladik. Shunday qilib, eng qulay tekshiruv oshqozonning old devoriga, ingichka ichakning tutqichlariga, yo‘g‘on ichak va siydik pufagi qorin bo‘shlig‘i qismlariga yetkazilgan jaroxatlarni aniqlash bo‘ldi (3.1-3.2-rasmlar).



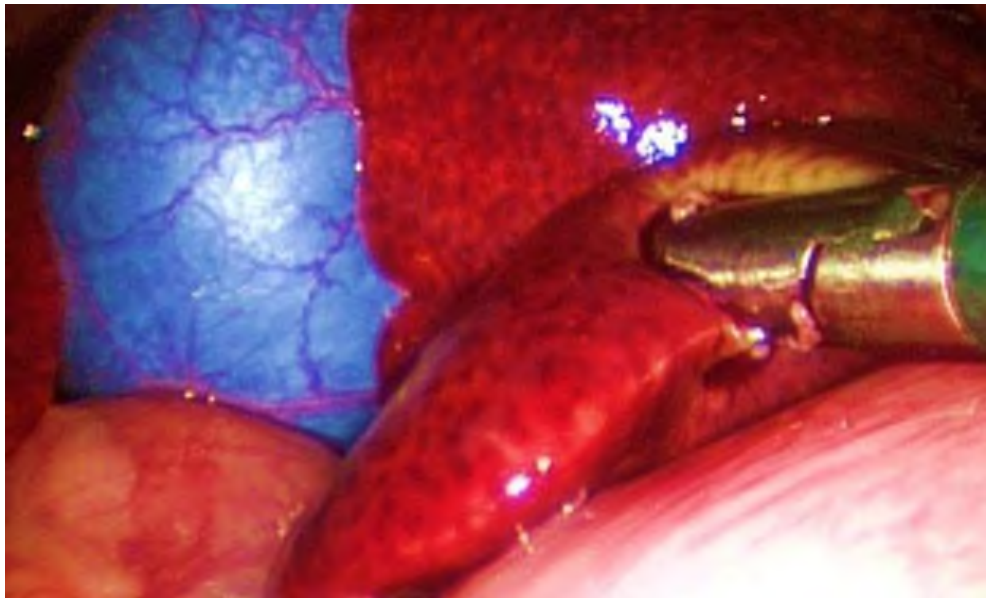
3.1-rasm. Laparoskopik ichaklar reviziyasi



3.2-rasm. Laparoskopik me‘da jarohatini tikish

Oshqozonning katta va kichik egriligi va uning orqa devori, o‘n ikki barmoqli ichak, yo‘g‘on ichakning qorin pardadan holi qismi, ingichka ichak tutqichlaridagi shikastlanishlarning laparoskopik diagnostikasi qiyin edi. Aynan shu holat yopiq abdominal shikastlanishi bo‘lgan bemorlarda kovak a‘zolarining jarohatlanishini tashxislashning nisbatan past foizini ko‘rsatdi. Tekshirilgan bemorlarda kovak a‘zolarining yopiq jarohatlanishini tashxislash uchun

laparoskopik belgilarning ikkinchi guruhi qorin bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligini va xususiyatini aniqlash bilan bog'liq edi. Shu asosda biz videolaparoskopiya paytida 74 bemorda (78,7%) kovak a'zolarga jarohat yetkazilganligini aniqladik. Bunday hollarda, suyuqlikdan tashqari, biz parietal va visseral qorin pardalarda fibrin qoplamalarni, tomirlarning kengayganligini aniqladik. Shuni ta'kidlash kerakki, jarohatdan keyin qancha vaqt o'tgan bo'lsa, peritonitning laparoskopik belgilari shunchalik aniq bo'lib chiqdi. Shu bilan birga, fibrin qoplamalarining rangi va joylashuvi bo'yicha biz peritonit manbasini aniqladik. Shunday qilib, agar ingichka ichakning shikastlanishi bo'lsa, ichak devorlariga fibrin sarg'ish rangga va yo'g'on ichakning shikastlanishida yirig'li-fibrin qoplamalari kulrang ko'rinishga ega edi (3.3-rasm).



3.3-rasm. Laparoskopik jigar jarohati koagulyatsiyasi

Shubhasiz haqiqat shundaki, qorin bo'shlig'ida suyuqlik, fibrin qoplamalar mavjudligini aniqlash asosan, qorin bo'shlig'ining kovak a'zolariga shikastlanganligidan, gemoperitoneumni aniqlanishi esa asosan parenximatoz a'zolarining shikastlanishidan dalolat beradi. Bunda esa videolaparoskopiyaning diagnostik imkoniyatlarini juda ham katta hisoblanadi. Shu bilan birga, kovak a'zolarga (oshqozonning orqa devori, o'n ikki barmoqli ichak, yo'g'on ichakning ekstraperitoneal qismi, siydik pufagi qorin parda orti qismi) jarohat yetganini ba'zi joylarida ularning mavjudligini, yuqorida aytib o'tilgan belgilarning rivojlanishisiz sodir bo'ldi. Albatta, ikkinchi holatda, ularni laparoskopiya yordamida aniqlash

yoki rad etish qiyin va ko‘pincha amalga oshirib bo‘lmaydigan vazifadek ko‘rinardi.

Videolaparoskopiya paytida qorin bo‘shlig‘i yopiq shikastlangan bemorda qorin parda orti gematomalar borligi aniqlanmadi. Shunday qilib, biz olgan barcha ma’lumotlarni umumlashtirib, xulosa qilishimiz mumkinki, qorin bo‘shlig‘i yopiq jarohatlangan bemorlarda an’anaviy diagnostika sxemasiga zamonaviy endovizualizasiya usullarini (videolaparoskopiya) kiritish qorin bo‘shlig‘ida parenximatoz va kovak a’zolari shikastlanishini aniqlash sifati va samaradorligini oshiradi, shuningdek diagnostika va davolash jarayonining uzviy bog‘liqligini ta’minlaydi.

Ochiq shikastlanishlarda videolaparoskopiya ko‘rsatmalar quyidagilar bo‘lgan:

- qorin bo‘shlig‘i a’zolari shikastlanishining shubhali klinik va instrumental belgilari bilan qorinning old va yonboshdevoriga kiruvchi jarohatlarda;
- qorin bo‘shlig‘iga kiruvchi jarohatning shubhali klinik va instrumental belgilarida qorin old devorining ko‘plab (5 dan ortiq) jarohatlarining mavjudligi;
- qorin old devorining o‘q-otar quroldan jarohati paytida qorin bo‘shlig‘i a’zolari jarohati haqida shubhali klinik va instrumental belgilarining mavjudligi.

Videolaparoskopiya qarshi ko‘rsatmalar sifatida quyidagilarni hisobladik:

Absolyut qarshi ko‘rsatmalar:

- Koagulyapatiyalar
- Gemorragik shok
- Yurak va qon tomir kasalliklari
- Nafas olish kasalliklari
- Yiringli peritonit
- Xomiladorlik
- Bitishmali kasalliklari
- A’zolarining III - IV og‘irlik darajadagi shikastlanishi,
- Shikastlanishning portal darvoza sohasida joylashuvi, profuz qon ketish;

- Gemoperitoneumni 500 mldan ko‘pligi

Nisbiy qarshi ko‘rsatmalar:

- Maxalliy diffuz peritonit
- Onkologik kasalliklari
- Semizlikda
- Diafragmal grijjalar
- Og‘ir nostabil holati (gemodinamik va ventilyatsion buzilishlar);
- Kovak a‘zolar shikastlanishi, jigardan tashqari o‘t yo‘llarining shikastlanishi;

3.1.3-§. Asosiy guruh bemorlarda ko‘krak qafasi va qorin bo‘shlig‘ining yopiq shikastlanishlarida laparotom operatsiyalar

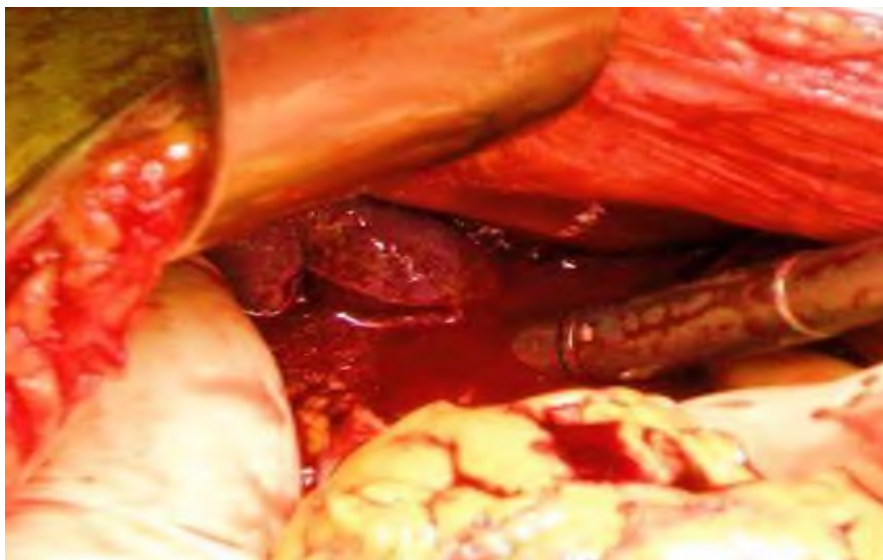
Ko‘krak qafasi va qorin bo‘shlig‘i yopiq travmasi bilan bemorlarda laparotomiyaga ko‘rsatma sifatida quyidagilar hisoblanadi:

- peritonit simptomlari;
- nazorat qilib bo‘lmaydigan shok va qon ketish;
- kuzatuv davomida patsient ahvolini og‘irlashishi;
- FAST yoki DPL ijobiy natijalari.
- a‘zolarining III - IV og‘irlik darajadagi shikastlanishi,
- shikastlanishning portal darvoza sohasida joylashuvi, profuz qon ketish;
- koagulyapatiyalar;
- gemorragik shok ;
- yurak va qon tomir kasalliklari;
- nafas olish kasalliklari;
- yiringli peritonit;
- xomiladorlik;
- bitishmali kasalliklari;

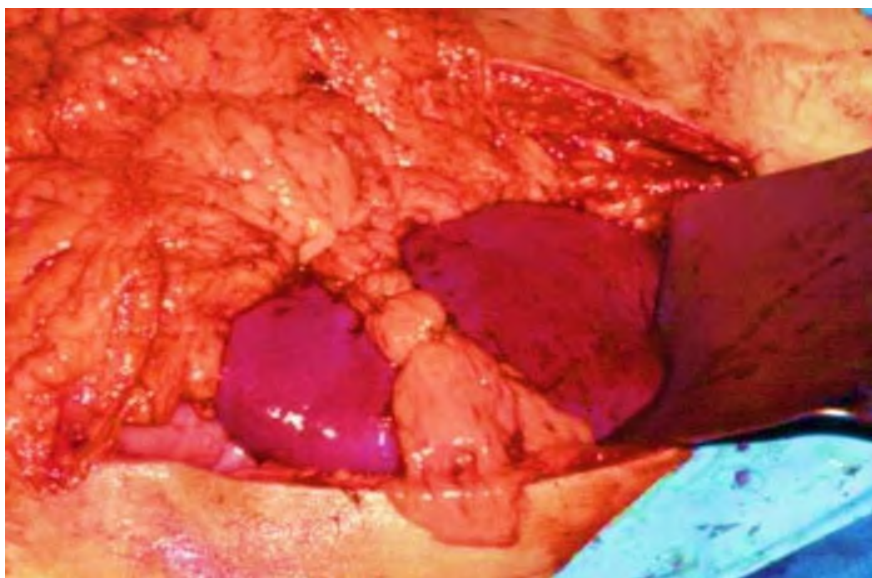
Ijobiy FAST natijalari bo‘lgan gemodinamik jihatdan barqaror patsientlar ba’zida shikastlanishlarning xarakteri va darajasini yaxshiroq aniqlash va davolash strategiyalarini aniqlash uchun kompyuter tomografiyasi (KT) zarur bo‘lgan.

Shuningdek bemorlarda diagnostik laparoskopiya natijalari aniqlangandan so‘ng, radikal operatsiya usullarini amalga oshirish va laparoskopik usul

yordamida qon ketishini to'xtatishni imkoni bo'lmaganda konversiya orqali kirishga o'tilgan.



3.4-rasm. Ochiq laparatom operatsiya (gemoperitoneum)



**3.5-rasm. Ochiq laparatom operatsiya
(jigar yorilishi katta charvi bilan peritonizatsiya qilinishi)**



3.6-rasm. Ochiq laparatom operatsiya (ichak jarohati)

Asosiy guruhdagi 120 nafar shikastlangan bemorlardan 20 (17,1%) nafari nostabil gemodinamika va o'ta og'ir holatda o'tkir nafas yetishmovchiligi va peritoneal belgilar bilan darhol operatsiya xonasiga keltirilgan, minimal hajmda shokga qarshi choralar va tekshiruvdan so'ng darhol torakotomiya va laparotomiya operatsiyasi bajarilib qon ketish va peritonit manbasi aniqlangach, qon ketishini to'xtatish va a'zolarning butunligi tiklash amalga oshirilgan (8-rasm). Shunday qilib, jami 25 (22,5%) nafar bemorlarda torakotomiya va laparotomiyali xirurgik aralashuvlar qo'llanilgan.

Materialning statistik ishlovi

Olingan natijalarga statistik ishlov berish uchun SPSS 11.0 (SPSS, Inc.) qo'llanilgan. O'rtacha qiymatlar va o'rtacha og'ish (σ) hisoblab chiqilgan. Barcha tanlab olingan ma'lumotlar Kolmogorov–Smirnov testi yordamida normal taqsimot uchun tekshirilgan. O'zgaruvchanlarni normal taqsimot bilan solishtirish uchun biz Styudentning juftlashtirilgan t- mezonidan (bog'liq va mustaqil namunalar uchun) foydalandik. Taqsimlashda odatdagidan farq qilganda, bog'liq bo'lmagan namunalar uchun parametrik bo'lmagan Mann-Uitni mezoni (U) ishlatilgan, mustaqil namunalar uchun Vilkokson mezoni (W) ishlatilgan. Oddiy taqsimotga ega bo'lgan o'zgaruvchanlar uchun korrelyatsiya tahlilini o'tkazishda Pirson korrelyatsiya koeffitsienti, odatdagidan tashqari taqsimot uchun Spirman darajalikorrelyatsiya koeffitsienti ishlatilgan.

IV BOB.

KO'KRAK QAFASI VA QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING SHIKASTLANISHLARINI DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHDA MINIINVAZIV XIRURGIK YONDASHUVLAR

4.1-§. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlarida diagnostik torakoskopiya va laparoskopiya

Torakoabdominal yopiq shikastlanishi bilan bemorlarni konservativ davolash natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bir tomondan konservativ davoga aniq ko'rsatmalarga ega bo'lmagan (bemorlarni hushining yo'qligi, UTT yoki KT ma'lumotlarining yetarli emasligi yoki ularni o'tkazishning texnik jihatdan imkonsizligi), boshqa tomondan esa laparotomiya uchun aniq ko'rsatmalarning yo'qligi (barqaror gemodinamika, UTT yoki KT 500 ml gacha gemoperitoneum) kabi bemorlar guruhi mavjud bo'lgan. Bunday holatlar diagnostik videolaparoskopiyaning bajarishga ko'rsatma bo'lgan. Tadqiqotimizda asosiy guruhdagi 120 nafar bemorlarning 75 (62,5%) nafarida videoskopiya bajardik, shulardan 50 (41,7%) nafarida laproskopiya, 25 (20,8%) nafarida ko'krak qafasida torakoskopiya davolash maqsadida bajarildi.

Torakoabdominal yopiq shikastlanishlarda qorin bo'shlig'iga qon ketishiga shubha payti diagnostik laparoskopiyaning o'tkazish uchun ko'rsatmalar bemorlarni tekshirish natijasida olingan quyidagi klinik va instrumental ma'lumotlarning kombinatsiyasi bo'lgan:

- qon ketish manbasi aniqlanmagan, ammo qorin bo'shlig'ida UTT yordamida 500 ml gacha erkin suyuqlik aniqlangan gemodinamikasi barqaror bo'lgan bemorlar. 500 ml gacha bo'lgan gemoperitoneum va 300-400 ml atrofida gemotoraks bilan qon ketish manbasini va a'zo shikastlanish darajasini aniqlash kerak, chunki keyingi xirurgik taktika nafaqat gemoperitoneum va gemotoraksning hajmi, balki a'zolarning shikastlanish darajasi bilan ham belgilanadi.

- 500 ml gacha UTT yordamida qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik va 300-400 ml atrofida gemotoraks diagnozi aniqlangan bemorlarda es-hushining yuqligi va a'zo shikastlanishining darajasi OIS shkalasi bo'yicha III gacha bo'lishi.

Bunday hollarda qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik tarkibini farqlashning iloji yo'q va shunday ekan, kovak a'zoning «o'tkazib yuborilgan» travmasi tufayli peritonit rivojlanish xavfi mavjud.

- qorin bo'shlig'ida 500 ml gacha bo'lgan UTT erkin suyuqlik aniqlangan bemorlarda og'ir qo'shma travma (OQT) mavjudligi va a'zolarning shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha III gacha.

-UTT yoki KT o'tkazishni imkoniyati yo'qligi yoki ularning ma'lumotlarini yetarli darajada emasligi.

75 holatda torakoskopiya va laparoskopiya o'tkazilgan bemorlarning 5 (9,33%) nafari orasida reviziya qilish va yakuniy qon to'xtatish bilan xirurgik aralashuvni to'liq yakunlash uchun konversiya va laparotomiyaga o'tish zarur degan xulosaga kelingan. Reviziya payti quyidagi aniqlangan holatlar bo'yicha laparotomiyaga o'tishga qaror qilingan:

- Kovak a'zo travmasi va peritonitning mavjudligi;
- Gemoperitoneum 500 ml dan ortiq;
- OIS shkalasi bo'yicha a'zoning shikastlanish III darajadan yuqoriligi;
- Qon ketish manbasining aniqlanmaganligi;
- Qorin bo'shlig'ida davom etayotgan qon ketish payti endoskopik gemostazni texnik jihatdan bajarishni imkoniyati yo'qligi;
- A'zo travmasini adekvat baholashning texnik jihatdan ilojisizligi (masalan, yorilish jigar va taloqning darvoza sohasida joylashuvida).

Torakoabdominal yopiq shikastlanishi bilan markazga yotqizilgan 75 (62,5%) nafar bemorlarda torakokopik va laparoskopik yakuniy aralashuvlarni qo'llash zarur bo'lgan. Ko'krak qafasining yopiq shikastlanishi bilan 25 (20,8%) nafar bemorlarda kuzatilgan. Qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishida parenximatoz a'zolari shikastlanishi 35 (29,2%), kovak a'zolarning shikastlanishi 15 (12,5%) nafar bemorlarda aniqlangan. Bemorlarning umumiy ahvoriga, gemodinamik ko'rsatkichlari va UTT xulosalari asosida 20 (16,7%) nafar bemorlarda konservativ davolangan.

Qorin bo'shlig'ini yopiq shikastlanishlarida laparoskopiyaning o'tkazishda biz qorin bo'shlig'i a'zo va strukturalari shikastlanishida operativ aralashuv taktikasini

aniqlagan Amerika xirurglar travmatologlar assotsiatsiyasi (1994) tomonidan to'ldirilgan Organ Injury Scale (OIS) (1986 y) bo'yicha klassifikatsiyadan foydalandik. Ushbu klassifikatsiya ochiq va yopiq travma belgilarini birlashtiradi. Bunda nafaqat jarohatlar va yopiq a'zolar shikastlanishlarining morfologiyasi, balki xirurgik davolashni talab qilmaydigan shikastlanishning rivojlanish dinamikasi, parenximatoz va kovak a'zolar shikastlanishining xarakteri va lokalizatsiyasi, intragepatik tomirlar va o't yo'llari holati ham hisobga olinadi. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, OIS tasnifiga bo'yicha I va II og'irlikdagi jigar va taloq jarohatlari bilan jabrlanganlar 85% holatlarda shoshilinch xirurgik davolash uchun ko'rsatmalarga ega bo'lmagan. OIS shkalasi bo'yicha a'zo shikastlanishining og'irligi tasnifiga ko'ra, jigar va taloqning shikastlanish darajasi I va II gacha o'zgarib turgan (4.1-jadval). Gemoperitoneumning hajmi esa 200 dan 500 ml gacha o'zgarib turgan.

Asosiy guruhdagi ko'krak qafasi a'zolarining yopiq shikastlanishlarida 40 (33,3%) nafar bemorlardan, o'pkalarni shikastlanishi 24 (59,8%), mediasteneumni shikastlanishi 6 (15,2%), yurakni shikastlanishi 2 (4,8%), aralash shikastlanishlar esa 8 (20,2%) nafar bemorlarni tashkil qiladi (4,1-jadval).

4.1-jadval

**Ko'krak qafasi yopiq shikastlangan bemorlarda
a'zolar shikastlanishi bo'yicha taqsimlanish**

Shakastlangan a'zolar	Asosiy guruh	
	n	%
O'pkalar	24	59,8
Mediastenum	6	15,2
Yurakni shikastlanishi	2	4,8
Aralash	8	20,2
Jami	40	100

Asosiy guruhdagi qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishlarida 80 (66,7%) nafar bemorlardan, kovak a'zolari shikastlanishi 24 (29,2%), parenximatoz a'zolari shikastlanishi 56 (62,5%), me'da osti bezini shikastlanishi

2(2,5%), aralash shikastlanishlar esa 4(4,8%) nafar bemorlarni tashkil qiladi (4,2-4,3-jadval).

4.2- jadval

**Qorin bo'shlig'i yopiq shikastlangan bemorlarda
kovak a'zolar shikastlanishi bo'yicha tarqalishi**

Shakastlangan kovak a'zolar	Asosiy guruh	
	n	%
Oshqozon	12	47,5
O'n ikki barmoq ichak	6	14,3
Ingichka ichak	4	20,5
Yo'g'on ichak	2	16,7
Jami	24	100

4.3-jadval

**Qorin bo'shlig'i yopiq shikastlangan bemorlarda
parenximatoz a'zolar shikastlanishi bo'yicha taqsimlanish**

Shakastlangan parenximatoz a'zolar	Asosiy guruh	
	n	%
Jigar	38	67,9
Taloq	12	21,4
Jigar va taloq	4	7,1
Me'da osti bezi	2	3,7
Jami	56	100

Shuni ta'kidlaymizki, barcha bemorlarda politravma turli xil kombinatsiyalarda uchragan, 4.4-jadvalda esa eng ko'p og'ir shikastlanishlar keltirilgan.

4.4-jadval

Tadqiqot guruhidagi bemorlarni qo'shma travma bo'yicha taqsimlanishi

Qo'shma shikastlanish turi	BMT	Torakal shikastlanishlar	Skelet shikastlanishi	Yumshoq to'qimalar lat
Bemorlar soni	10	40	6	2

Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, QYoT paytida ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishi bilan bemorlarda videotorakoskopiya va videolaparoskopiya ma'lumotlariga asosan quyidagi mezonlarga javob beradigan torakoskopiya va laparoskopik gemostaz, gemotoraks, gemoperitoneumni evakuatsiya qilish yoki ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'ini drenajlash amalga oshirilgan:

4.5-jadval

Asosiy guruhda torakoabdominal yopiq shikastlanish bilan bemorlarni davolashda konservativ va xirurgik yondashuvlar

Davolash taktikasi (n=120)	Operatsiyaning I bosqichi Asosiy guruhda	Operatsiyaning II bosqichi Taqqosiy guruhda	Barcha operatsiyalar
Konservativ davolash	20	-	20
Torakotomiya va laparotomiya	20	77	97
Konversiyaga o'tish	5	14	19
Davolash maqsadida torakoskopiya va laparoskopiya	75	9	84
Barcha operatsiyalar	120	100	220

-OIS shkalasi bo'yicha a'zoning III darajadan ortiq bo'lmagan

shikastlanishi;

- Shikastlangan a'zodan qon ketishi natijasida gemotoraks 300ml va gemoperitoneum 500 ml dan ortiq bo'lmagan payti.

Dinamik kuzatuv davomida torakoskopiya va laparoskopiya tugagandan so'ng barcha patsientlarda nazorat maqsadida o'rnatilgan drenajdan ajraladigan suyuqlikning miqdori va xarakteri nazorat qilingan. Torakoabdominal yopiq shikastlanishi bilan bemorlarni davolash taktikasi 4.3-jadvalda keltirilgan.

4.5-jadvalda keltirilgan – 20 nafar bemorlarda konservativ davo taktikasi tanlangan, – 20 nafar bemorlarda zudlik bilan torakotomiya va laparotomiya operatsiyasini o'tkazish to'g'risida qaror qabul qilingan, 68 nafar bemorlarda diagnostik torakoskopiya va laparoskopiya amalga oshirilgan, buning uchun 5 holatda konversiya - laparotomiyaga o'tish talab qilingan. Ushbu bemorlarda diagnostik laparoskopiya vaqtida konversiya amalga oshirilgan. Konversiya «ehtiyotkorlik» bilan amalga oshirilgan, qachonkim laparoskopiya paytida laparoskopik operatsiyani davom ettirish uchun qarshi ko'rsatmalar aniqlanganda, shuningdek, laparoskopik operatsiya vaqtida texnik qiyinchiliklar yuzaga kelganda «zaruriyat» tufayli amalga oshirilgan. Barcha 17 bemorlarda ochiq xirurgik operatsiyasi bajarilgan. 75 holatda qon ketishini to'xtatish va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishini tiklash uchun davolash maqsadida radikal torakoskopiya va laparoskopik operatsiya o'tkazilgan.

4.2-§. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq travmalarida operatsiyaning torakoskopik va laparoskopik davolash usullarida taktikani tanlash

Yuqorida aytib o'tganimizdek, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishini xirurgik davolash usulini tanlashga a'zolarining shikastlanish darajasi ta'sir ko'rsatgan.

Yopiq jarohatlar paytida jabrlanuvchining og'irligi har doim ham ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i shikastlanish darajasiga to'g'ri kelmaydi, chunki holatning og'irligi bir nechta anatomik va funksional sohalarning shikastlanishi, nafaqat qorin bo'shlig'ida, balki boshqa a'zolar va tizimlarda ham qon ketishining mavjudligi bilan bog'liq. Shunday qilib, masalan, a'zolarining OIS shkalasi

bo'yicha I darajali shikastlanishida bemor ahvolining o'ta og'irligi qo'shma og'ir travmatik miya shikastlanishi va tos suyaklarining sinishi mavjudligi sababli bo'lishi mumkin. Va aksincha, ko'krak qafasi ichki a'zolari OIS shkalasiga bo'yicha III-IV darajali travmasi payti miya chayqalishining o'rta og'ir darajasi va II-III qovurg'aning sinishi bilan jabrlanuvchining ahvoli unchalik og'ir bo'lmasligi mumkin.

Torakoabdominal yopiq qo'shma travmasi bilan ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i travmasi bo'lsa, biz xirurgik davolash uchun tanlov usuli sifatida videotorakoskopik va videolaparoskopik operatsiyani ko'rib chiqdik. Biroq, videolaparoskopiyaga qarshi ko'rsatmalardan biri jabrlanganlarning o'ta og'ir ahvoli hisoblanadi.

Travmaning og'irligi va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanish darajasidan kelib chiqqan holda, biz xirurgik davolash usulini tanlashda differensial yondashuvni amalga oshirdik. Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali bo'lganda laparoskopik operatsiyalarni bajarish imkoni bo'lgan. OIS shkalasi bo'yicha IV yoki undan yuqori darajalarda laparotomiya amalga oshirilgan. Izolyatsiyalangan yuzaki (1-2 smdan kam) shikastlanishlar yoki OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali jigar shikastlanishlari aniqlanib, intensiv qon ketish belgilari bo'lmaganda (gemoperitoneum 500 mldan kam) monopolyar yoki bipolyar koagulyatsiya orqali endoskopik gemostazni amalga oshirishni imkoni bo'lgan. Effekt bo'lmagan hollarda biz atravmatik ignalar va iplar yordamida travmatik tikuvlarni qo'lladik. Kapsulaning ajralishi bilan yuzaki jigar jarohatlaridan qon ketish payti argon plazmali koagulyatsiyasi qo'llanilgan. Shuningdek, bu holatlarda «TaxoKomb» gemostatik plastinkalari ham qo'llanilgan. OIS shkalasi bo'yicha (II va undan yuqori daraja) og'irroq jigar shikastlanishlari aniqlanganda, laparoskopik gemostazning muvaffaqiyatizligi yoki jigardan intensiv qon ketishining laparoskopik belgilari aniqlanganda biz videolaparoskopiyadan laparotomiya operatsiyasiga o'tkazishni amalga oshirganmiz.

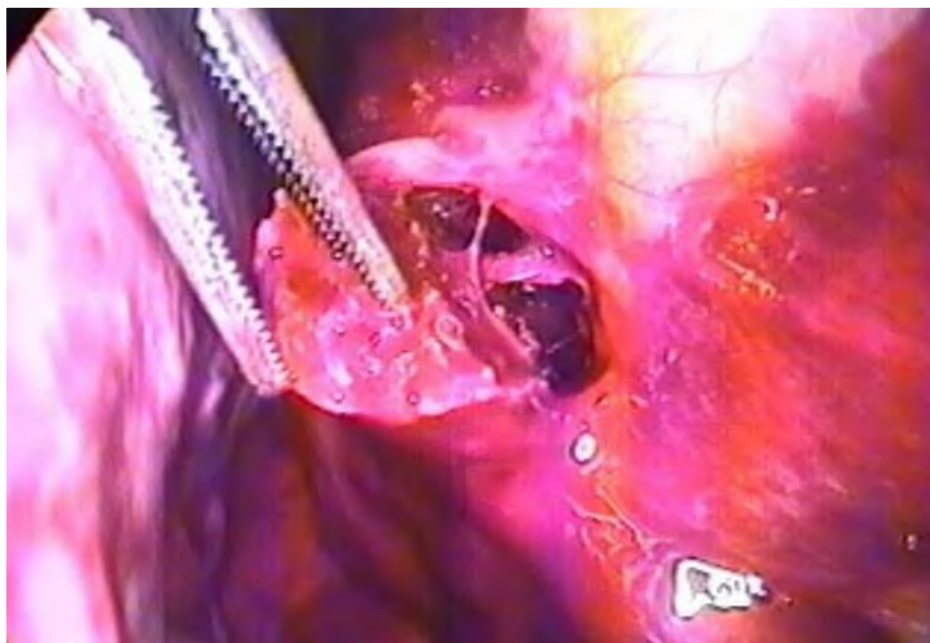
Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq travmasi bo'lgan 120 nafar bemorlarning 75 nafar bemordan 50 nafarida diagnostik laparoskopiya 25 nafarida esa torakoskopiyao'tkazdik. Yengil va o'rta og'ir qo'shma travmalarda laparoskopiya amalga oshirilgan. O'ta og'ir travma va III darajali shok torakoskopiya va laparoskopiya uchun qarshi ko'rsatma bo'lgan. Laparoskopiyani amalga oshirayotganda, OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali a'zolar travmasi uchun hamda taloq, tutqich, yo'g'on va ingichka ichak va siydik qopini OIS shkalasi bo'yicha I-II darajali travmalarida laparoskopik xirurgik amaliyotini o'tkazish imkoniyatini ko'rib chiqdik.

Diagnostik laparoskopiyaning 75 holatidan laparoskopik xirurgik ko'rinishidagi davolash maqsadida videolaparoskopiyaga o'tkazishga, 5 ta holatda esa qorin bo'shlig'i a'zolarining jiddiy travmasi aniqlangandan so'ng konversiya qilish va laparotomiyaga o'tishga qaror qilingan. Bunday bemorlarda qorin bo'shlig'ida 120-150 ml gacha bo'lgan qon, qorin devori, katta charvining mayda jarohatlaridan yoki eski bitishmalarning yorilishi natijasida qon ketishi yuzaga kelgan. Bemorlarning ushbu toifasida o'lim kuzatilmagan. Laparoskopik operatsiyalar 75 holatda muvaffaqiyatli amalga oshirilgan.

Torakoskopiya va laparoskopik xirurgik aralashuvlarni bajarishda qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanganda ishonchli yakuniy gemostazga erishish uchun mexanik, fizik va biologik usullarni qo'lladik. Qon ketishini to'xtatish uchun turli modifikatsiyadagi elektrokoagulyatsiyadan keng foydalandik. Elektrokoagulyatsiya ikkita asosiy versiyada qo'llanilgan: monopolyar va bipolyar. Monopolyar koagulyatsiya paytida faol elektrod laparoport orqali kiritilgan va neytral elektrod teriga keng yuzaga o'rnatilgan.

Shunday qilib, bemorlarning tanasi orqali o'tadigan oqim faol elektrod bilan kontakt joyida to'qimalarning isishiga sabab bo'lgan. Bipolyar koagulyatsiya bilan tok patsientning butun tanasi bo'ylab o'tmaydi, balki to'g'ridan-to'g'ri xirurgik instrumentning qo'shni elektrodiga o'tadi (biz elektrodning turli xil modifikatsiyalari bilan ikki branshli qisqichdan foydalandik). Branshning bir tomoni faol elektrod, ikkinchisi esa neytral rolini bajargan. Afzalligi shundaki, tok faqat mo'ljallangan cheklangan ta'sir doirasida bo'lib, atrofdagi to'qimalarga zarar

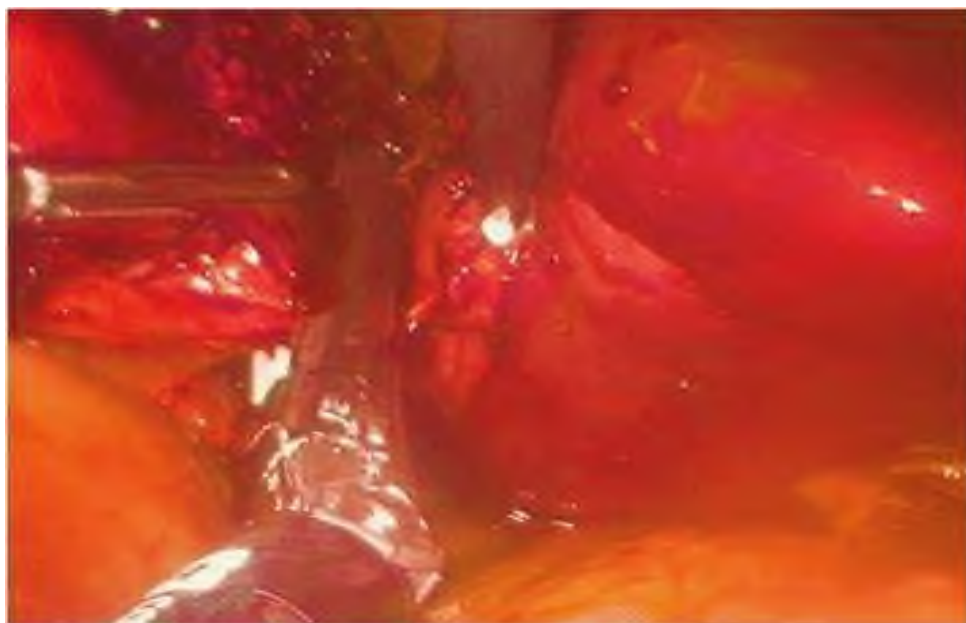
bermasdan o'tadi. Monopolyar koagulyatsiyaning bir turi sifatida biz to'qimalarning argon plazmali koagulyatsiyasidan muvaffaqiyatli foydalandik. Bu yuqori chastotali tok energiyasi elektrod orqali to'qimalarga ionlashtirilgan inert gaz argon yordamida kontaksiz tarzda uzatiladigan usuldir (4.1-4.7-rasmlar.).



4.1-rasm.Pariytral plevrani shikastlanishi



4.2-rasm. Pariytral plevrani shikastlanishi



4.3-rasm. Jigar shikastlanishini koagulyatsiyasi

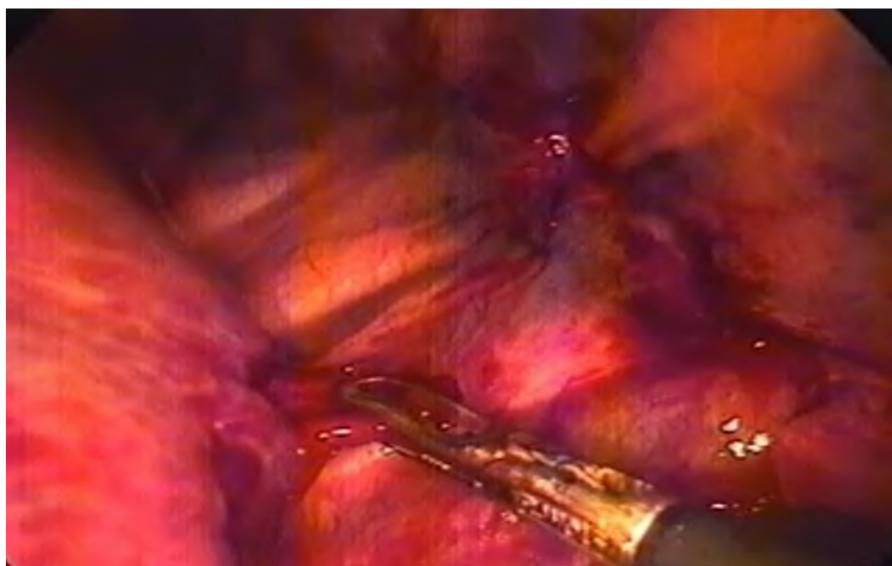


4.4-rasm. Jigar travmasida laparoskopik kaogulyatsiya

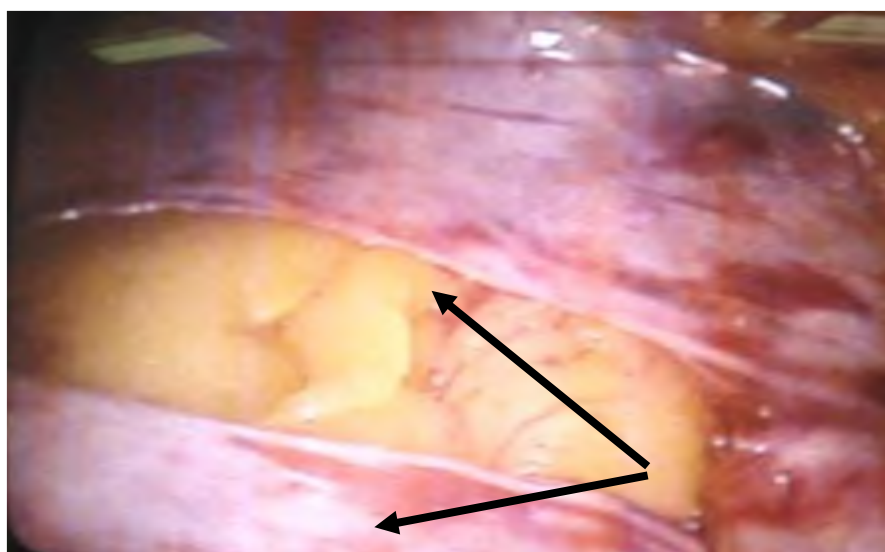
Oqimning to‘qimaga ta’siri natijasida uning lokal qizishi kuzatiladi va 3 mm dan oshmaydigan chuqurlikda koagulyatsiya ruy beradi. Usulning afzalligi koagulyatsiya chuqurligi va maydonini nazorat qilish imkoniyati va ostidagi biriktiruvchi to‘qimalarga zarar yetkazmasligidir. Gemostazning biologik usuli sifatida biz «TaxoKomb» kompaniyasi ((Nycomed) (Avstriya) fibrin kleyidan foydalandik.



4.5-rasm. Gemotoraks



4.6-rasm. O'pkani shikastlanishi



4.7-rasm. Diafragmani shikstlanishi

Endoskopik gemostaz quyidagi kriteriyalarga javob beradigan bemorlarda amalga oshirilgan: a'zolarning shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha III darajadan oshmagan, gemoperitoneum dinamikada 500 ml va gemotoraks 300 ml oshmaydigan holatlarda. Barcha bemorlarlarda gemostatik terapiya, antibakterial terapiya va oshqozon-ichak yuqori traktidan stressli qon ketishining profilaktikasi o'tkazilgan.

Laparoskopik usulda bajarilgan operatsiyalar 4.6-jadvalda keltirilgan.

4.6-jadval

Asosiy guruhda ko'krak qafasi yopiq shikastlanishlarida torakoskopik operatsiyalarning turlari (n=40)

Jami torakoskopik operatsiyalar (n=40)		Operatsiya soni	%
O'pkalarni shikastlanishi (n= 9)	Jarohat yuzasini koagulyatsiyasi	3	7,5
	Jarohatni tikish	4	10
	Jarohatni tikib koagulyatsiya qilish	2	5
Plevralarni shikastlanishi (n= 16)	Plevra jarohatini tikish orqali mustahkamlash	9	22,5
	Plevra jarohatini koagulyatsiya qilish	3	7,5
	Sharsimon elektrod orqali jarohat yuzasi elektrokoagulyatsiyasi va tikish	4	10
Yurak shikastlanishi (n=2)	Perikardjarohatini tikish	2	5
Diafragma shikaslanishi (n=5)	Diafragma jarohatini tikish	5	12,5
Aralash shikastlanish (n=8)	O'pka jarohatini koagulyatsiyasi va perikard jarohatini tikish	4	10
	Plevra jarohatini tikish diafragma jarohatini tikish	4	10
Jami		40	100%

**Asosiy guruhda qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlarida laparoskopik
operatsiyalarning turlari (n=80)**

Jami laparoskopik operatsiyalar (n=80)		Operatsiya soni	%
Jigar travmasi (n= 38)	Jarohat yuzasini argon-plazmali koagulyatsiyasi	14	17.5
	Yorilish liniyasini tikish va koagulyatsiya bilan xolesistektomiya	2	2.5
	Argonplazmali koagulyatsiya, yirik qon tomirlarga klips o'rnatish bilan katta charvining bir tutami bilan peritonizatsiya qilish orqali jigar kapsulasi yoki o'roqsimon bog'larga klips bilan fiksatsiya qilish, «TaxoKomb» ni katta charvi ostidan o'rnatish	10	12,5
	Jigar jarohatini tikish, katta charvining bir tutami bilan oyoqchasida tikish orqali mustahkamlash	6	7,5
	Jigar jarohatini tikish bilan «Taxokomb» ni tamponada qilish	4	5.0
Taloq travmasi (n= 12)	Taloq jarohatini tikish katta charvining bir tutami bilan oyoqchasida tikish orqali mustahkamlash	2	2.5
	A. lienaiis ni bog'lash bilan bir qut-bini rezeksiya qilish	2	2.5
	Argon-plazmali koagulyatsiya	4	5.0
	Argon-plazmali koagulyatsiya bilan «Taxokomb» ni fiksatsiya qilish	2	2.5
	Sharsimon elektrod orqali jarohat yuzasi elektrokoagulyatsiyasi	2	2.5
Jigar va taloqning	Jigar va taloq defektini argon-plazmali koagulyatsiyasi bilan	1	1.25

qo'shma travmasi (n=4)	«Taxokomb» ni fiksatsiya qilish		
	Jigar jarohatini tikish va taloq jarohatini argon-plazmali koagulyatsiya qilish	3	3.75
Me'da osti bezi travmasi (n=2)	Me'da osti bezi jarohatini tikish	2	2.5
Me'da travmasi (n=12)	Me'da jarohatini tikish	8	10.0
	Me'da jarohatini argon-plazmali koagulyatsiya qilish	3	3.75
	Me'da jarohatini tikib koagulyatsiya qilish	1	1.25
12-barmoqli ichak travmasi (n=6)	12-barmoq ichak jarohatini tikish	4	5.0
	12-barmoq ichak jarohatini argon- plazmali koagulyatsiya qilish	2	2.5
Ingichka ichak travmasi (n=4)	Ingichka ichak jarohatini tikish	3	3.75
	Ingichka ichak jarohatini argon- plazmali koagulyatsiya qilish	1	1.25
Yo'g'on ichak travmasi (n=2)	Yo'g'on ichak jarohatini tikish	2	2.5
Jami		80	100%

2 holatda jigar yorilish chizig'i II-III-IV segmentlarda o'tib, o't pufagi shikastlanganda laparoskopik xolesistektomiya, so'ngra yorilish chizig'ini tikish va koagulyatsiya qilish amalga oshirilgan.

Jigar jarohatining chuqurligi 1,5 sm dan ortiq bo'lganda, biz bunda koagulyatsiya qilingan yuzaga qo'shimcha ravishda katta charvining tutami fiksatsiya qilib, uni jigar kapsulasi yoki o'roqsimon bog'lamga klips orqali mustahkamlash kabi qon ketishini to'xtatish usulini qo'lladik. Ushbu usul OIS shkalasi bo'yicha II-III darajali jigar shikastlanishida 25-50% subkapsulyar gematomadan davom etayotgan qon ketishning 10 holatida qo'llanilgan. Shunday

qilib, shu tarzda ishonchli gemostazga erishilgan. Yaxshiroq gemostaz uchun biz katta charvining tutami bilan peritonizatsiya qilish va uni jigar kapsulasiga yoki o‘roqsimon bog‘lamga klips orqali fiksatsiya qilish va «TaxoKomb» ni katta charvi tutami ostidan yorilish ustiga qo‘yish kabi kombinatsiyadan foydalandik.

Birorta holatda qon ketish residivi kuzatilmagan. Yassi jarohatlar, parenxamani qirrasi uzilishida va I darajali jarohatlarda 4 bemorlarda qon tomirlarning koagulyatsiyasi yoki klips o‘rnatilgandan so‘ng qorish bo‘shlig‘iga port orqali 11 mmli troakar orqali o‘ralgan ko‘rinishda kiritilgan «TaxoKomb» jarohat yuzasiga yopilgan, 3 nafar jabrlanuvchida jigarning tirqishli yoriqlari mavjud jarohatlar tugunli choklar bilan tikilgan. Buning uchun atravmatik igna (igna diametri 2 - 3 sm) vikril (0) qorin bo‘shlig‘iga kiritilgan, ip ochilib jarohat alohida tugunli choklar yordamida intrakorporal bog‘lash usuli orqali tikilgan (4.8-4.10 rasmlar).



4.8-rasm. Jigar jarohatiga atravmatik igna va vikril iplari yordamida tikish



4.9-rasm. Diafragma jarohatini tikish

Tadqiqotimizda biz birinchi navbatda videolaparoskopiya bilan qorin bo'shlig'ining kovak a'zolarining turli qismlarini vizualizasiya qilishning texnik imkoniyatlari bilan bog'liqligini aniqladik. Shunday qilib, eng qulay tekshiruv oshqozonning old devoriga, ingichka ichakning tutqichlariga, yo'g'on ichak va siydik pufagi qorin bo'shlig'i qismlariga yetkazilgan jaroxatlarni aniqlash bo'ldi. Ikkinchi tomondan esa qorin bo'shlig'idagi suyuqlik bor yo'qligini aniqladik.



4.10-rasm.Ingichka ichak jarohatini tikish

Jigar va taloqning qo'shma shikastlanishi bilan 1 nafar patsientda jigar va taloq defekti argon-olovli koagulyatsiyasidan so'ng «TaxoKomb» plastinkasi tamponadasi bilan amalga oshirilgan va katta charvi va ichak tutqichlari tomirlari yorilishi sohasiga klips o'rnatish orqali gemostazga erishilgan.

Tekshirilgan 3 holatda parenximaning kichik (uzunligi 1,5 sm gacha, chuqurligi 0,5-0,7 sm gacha) yorilishlari aniqlangan bo'lib, ulardan qon laxtalari olib tashlangandan keyin biroz qon ketish kuzatilgan. Taloq yorilishi OIS shkalasiga ko'ra I darajali deb tasniflangan. 5 holatda taloq travmasi OIS shkalasi bo'yicha II darajali deb hisoblanib argonplazmali koagulyatsiya amalga oshirilgan. 2 holatda esa taloq travmasi OIS shkalasi bo'yicha II darajali deb hisoblanib argonplazmali koagulyatsiya orqali ishonchli gemostazga erishilib yorilish liniyasiga «TaxoKomb» plastinkasi tamponadasi bilan amalga oshirilgan. Bundan tashqari, taloqning pastki qutbi shikastlanganda 2 jabrlanuvchida jarohat

yuzasini sferik elektrod bilan elektrokoagulyatsiya qilish amalga oshirilgan. Misol uchun kasallik tarixidan ko‘chirma keltiramiz.

Tekshirilgan 2 (1,98%) bemorlarda OIS shkalasi bo‘yicha I darajali jigar yorilishi liniyasini koagulyatsiyasidan keyin operatsiyadan keyingi erta davrda qon ketishining residivi qayd etilgan. Relaparoskopiya bajarilib argon plazmali koagulyatsiya va «TaxoKomb» plastinkasi tamponadasi qo‘llash orqali gemostazga erishilgan.

4.8-jadval

Asosiy guruhdagi torakoskopik operatsiya qilingan bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlari

	Bemorlar soni n=4	%
Qon ketish residiv	2	5.0
Koagulyatsiyalangan gemotoraks	1	2.5
Plevrit	1	2,5
Jami	4	10%

Kuzatishlar natijasida shu narsa amin bo‘ldiki ko‘krak qafasini yopiq shikastlanishlari bilan torakoskopik operatsiyalardan keying asoratlari quyidagicha ya’ni, 2 (5.0%) holatda jarohat koagulyatsiya qilingandan keyin 2 soatdan keyin qon ketish aniqlandi, kuzatilib, 2 sutka ichida mustaqil ravishda bartaraf bo‘lgan. Shundan 1 (2.5%) holatda 2 sutkadan keyin plevra bo‘shlig‘ida koagulyatsiyalangan gemotoraks aniqlangan. 1 (2.5%) holatda ikkilamchi plevrit kuzatilgan (4.8-jadval).

4.9-jadval

Asosiy guruhdagi laparoskopik operatsiya qilingan bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlar

	Bemorlar soni n=5	%
Qon ketish residiv	2	2.5
Biloma	2	2.5
Oshqozon-ichak tizimidan qon ketish	1	1.25
Jami	5	6.25%

Qorin bo'shlig'ini yopiq shikastlanishlari bilan videolaparoskopik operatsiya bajarilgandan keying davrda 2 (2.5%) holatda biloma kuzatilib, 2 sutka ichida mustaqil ravishda bartaraf bo'lgan. 1 (1.25%) holatda oshqozon-ichak tizimidan qon ketish oshqozon va o'n ikki barmoq ichak eroziyasi natijasida kuzatilgan. Shundan 2 (2.5%) hollarda argon plazmali koagulyatsiyadan keyin qon ketish kuzatilgan(4.9-jadval)

Laparoskopik operatsiyalar natijalari 4.10-jadvalda keltirilgan.

4.10-jadval

Torakoabdominat shikastlanishlarda laparoskopik operatsiyalar bajarilgan bemorlarda natijalar

Bemorlar soni	O'rtacha to'shak kuni	Operatsiyadan keyingi asoratlar	O'lim
75	5±1,31	9 (11,9%)	2 (2,7%)

O'lim 2 (4,8%) holatni tashkil etgan. 1 (2,4%) holatda peritonit rivojlanganligi sababli vujudga kelgan. 1 (2,4%) holatda esa o'limning sababi pnevmoniya natijasida sepsisning rivojlanishi bo'lgan.

4.3-§. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlarida torakotom va laparotom kirish yo'li orqali xirurgik aralashuvlar

Ko'krak qafasi yopiq shikastlanishi bilan bemorlarda torakotomiyaga ko'rsatma sifatida quyidagilar hisoblanadi:

- ko'p gemotorakslarda ya'ni, gemotoraks miqdori $1000 < \text{ko'p}$;
- suyuqlik miqdori kurak pastki burchagidan yuqori bo'lishi;
- nazorat qilib bo'lmaydigan shok holatlarida;
- dinamikada bemorning axvolini og'irlashishi;
- FAST bayyonomasini ijobiy natijalari;

Qorin bo'shlig'i yopiq travmasi bilan patsientlarda laparotomiyaga ko'rsatma sifatida quyidagilar hisoblanadi:

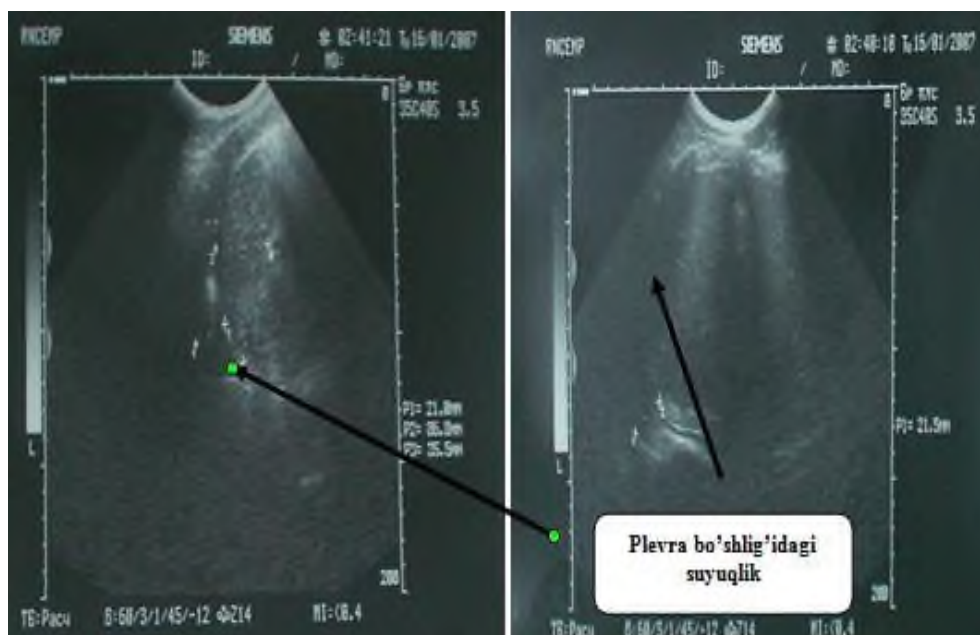
- peritonit simptomlari;
- nazorat qilib bo'lmaydigan shok va qon ketish;
- kuzatuv davomida patsient ahvolini og'irlashishi;
- FAST yoki DPL ijobiy natijalari.

Ijobiy FAST natijalari bo'lgan gemodinamik jihatdan barqaror patsientlar ba'zida shikastlanishlarning xarakteri va darajasini yaxshiroq aniqlash va davolash strategiyalarini aniqlash uchun kompyuter tomografiyasi (KT) zarur bo'lgan.

Shuningdek 22 (18,8%) patsientda diagnostik laparoskopiya natijalari aniqlangandan so'ng, radikal operatsiya usullarini amalga oshirish va laparoskopik usul yordamida qon ketishini to'xtatishni imkoni bo'lmaganda konversiya orqali kirishga o'tilgan.



4.11-rasm. Katta gemotoraks

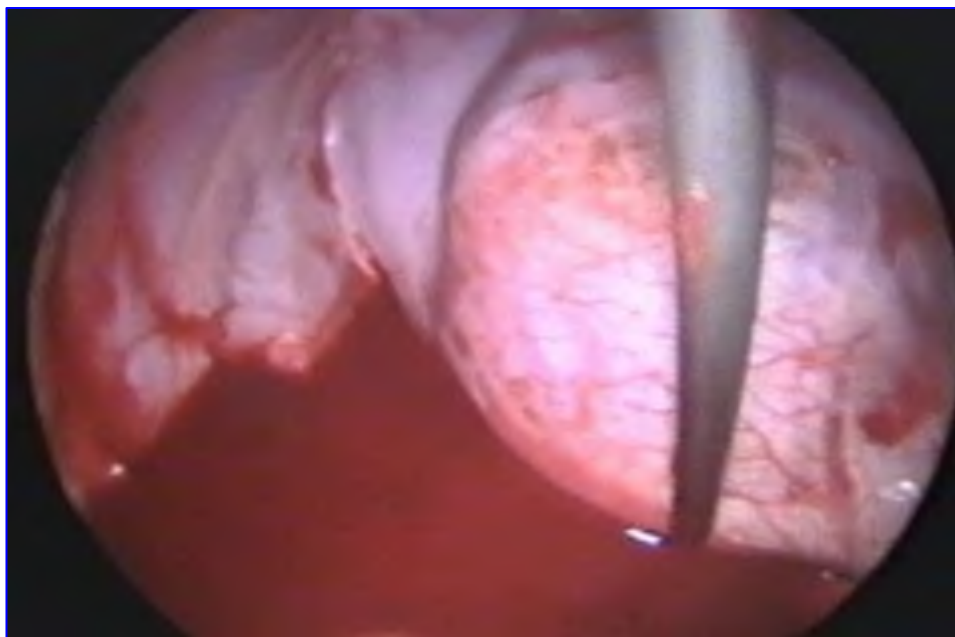


4.12-rasm. UTTda plevra bo'shlig'ida suyuqlik

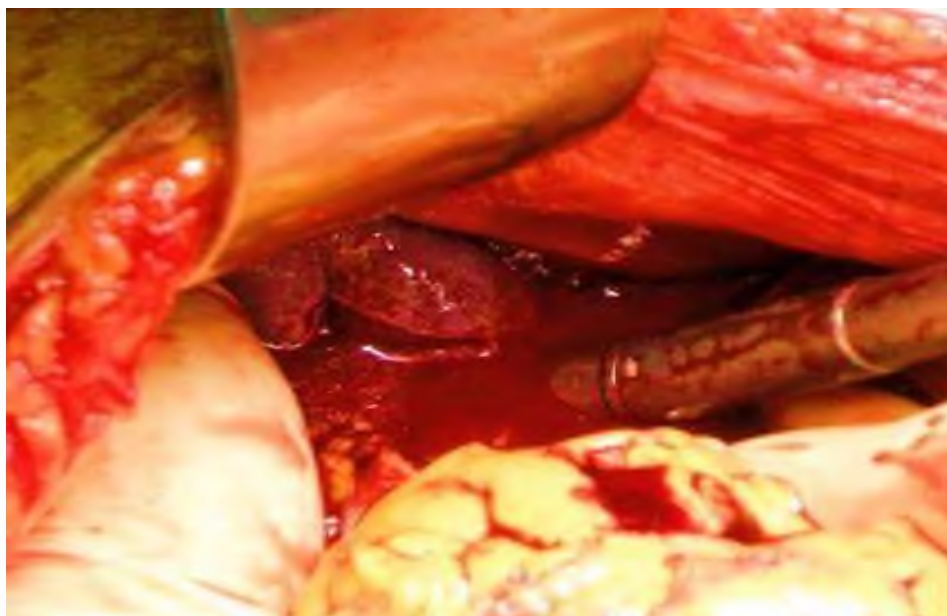
Asosiy guruhdagi 120 nafar bemorlardan 20 nafari (16,7%) nostabil gemodinamika va o'ta og'ir holatda peritoneal belgilar bilan darhol operatsiya xonasiga keltirilgan, minimal hajmda shokga qarshi choralar va tekshiruvdan so'ng darhol laparotomiya operatsiyasi bajarilib qon ketish va peritonit manbasi aniqlangach, qon ketishini to'xtatish va a'zolarning butunligi tiklash amalga oshirilgan (4.12-rasm). Shunday qilib, jami 25 bemorlarda (35,9%) torakotomiya, laparotomiya va konversiya xirurgik aralashuvlar qo'llanilgan .



4.13-rasm. Ingichka ichak tutqichini jarohati



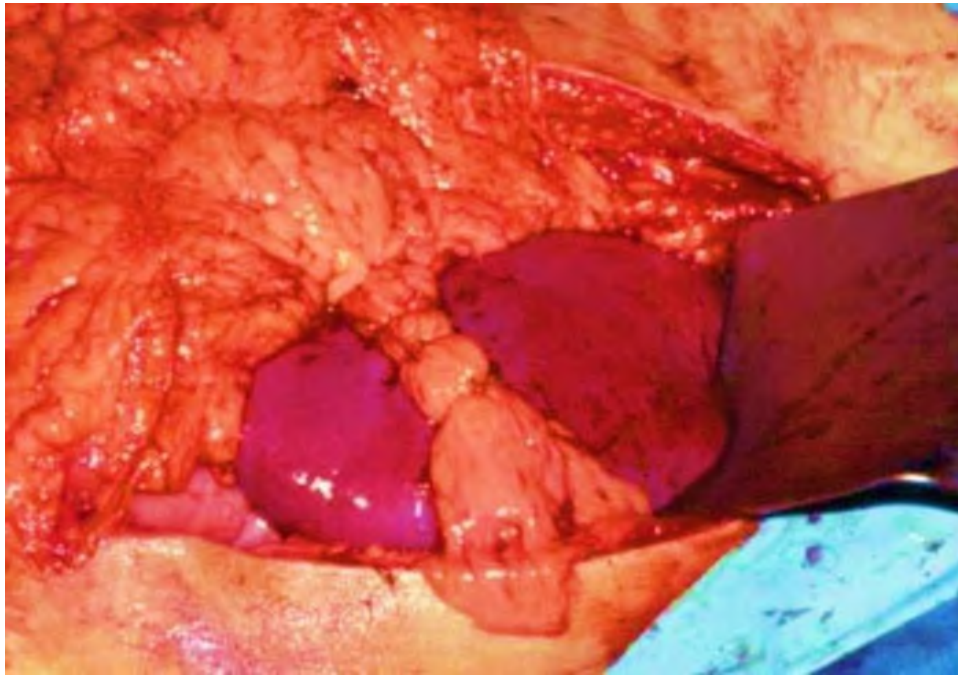
4.14-rasm. Gemotoraks



4.15-rasm. Ochiq laparatom operatsiya (jigar yorilishi)

Taloq jarohatlari va yorilishlari sanchuvchi atravmatik ignada soʻriluvchi iplar (vikril 3.0-4.0) bilan P-simon choklari yordamida tikilgan. Choklar uchun «tayanch» sifatida katta charvining tutami qoʻllanilgan (4.6-rasm). OIS shkalasi boʻyicha taloqning III darajali shikastlanishida 2 patsientda (%) qutblardan birini rezeksiya qilishga muvaffaq boʻlingan. Taloq mobilizatsiya qilingach rezeksiya qilingan zonaga mos qon tomirlar oyoqchalari kesilib, soʻngra bogʻlangan. Shundan soʻng ishemiyaga uchragan sohaning chetidan 1 sm masofada rezeksiya

chizig'ini joylashtirishga harakat qilib, qutb olib tashlangan. Qon oqayotgan tomirlar vikril 4.0,5.0 bilan bog'langan va yuqorida sanab o'tilgan usullardan biri yordamida gemostaz amalga oshirilgan.



4.16-rasm. Taloq yopiq travmasi. Omentosplenopeksiya.

2 holatda taloq arteriyasini bog'lash (videolaparoskopiya paytida klips o'rnatish) yuqorida keltirilgan gemostaz usullari kombinatsiyasida amalga oshirilgan. Bizning fikrimizcha bu, ayniqsa, taloq atrofidagi a'zo va to'qimalar bilan keng bitishmalar hisobiga yopishib ketganligi va qachonkim, a'zolari saqlovchi boshqa operatsiyalarni amalga oshirish (va hatto radikal splenektomiyaning o'zi ham) katta texnik qiyinchiliklar bilan bog'liqligi jihatidan afzalliklarga ega.

Biz a'zolari saqlovchi operatsiyalarni bajarishni o'zimizga maqsad deb hisoblamadik. Quyidagilar taloq travmasida a'zolari operatsiyaga qarshi ko'rsatma deb hisoblanadi:

- taloqni OIS shkalasi bo'yicha IV-V darajali shikastlanishi;
- qorin va qorin parda orti bo'shlig'i boshqa a'zolarining ko'plab shikastlanishlari;
- patologik o'zgargan taloqning shikastlanishi (splenomegaliya va b.q.);
- nostabil gemodinamika (sistolik AQB 80 mm sim. ust. past bo'lsa);

- qon ivish sistemasidagi buzilishlar;
- jabrlanuvchining yoshi 65 yoshdan oshgan bo'lsa;
- peritonit.

A'zolari saqllovchi operatsiyani o'tkazishga muvaffaqiyatsiz urinishlar splenektomiyaga ko'rsatma bo'lib xizmat qilgan. Taloqdagi operatsiyalar qorin bo'shlig'ini sanatsiya qilish va chap diafragma osti bo'shlig'ini drenajlash bilan yakunlangan.

OIS shkalasi bo'yicha a'zolarning shikastlanish darajasiga bog'liq holda operatsiyalarni tanlash 4.7-jadvalda keltirilgan.

OIS shkalasi bo'yicha IV-V darajali jigar shikastlanishi bo'lgan 15 holatda qonni to'xtatish maqsadida biz «damage control» strategiyasini qo'lladik. Qachonkim, klinik kartina peritoneal holatlar va qorin bo'shlig'i qon ketishi belgilari bilan namoyon bo'lgan hollarda 42 (35,9%) patsientga laparotomiya bajarilib jigar jarohati atravmatik igna yordamida Vikril iplari bilan tikilgan, jarohatni butun chuqurligi bo'yicha tikish imkonsiz bo'lgan holatlarda jarohat katta charvining tutami yoki jigarning mobilizatsiya qilingan yumaloq bog'lami bilan tamponada qilingan.

Qon ketishini vaqtincha to'xtatish uchun biz Baron-Pringl usuli yordamida jigarni vaqtincha «o'chirish» va gepatoduodenal bog'lamga turniket qo'llashdan foydalandik. Xirurgik davolash uchun parenximaning turli tekisliklardagi ko'p chiziqli yorilishlari bilan jarohatlarga tegib turuvchi qo'shni sohalarining to'liq ishemiyasi yoki ularning ezilishi ko'rsatma bo'lgan. Jigarning markaziy yorilishi va gematoma mavjud bo'lsa, eng yaqin portal yoriqlaridan biri orqali kirish orqali reviziya amalga oshirilgan. Bunday holda o't- va gemostaz diqqat bilan amalga oshirilgan, gematoma bo'shlig'i katta charvi bilan tamponlangan (tikishsiz) va drenajlangan.

Operativ aralashuvlar bajarilgan bemorlarda torakotom va laparotom xirurgik aralashuvlarning natijalari 4.11-jadvalda keltirilgan.

4.11-jadval

Torakoabdominal yopiq shikastlanishlar bilan bemorlarda torakotom va laparotom xirurgik aralashuvlarning natijalari (n= 25)

Bemorlar soni	O‘rtacha tushak kuni	Operatsiyadan keyingi asoratlar	O‘lim
25	15±1.31	9 (21,4%)	4 (15,8%)

O‘lim 4 (15,8%) holatda kuzatilgan. Og‘ir qo‘shma travma natijasida travmatik shok - 1, peritonit rivojlanishi - 1 va operatsiyadan keyingi pnevmoniya va sepsis - 2 bemorda o‘limning asosiy sababi bo‘lgan.

4.4-§. Ko‘krak qafasi va qorin bo‘shlig‘i yopiq shikastlanishlarida diagnostika va davolash taktikalarini tanlash bo‘yicha ishlab chiqilgan algoritm

Algoritmga muvofiq, qabul bo‘limida shikastlanganlarga diagnostik tekshirishlar yetarli hajmda o‘tkazilgan (laborator, UTT, rentgen, KT, MRT).

Ko‘krak qafasi va qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining shikastlanish darajasiga bog‘liq holda bemorlarlar dinamik kuzatuv uchun xirurgik bo‘lim yoki operatsiya xonasiga yuborilgan. UTT bo‘yicha plevra bo‘shlig‘ida hajmi 200-300ml, gemoperitoneum hajmi $\leq 150-200$ ml bo‘lgan, OIS klassifikatsiyasi bo‘yicha I-II og‘irlik darajasi bo‘lgan bemorlar qabul bo‘limini chetlab o‘tib, reanimatsiya bo‘limiga yotqizilgan va shokka qarshi va diagnostik chora-tadbirlar (UTT va gemodinamik ko‘rsatkichlar) o‘tkazilgan.

UTT bo‘yicha gemotoraks hajmi 300-500 va gemoperitoneum hajmi ≤ 500 ml bo‘lgan, holatining og‘irligi OIS klassifikatsiyasi bo‘yicha I-II daraja va sistolik bosim ko‘rsatkichlari 100 mm. sim. ustunidan yuqori bemorlarga diagnostik laparoskopiya o‘tkazilgan, so‘ngra davolash taktikasi belgilangan.

Davom etayotgan qon ketish holatlarida UTT bo‘yicha gemotoraks hajmi $1000 <$ yuqori plevra bo‘shlig‘ida suyuqlik miqdoro kurak pastki burchagidan yuqori bo‘lgan hollarda, gemoperitoneum hajmi ≥ 500 , holatining og‘irligi OIS klassifikatsiyasi bo‘yicha III-IV-V daraja va sistolik bosim ko‘rsatkichlari 100 mm. sim. ustunidan past bemorlar to‘g‘ridan to‘g‘ri operatsiya xonasiga torakotom va laparotom xirurgik aralashuvni amalga oshirish uchun yuborilgan.

Laparotomiya jarayonida ichki a'zolar shikastlanish darajasi va gemoperitoneum hajmiga qarab xirurgik davolash taktikasi va turi aniqlangan.

Davolash usullarini tanlash mezonlari, shuningdek, torakoabdominal yopiq shikastlanish bilan bemorlarni davolash natijalari bo'yicha olingan ma'lumotlarga asoslanib, biz videotorakoskopiya va videolaparoskopik operatsiyalar uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni aniqladik.

Amaldagi taktikalar 20 (16,7%) holatda xirurgik aralashuvidan voz kechish va bemorlarni konservativ tarzda olib borish imkonini bergan.

Tadqiqotimiz natijasida 75 (62,5%) holatda laparoskopiya tufayli eksplorativ laparotomiyadan voz kechib bemorlarni umumiy axvoliga gemodinamik ko'rsatgichlariga va UTT natijalariga asoslanin bemorlar konservativ va miniinvaziv texnologiyalar (torakoskopiya va laparoskopiya) asosida usudavolanish muvaffaqiyatli davom ettirilgan. Shu bilan birga, 20 nafar bemorgaga zudlik bilan torakotomiya 7 nafar bemorlarda, laparotomiya 13 nafar bemorlardaolib borilgan. Diagnostik laparoskopiya vaqtida 5 nafar bemorlarga konversiya yo'li bilan laparoskopik tekshiruvdan so'ng laparotomiya operatsiyalari o'tkazilgan. Bu shuni ko'rsatadiki, bemorlar ahvolining o'ta og'irligi, 500 ml dan ortiq ko'p miqdorda qon yo'qotishi va OIS klassifikatsiyasi bo'yicha III-IV-V darajadagi qorin bo'shlig'i a'zolarining og'ir shikastlanishi va qon bosimi 100 mm. sim. ustunidan past bo'lgan va travma olingan vaqtdan boshlab 12 soatdan kam vaqt o'tgan taqdirda bemorlarga torakoskopik va laparoskopik operatsiyalarni amalga oshirish mumkin emas. Ammo, 500-1000 ml dan ortiq qon yo'qotishi bo'lgan, shikastlanish boshlanganidan 12 soatdan ortiq vaqt o'tgan va sistolik qon bosimi 100 mm sim. ustunidan yuqori bo'lgan bunday og'ir patsientlarda diagnostik torakoskopiya va laparoskopiya o'tkazilib keyingi davolash taktikasi bo'yicha qaror qabul qilingan.

Shunday qilib, yangi miniinvaziv texnologiyalarni o'zgartirish va qo'llash orqali torakotomiya va laparotomiya qilish kerak bo'lgan bemorlar sonini kamaytirish mumkin.

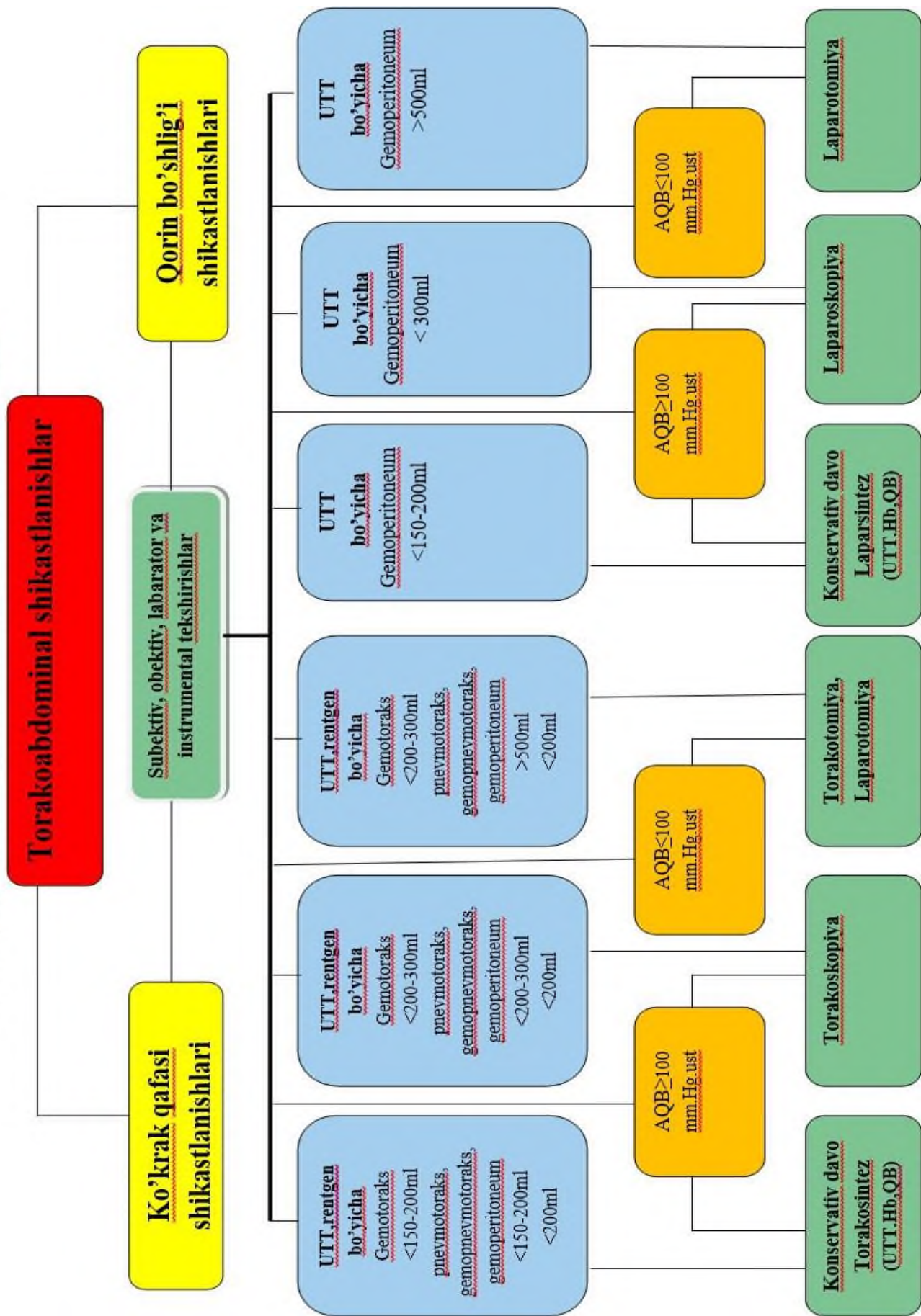
Miniinvaziv operatsiyalar uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar asosida ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishi bilan bemorlarda diagnostika va davolash taktikasi algoritmi ishlab chiqilgan va qo'llanilganligi 4.17-rasmda keltirilgan.

Shunday qilib, diagnostika sxemasining birinchi bosqichida shifoxonaga yotqizish paytida yordam ko'rsatishning asosiy mezonlari quyidagilardan: asosiy shikastlanishni aniqlash bilan dastlabki diagnoz qo'yish, UTT bo'yicha gomotoraks, gemoperitoneum hajmi, OIS tasnifi bo'yicha shikastlanish og'irligini aniqlash va sistolik qon bosimi darajasidan iborat bo'lgan.

Tadqiqot guruhidagi bir nechta bemorlarga yordam ko'rsatish uchun diagnostika sxemasi va davolash taktikasiga misol keltiramiz:

№1 klinik kuzatuv. Jabrlanuvchi A. A., 30 yoshda, kasallik tarixi №2367/456. YTH natijasida travma olgandan 70 minutdan so'ng 12.02.2021 yil kuni soat 13-30 da tez yordam mashinasida keltirilgan. Kuchli umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, kungil aynishi, chap qovurga osti va epigastral sohalaridagi og'riqqa shikoyat qilgan. Umumiy ahvoli og'ir. Teri qoplamasi oqimtir. Pulsi tezlashgan, YuUT – minutiga 100 marta, AQB 90/60 mm.sim.ust. Ob'ektiv: qorin yuqori sohalarida biroz mushaklar defansi, qorin parda ta'sirlanish belgilari, chap yonbosh soha bo'ylab perkussiyada to'mtoqlashuv aniqlanadi. Laborator ko'rsatgichlar: Nv 110 g/l. Erit $2,8 \times 10^{12}/l$, Ht - 0,40. Dastlabki diagnoz: bosh miya yopiq travmasi, qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq travmasi, qorinichi qon ketishi. Qorin bo'shlig'ida UTT 400 ml erkin suyuqlik aniqlangan. 12.05.12 yil kuni soat 13:55 videolaparoskopiya bajarilgan. Reviziya payti ingichka ichak tutqichida 0,8x0,2x0,1 o'lchamda chiziqli yorilish (OIS shkalasi bo'yicha I daraja) aniqlangan.

4.17-rasm| Torakoabdominal shikastlanishlarida diagnostika-davolash algoritmi



Taloqning pastki qutbida 3x0,2x0,2 sm chiziqli (OIS shkalasi bo'yicha I daraja) aniqlangan. Taloqdagi yorilish argonoplazmali koagulyatsiya qilingan va tutqichdagi yoriq tugunli choklar yordamida tikilgan. Ishonchli gemostazga erishilgan va qorin bo'shlig'i drenajlangan. Patsientga 1, 2, 3 kunlarda dinamik UTT o'tkazilgan, qon ketish qayd etilmagan. N – 90, Erit - 2,7x10¹²/l, Ht - 0,40. Patsient statsionarda qabul qilinganidan so'ng 8-chi sutkada qoniqarli holatda uyiga javob berilgan.

Ushbu misoldan ma'lum bo'lishicha, birinchi yordam bosqichidan so'ng jabrlanuvchi operatsiya xonasiga olib borilgan, u yerda videolaparoskopiya bajarilgan va OIS shkalasi bo'yicha taloqning I-darajali shikastlanishi va gemoperitoneum 400 ml aniqlangan, bu algoritmgga muvofiq diagnostik va keyingi davo maqsadida videolaparoskopiya uchun ko'rsatma bo'lib, ushbu holatda muvaffaqiyatli amalga oshirilgan.

Ikkinchi bosqichda yordam ko'rsatishning asosiy prinsipini ta'kidlash uchun biz yana bir klinik holatni taqdim etamiz:

№2 klinik kuzatuv. *Jabrlanuvchi Sh. Sh., 23 yoshda, kasallik tarixi №1890/945. YTH natijasida travma olgandan 1 soatdan keyin 18.02.2020 yil kuni soat 17-00 da og'ir ahvolda keltirilgan. Birlamchi ko'rik va instrumental tekshirish usullaridan (rentgen, UTT), qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi to'g'risida ma'lumotlar aniqlanmagan. Jabrlanganga 4, 6 soatdan keyin dinamik UTT o'tkazilgan va uning natijalarida ham patologiya aniqlanmagan. Ammo, patsient o'ng qovurg'a ostidagi og'riqdan shikoyat qilgan. Ob'ektiv tekshiruvda peritoneal simptomlar salbiy, jigar to'mtoqligi saqlangan. Qabul qilinganidan 12 soat o'tib nazorat UTT qorin bo'shlig'ining o'ng yonbosh kanali bo'ylab erkin suyuqliq va jigar osti bo'shlig'ida qorin parda varaqlarini 0,3 smga ajratuvchi qalinlikdagi erkin suyuqliq aniqlangan. Sistolik arterial bosim 100 mm.sim.ustunidan past bo'lgan. Laparotomiya qilishga qaror qilingan. Laparotomiya paytida 900 ml qon laxtalari bilan birgalikda aniqlangan, jigar VI segmenti sohasidagi yoriqqa yopishgan qon laxtalari ham aniqlangan. Jigardagi*

yoriqning o'lchamlari 6,0x0,4x0,3 (OIS shkalasi bo'yicha daraja III - IV daraja). Jigardagi jarohat tikilib, ustidan katta charvining tutami oyoqchasida fiksatsiya qilingan, qorin bo'shlig'i sanatsiya qilinib drenajlangan. Yo'qatilgan umumiy qon hajmi 1 100 ml (900 ml travmadan keyin va 200 ml operatsiya davomida). Operatsiyadan keyingi davr qoniqarli o'tgan. Patsient operatsiyadan keyin 6-chi sutkada qoniqarli ahvolda uyiga javob berilgan.

IV bob bo'yicha qisqacha xulosa

Shunday qilib, torakoabdominal yopiq shikastlanishi bilan bemorlarni davolash natijalarini tahlil qilish asosida ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishining og'irligi va shikastlanish darajasini ob'ektiv baholashga qarab davolash usulini tanlashga tabaqalashtirilgan yondashuv aniqlangan. Quyidagi qoidalar belgilangan:

Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlangan bemorlarda OIS shkalasi bo'yicha travmaning I-II darajasi, gomotoraks 100-200, gemoperitoneum / 150-200 ml gacha bo'lgan taqdirda majburiy dinamik kuzatuv sharti bilan plevra bo'shlig'i drenag'lanib konservativ tarzda davolash mumkin;

Gemotoraks hajmi 500-1000 ml gacha, rentgenda gemotoraks hajmi hajmi kurak pastki burchagigacha bo'lgan hollarda, bemorning umumiy axvoli, gemodinamik ko'rsatgichlarni xisobga olgan holda, OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali qorin bo'shlig'i a'zolari travmasi va 500 ml gacha gemoperitoneum bo'lgan bemorlarga torakoskopik va laparoskopik operatsiyalar o'tkazilishi mumkin;

Gemotoraks hajmi 1000 ml yuqori, rentgenda gmmotoraks hajmi kurak pastki burchagigadan yuqori bo'lgan hollarda, bemorning umumiy axvoli, gemodinamik ko'rsatgichlarni xisobga olgan holda, OIS shkalasi bo'yicha IV va undan ortiq daraja va gemoperitoneum 500 ml dan ortiq bo'lgan III -darajali shok bilan darhol ochiq operatsiyani amalga oshirish talab qilinadi.

Videotorakoskopiya va laparoskopiya a'zolar shikastlanishiga shubha qilingan bemorlarga quyidagi mezonlarga mos holatlarda bajariladi:

1. stabil gemodinamika;
2. hushining yo'qligi;
3. UTT yoki KT yordamida aniqlangan OIS shkalasi bo'yicha III darajali a'zoning travmasi;
4. gemotoraks 300-500ml gacha;
5. gemoperitoneum 500 ml gacha;

6. og‘ir qo‘shma travmaning mavjudligi.

Bu diagnostika va davolash imkoniyatlarini sezilarli darajada kengaytirish, shuningdek, shoshilinch sabablarga ko‘ra yopiq travmalar, ko‘kra qafasi va qorin bo‘shlig‘i jarohatlari va o‘tkir xirurgik patologiyasi bilan yotqizilgan bemorlarni tekshirish vaqtini qisqartirish imkonini bergan. UTT va roentgen ma’lumotlariga ko‘ra plevra bo‘shlig‘i va qorin bo‘shlig‘i qon ketishining aniq klinik belgilarining yo‘qligi va oz miqdordagi suyuqlik davolash-diagnostik videotorakoskopiya va videolaparoskopiya oqilona murojaat qilish imkonini asoslaydi. Videoskopiyaning alohida ahamiyati diagnostika va davolash muolajalarni birlashtirish imkoniyatidadir.

XULOSA

Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, torakoabdominal shikastlanishlar bilan bemorlar guruhidagi yuqori o'lim va nogironlik nafaqat shikastlanishning og'irligi va ular diagnostikasining murakkabligi, balkim ko'p jihatdan bemorlarlar ahvolining og'irligini baholashda yagona yondashuvning yo'qligi, operativ davolash usulini hamda operatsiyadan oldingi va keyingi davolash usullarini tanlash bilan bog'liqdir. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i qo'shma va ko'p sonli shikastlanishlari shoshilinch xirurgiyada ayrim hollarda yashirin klinik ko'rinish va diagnostikasi qiyin xisoblanadi. Yuqoridagilarning barchasi ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolar jarohati bilan bemorlarga diagnostika muammosining dolzarbligini belgilaydi. Hozirgi vaqtda ko'plab klinikalarda qorin bo'shlig'i yopiq jarohati bilan bemorlarda gemoperitoneumning har qanday hajmi laparotomiya uchun mutlaq ko'rsatma hisoblanadi va taloq jarohatlarida eng keng tarqalgan davolash usuli splenektomiya hisoblanadi. Shunday qilib, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlari uchun xirurgik taktikasini tanlash hozirgi kunda qizg'in bahs-munozaralarga sabab bo'lmoqda. Binobarin, ushbu toifadagi bemorlarda laparoskopik diagnostika, davolash maqsadidagi torakoskopiya, laparoskopiya va konservativ davoning roli va o'rnini hali aniqlanmagan va uni amalga oshirish imkoniyati mezonlari ham ishlab chiqilmagan. Ushbu masalaga bag'ishlangan ishlarda bemorlarni konservativ davolash va «an'anaviy» traditsion usul ya'ni, torakotomiya laparotomiya yordamida davolash natijalarining qiyosiy tahlili yo'q. A'zolarini saqlash operatsiyalarining o'rnini, sifati va roli masalasi muhokama qilinmoqda.

Torakoabdominal yopiq shikastlanishi bilan bemorlarda xirurgik taktikasini tanlash shoshilinch xirurgiyada hali ham tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Shu sababli torakoabdominal yopiq jarohatlari bilan bemorlarni davolashda kompleks yondashuv zarurligiga shubha yo'q, ammo shu bilan birga, bemorlarning ushbu toifasida eng ko'p uchraydigan asoratlarni profilaktika usullariga aniqlik kiritishni talab qiladi.

Ushbu tadqiqotning maqsadi ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlarida davolash natijalarini yaxshilash uchun miniinvaziv (endovideoxirurgik) diagnostika va davolash usullarini optimallashtirishdan iborat bo'lgan. Tadqiqot 120 bemorlarni tekshirish va davolash ma'lumotlariga asoslangan. Tadqiqotda barcha jabrlanganlar ikki guruhga bo'lingan. Taqqoslash guruhiga 100 (45,5%) bemorlar kiritilgan bo'lib, ularda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi diagnostikasi uchun an'anaviy tekshirish va davolash usullari, shu jumladan klinik va laboratoriya bilan bir qatorda noinvaziv tekshirish usullari (UTT, rentgen va KT), shuningdek diagnostik va davolash maqsadida bajarilgan torakotomiya va laparotomiyadir. Asosiy guruhga 120 (54,5%) jabrlanuvchi kiritilgan bo'lib, ularda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq travmasi bilan bemorlarda diagnostika va davolash taktikasini tanlash uchun biz ishlab chiqqan algoritm qo'llanilgan. Bemorlarga RShTYoIM Samarqand filialining xirurgik bo'limlarida tibbiy yordam ko'rsatilgan. UTT barcha holatlarda qo'llanilgan. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishlarida ichki a'zolar shikastlanishlari diagnostikasida ultratovushning sezgirligi 88,6% ni tashkil etgan. Parenximatoz va kovak a'zolarining shikastlanish darajasini baholash uchun OIS shkalasi bo'yicha a'zo shikastlanishining og'irligi tasnifi qo'llanilgan. Qorin bo'shlig'i a'zo va strukturalari shikastlanishining Organ Injury Scale (OIS) (1986g.) shkalasi bo'yicha klassifikatsiyasi orqali operativ aralashuv tanlash taktikasi aniqlangan.

Tadqiqotning maqsad va vazifalariga muvofiq, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolari bilan davolanayotgan bemorlarda keyinchalik shikastlanish dinamikasi gemotoraks va gemoperitoneum hajmini kuzatish uchun dinamik UTT o'tkazilgan. Torakoabdominal shikastlanishlar bilan bemorlarda shikastlanishning xarakterini aniqlash uchun yumshoq tadqiqot usuli sifatida torakosintez, laparotsentez va diagnostik peritoneal lavajda (DPL) biz «aylanuvchi kateter» usulini qo'lladik. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i

a'zolarining shikastlanishlari diagnostikasida torakosintezning 92,5%, laparotsintezning sezgirligi 90,9%, UTT - 88,6%, yopiq travmada laparoskopiya - 97,2% ni tashkil etgan.

Videotorakoskopiya va videolaparoskopiya a'zolarining shikastlanish darajasini ko'rish va aniqlash uchun ishlatilgan, ba'zi hollarda gemostazga amalga oshirish imkonini ta'minlagan. Bemorlarda izolyatsiya qilingan jarohatlar va qorin bo'shlig'iga yengil qon ketish holatlarida videolaparoskopiya gemostazning yakuniy usuli bo'lib xizmat qilgan. Qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishi bilan qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik sindromi patsientda qorin bo'shlig'idagi suyuqlikning sifati va miqdorini farqlash va xirurgik davolash strategiyasini aniqlash imkonini beradigan klinik, UTT, KT va endoskopik belgilar yig'indisiga asoslangan holda aniqlangan. Konsepsiya protokolining asosi sifatida FAST protokoli (Focused Assessment with Sonography in Trauma - travmada maqsadli sonografik tekshiruv) qabul qilingan. FAST barcha klinik ahamiyatga ega qorin bo'shlig'i shikastlanishlari gemoperitoneum bilan bog'liq degan taxminga asoslangan.

Tadqiqotning dastlabki bosqichida ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq travmalarida biz ishlab chiqqan diagnostik va davolash taktikasini tanlash algoritmi shuningdek, torakoskopik va laparoskopik usullar yordamida gemotoraks, gemoperitoneum diagnozi tasdiqlangan bemorlarda ushbu usul amaliyotga tadbiq etilguniga qadar bemorlarga ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishi bilan ko'rsatilgan tibbiy yordamning samaradorligini aniqlash maqsadida 100 nafar bemorlarni (taqqoslash guruhi) guruhini retrospektiv tahlil qildik. 40 nafar patsientda parenximatoz a'zolar shikastlanishi, 60 nafarida esa kovak a'zolar shikastlanishi aniqlangan. Yana 10 nafar patsientda ko'krak qafasi qo'shma travmasi bo'lgan. Gemoperitoneum hajmi 60 dan 3200 ml gacha o'zgarib turgan. Bemorlarning tadqiqot guruhida quyidagi ochiq laparotomik xirurgik aralashuvlar amalga oshirilgan: parenximatoz a'zosaqlovchi operatsiyalar - 26. Kovak a'zolar shikastlanishi

bilan 32 bemorda OIS shkalasi bo'yicha a'zo shikastlanishining og'irligi I dan III gacha bo'lgan, splenopatiya belgilari bo'lmagan va 500 ml gacha bo'lgan hajmda gemoperitoneum aniqlangan. Shunday qilib, operatsiya qilingan patsientlarda qabul qilingan paytdan boshlab birinchi kunida o'lim katta miqdordagi qon yo'qotishi, o'tkazilgan operativ aralashuvning og'irligi va hajmi bilan bog'liq. Keyinchalik ushbu guruhda pnevmoniya, qo'shimcha kasalliklarning dekompensatsiya bosqichi va operatsiyadan keyingi asoratlar hamda o'tkazilgan laparotom aralashuvning og'irligi patsientlar ahvolini yanada og'irlashtirib o'linga sabab bo'lgan. Operatsiyadan keyingi asoratlarni tahlil qilish natijasida olingan ma'lumotlar, keyinchalik OIS shkalasi bo'yicha III darajadan yuqori taloq shikastlanishi natijasida davom etayotgan qon ketishi mavjud patsientlarda splensaqllovchi aralashuvlardan foydalanishimizdan voz kechishga sabab bo'lgan. Izolyatsiyalangan abdominal travma bilan taqqoslash guruhidagi javob berilgan patsientlarda davolanish muddati 8 dan 42 yotoq kunigacha o'zgarib turgan va o'rtacha yotoq kuni $16,57 \pm 6,27$ tashkil etgan va qo'shma travma bilan javob berilgan patsientlarda o'rtacha yotoq kuni $17,82 \pm 3,43$ tashkil etgan, va davolash muddati 7 dan 76 kungacha bo'lgan. Tadqiqotning birinchi bosqichida operatsiya qilingan patsientlarni tekshirish va davolash natijalarini tahlil qilib, quyidagi xulosalarga keldik: Jigar va taloqning yopiq travmasi bilan operatsiya qilingan patsientlarning klinik materialini o'rganish natijasida biz, OIS shkalasi bo'yicha III oshmaydigan shikastlanish darajasi va 200 ml gacha bo'lgan gemoperitoneum hajmi bilan 30 nafar patsientlarning hushi saqlanganligi, gemodinamik jihatdan stabil va og'ir qo'shma jarohatlari bo'lmaganligini aniqlaganmiz. Shuni ta'kidlash kerakki, aynan mana shu 30 patsientlar kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab kech operatsiya qilingan va laparotomiya bosqichida ularda allaqachon mustaqil ravishda gemostazga uchraganligi va xirurgik aralashuv ko'lami aksariyat holatlarda koagulyatsiya yoki reviziya paytida jigar yoki taloqning jarohatlarida davom etuvchi qon ketish bo'lmaganda yuzaki tikuvlarni tikish bilan

cheklanilgan.

Shunday qilib, tadqiqotning birinchi bosqichida olingan yuqoridagi ma'lumotlarga asoslanib, ko'krak qafasidagi xayotiy muhim a'zolarida shikastlanish darajasini hisobga olib, gemotoraks hajmiga, bemorlarning umumiy axvoliga, stabil gemodinamika va koagulopatiyaning yo'qligi gemodinamik ko'rsatgichlariga va ichki a'zolar shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha III yuqori bo'lmagan, gemoperitoneum hajmi 200 ml gacha, hushning mavjudligi, stabil gemodinamika va koagulopatiyaning yo'qligi faraz qilgan va qaror qilgan o'sha chegara qiymatlari bo'lishi va bunda mustaqil ravishda gemostaz ruy berganligi haqida taxmin qilish mumkin. Ushbu mezonlar torakoabdominal yopiq travmasida ichki a'zolar yopiq shikastlanishi bilan bemorlarni davolashda konservativ yondashuvni qo'llash imkoniyati uchun asos deb hisoblash mumkin. Boshqa tomondan, torakoabdominal travmasida icki a'zolar yopiq shikastlanishi bilan operatsiya qilingan bemorlar guruhidagi asoratlarni tahlil qila turib biz shunday xulosaga keldik, agar a'zo travmasining darajasi OIS shkalasi bo'yicha III yuqori bo'lsa, gemotoraks hajmi 500ml va gemoperitoneum hajmi 200 ml dan ortiq, shuningdek, og'ir qo'shma travma mavjud bo'lsa, shikastlangan a'zodan qon ketish xavfi yuqori. Shunday qilib, bu ko'rsatkichlar mustaqil gemostazning rivojlanish ehtimoli pastligi sababli mo'ljallangan konservativ davolanishni istisno qilish mezonlari deb hisoblanishi mumkin.

Shunga mos ravishda biz tomondan torakoabdominal yopiq travmalarida diagnostika va davolash taktikasini tanlash algoritmi ishlab chiqilgan. Torakoabdominal yopiq travmalari bilan bemorlarni davolash bo'yicha bizning strategiyamiz uchta taktik qarorni o'z ichiga olgan: bular qat'iy ravishda konservativ davo o'tkazish; diagnostik va davolash maqsadida torakoskopiya va laparoskopiyani amalga oshirish; laparotomiya qilish.

Konservativ davo guruhiga kiritish mezonlari sifatida bemorlar ahvolidagi og'irligini xarakterlovchi patsientning klinik va laboratoriya tekshiruvi

ma'lumotlariga asosan biz quyidagilarni belgilash orqali tasdiqladik: hushning mavjudligi; barqaror gemodinamika; kovak a'zo perforatsiyasi tufayli peritonitning yo'qligi; koagulopatiyaning yo'qligi; taloq travmasida splenopatiya belgilarining yo'qligi; a'zolar shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha III yuqori bo'lmagan (UTT yoki KT natijasida aniqlangan) va ularni zarur paytda bajarishning texnik jihatdan imkoni; gemoperitoneum 200 ml dan oshmasligi kerak.

Asosiy guruhdagi 120 nafar bemorning umumiy sonidan tekshiruv natijasida 20 (24,7%) patsientda jigar va taloqning yopiq jarohatlarini konservativ davolashni amalga oshirish mumkin bo'lgan. OIS shkalasi bo'yicha a'zo shikastlanishining og'irligi klassifikatsiyasiga muvofiq, ichki a'zolar shikastlanish darajasi I dan III gacha bo'lgan. 17 (68%) holatda qorin bo'shlig'ining UTT va KT tekshiruvlaridan so'ng 150-200 ml gacha bo'lgan gemoperitoneum mavjudligi aniqlangan. 6, 12, 24 soatdan keyin dinamik UTT gemoperitoneumning o'sishi qayd etilmagan. 7 (24,1%) holatda UTT va KT tekshiruvidan so'ng OIS shkalasi bo'yicha taloqning I darajali yengil shikastlanishi, qorin bo'shlig'ining chap tomonida 160-180 ml gacha qon mavjudligi aniqlangan. Gemodinamik ko'rsatkichlar barqaror bo'lgan. Eritrotsitlar, gemoglobin va gematokrit darajasini nazorat qilish sezilarli o'zgarishlarsiz normal chegaralarda qolgan. Dinamik UTT va KT tekshirishlari davomida gemoperitoneum ko'paymagan va taloq parenximasida salbiy dinamika qayd etilmagan. Barcha 20 holatda jabrlanuvchilar dinamik kuzatuvda bo'lishgan. 6,12,24 soatdan keyin takroriy UTT o'tkazilgan, zaruriyat tug'ilganda 24-48 soatdan keyin KT tekshiruvi o'tkazilgan. Muhim omillar sifatida peritonit belgilarining yo'qligi, gemoglobin va eritrotsitlarning stabil ko'rsatkichlari va UTT va KT ma'lumotlariga ko'ra 200 ml gacha gemoperitoneum mavjudligi hisoblangan. Shunday qilib, jami 120 jabrlanuvchidan 20 tasida (24,8%) ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq travmalari UTT, KT va MRT dinamik ma'lumotlariga asoslangan holda, ushbu

kategoriyadagi jabrlanuvchilarni yaxshi natijalar va o'lim ko'rsatgichsiz konservativ davolash imkoni bo'lgan. Asoratlarni tahlil qilinganda, aksariyat holatlarda invaziv diagnostika va operativ davolash usullarini qo'llamasdan asoratlarni konservativ davolash imkoniyati mumkinligi aniqlangan. Izolyatsiyalangan abdominal travma bilan patsientlarda yotoq kuni 7 dan 24 kungacha bo'lgan. O'rtacha yotoq kuni $12,9 \pm 5,2$ tashkil etgan. Qo'shma travma bilan patsientlarda yotoq kuni birinchi navbatda olingan qo'shma shikastlanishning og'irligiga, shuningdek, yoshga, qo'shimcha patologiya va asoratlarga bog'liq bo'lgan holda 8 kundan 37 kungacha o'zgarib turgan. O'rtacha yotoq kuni $14,1 \pm 8,6$ bo'lgan. Javob berish uchun quyidagi ko'rsatgichlar inobatga olingan: gematoma diametrining qisqarishi (dastlabki UTT yoki KT tekshiruviga nisbatan 2 marta); vaqt o'tishi bilan gemoperitoneumning kamayishi (100 ml gacha); a'zo kapsulasidagi yorilgan paytidagi defektni o'rnida chandiqlik hosil bo'lishi; gematomaning so'rilishi. Gemoperitoneum, shuningdek, a'zo gematomalarning regressiya dinamikasi har xil bo'lgan, bu tabiiy ravishda ularning turli o'lchamlari va hajmlari bilan bog'liq holda kechgan. Torakoabdominal shikastlanishlar paytida ichki a'zolar yopiq jarohatlari bilan bemorlarni konservativ davolash natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bir tomondan, masalan, bemorning hushi yo'qligi, olingan UTT yoki KT ma'lumotlarining yetarli emasligi yoki ularni texnik jihatdan bajarishni imkonsizligi sababli konservativ davolashda aniq ko'rsatmalarni yo'qligi kabi guruhning mavjudligi bo'lsa, boshqa tomondan, ulardagi stabil gemodinamika, UTT yoki KT paytida 200-300 ml gacha gemotoraks va 500 ml gacha gemoperitoneumning mavjudligi laparotomiya uchun aniq ko'rsatma bo'la olmagan. Bunday holatlarni diagnostik videotorakoskopiya va videolaparoskopiyaning bajarishga ko'rsatma deb hisobladik. Tadqiqotimizda biz bemorlarning asosiy guruhidagi 75 (58,1%) nafar bemorlardan 50 (32,2%) nafarida laparotomiya, 25 (28,9%) nafarida torakoskopiya amaliyoti bajarilgan. Torakoabdominal yopiq travmasida ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'iga qon

ketishi shubha qilinganda diagnostik torakokopiya va laparoskopiyani o'tkazish uchun ko'rsatmalar bemorlarni tekshirish jarayonida olingan klinik va instrumental ma'lumotlarning quyidagi kombinatsiyasi bo'lgan: UTT yordamida qorin bo'shlig'ida 500 ml gacha erkin suyuqlik aniqlangan stabil gemodinamika, ammo qon ketish manbai aniqlanmagan bemorlar; 500 ml gacha bo'lgan gemoperitoneumda qon ketish manbasini aniqlash va a'zo travmasi darajasini tavsiflash kerak, chunki keyingi xirurgik taktikasi nafaqat gemoperitoneum va uning hajmi, balki ichki a'zolar travmasining darajasi bilan ham belgilanadi; UTT yordamida ko'krak qafasida va qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlangan OIS shkalasi bo'yicha III darajagacha a'zo shikastlanishi mavjud patsientlar hushining yo'qligi.

Bunday hollarda plevra bo'shlig'i va qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik tarkibini farqlash imkoni yo'q, shuning uchun qorin bo'shlig'ida kovak a'zoning «o'tkazib yuborilgan» shikastlanish tufayli peritonit rivojlanish xavfi mavjud. 75 torakaskopiya va laparoskopiya o'tkazilgan 5 (32,4%) patsient orasida xirurgik aralashuvni to'la qonli tugatish uchun qon ketishini reviziya qilish va yakuniy to'xtatish maqsadida konversiya va laparotomiyaga o'tish zarur degan xulosaga kelingan.

Ko'krak qafasi va qorin o'shlig'i yopiq shikastlanishi bilan klinikaga yotqizilgan 75 (35,9%) bemorlarda yakuniy aralashuv sifatida davolash maqsadida o'tkazilgan torakoskopiya va laparoskopiyani qo'llash zarur bo'lgan. 50 nafar patsientlarda qorin bo'shlig'I a'zolarining shikastlanishi va 25 nafar bemorlarda ko'krak qafasi azolarini shikastlanishi aniqlangan. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, qorin bo'shlig'i shikastlanishi tufayli parenximatoz va kovak a'zolarining yopiq jarohati bo'lgan patsientlarda quyidagi mezonlarga javob beradigan diagnostik laparoskopiya bo'yicha laparoskopik gemostaz, gemoperitoneumni evakuatsiya qilish yoki qorin bo'shlig'ini drenajlash va ko'krak qafasini torakosintez qo'yish amalga oshirilgan: a'zo shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha III dan ko'p bo'lmagan; gemoperitoneum 500 ml

dan ko'p bo'lmagan shikastlangan a'zodan qon sizib turishi mavjud bo'lganda. Dinamik kuzatuv davomida torakoskopiya va laparoskopiya tugagandan so'ng barcha bemorlarda o'rnatilgan nazorat drenaji orqali ajraladigan suyuqlikning miqdori va xarakteri nazorat qilinib turilgan. Natijada 20 nafar patsientda konservativ davo taktikasi tanlangan, 5 nafar patsientda zudlik bilan laparotomiya operatsiyasini o'tkazish to'g'risida qaror qabul qilingan, 75 nafar bemorda torakoskopiya va laparoskopiya amalga oshirilgan, shundan 5 holatda laparotomiyaga o'tish zaruriyati bo'lgan; 75 holatda qon ketishini to'xtatish va ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishini tiklash uchun davolash maqsadida torakokopik va laparoskopik operatsiyani o'tkazishga qaror qilingan.

Videolaparoskopiya qarshi ko'rsatmalarning biri sifatida jabrlanganlarning o'ta og'ir holati hisoblangan. Biz qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishida travma og'irligi va darajasi asosida xirurgik davolash usulini tanlashga qiyosiy yondashganmiz. Qorin bo'shlig'i a'zolarini OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali shikastlanishlarida laparoskopik operatsiyalarni amalga oshirishni iloji bo'lgan. OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali shikastlanishlarda esa laparotomiya bajarilgan. Izolyatsiyalangan yuzaki (1-2 sm dan kam) shikastlanishlar yoki OIS klassifikatsiyasiga ko'ra I-II daraja og'irlikdagi jigar shikastlanishlari diagnozi aniqlanganda, agar intensiv qon ketish belgilari bo'lmasa (gemoperitoneum 500 ml dan kam) monopolyar yoki bipolyar koagulyatsiya orqali laparoskopik gemostazni amalga oshirishning imkoni bo'lgan. Effekt bo'lmagan holatda biz atravmatik ignalar va iplar yordamida travmatik tikuvlarni qo'lladik.

Kapsulaning yorilishi bilan jigarning yuzaki yaralaridan qon ketish uchun argonplazmali koagulyatsiya qo'llanilgan. Bunday hollarda «TaxoKomb» gemostatik plastinasi ham ishlatilgan. OIS bo'yicha jigarning bundan ham og'ir shikastlanishi aniqlanganda (II va undan yuqori daraja), laparoskopik gemostazning muvaffaqiyatsizligi yoki jigardan kuchli qon ketishining

laparoskopik belgilari bo'lganda biz videolaparoskopiya dan laparotomiya operatsiyasiga o'tganmiz. Bu og'ir shikastlangan jabrlanuvchilarda operatsiya davomiyligining oshishi jabrlanuvchining ahvolini og'irlashtiradigan, jabrlanuvchining ahvoliga salbiy ta'sir ko'rsatishi va o'limga olib kelishi mumkinligi bilan izohlanadi. Endoskopik gemostaz quyidagi mezonlarga javob beradigan bemorlarda amalga oshirilgan: a'zoning shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha III dan yuqori bo'lmagan, gemotoraks 300-500 ml dan va gemoperitoneum vaqt o'tishi bilan ko'paymasdan 500 ml dan oshmagan. Biror holatda qon ketish residivi kuzatilmagan. Yassi jarohatlar, jigarning II og'irlik darajasidagi parenxima qirrasini uzilishi va shikastlanishlarida 4 patsientda katta tomirlarning koagulyatsiyasi yoki ularga klips o'rnatilgach, jarohat yuzasiga «TaxoKomb» plastinkasi qo'llanilgan. OIS shkalasi bo'yicha I-II darajali taloqning shikastlanishida biz a'zosaqllovchi operatsiyalarni qo'lladik. 3 ta holatda parenximaning kichik (uzunligi 1,5 sm gacha, chuqurligi 0,5-0,7 sm gacha) yorilishlari aniqlangan, ulardan qon laxtalarini olib tashlaganidan keyin kichik qon ketish aniqlangan. Ushbu holatda taloq yorilishi OIS shkalasi bo'yicha I darajali deb hisoblangan. 5 holatda taloq travmasi OIS shkalasi bo'yicha II darajali deb baholanib, argonplazmali koagulyatsiya qo'llanilgan. Taloqning yorilishi 2 holatda OIS shkalasi bo'yicha II darajasi paytida argonplazmali koagulyatsiya qo'llanilib va yorilish liniyasi ustidan «TaxoKomb» plastinkasi fiksatsiya qilingan. Qorin bo'shlig'i yopiq travmasi bilan patsientlarda laparotomiyaga ko'rsatma sifatida quyidagi belgilar qabul qilindi: - peritonit belgilari; - nazorat qilib bo'lmaydigan shok yoki qon ketish; - kuzatuv paytida klinik jihatning patsient ahvolidan og'irlashuvi; - FAST yoki DPL ijobiy natijalari. Bundan tashqari, diagnostik laparoskopiya natijalari aniqlangandan so'ng, laparoskopik usul yordamida operatsiyaning radikal usullarini amalga oshirish va qon ketishini to'xtatish imkoni bo'lmagan 20 (18,8%) patsientda laparotomiya amalga oshirilgan. Asosiy guruhdagi 120 nafar bemorlardan 20 nafari (17,1%) nostabil gemodinamika va peritoneal belgilar

bilan o'ta og'ir ahvolda to'g'ridan to'g'ri operatsiya xonasiga keltirilgan, shokka qarshi chora-tadbirlar bilan bir qatorda minimal hajmda tekshirishlar amalga oshirilib, zudlik bilan torakotomiya va laparotomiya qilinib qorin bo'shlig'i a'zolari reviziyasi davoi qon ketish manbai topilib davom etayotgan qon ketishni to'xtatish va kovak a'zo butunligini tiklash amalga oshirilgan.

Shunday qilib, jami 75 (35,9%) patsientda torakotomik va laparotomik xirurgik aralashuvlar qo'llanilgan. OIS shkalasi bo'yicha I-II darajali taloq shikastlanishida azosaqlovchi operatsiyalar bajarilgan.

Shunday qilib, ishlab chiqilgan algoritmdan foydalanilganda, qabul bo'limida shok belgilari bo'lmagan patsientlar yetarli hajmda (laboratoriya, UTT rentgen, KT, MRT) diagnostik tekshiruvlardan o'tkazilgan. Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanish darajasiga qarab, jabrlanganlar dinamik kuzatuv uchun xirurgiya bo'limiga yoki operatsiya xonasiga yuborilgan.

UTT va rentgen ma'lumotari bo'yicha gemotoraks gemoperitoneum hajmi $\leq 150-200$ ml bo'lgan jabrlanganlarda OIS klassifikatsiyasiga ko'ra I-II darajali ko'ra og'irlik darajasi bo'lsa, ular qabul bo'limidan chetlab o'tilib, reanimatsiya bo'limiga yotqizilgan va shokka qarshi chora-tadbirlar va diagnostika tadbirlari (UTT) o'tkazilgan. Agar UTT va rentgen ma'lumotlari bo'yicha gemotoraks hajmi 300-500ml, gemoperitoneum hajmi ≤ 500 ml bo'lsa, OIS klassifikatsiyasiga ko'ra I-II darajali og'irlik darajasi va sistolik bosim ko'rsatkichlari 100 mm. sim. ustunidan yuqori bo'lsa patsientlarga diagnostik laparoskopiya o'tkazilgan, so'ngra davolash taktikasi belgilangan. Davom etayotgan qon ketish holatlarida UTT rentgen ma'lumotlari bo'yicha gemotoraks hajmi 300-500ml, gemoperitoneum hajmi ≥ 500 , OIS klassifikatsiyasiga ko'ra III-IV-V darajali og'irlik darajasi, sistolik bosim 100 mm. sim. ustunidan past patsientlar operatsiya xonasiga yuborilgan. Torakotomiya va laparotomiya davomida a'zolar shikastlanish darajasi gemotoraks va gemoperitoneum hajmiga bog'liq holda operativ davolashda taktika va uning turi aniqlangan. Davolash usullarini tanlash mezonlari, shuningdek, ko'krak qafasi va qorin

bo'shlig'i yopiq travmasi bilan jabrlanuvchilarni davolash natijalari bo'yicha olingan ma'lumotlarga asoslanib, biz videotorakoskopiya va videolaparoskopik operatsiyalar uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni aniqladik. Qo'llaniladigan taktikalar 20 (24,8%) holatda operativ aralashuvni rad etish va bemorlarni konservativ tarzda davolash imkonini bergan. 75 (35,9%) holatda torakoskopiya, laparoskopiya tufayli eksplorativ torakotom, laparotomiyadan voz kechish imkoni bo'lgan, kuzatuvlar natijasida konservativ davolanish muvaffaqiyatli davom ettirilgan. Shu bilan birga, 20 nafar patsientga zudlik bilan torakotomiya, laparotomiya, 5 nafar patsientga konversiya orqali laparotom operatsiyalar bajarilgan. Bu shuni ko'rsatadiki, patsient ahvolidagi o'ta og'irligi, massiv qon yuqotilishi 500 ml dan ortiq va qorin bo'shlig'i a'zolarining OIS klassifikatsiyasiga ko'ra III-IV-V darajali og'ir shikastlanishi va arterial bosimning 100 mm. sim. ustunidan pastligi va travma olinganidan keyin 12 soatdan ko'p vaqt o'tganligi tufayli jabrlanganlarga laparoskopik operatsiyalarni o'tkazish mumkin emas. Ammo, bunday og'ir bemorlarda 500 ml dan ortiq qon yo'qotilishi, shikastlanish boshlanishidan boshlab 12 soatdan ortiq vaqt oralig'i va sistolik qon bosimi 100 mm. sim. ustunidan yuqori bo'lganida diagnostik laparoskopiya o'tkazilib, uning natijalariga muvofiq keyingi davolash taktikasi masalasi bo'yicha keyingi qaror amalga oshirilgan.

Shunday qilib, yangi miniinvaziv texnologiyalarni o'zgartirish va qo'llash torakotomiya va laparotomiya qilish kerak bo'lgan bemorlar sonini kamaytirish imkonini beradi. Diagnostika sxemasining birinchi bosqichida statsionarga yotqizish paytida yordam ko'rsatishning asosiy mezonlari quyidagilardan iborat: ustunlikka ega shikastlanishni aniqlash bilan dastlabki diagnoz qo'yish, UTT, rentgen malumotlariga bo'yicha gemotoraks gemoperitoneum hajmi, OIS klassifikatsiyasiga muvofiq shikastlanish og'irligi va sistolik qon bosimi darajasi aniqlash. Xulosa qilib aytish mumkinki, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishi uchun biz tomondan ishlab chiqilgan diagnostika va davolash taktikasi algoritmidan foydalanish asoratlari va bemorlar o'limi

kamaytirishi natijasida xirurgik aralashuvlar natijalarini sezilarli darajada yaxshilagan. O'limning eng keng tarqalgan sabablari qo'shma travma va o'sib borayotgan poliorgan yetishmovchiligi hisoblangan. Konservativ davo guruhida o'lim holatlari kuzatilmagan, boshqa hollarda turli miniinvaziv usullar va laparotom operativ davolash qo'llanilgan asosiy guruhda 2 (11,1%) o'lim qayd etilgan, faqat torakotom va laparotomiya qilingan taqqoslash guruhida 13 (42,7%) o'lim natijalari kuzatilgan. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishi bilan patsientlar uchun ishlab chiqilgan diagnostika va davolash algoritmidan foydalanish statsionarning instrumental va laboratoriya imkoniyatlaridan samarali foydalanishga, miniinvaziv xirurgik aralashuvning yetarli hajmini tanlashga imkon beradi va buning natijasida qorin bo'shlig'ining yopiq travmasi bilan jigar va taloqning shikastlanishida asoratlarning uchrash surati va o'lim darajasini pasaytirishga erishilgan. Torakoabdominal yopiq travma bilan jabrlanuvchilarni davolashda differensial yondashuv taktikasini klinik amaliyotga joriy etish, bu birinchi navbatda "behuda" torakotomiya, laparotomiyadan voz kechishdan, shuningdek diagnostika va xirurgik davolash uchun miniinvaziv texnologiyalarni qo'llash operativ faollikni sezilarli darajada kamaytirish va bemorlarning ushbu toifasida o'lim va asoratlar sonini kamaytirish imkonini bergan.

FOYDANILGAN ADABIYOTLAR

1 Алексей Л.Ч., Михаил Р.Г., Владимир П. Эффективность ушивания ран печени и селезенки при травматических повреждений органов брюшной полости // Сибирский медицинский журнал, 2012, № 3. – С.42-45.

2 Абакумов.М.М., Галанкина.И.Е., Вильк.А.П. Возможности консервативного лечения повреждений селезенки при закрытой травме живота. // Практика оказания неотложной медицинской помощи, Неотложная медицинская помощь — №4. 2013 -С.30-34

3 Абдуллаев Э.Г., Гусев А.В., и др., Возможности использования лапароскопических методик в диагностике и лечении экстренной абдоминальной патологии //Альманах института хирургии им. А.В.Вишневского.- 2017.- №1: г. Москва, 4-7 апрель - С.107

4 Гасымзаде Г.Ш. Результаты ультразвуковой диагностики при закрытой травме живота. Актуальні проблеми сучасної медицини. Том 18, Випуск 1 2013(61).С.25-28.

5 Гладинец М.М., Садыков А.К., Маратова А.Т. и др. Хирургическая тактика при повреждениях селезенки // Наука и здравоохранение. -2013. -№ 1. -С.16-18

6 Гуляев А.А., Тлибекова М.А., Ярцев П.А., Результаты применения лапароскопии у больных с повреждениями живота. Журнал имени академика Б.В. Петровского №3. 2014. С.78-83.

7 Гаврищук Я.В., Кажанов И.В., Тулупов А.Н. и др. Минимально инвазивное лечение пострадавшей с повреждением селезенки // Вестник хирургии им. И.И.Грекова, 2019.-N 4.-С.58-60.

8 Ермалов А.С.,Ярцев П.А., Лапароскопия у больных сургентнкми заболевания органов брюшной полости. Альманах института хирургии им. А.В.Вишневского.- 2017.- №1: г. Москва, 4-7 апрель - С.106.

9 Ефимо Д. С., Анализ случаев диагностических затруднений при разрыве селезенки // Kharkiv surgical school № 1(100) 2020 -С. 201-204.

10 Завада Н.В. Морфологические изменения ткани печени после применения монополярной электрокоагуляции //Военная медицина 2011 №2 С. 47-51

11 Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И., Мухамеджанов Г.К. Хирургическая тактика при травмах печени // Вестник хирургии Казахстана. 2012.№1. С.34-35.

12 Ибадильдин А.С., Кравцов В.И. Диагностика и хирургическая тактика при изолированной и сочетанной травме печени // Практическая медицина. - 2013. - №2. (67)- С. 49-51

13 Израилов Р.Е., Панкратов А.А., Хатьков И.Е., Диагностические и лечебные возможности лапароскопии при абдоминальной травме // Эндоскопическая хирургия, 3, 2015. - С. 79-85.

14 Ибадильдин А.С., Кравцов В.И., Ибадильдина С.А., и др., Принципы диагностики и лечения травм печени // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2021. № 3. С. 187-190.

15 Иноземцев Е. О., Григорьев Е. Г., Апарцин К. А. Актуальные вопросы хирургии сочетанных повреждений // Политравма. – 2017. – № 1. – С. 6–11

16 Ибрагимов Ф.И. Особенности тактики лечения при сочетанных травмах живота и таза // Хирургия, 2018.-N 10.-С.34-38.

17 Кубачев К.Г., Кукушкин А.В. Диагностика и хирургическая тактика при изолированной и сочетанной травме печени // Сибирский медицинский журнал. - 2010. - № 1. - С 119-122.

18 Масляков, В.В., Федоров, Э.Ф., Барсуков, В.Ю./ Выбор хирургической тактики при закрытых травмах селезенки в зависимости от тяжести состояния в момент поступления – № 4 (56), 2020 Медицинские науки. Хирургия. –С.51-60.

19 Мануковский В.А., Гаврищук Я.В., Тулупов А.Н., Демко А.Е., и др. Возможности консервативного и минимально инвазивного лечения закрытых повреждений паренхиматозных органов живота у взрослых // Политравма. 2022. №3. С.21-33.

20 Нгуен Х.К., Хирургическая тактика при травматических повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости с позиций сов ременных технологий (клинико-экспериментальное исследование) Автореферат дисс канд.мед.наук.-УФА 2014 С.67.

21 Одишелашвили Г.Д., Исмаилов Э.Х. Выбор способов остановки кровотечения при повреждении печени // Астраханский медицинский журнал. - 2012. - № 1. - С.124-126.

22 Панкратов А.А., Хатьков И.Е., Израилов Р.Е. Диагностические и лечебные возможности лапароскопии при абдоминальной травме // Эндоскопическая хирургия, 3, 2015. - С. 79-85.

23 Панкратов А.А., Израилов Р.Е., Чудных С.М. Консервативное ведение абдоминальной травмы: целесообразность, эффективность, безопасность. Annaly Khirurgii (Russian Journal of Surgery). 2017; 22 (3).С. 150-154.

24 Подолужный В.И., Радионов И.А., Пельц В.А. Травматические повреждения печени. Политравма.№1.2023.С.34-38.

25 Пархисенко Ю.А Анализ результатов хирургического лечения patsientов с травматическими повреждениями печени // Перспективы науки и образования. - 2018. -№1(31). - С.243-249.

26 Рагимов Г. С., Новые гемостатические швы в хирургии паренхиматозных органов //Вестник новых мединциских технологий. — 2011 – XVIII,4 – С. 111-113.

27 Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Стекольников Н.Ю., Гусев К.А. Тампонада печени как первый этап тактики Damage Control //Анналы хирургической гепатологии. 2017. № 22(4). С.89-95

28 Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Стекольников Н.Ю. Тампонирование в хирургическом лечении тяжелых повреждений печени. Политравма.№1.2020.С.18-22.

29 Щеголев А.А., Товмасян Р.С. и др. Синдром свободной жидкости в брюшной полости при закрытой абдоминальной травме: тактика хирурга. Лечебное дело. 2016.№2 С.37-41

30 Эргашев О.Н., Гончаров А.В., Прядко А.С., и др. Повреждение печени у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой // Бюллетень медицинских интернет-конференций. -2011. -Т. 1. № 2. -С. 23-28.

31 Atkinson P., Bowra J., Lambert M., Lamprecht H., Noble V., Jarman B. International Federation for Emergency Medicine point of care ultrasound curriculum. Canadian Journal of Emergency Medicine. 2015;17(2):P.161-170.

32 Ahmed K.S., Altaf H.T., Nandlal K., Role of laparoscopy in blunt perforations // Pak J Med Sci. – 2013;29(4):P.1028-1032..

33 Benjamin A.B; Ryan C.G. Focused assessment with sonography for trauma. Echocardiogr Intensivists. 2012;46:P.397–399.

34 Byung.H,N., Young H.M., et al. Laparoscopy-assisted versus open D2 distal gastrectomy for advanced gastric cancer: results from a randomized phase II multicenter clinical trial (COACT 1001) //Journal gastric cencer. – 2013. – Т. 267. – №. 4. – /P. 164-171.

35 Buchanan M.S., Backlund B., Liao M.M., et al. Use of Ultrasound Guidance for Central Venous Catheter Placement: Survey From the American Board of Emergency Medicine Longitudinal Study of Emergency Physicians. //Academic Emergency Medicine. – 2014. – Т. 21. – № 4. – P. 416–421.

36 Bonjer H.J., Deijen C.L., Abis G.A., et al. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer // New England Journal of Medicine. – 2015. – T. 372. – №. 14. – P.1324-1332.

37 Brett C.L., Eleanor L.O., John P.G. The utility of sonography for the triage of blunt abdominal trauma patients to exploratory laparotomy. AJR Am J Roentgenol. 2017;188:P.415–421.

38 Bartlett J.D., Lawrence J.E., Does virtual reality simulation have a role in training trauma and orthopedic surgeons. The bone joint journal. 2018. May 5.P.558-568.

39 Como J.J., Bokhari F., Chiu W.C., Duane T.M., et al. Practice management guidelines for selective nonoperative management of penetrating abdominal trauma //The Journal of TRAUMA. Injury, Infection, and Critical Care Volume 68, № 3, March 2010. – P. 721-733.

40 Cimbanassi S., Chiara O., Leppaniemi A., Henry S., Scalea T.M., Shanmuganathan K. et al. Nonoperative management of abdominal solid-organ injuries following blunt trauma in adults: results from an International Consensus Conference //Journal of Trauma and Acute Care Surgery. – 2017. – T. 20. – №. 3. – P. 517-531.

41 Carlos A.O., Michael W. P., Mauricio M. Damage Control in Penetrating Liver Trauma: Fear of the Unknown. Colombia Médica . 2020; 51(4).P.1-9.

42 Coccolini F., Coimbra R., Ordonez C., et al. Liver trauma: WSES 2020 guidelines //World Journal of Emergency Surgery. – 2020. – T. 15. №. 1. – P. 1-15.

43 Drezin D., Minera F. Blunt polytrauma: evaluation with 64-section whole-body CT angiography // RadioGraphics. 2012. V. 32. P. 609–631.

44 Derek J R., Juan D. et.al., Indications for the Appropriate Use of Damage Control Surgery and Damage Control Interventions in Civilian

Trauma Patients. Journal of Endovascular Resuscitation and Trauma Management Vol. 5, No. 1, 2021 Received: 28 October 2020; Accepted: 8 January 2021.P-13-23.

45 Elliot A.J., Turiano N.A., Infurna F.J., et al. Lifetime trauma, perceived control, and all-cause mortality: Results from the Midlife in the United States Study //Health Psychology. – 2018. – T. 37. – №. 3. – P. 262-270.

46 Engles S., Saini N.S., Rathore S. Emergency Focused Assessment with Sonography in Blunt Trauma Abdomen. International Journal of Applied and Basic Medical Research. 2019;9(4):P.193-196.

47 Hajibandeh S., Hajibandeh S., Gumber A.O., Wong C.S. Laparoscopy versus laparotomy for the management of penetrating abdominal trauma: a systematic review and meta-analysis //International Journal of Surgery. – 2016. – № 34. – P. 127-136.

48 Harvin J.A., Maxim T., Inaba K., et al. Mortality following emergent trauma laparotomy: a multicenter, retrospective study: mortality after emergent trauma laparotomy //The journal of trauma and acute care surgery. – 2017. – № 83(3). – P. 464-468.

49 Heng.F.L., Ying.D.Ch., Sheyr Ch.Ch. Value of diagnostic and therapeutic laparoscopy for patients with blunt abdominal trauma: A 10-year medical center experience // Laparoscopy for blunt abdominal trauma //February 22. – 2018. – T. 13. – №. 2. – P.1-14.

50 Justin V., Fingerhut A., Uranues S. Laparoscopy in blunt abdominal trauma: for whom? When? and Why? //Current trauma reports. – 2017. – T. 3№. 1. – P. 43-50.

51 JohnR.R., John P.R. Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST). Radiology: Volume 283: Number 1—April 2017.P.30-48.

52 Kumar S., Bansal V.K., Muduly D.K., et al. Accuracy of focused assessment with sonography for trauma (FAST) in blunt trauma abdomen-A prospective study. *Indian J Surg.* 2015;77:P.393–397.

53 Kong V.Y., Jeetoo D., Naidoo L.C., et al. Isolated free intra-abdominal fluid on CT in blunt trauma: The continued diagnostic dilemma //Chinese Journal of Traumatology. – 2015. – T. 18. – №. 6. – P.357-359.

54 Koto M.Z., Matsevych O.Y., Mosai F., et al. Laparoscopy for blunt abdominal trauma: a challenging endeavor //Scandinavian Journal of Surgery. – 2019. – T. 108. – №. 4. – P. 273-279.

55 Kumar V., Mishra B., Joshi M.K., Purushothaman V., Agarwal H., Anwer M. et al. Early hospital discharge following non-operative management of blunt liver and splenic trauma: A pilot randomized controlled trial //Injury. – 2021. – T. 52. – №. 2. – P. 260-265.

56 KiY.J., Jo Y.G., Park Y.C., et al. The Efficacy and Safety of Laparoscopy for Blunt Abdominal Trauma: A Systematic Review and Meta-Analysis //Journal of Clinical Medicine. – 2021. – T. 10. – №. 9. – P.1-16.

57 Lee P.C., Lo C., Wu J.M., et al. Laparoscopy decreases the laparotomy rate in hemodynamically stable patients with blunt abdominal trauma //Surgical innovation. – 2014. – T. 21. – №. 2. – P.155-165.

58 Lin H.F., Chen Y.D., Lin K.L., Wu M.C., Wu C.Y., Chen S.C. Laparoscopy decreases the laparotomy rate for hemodynamically stable patients with blunt hollow viscus and mesenteric injuries //The American Journal of Surgery. – 2015. – T. 210. – №. 2. – P.326-333.

59 Lim K.H., Chung B.S., Kim J.Y., Kim S.S. et al. Laparoscopic surgery in abdominal trauma: a single center review of a 7-year experience //World Journal of Emergency Surgery. – 2015. – T. 10. – №. 1. – P.1-7.

60 Lin H.F., Chen Y.D., Chen S.C. Value of diagnostic and therapeutic laparoscopy for patients with blunt abdominal trauma: A 10-year medical center

experience // Laparoscopy for blunt abdominal trauma //February 22. – 2018. – T. 13. – №. 2. – P.1-14.

61 Leppäniemi A., Nonoperative management of solid abdominal organ injuries: From past to present //Scandinavian Journal of Surgery. – 2019. – T. 108. – №. 2. – P. 95-100.

62 Malhotra A.K., Ivatury R.R., Latifi R. Blunt abdominal trauma: evaluation and indications for laparotomy //Scandinavian journal of surgery. – 2012. – T. 91. – №. 1. – P. 52-57.

63 Muhammad U.A., Shahzad S., Mansoor M. A. Increased incidence of adrenal gland injury in blunt abdominal trauma: a computed tomography-based study from Pakistan // Chinese J. of Traumatol. 2014. V. 17. № 1.)P. 31–34.

64 Musiitwa C.M., Galukande M., Bugeza S., Emergency Ultrasound Predicting the Need for Therapeutic Laparotomy among Blunt Abdominal Trauma Patients in a Sub-Saharan African Hospital. Emergency Medicine International. Volume 2014, P.1-8.

65 Matteo M., Kenji I., Alice P., et al. Advances in laparoscopy for acute care surgery and trauma World Journal Gastroenterol 2016 January 14; 22(2): P.668-680.

66 Muhammad S.A.,. The role of laparoscopy in abdominal trauma //The Journal of trauma. – 2016. – T. 33. – №. 3. – P.471-475.

67 McGahan J.P., Richards J., Gillen M. Focused assessment with sonography in Trauma (Fast) in 2017: Radiology: Volume 283: Number 1—April 2017: P.30-48.

68 Mellor T.E., Junga Z., Ordway S., Not Just Hocus POCUS: Implementation of a Point of Care Ultrasound Curriculum for Internal Medicine Trainees at a Large Residency Program. Military medicine, 184, 11/12:901, 2019. P. 901-906.

69 Mahtam I., Shaikh N.A., Napar N.B., Bhatti Z.A., Soomro S. Conservative Management of Blunt Abdominal Trauma in Paediatric Population—An Experience in Interior Sindh //Annals of Jinnah Sindh Medical University. – 2021. – T. 7. – №. 2. – P. 71-74.

70 Nicole A.S., Indermeet B., Julius D.Ch, Nonoperative management of blunt hepatic injury: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. Trauma Acute Care Surg Volume 73, Number 5, Supplement 4. 2012.P.288-293.

71 Nakamura M., Nakashima H. Laparoscopic distal pancreatectomy and pancreatoduodenectomy: is it worthwhile? A meta-analysis of laparoscopic pancreatectomy //Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. – 2013. – T. 20. – №. 4. – P. 421-428.

72 Nicole F., Diane Eet.al., Schwartz D., Salazar J.H., et al. Evaluation and management of blunt traumatic aortic injury: a practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma //Journal of Trauma and Acute Care Surgery. – 2015. – T. 78. – №. 1. – P. 136-146.

73 Olthof D.C., Van C. H., Goslings J.C. Evidence-based management and controversies in blunt splenic trauma //Current trauma reports. – 2017. – T. 3. – №. 1. – P. 32-37..

74 Paul.A., Justin B., Mike L., et.al., International Federation for Emergency Medicine point of care ultrasound curriculum. Canadian Journal of Emergency Medicine. 2015;17(2):P.161-170.

75 Palazón-Bru A., Prieto-Castelló M.J., Folgado-de la Rosa D.M., Development, and Internal, and External Validation of a Scoring System to Predict 30-Day Mortality after Having a Traffic Accident Traveling by Private Car or Van: An Analysis of 164,790 Subjects and 79,664 Accidents //Int J Environ Res Public Health. – 2020. – T. 17. – № 24. P.9510-9518.

