

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

UMEDOV XUSHVAQT ALISHEROVICH

JIGAR VA TALOQNING YOPIQ SHIKASTLANISHLARIDA
MINIINVAZIV DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH USULLARI

(MONOGRAFIYA)

Samarqand – 2024

Tuzuvchi:

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.

Monografiyada jigar va taloq yopiq shikastlarida tashxislash, davolashda miniinvaziv texnologiyalarni qo'llash bilan bog'liq asosiy nazariy masalalar keltirilgan. 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.

MUNDARIJA

SHARTLI QISQARTMALAR RO‘YXATI	4
MUQADDIMA.....	5
I BOB. JIGAR VA TALOQ YOPIQ TRAVMALARINING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHDA HOZIRGI ZAMON QARASHLAR (adabiyotlar sharhi).....	21
1.1-§. Qorin yopiq travmasining epidemiologiyasi	21
1.2-§.Qorin yopiq travmasining diagnostikasi va davolash.....	24
1.3-§.Taloq yopiq travmasining diagnostikasi va davolash.....	26
I bob bo‘yicha qisqa xulosa	30
II BOB. TADQIQOTNING MATERIAL VA USULLARI	32
2.1-§. Klinik tadqiqotlarning umumiy xarakteristikasi.....	32
2.2-§. Tadqiqotning instrumental va laborator usullari	39
2.3-§. Laparotsentez va diagnostik peritoneal lavaj	48
2.4-§. Videolaparoskopiya.....	48
2.5-§. Jigar va taloqning yopiq travmalari bilan patsientlarda davolash taktikasi..	50
2.5.1-§. Jigar va taloqning yopiq travmasi bilan asosiy guruhdagi patsientlarda konservativ davolash usullari	50
2.5.2-§. Qorin yopiq travmasi bilan jigar va taloqning shikastlanishlari diagnostikasi va davolash	51
2.5.3-§. Jigar va taloqning yopiq travmasi bilan asosiy guruhdagi patsientlarda laparotom aralashuvlar	53
2.6-§. Materialning statistik ishlovi	54
III BOB. JIGAR VA TALOQNING YOPIQ TRAVMALARI DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR	
3.1-§. Jigar va taloq yopiq travmalarining diagnostikasi.....	55
3.2-§. Jigar va taloqning yopiq travmalarida an’anaviy xirurgik taktika qo‘llanilganda davolash taktikasi va davolashning natijalari (Taqqoslash guruhi)	59

3.3-§. Jigar va taloqning yopiq travmalarida diagnostika va davolash taktikalarini tanlash bo'yicha ishlab chiqilgan algoritmg muvofiq patsientlarni davolash taktikasi	66
3.3.1-§. Qorin yopiq travmasida jigar va taloqning shikastlanishlarida patsientlarda konservativ davolashning prinsiplari	67
IV BOB. JIGAR VA TALOQNING YOPIQ TRAVMALARIDA ASOSIY GURUH BEMORLARNI DAVOLASHDA MINIINVAZIV XIRURGIK YONDASHUVLAR	
4.1-§. Jigar va taloqning yopiq travmalarida diagnostik laparoskopiya.....	74
4.2-§. Jigar va taloqning yopiq travmalarida laparoskopik operativ davolash usullarini tanlash taktikasi	78
4.3-§. Jigar va taloqning yopiq travmasi bilan asosiy guruhdagi patsientlarda laparotom kirish yo'li orqali xirurgik aralashuvlar.....	86
4.4-§. Jigar va taloqning yopiq travmalarida diagnostika va davolash taktikalarini tanlash bo'yicha ishlab chiqilgan algoritm.....	89
IV bob bo'yicha qisqacha xulosa.....	93
V BOB. JIGAR VA TALOQNING YOPIQ TRAVMALARIDA AN'ANAVIY LAPAROTOM USUL VA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH TAKTIKALARINI TANLASHDA TAKLIF ETILGAN ALGORITMNING QIYOSIY NATIJALARI	
5.1-§. Asosiy guruhda tavsiya etilgan diagnostika algoritmi va davolash taktikasini tanlash bo'yicha va taqqoslash guruhida an'anaviy laparotomiya texnikasidan foydalanganda klinik ko'rinishlar, asoratlar va o'limning qiyosiy xarakteristikasi	96
V bob bo'yicha qisqacha xulosa	99
XOTIMA.....	101
XULOSALAR.....	115
AMALIY TAVSIYALAR.....	117
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI	118

ShARTLI QISQARMALAR

AB	–	Arterial bosim
ALAT	–	Alaninaminotransferaza
ASAT	–	Aspartataminotransferaza
AFS	–	Anatomo-funksional sohalar
DL	–	Diagnostik laparoskopiya
O'IBI	–	O'n ikki barmoq ichak
YTH	–	Yo'l transport hodisalari
JKK	–	Oshqozon-ichakdan qon ketish
QYoT	–	Qorin yopiq travmasi
KT	–	Kompyuter tomografiya
O'NE	–	O'tkir nafas etishmovchiligi
O'YuQTE	–	O'tkir yurak va qon-tomirlar etishmovchiligi
AQH	–	Aylanayotgan qon hajmi
OQT	–	Og'ir qo'shma travma
UTT	–	Ultratovushli tekshirish
RShTYoIMSF	–	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarqand filiali
FGDS	–	Fibrogastroduodenskopiya
BMT	–	Bosh miya travmasi
AST	–	The American Association for the Surgery of Trauma
OIS	–	Organ Injury Score
FTS	–	Functional trauma score

MUQADDIMA

Mavzusining dolzarbligi. Bugungi kunda ilmiy-texnika taraqqiyoti urbanizatsiyaga bog'liq holda avtomobillar sonining oshishi natijasida kelib chiqqan travmatik pandemiyaning paydo bo'lishiga olib keldi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ekspertlarining ma'lumotlariga ko'ra «...mexanik jarohlardan 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 80% gacha etadi»¹. Qorin bo'shlig'ining yopiq travmasida jigarning shikastlanish sur'ati 12% dan 46,9%, qorinning qo'shma shokogen shikastlanishlarida esa 49,4% tashkil etadi. Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq travmalari orasida taloqning shikastlanishi 17-30% uchraydi, qo'shma jarohlarda esa 40% tashkil qiladi. 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 55,0-80,0% tashkil etadi. Ushbu kategoriyadagi shikastlanishlar yuqori o'lim va nogironlik bilan xarakterlanib, mos ravishda 50,0% va 74,0% 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, qorin bo'shlig'i shikastlanishlari tinchlik davridagi shikastlanishlarning 15,0% dan 36,5% gachasini tashkil etadi, ammo ularning uchrash sur'ati hamda og'irligi ortib borishda davom etmoqda. Og'ir qo'shma travmalarda qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlari 30,0% jarohat olganlarda uchraydi. Bunday travmalar, ichki a'zolar shikastlanishlarining og'irligi va tashxis qo'yishdagi murakkabliklar tufayli turli mualliflarning fikriga ko'ra 25,0% dan 65,0% gacha yuqori sur'atdagi asoratlar va o'limning yuqori darajasi bilan xarakterlanadi.

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

Ma'lumotlarga ko'ra, qorin bo'shlig'i yakka a'zosining travmasida o'lim 5,1% dan 20,4% ni, qo'shma travmada esa 18,3% dan 64,0% ni tashkil etadi. Parenximatoz a'zolar 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.

I BOB. JIGAR VA TALOQ TRAVMALARINING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHDA HOZIRGI ZAMON QARASHLAR

(Adabiyotlar sharhi)

1.1-§. Qorin yopiq travmasining epidemiologiyasi

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 50-60% 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. 76; 609-631 p. 82; p.136-146. 85; 15-24 p. 120; 169-189 p].

Tinchlik davrida qorin 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. 87; 1-8 bandlar] ga ko'ra, 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; 1-6 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; 1-14 p]. Patologiya uchun ushbu holatida statsionar o'lim 17,3% dan 72,7% gacha etishi mumkin [12; 118-122 b. 100; 1-16 p].

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 [107; 31-34 p. 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.].

Qorin a'zolari yopiq travmasida taloqning shikastlanishi 16-30% gachani tashkil etadi [18; 201-204 b. 116; 136-146 p.127; 183-187 p.].

Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, qorin bo'shlig'i a'zolarining travmasida jigar shikastlanishi 56,0-66,8 % holatlarda kuzatiladi [20; 34-35 b.]. Operatsiyadan keyingi davrning asoratli kechishi 37,0-45,0% holatlarda qayd etilgan [23; 187-190 b. 115; 421-428 p], jigarning 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; 9510-9518 p. 123; 1-8 p].

Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishlarida diagnostik qiyinchiliklar va boshqa a'zo va tizimlarning qo'shma shikastlanishlari bilan birga qo'shilib kelishi sababli ko'plab asoratlar va o'lim 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. Patologiyaning ushbu variantida o'lim 17,3 dan 72,7% gachani tashkil etadi [5; 6-14 b. 114; 288-293 p.].

JSST 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.].

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 etadi [33; 84-90 b. 60; 89-95 p.]. Jabrlanganlarda bosh miya travmasi (BMT), o'pka travmalari va yurak lati qo'shma jarohatlarida o'lim darajasi 100% gacha etadi [43; 29-38 b.]. [109, 668-670 bandlari] ma'lumotlariga ko'ra, statsionar davolanishda bo'lgan barcha jabrlanganlarda politravma 9-15% holatlarda qayd etilgan, jumladan ushbu holat 70-75% yosh va o'rta yoshdagi odamlarga qayd etilgan. 75% jabrlanganlarda tayanch-harakat apparatining ko'plab shikastlanishlari aniqlangan, qolganlarda esa – ichki a'zolarining turli xil shikastlanish-lari, ko'pincha bosh miyaning qo'l-oyoq suyaklarining sinishi bilan birgalikdagi travmalari kuzatilgan [3; 45-51 b.].

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 [3; 45-51 b. 9; 11-13 b. 26; 119-122 b. 36; 67 b. 129; 1-5 p.130; 168-171 p.].

Ko'pchilik mualliflar travmani diagnostikasi va davolashda turli xarakterdagi xatoliklar uchrashini qayd etgan. Materiallarga ko'ra [57; 42-44 b. 60; 89-95 b. 61; 18-22 b.], 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 qorin bo'shlig'ining shoshilinch xirurgisida yoki alohida jarohatlarda bunday aralashuvlar katta, ammo 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. 70; 415-421 p. 75; 1-15 p. 80; 1-6 p.].

Operativ aralashuv natijasi shikastlanishning og'irligi va shokogenligiga, jabrlanuvchining dastlabki holatiga, uning yoshiga va qo'shimcha patologiyaning mavjudligiga, har bir jarohatning asoratlari rivojlanish prognoziga va xirurgik agressiyaning darajasini umumiy baholashga bog'liq [11; 129 b. 25; 34-38 b. 74; 1-9 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 [34; 51-60 b.38; 79-85 p.].

1.2-§. Jigar yopiq travmasini diagnostikasi va davolash

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

Jigar shikastlanishiga sabab bo'ladigan travmaning asosiy turlari - YTH, katatravma va qorinning qisilishi hisoblanadi [119; 9510-9518 p. 125; 241-247 p.]. Jigar shikastlanishining klinik simptomlari shok va qorin ichiga qon ketish belgilaridan iborat. Jigar travmasida shok 35,2%-75% jabrlanganlarda uchraydi [112; 901-906 p. 128; 2-12 p.].

Jigar travmasida diagnostik xatolar 17% holatlarda uchraydi [91; 127-136 r.]. Amaliyotga instrumental tekshirish usullari tadbqiq etilgach, travma diagnostikasida vaziyat ancha ijobiy tomonga o'zgardi: [29; 54-63 b. 30; 51-53 b. 58; 66-72 b. 113; 71-74 p. 126; 12-22 p.130; 169-170 p.] 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. Xirurgik aralashuvining hajmi shikastlanishning xarakteri, travma olingandan so‘ng o‘tgan vaqt, jabrlanuvchining yoshi, qo‘shma shikastlanishlarning mavjudligi va xirurgning malakasiga bog‘liq. [50; 174 b. 55; 43-48 b. 57; 42-44 b.].

So‘nggi yillarda endovideoxirurgiyaning rivojlanishi tufayli jigarining mayda jarohatlarida qorin bo‘shlig‘ini sanatsiya qilish va biologik elim va boshqa sintetik gemostatik preparatlar yordamida to‘liq gemostazga erishish mumkin [50; 174 b. 58; 66-72 b.]. Jigarining engil shikastlanishi bilan gemodinamik jihatdan barqaror patsientlarda va ichki a‘zolarga zarar etmagan taqdirda (KT, ultratovush tekshiruvi, peritoneal lavaj ma’lumotlariga binoan) patsientlar konservativ davolash olib borilganligi va ushbu guruhdagi jabrlanganlarda o‘lim darajasi 0% tashkil etishi haqida alohida ma’lumotlar mavjud [46; 4-8 b. 103; 1-7 p. 120; 169-189 p.].

Jigar shikastlanishlaridagi o‘lim adabiyot ma’lumotlariga ko‘ra, ancha yuqori bo‘lib qolmoqda: 15-50% va bu shikastlanishning og‘irligi, katta qon yo‘qotishi va qo‘shma jarohatlarning mavjudligi bilan bog‘liq [95; 30-48 p. 105; 95-100 p.]

1.3-§. Taloq travmasini diagnostikasi va davolash

Adabiyot ma’lumotlariga ko‘ra, taloq travmasi qorin bo‘shlig‘i boshqa a‘zolari travmasi ichida 15% dan 30% gachani tashkil etadi [21; 49-51 p. 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.].

So'nggi o'n yillikda ham mahalliy, ham xorijiy mualliflar taloq shikastlanishi uchun ultratovushning diagnostik imkoniyatlari, uning afzalliklari - tezligi, jabrlanuvchining holatidan qat'iy nazar takroriy foydalanish imkoniyati, asoratlar va qarshi ko'rsatmalarning yo'qligi haqida ko'plab ma'lumotlar keltirishgan [22;79-85b. 35; 21-33b. 27; 6-12 b. 72; 721-733 p.].

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 [56; 20-24 b. 96; 393-397 p. 119; 9510-9518 p.].

Taloq shikastlanishida o'lim yuqoriligicha qolmoqda, u 10-25% tashkil etadi. O'linga olib keladigan bevosita sabablaridan birinchi o'ringa a'zo butunligini aniqlashdagi diagnostik murakkabliklar, buning oqibatida esa – ko'p qon yo'qotilishi sababli qaytarib bo'lmas jarayonlarning rivoj-lanishi kiradi 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.]. Patsient shikoyati va anamneziga asosiy e'tibor qaratiladigan an'anaviy diagnostika usullari ko'p sonli travmalar payti ilojisiz bo'lib qoladi. Fizikal tekshiruvlar ham kam ma'lumotga ega bo'ladi. Qorin bo'shlig'ini paypaslaganda og'riq, ichak peristaltikasi tovushlarining yo'qligi, qorin old devori mushaklarining taranglashuvi, qorinning pastki sohalarida to'mtoqlik aniqlanishi, «jigar to'mtoqligi» ning yo'qolishi, Shetkin-Blyumberg belgisining aniqlanishi kabi

muhim belgilar qorin yopiq travmasida 100% aniqlikga ega emas [47; 137-140 b. 50; 174 b. 54; 34-38 b.].

Hozirgi vaqtda diagnostikani sezilarli darajada yaxshilaydigan qonsiz usul - ultratovush tekshiruvidir (UTT) [103; 1-7 b.]. Birinchi marta qorin bo'shlig'i parenximatoz a'zolari (taloq) shikastlanishining tizimlashti-rilgan exografik belgilari [106; 52-57 p.] ishlarida keltirilgan. Diagnostika mezonlari sifatida muallif akustik geterogenlik, a'zo hajmining kattalashishi (shu jumladan dinamikada), uning deformatsiyasi, pozitsiyasining o'zgarishi, konturlarining buzilishi va qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik mavjudligi kabi oltita belgini aniqlagan [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, exolokatsiyani qo'llash orqali dinamik kuzatuvda qorin bo'shlig'ida 200 ml erkin suyuqlikni 94,3% holatda aniqlash mumkin.

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.

Ayrim xirurglarning fikricha, qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlari diagnostikasida sonografiya instrumental tekshirish usullari «o'rnini bosa olmaydi». [110; 471-475 p. 129; 1-5 p. 130; 168-171 p.]. Shunday qilib, UTT va laparotsentez bilan peritoneal lavajning diagnostik imkoniyatlarini qiyoslab [114; 288-293 p. 119; 9510-9518 p.], qo'yidagi natijalarni olishgan: instrumental usullarning diagnostik qiymati 100% etgan, exografiya esa – 84% tashkil qilgan. Hozirgi vaqtda qorin bo'shlig'i a'zolarining travmatik shikastlanishlarini dastlabki bosqichlarida yakuniy diagnoz qo'yish imkonini beradigan instrumental tekshirish usullari afzal ko'rilmoqda [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.].

O'zining 90 yildan ortiq tarixiga qaramay, yaxshi jihozlarning yo'qligi va texnikaning nomukammalligi tufayli laparoskopiya uzoq vaqt davomida keng tarqalmagan, bu ko'plab xatolarga, asoratlarga va usulning o'zini obro'ysizlantirishga olib keldi. Dastlab, laparoskopiya faqat qorin bo'shlig'i a'zolarining kasalliklariga shubha bo'lgan payti ishlatilgan. 1992 yilda N. Pietra taloq yorilishida gu'mon qilingan holatda laparoskopiyadan muvaffaqiyatli foydalanish haqida xabar bergan [41; 243-249 b. 56; 20-24 b.]. Barcha diagnostik noaniq holatlarda laparoskopiyadan foydalanish taklifi [46; 4-8 b.] uzoq vaqt davomida o'z tarafdorlarini topa olmagan [46; 4-8 b. 54; 34-38 b.], qorin bo'shlig'ining to'mtoq travmasi bo'lgan 150 patsientda laparoskopiyadan foydalangan va faqat bitta holatda eksplorativ laparotomiya qilingan. Mualliflar ushbu usuldan foydalanish bilan bog'liq noto'g'ri salbiy natijalar yoki jiddiy asoratlarni qayd etmagan. Ko'pgina mualliflar qorin bo'shlig'i shikastlanishi uchun ushbu usulning 100% diagnostik ishonchligi haqida xabar berishgan.

Hozirgi vaqtda endovideoskopik texnologiyaning rivojlanishi laparoskopiya imkoniyatlarini kengaytirmoqda va majoziy ifodada [132; 193-200 p.] asta-sekin "diagnozni davolashga yaqinlashtirish" ga kirishmoqda. Ushbu atama bilan mualliflar ba'zi jabrlanganlarni laparoskopik usullardan foydalangan holda davolash imkoniyatini nazarda tutgan. Shunday qilib, oltita jabrlanuvchida qorinning yopiq travmasida endovidelaparoskopik texnikadan foydalangan holda, [20; 34-35 b.] besh holatda taloqning yorilishi va bir holatda jigar yorilishi aniqlangan. 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.].

Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi, jigar va taloqning subkapsulyar shikastlanishiga shubha mavjud bo'lgan shubhali holatlarda laparoskopiya uchun ko'rsatmalar laparotsentez bilan bir xil [1; 42-45 b.67; 164-171 p. 88; 100-107 p. 99; 260-265 p. 108; 1-8 p.].

Laparoskopiya paytida asoratlarni kam uchraydi. Xadjibaev A.M va hamuallif. (2011) 594 laparoskopik tekshiruvda faqatgina katta charvining shikastlanishi, teri osti emfizemasi va qorin old devori tomirlaridan qon ketishi kabi asoratlarni qayd etishgan. 3 patsientda kovak a'zolari shikastlanishi kuzatilgan, hech qanday salbiy oqibatlar kuzatilmagan [55; 43-48 b.]. 182 jabrlanuvchiga laparoskopiya o'tkazgandan so'ng, faqat ikkita asoratlarni – darhol aniqlangan taranglashgan pnevmotoraks va ingichka ichakning shikastlanishi haqida yozishgan. Laparoskoplar va uni bajarish texnikasi takomillashgach, so'nggi yillarda tajriba to'plash bilan asoratlarni va o'limlar soni sezilarli darajada kamaygan.

Qorin bo'shlig'ida a'zolari shikastlanishi bilan jabrlanganlarning davolash natijalarini tahlil qilib, shuni ta'kidlash kerakki, laparotsentez va laparoskopiyadan foydalanish operatsiyadan oldingi tekshirish muddatini qisqartirishi, umumiy o'limni kamaytirishi, diagnostik xatolar sonini kamaytirishi va eksplorativ laparotomiyalarning oldini olishi mumkin.

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 unga ko'rsatmalarni yanada qat'iy va ob'ektiv qiladi. Agar ba'zi jabrlanuvchilarda klinik ko'rinish shubhali bo'lsa, dinamik laparoskopiyadan foydalanish tavsiya etiladi, bu o'zgarmagan klinik ko'rinish bilan peritonit, ikkilamchi qon ketish va boshqa asoratlarni inkor qilishga imkon yaratadi va shu bilan jabrlanganlarning umumiy holatiga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi ba'zi patsientlarda «behuda» laparotomiya va relaparotomiyadan xalos bo'lish imkonini beradi [1; 42-45 b. 34; 51-60 b.105; 95-100 p.109; 668-680 p].

Hozirgi vaqtga kelib parenximatoz a'zolarining shikastlanishlarini diagnostikasi va davolashning laparoskopik usullari amaliyotga keng joriy etila boshlandi, albatta, ularning afzalliklari shubhasizdir. Umuman olganda parenximatoz a'zolarining shikastlanishlarini diagnostikasi va davolashda endovideoxirurgiya imkoniyatlarini o'rganishning dolzarbligi bir qator etarli

darajada hal etilmagan muammolar bilan xarakterlanadi. Shunday qilib, endovideosixirurgik aralashuvlarining xarakteri, hajmi va uni bajarishdagi ketma-ketligi to'liq aniqlanmagan.

Barcha ushbu muammolar adabiyotlarda etarli darajada yoritilmagan va kelajak tadqiqotlarida yanada o'zining echimini talab qiladi.

I bob bo'yicha qisqa xulosa

Ilmiy adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, qorinning yopiq og'ir travmasida jigar va taloq shikastlanishi bilan jabrlanuvchilarda xirurgik aralashuv hajmini tanlash muammosi haligacha hal etilmagan.

Oxirgi 10 yil ichida fundamental va amaliy fanlar sohasidagi, travmatik kasalliklar patogenezini tushuntirishda yangi nazariy tushunchalar paydo bo'layotgani va bularning natijasida qorin yopiq travmasini intensiv terapiya va xirurgik yo'li bilan davolashning ilg'or texnologiyalarini amaliyotga jadal tadbiiq etilishi kabi yutuqlarga qaramasdan, abdominal va ekstraabdominal asoratlar, travmatik shok va o'tkir qon yo'qotish hali ham patsientlarda o'limning asosiy sabablari bo'lib qolishi jiddiy tashvish uyg'otadi. Shuning uchun og'ir patsientlarni davolashda muvaffaqiyatli natijalarga erishish uchun endovideosixirurgik usulini qo'llamasdan, qorin bo'shlig'ining jigar va taloqning yopiq shikastlanishlarida murakkab patogenetik terapiya va erta xirurgik aralashuvni qo'llash kerak. Aynan ushbu holat bizning tadqiqotimizni dolzarbligi va yo'nalishini belgilaydi.

II BOB. TADQIQOTNING MATERIAL VA USULLARI

2.1-§. Klinik tadqiqotning umumiy xarakteristikasi

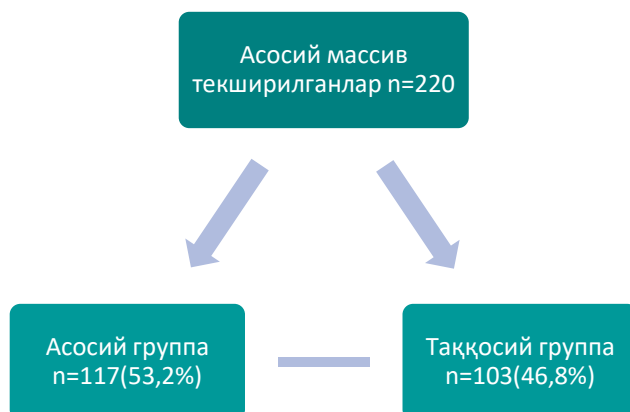
Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filialida 2013 yildan 2023 yillarda 889 nafar jabrlanganlar qorin bo'shlig'i a'zolari yopiq travmasi bilan davolangan. Ushbu tadqiqot 220 patsientni tekshirish va davolash ma'lumotlariga asoslangan bo'lib, bu jigar va taloqning shikastlanishiga shubha qilingan jabrlanganlar umumiy sonining 24,7% tashkil etgan. Barcha jabrlanganlar ikki guruhga bo'lingan.

Taqqoslash guruhiga 103 (46,8%) jabrlanuvchi kiritilgan bo'lib, ularda 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) va diagnostik laparotomiyani o'z ichiga olgan. Ularni davolashda faqat 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.

Asosiy 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 117 (53,2%) jabrlanuvchilar kiritilgan bo'lib, ularning 68 (58,1%) videolaparoskopik aralashuvlar bajarilgan. Barcha jabrlanganlarga RShTYoIM Samarqand filiali xirurgiya bo'limi xodimlari birgalikda yordam ko'rsatgan.

Asosiy guruhning (117) yoshga oid xususiyatlari quyidagicha: 19-44 yosh guruhida 54 (46,1%), 45-59 yosh guruhida - 32 (27,3%), yosh guruhi 60 -75 yosh -24 (20,5%) va 75 yoshdan katta - 7 (6%) patsientlar bo'lgan. Nazorat guruhining (103) yosh xususiyatini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 65 (63,1%) patsient 19-44 yosh guruhida, 23 patsient (22,3%) 45-64 yoshli patsientlarda,

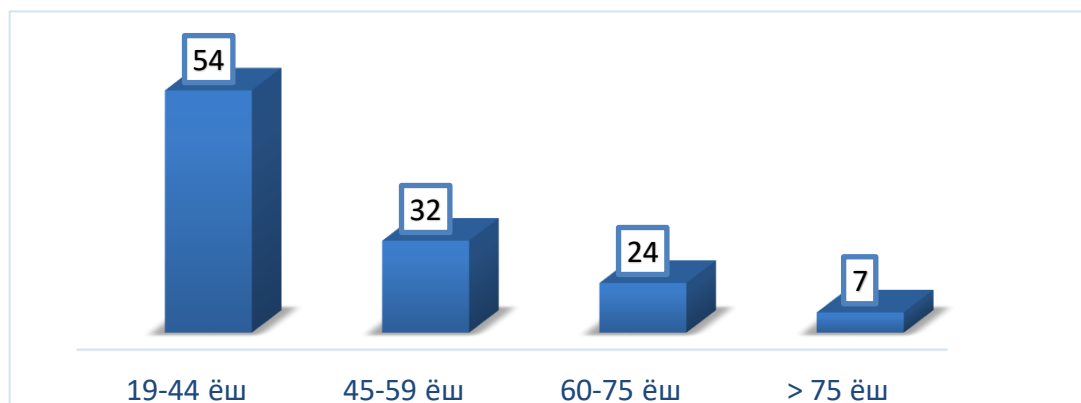
yosh guruhi 65-75 12 (11,6%) patsient va 75 yoshdan oshganlar 3 (3%) jabarlanganlar tashkil etgan.



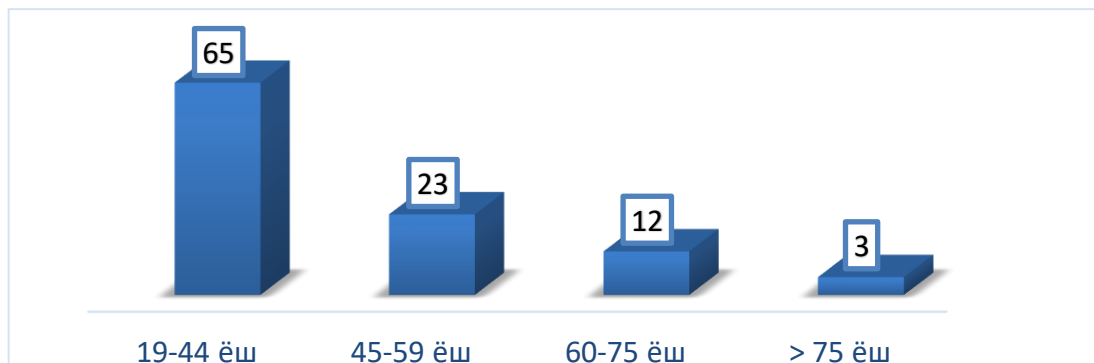
2.1-rasm. Tadqiqot massivining taqsimlanishi

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

Асосий guruh



Таqqoslash guruhi



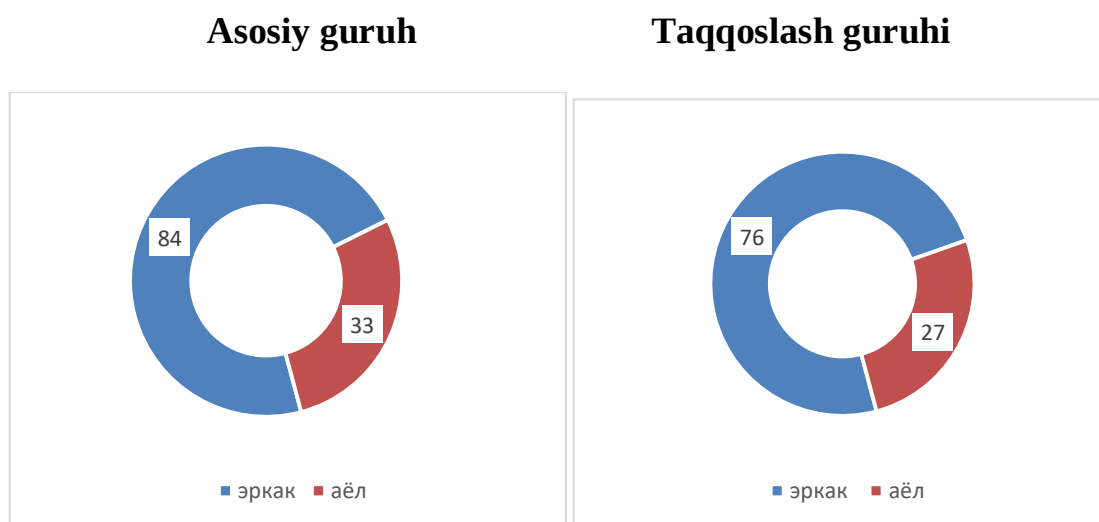
2.2-rasm. Jabrlanganlarni yoshi bo'yicha taqsimlanishi

Tadqiqotga 19 yoshdan 89 yoshgacha bo'lgan jigar va taloq shikastlanishiga shubha qilingan 220 patsient, shu jumladan 159 erkak (72,0%) va 61 ayol (28,0%) kiritilgan (2.3-rasm).



2.3-rasm. Jabrlanganlarni jinsi bo'yicha taqsimlanishi

Asosiy guruhda 84 (71%) erkaklar, 33 (29%) ayollar va nazorat guruhida mos ravishda 76 (74%) va 27 (26%) jabrlanganlar bo'lgan (2.3-rasm).



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

Ko'rinib turganidek, ikkala guruhda ham erkaklar ustunlik qilgan, patsientlarning aksariyati eng mehnatga layoqatli 25 yoshdan 55 yoshgacha yoshdagi kishilar bo'lgan: Jabrlanganlarning shikastlanish sabablari bo'yicha xarakteristikasi 2.1-jadvalda keltirilgan.



2.5-rasm. Yopiq abdominal travma bilan jabrlanganlarni yotqizish yo'llari

220 jabrlanganlarning 87 (39,6%) tez yordam mashinasida keltirilgan, qolgan 133 (60,4%) tasi esa o'zlari murojat qilishgan (2.5-rasm).

2.1- jadval

Jabrlanganlarni travma sabablari bo'yicha taqsimlanishi

Travma sabablari	Asosiy guruh (n -117)		Taqqoslash guruhi (n -103)		Jami	
	n -	%	n -	%	n -	%
Yo'l-transport hodisalari	63	53,8	57	53,3	120	54,5
Qoringa to'mtoq predmet orqali travma etkazilishi	16	13,6	14	14	30	13,6
Yuqoridan yiqilish	24	20,5	22	21,3	46	20,9
Maishiy travma	10	8,5	7	7	17	7,7
Noma'lum sababli travma	4	3,4	3	3	7	3,1
Jami	117	100	103	100	220	100

2.1-jadvalda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, patsientlarning 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 patsientda 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 patsientda va nazorat guruhidagi 22 patsientda aniqlangan, bu 46 (42%) patsientni tashkil etgan. Maishiy travma asosiy guruhda 10 va nazorat guruhida 7, jami 17 (16%) patsientda qayd etilgan. Asosiy guruhda 4 noma'lum xarakterdagi jarohatlar va nazorat guruhida 3 patsient, jami 7 (6%) patsientni tashkil etgan.

Jabrlanganlarning 220 tasidan 127 (57,7%) tasida parenximatoz a'zolarining yopiq shikastlanishi shubha qilinganlar ichida 107 tasida (84,3%) qo'shma va ko'p sonli jarohatlar (tayan-harakat tizimi, bosh miya travmasi, ko'krak qafasi, qorin shikastlanishlari, tos suyaklarining sinishi) aniqlangan (2.2-jadval.)

2.2-jadval

Qorin yopiq travmasida qo'shma jarohatlar xarakteri

Shikastlanish turlari	Asosiy guruh (n = 40)		Taqqoslash guruhi (n = 53)		Jami (n = 93)	
	n -	%	n -	%	n -	%
Tayanch-harakat apparati	11	19,3	10	20	21	19,6
Ko'krak qafasi a'zolari	21	36,8	8	16	29	27,1
Bosh miya travmasi	25	43,9	32	64	57	53,3
Jami	57	100	50	100	107	100

Muhim mezon sifatida travma olingan paytdan boshlab operatsiyagacha bo'lgan vaqtni hisobladik. Asosiy guruhda 92 holatda (78,7%) operatsiya travma olgan paytdan boshlab ikki soat ichida, travma olingandan keyin olti soat ichida 3 patsientda (2,5%) va olti soatdan keyin esa 22 holatda (18,8%) operatsiya boshlangan.

Taqqoslash guruhida operatsiya 89 holatda (86,3%) travmadan so'ng ikki soat ichida, 8 patsientda (7,8%) 6 soat ichida, olti soatdan ortiq vaqtdan keyin esa 6 holatda (5,9%) boshlangan. Ushbu ma'lumotlar 2.3-jadvalda keltirilgan.

Jabrlanganlarning umumiy holatiga ta'sir ko'rsatadigan muhim mezon travmatik shok bo'lgan. 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 %) 2-darajali shok, 19 nafar patsientda (16,2 %) III darajali shok aniqlangan. Asosiy guruhda shoksiz jabrlanganlar soni 31 nafarni (26,5%) tashkil etgan.

2.3-jadval

Asosiy va taqqoslash guruhlarida operativ aralashuvlarni boshlanish vaqti

Tadqiqot guruhlari	Travma olingan vaqtdan operativ aralashuv boshlanguncha vaqt			
	1 soatgacha	2 soatgacha	6 soatgacha	6 soatdan ortiq
Asosiy guruh	60 (51,3%)	32 (27,4%)	3 (2,5%)	22 (18,8%)
Taqqoslash guruhi	51 (49,5%)	38 (36,8%)	8 (7,8%)	6 (5,9%)

**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 (2.4-jadval) da keltirilgan.

2.4-jadval

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

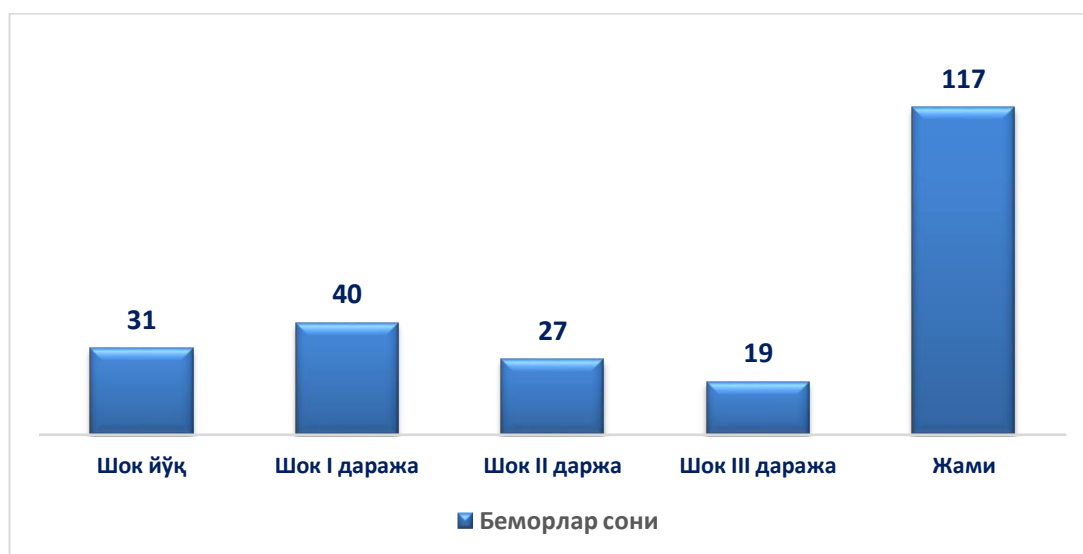
Og'irlik darajasi	OIS bo'yicha ballar	Asosiy guruh		Taqqoslash guruhi	
		n	%	n	%
Og'ir bo'lmagan travma (I daraja)	I	71	60,6	68	66,0
Og'ir travma (II daraja)	I-III	44	37,6	32	31,1
O'ta og'ir travma (III daraja)	III-IV	2	1,8	3	2,9
Jami		117	100	103	100

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

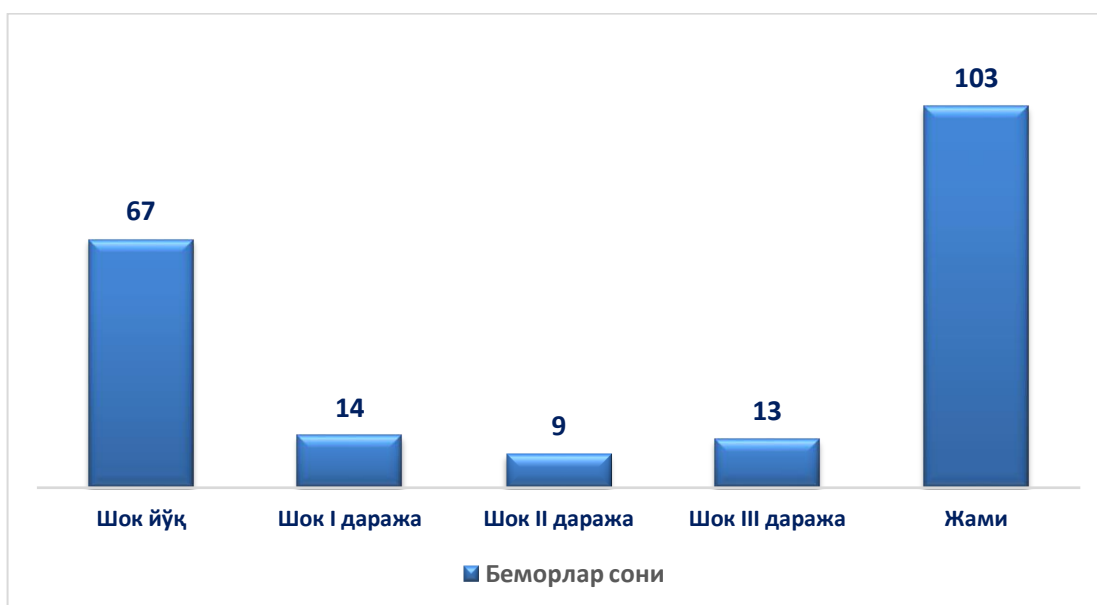
Jabrlangan 220 nafar patsientning 62 (28,2%) tasi alkogoldan mastlik holatida bo'lgan. 12 (5,45%) patsientning ahvoli "og'ir" yoki "o'ta og'ir" deb

baholangan. Shokning og‘irligiga qarab klinik materialning taqsimlanishi 2.4-jadvalda keltirilgan.

Asosiy guruh



Taqqoslash guruhi



2.6-rasm. Jabrlanganlarni shokning og‘irligi bo‘yicha taqsimlanishi

60 patsientda parenximatoz a‘zolarining shikastlanishi qorin bo‘shlig‘i boshqa a‘zolarining shikastlanishi bilan birgalikda kelgan, bu 2.3-jadvalda keltirilgan.

Aksariyat holatlarda jigar va taloq shikastlanishlari bilan ingichka ichak (6,3%), oshqozon (1,36%) va oshqozon osti bezining (1,36%) travmasi bilan birgalikda kelishi kuzatilgan (2.5-jadval).

2.5-jadval

Qorin bo'shlig'i a'zolarining ko'p sonli shikastlanishlari bilan patsientlar xarakteristikasi

Shikaslanish turi	Asosiy guruh (n = 117)		Taqqoslash guruhi (n = 103)		Jami (n = 220)	
	n	%	n	%	n	%
Katta charvi va tutqich	4 *	3,4	26 *	25,4	30	13,6
Diafragma	1	0,85			1	0,45
Buyrak, siydik qopi	1	0,85	2	1,9	3	1,36
Oshqozon	2	1,7	1	0,97	3	1,36
O'n ikki barmoq ichak	1	0,8	4	3,8	5	2,3
Oshqozon osti bezi	2	1,7	1	0,97	3	1,36
Ingichka ichak	4 *	3,4	9	9,7	14	6,36
Yo'g'on ichak	3	2,5	4 *	3,8	7	3,18
O't xalta	4 *	20	2	1,94	6	2,72
Jami	22	18,8	50	48,5	72	32,72

*- qo'shma shikastlanishlar bilan patsientlar.

Qorin bo'shlig'i yopiq travmasi bilan jabrlanganlarda qorin bo'shlig'i 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

Jabrlanuvchilarda tekshirish shikoyatlarni aniqlashtirish, travma anamnezini yig'ish, shuningdek ob'ektiv va instrumental tekshirish usullaridan boshlangan.

Diagnostika choralari ko'lami jabrlanuvchining umumiy ahvolining 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. Klinik qon tekshiruvi va bioximik ko'rsatkichlar «Mindray BS 230», «Mindray BS 240» (Xitoy) avtomatik qurilmalari yordamida aniqlangan.

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.

Dastlabki ko'rikdan so'ng jabrlanuvchilarda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining obzor rentgenografiyasi va suyaklarining turli AFO 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.

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 (2.7, 2.8, 2.9-rasmlar). Ultratovushli rangli dupleks skanirlash (UTRDS) orqali stabil gematomada qon oqimining hech qanday belgilari aniqlanmagan.



2.7-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.



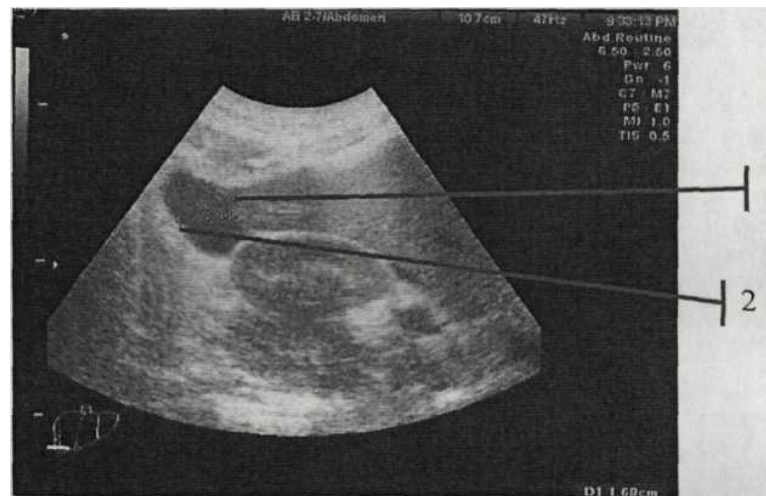
2.8-rasm. Ultratovushli rangi dupleksli skanirlash — jigar o‘ng bo‘lagi gematomasi



2.9-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 [3;65]. 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 (2.10 rasm).



2.10-rasm. 1 – qorin pardaning visseral varag'i; 2 - parietal varag'i

Parenximatoz a'zolarining shikastlanish darajasini baholash uchun OIS bo'yicha a'zo shikastlanishining og'irligi klassifikatsiyasi qo'llanilgan (2.6-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 chandiq 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.

Jigar shikastlanishi uchun OIS klassifikatsiyasi

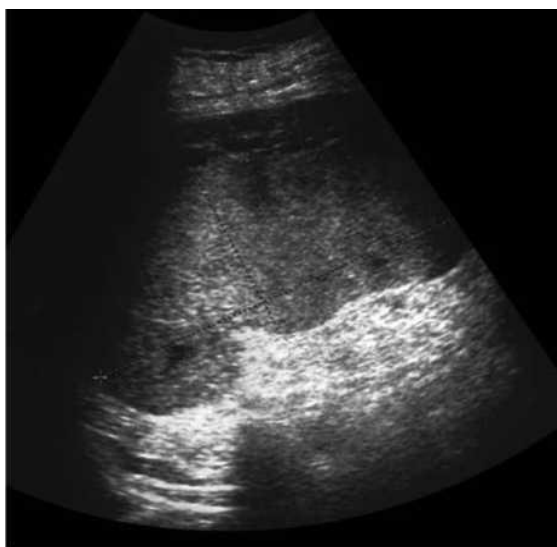
Shikastlanish darajasi	Shikastlanish turi	Shikastlanish morfologiyasi
I	Gematoma	Subkapsulyar, stabil, jigarining 10% dan kam yuzasini egallagan
	Yorilish (jarohat)	Chuqurligi 1 smdan kam
II	Gematoma	Subkapsulyar, stabil, jigarining 10-50% dan kam yuzasini egallagan Markaziy, stabil, diametri 10 smdan kam
	Yorilish (jarohat)	Chuqurligi 3 sm dan kam, uzunligi 10 smdan kam, qon ketish
III	Gematoma	Subkapsulyar, stabil, jigarining 50% dan ortiq yuzasini egallagan Har qanday o'lchamdagi subkapsulyar nostabil Subkapsulyar yorilish va qon ketish bilan Markaziy stabil diametri 10 smdan ortiq Diametri har qanday o'lchamdagi markaziy nostabil
	Yorilish (jarohat)	Chuqurligi 3 smdan ortiq
IV	Gematoma	Yorilish va qon ketish bilan markaziy gematoma
	Yorilish (jarohat)	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 (2.7 jadval). 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.

Taloq shikastlanishini aniqlash uchun OIS klassifikatsiyasi

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

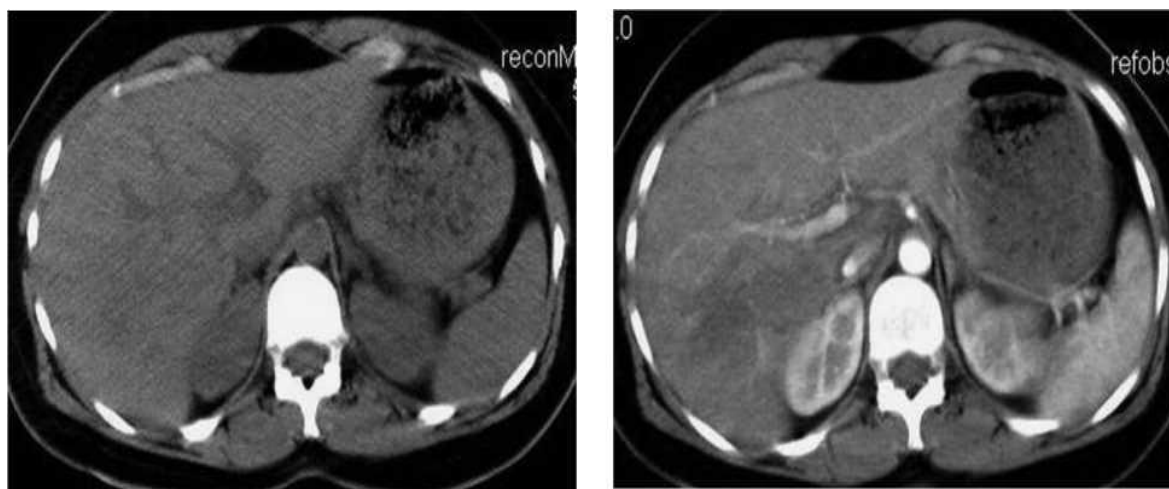
Taloq shikastlanishining ultratovushli belgilari qo'yidagilar: chap diafragma osti bo'shlig'ida erkin suyuqlikning aniqlanishi, a'zo konturlari aniqligining yo'qolishi va notekisligi, uning o'lchamlarining kattalashganligi, parenximasidagi o'chog'li o'zgarishlar (2.11-rasm).



2.11-rasm. Taloq gematomasi (strelkalar). a – qorin exogrammasi; b – olib tashlangan taloqning kesilgandagi ko'rinishi

Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq travmasi bilan jabrlanganlarda parenximatoz a'zolar yoki travmatik pankreatit travmasini klinik va UTT ma'lumotlari bo'yicha inkor etishni iloji bo'lmagan taqdirda Siemens Somatom Sensation 16 apparati yordamida kompyuter tomografiya o'tkazilgan. KT o'tkazishga ko'rsatma taloqning shikastlanish darajasini aniqlash, ayniqsa qorin bo'shlig'i turli parenximatoz a'zolari va qorin parda orti travmasiga gu'mon qilinganda, qarshi ko'rsatma esa nostabil gemodinamika va jabrlangan patsientni tashishni iloji bo'lmagan taqdirda hisoblanadi.

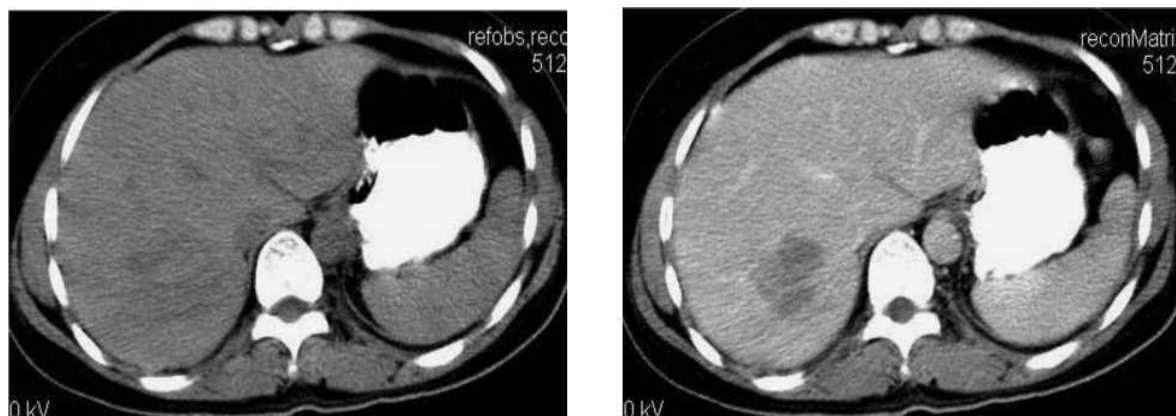
Travmadan keyin birinchi soatlarda (6 soatgacha) gematoma tabiiy tomogrammada aniq zichligi pasaygan bir xil strukturali zona (suyuqlik qiymatlarigacha) bo'lib ko'rinadi. Kontrast modda yordamida tekshirilganda lat eyish sohasida parenxima zichligi biroz o'zgaradi (to'planish gradienti 5-7 N birlik) va o'zgarmagan parenxima zichligi fonida ushbu patologik zona juda yaxshi ko'rinadi, bu esa o'zgarishlarning tarqalishi va hajmini ishonchli aniqlash imkonini beradi (2.12, 2.13-rasmlar).



2.12-rasm. Kompyuter tomogrammlar. Jigarning V va VI segmentlari lat eyishi (strelkalar). a –kontrast yordamida kuchaytirishsiz; b - kontrast bilan kuchaytirilgan

Keyinchalik (1 kungacha) qon laxtalari so'rilishi bilan gematomaning densitometrik ko'rsatgichlari oshib boradi va atrofidagi parenxima ko'rsatgichlariga yaqinlashadi. Bu davrda gematomani tabiiy tekshirish paytida uning zichligi shikastlanmagan parenximadan deyarli farq qilmaydi, lekin

kontrastli kuchaytirish orqali parenximaning kontraslanishi hisobiga aniq tasvirlanadi. Vaqt o'tishi bilan (1-3 kunlarda) qon laxtalarining zichligi yanada oshadi va gematoma tabiiy tomogrammada zichligi oshgan zona (50-70 N birlik) sifatida ko'rinadi. Keyinchalik (3 kundan boshlab) qon laxtasining zichligi sekin pasaya boshlaydi, gematoma strukturasi har xil bo'lib qoladi va sekin asta uning zichligi suyuqlik zichligiga tenglashadi. Tasvirni kontrastli kuchaytirish usulidan foydalanish gematoma sohasini o'rab turgan lat eyish zonasidan yanada yaqqol aniqlash imkonini beradi (2.14-rasm).



2.13-rasm. Kompyuter tomogrammalar. Jigarning markaziy gematomasi (strelkalar). *a* –kontrast yordamida kuchaytirishsiz; *b* - kontrast bilan kuchaytirilgan



2.14-rasm. Qorin yopiq travmasida qorin bo'shlig'i tomogrammasi.

Taloqning yorilishi va subkapsulyar gematomasi.

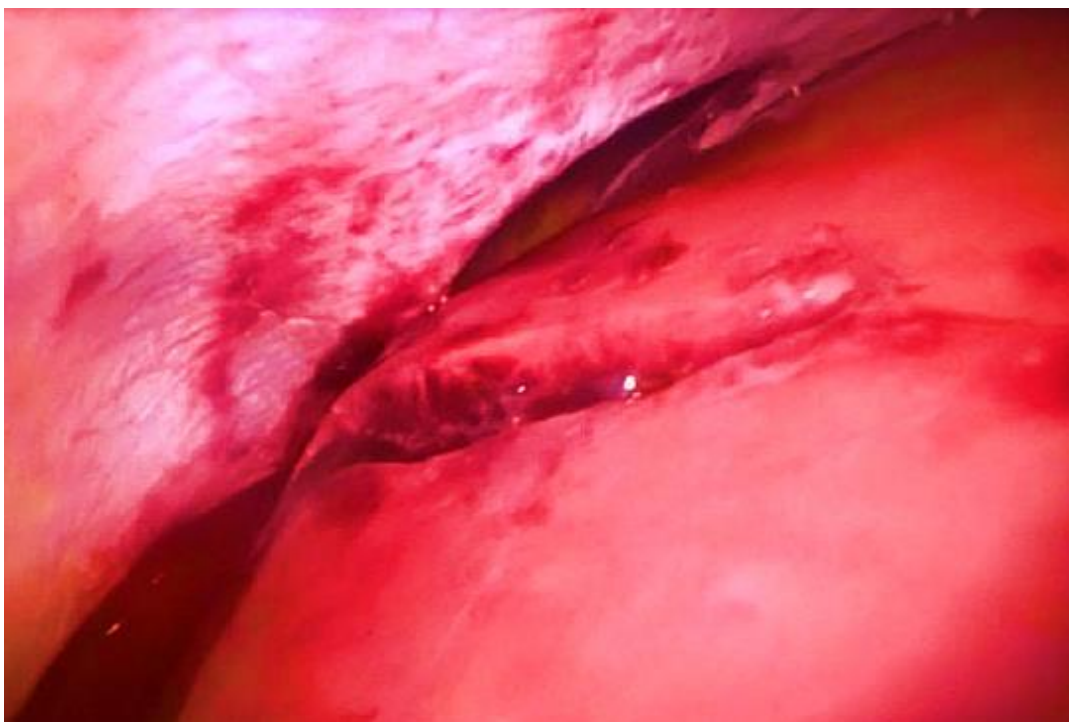
KT ga muqobil ravishda jabrlanganlarda Siemens Magnetom Amira 1,5T qurilmasida (AQSh) magnit-rezonansli tomografiya (MRT) o'tkazilgan.

2.3-§. Laparotsentez va diagnostik peritoneal lavaj (DPL)

Bu maqsadda «izlovchi kateter» usulini qoʻlladik. Ushbu usulni qoʻllashga koʻrsatma ogʻir holatdagi jabrlanganlarda UTT maʼlumotlari informativligining kamligi va KT oʻtkazishni iloji yoʻqligi boʻlgan. Qorin boʻshligʻini yuvish: «peritoneal lavaj» — 1000 ml natriy xloridning izotonik eritmasi bilan oʻtkazilib, keyin 1 ml perfuzatda leykotsitlar, eritrotsitlar soni, shuningdek oʻt pigmentlari va amilaza miqdorini aniqlash orqali ishonchli informatsiya olingan. Agarda yuvilgan suvda eritrotsitlarning miqdori 100000, leykotsitlar 8000 dan oshsa, unda biz qorin boʻshligʻi aʼzolari shikastlanishini ishonchli belgisi deb hisoblaganmiz, bu esa, albatta laparotomiya bajarishga koʻrsatma boʻlgan. Peritoneal lavaj UTT oldida kovak aʼzolar, pankreatobiliar sistemasi aʼzolarida shikastlanishlarni erta aniqlashda afzalliklarga ega. Laparotsentezning qorin boʻshligʻi aʼzolarining shikastlanishlarida diagnostik sezgirligi 90,9%, UTT - 86,6%, laparoskopiya – yopiq - 97,2% va ochiq travmada - 100% tashkil etgan. 88,7% holatlarda jigar oʻng boʻlagining jarohatlari uchrashi ustunlik qilgan, chap boʻlagi esa 11,3% holatlarda shikastlangan.

2.4-§. Videolaparoskopiya

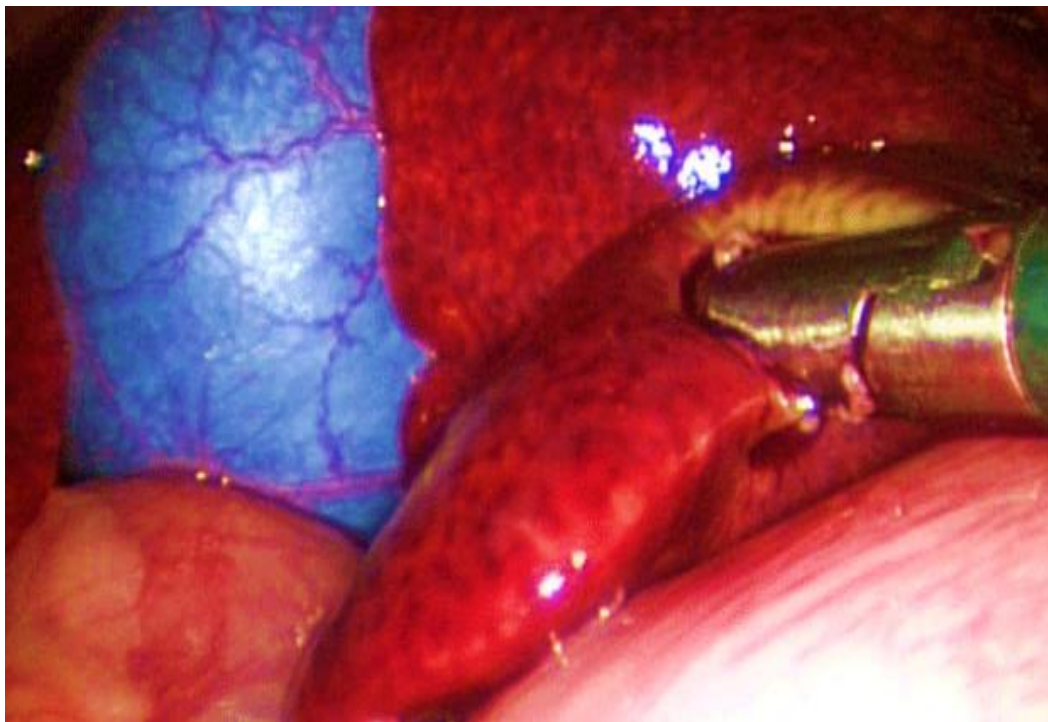
Ushub usul jigar va taloq shikastlanishlarini koʻrish va aniqlash uchun qoʻllanilgan, ayrim hollarda gemostazni amalga oshirish va hattoki splenektomiya oʻtkazish imkonini bergan. Koʻpchilik holatlarda laparotomiyaga koʻrsatma guʻmon boʻlib turgan vaqtda videolaparoskopiya bajarilgan. Shikastlanganlarda izolatsiyalangan travma va intensiv boʻlmagan qorinichi qon ketishlarida videolaparoskopiya yakuniy gemostaz usuli sifatida qoʻllanilgan. Uni qoʻllashga qarshi koʻrsatma nafaqat qorin oldingi devoridagi operatsiyadan keyingi chandiqlar va ichaklar pnevmatozi, balkim jabrlanganlarning ogʻir nostabil holati hamdir. Videolaparoskopik tekshiruvlarda biz Karl Storz (Germaniya) laparoskopik qurilmalari va RZ Medizintechnik firmasining laparoskopik instrumental toʻplamlaridan foydalandik (2.15-rasm. a.,b).



**2.15-rasm. a. Qorin yopiq travmasi bilan patsientda videolaparoskopiya.
Jigarning yorilishi.**



**2.15-rasm. b. Qorin yopiq travmasi bilan patsientda videolaparoskopiya.
Taloqning subkapsulyar gematomasi.**



Ris.2.16. Kaogulyatsiya travmy pecheni

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.

Taqqoslash guruhida laparoskopiya va MRT tashqari barcha diagnostik chora-tadbirlar komplekslari qo'llanilgan.

2.5-§. Jigar va taloqning yopiq travmalarida patsientlarda davolash taktikasi

2.5.1-§. Asosiy guruh patsientlarida jigar va taloqning yopiq travmalarida konservativ davolash

Olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, qorin yopiq travmasida (QYoT) jigar va taloq shikastlanishi bilan 29 (24,8%) jabrlanganlarda muvaffaqiyatli ravishda konservativ davolash o'tkazilgan. QYoT jigar va taloq shikastlanishlarida konservativ davolashda ko'rsatma sifatida quyidagilarni hisobladik:

- patsientning hushidaligi;
- stabil gemodinamika;

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

- gemoperitoneum hajmi 200 mlgacha;

- og'ir qo'shma travmaning (OQT) yo'qligi, taloq jarohati bo'lgan taqdirda;

- splenopatiya belgilarining yo'qligi.

Mazkur tadqiqotning maqsad va vazifalariga muvofiq barcha patsientlarda QYoT bilan jigar va taloq 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

2.5.2-§. Qorin yopiq travmasida jigar va taloq shikastlanishlarida patsientlarni davolashda diagnostik va davolash maqsadida laparoskopiya

Laparoskopik operatsiyalarda gemostaz usullari

Laparoskopik davolash manipulyatsiyalarini qo'llash haqidagi xulosa diagnostik laparoskopiya vaqti qabul qilingan. Bu paytda qorin bo'shlig'idagi patologik suyuqlikning miqdori va xarakteri, jigar shikastlanishining xarakteri, qon ketishining intensivligi, suyuqlikda ichak mahsulotining mavjudligi baholangan. Jigar travmasida laparoskopik aralashuv shikastlanishlarni II, III,

IV, V, VI va qisman VII-VIII segmentlar sohasida joylashgan payti bajarishning iloji bor; jarohatlar jigarning yuqori va pastki dorzal qismlarda joylashganligi sababli ularni endoxirurgik usul yordamida tikishning iloji yo‘q. Shikastlanishlar IV — VIII segmentlar va II -III segmentlar sohasida joylashuvida xirurgik aralashuvni laparoskopik yo‘l orqali amalga oshirishni iloji yo‘qligi to‘g‘risida qaror qabul qilingandan keyin, qo‘shimcha ravishda instrumentlarni kiritish uchun o‘ng qovurg‘a ostidan 2-3 troakorlar o‘rnatilgan. Videolaparoskopiyaning alohida ahamiyati diagnostik va davolash manipulyatsiyalarini birgalikda bajarish imkoniyatidir. Bizning tadqiqotimizda qorin yopiq travmasida videolaparoskopiyaning qo‘llashga ko‘rsatma quyidagilar bo‘lgan:

- 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.

Ochiq travmada videolaparoskopiya ko‘rsatmalar quyidagilar bo‘lgan:

- jigar va qorin bo‘shlig‘ining boshqa a‘zolari shikastlanishining shubhali klinik va instrumental belgilari bilan qorinning o‘ng yarmidagi kiruvchi jarohat;
- qorin bo‘shlig‘iga kiruvchi jarohatning shubhali klinik va instrumental belgilarida jigar proeksiyasida qorin old devorining ko‘plab (5 dan ortiq) jarohatlarining mavjudligi;
- jigar proeksiyasida qorin old devorining o‘q-otar quroldan jarohati payti jigar va qorin bo‘shlig‘i a‘zolari jarohati haqida shubhali klinik va instrumental belgilarining mavjudligi.

Videolaparoskopiya qarshi ko‘rsatmalar sifatida quyidagilarni hisobladik:

- patsientning og‘ir nostabil holati (gemodinamik va ventilyatsion buzilishlar);

- jigarining III - IV og'irlik darajadagi shikastlanishi, shikastlanish-ning portal darvoza sohasida joylashuvi, profuz qon ketish;
- jigarining yuqori – va pastki orqa sohalarining shikastlanishi, kovak a'zolar shikastlanishi, jigardan tashqari o't yo'llarining shikastlanishi;
- UTT ma'lumotlariga ko'ra gemoperitoneumni 500 mldan ko'pligi;
- qorin oldingi devorida operatsiyadan keyingi ko'plab chandiqlar va qorin bo'shlig'ida tarqalgan bitishmali jarayon.

2.5.3-§. Asosiy guruh patsientlarida jigar va taloqning yopiq travmalarida laparotom operatsiyalar

Klinik kartina peritoneal ko'rinishlar va qorin bo'shlig'i qon ketishining belgilari bilan namoyon bo'lgan holatlarda 42 (35,9%) jabrlanganlarda laparotomiya bajarilib jigar jarohati atravmatik igna yordamida Vikril ipi bilan tikilgan, jarohatni tikishning iloji bo'lmagan holatlarda jarohat to'liq chuqurlikda oyoqchasi bilan olingan katta charvi yoki jigarining ajratib olingan yumaloq bog'lami yordamida tamponada qilingan. Gemostaz maqsadida «TaxoKomb» keng qo'llanildi. Qon ketishini vaqtincha to'xtatish maqsadida Baron – Pringl usulini qo'llash orqali jigarni vaqtincha «o'chirish» va jigar-o'n ikki barmoq bog'lamiga turniket qo'yishdan foydalandik. Parenximaning turli yuzalaridan o'tuvchi ko'p chiziqli yorilishlar bilan ularga tegib turgan sohalarining to'liq ishemiyasi yoki ularning ezilishi bilan jarohatlar xirurgik ishlov berish uchun ko'rsatmalar hisoblangan. Jigarining markaziy yorilishi va gematoma mavjudligida reviziya yaqin portal yoriqlardan biri orqali amalga oshirilgan. Bunda gemo- va o't oqishini to'liq bartaraf qilish gematoma bo'shlig'ini (tikmasdan) katta charvi yordamida tamponlash va drenajlash orqali amalga oshirilgan.

2.6-§. Ma'lumotlarga statistik ishlov berish

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 mezon (U) ishlatilgan, mustaqil namunalar uchun Vilkokson mezon (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.

III BOB. JIGAR VA TALOQNING YOPIQ TRAVMALARI DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR

3.1-§. Jigar va taloqning yopiq travmalari diagnostikasi

Travma olingandan keyin dastlabki soatlarda hajm jihatidan kichik o'lchamdagi shikastlanishlarda qorin travmasining klinik ko'rinishi yotqizish paytida aniq ifodalangan bo'lmagan. Jabrlanganlarda bir nechta a'zo va sistemalar shikastlanib davom etayotgan ichki qon ketish payti klinik belgilarning yaqqol namoyon bo'lishi kuzatilgan. Ikkala guruhda ham barcha patsientlarning kagortasi qorin yopiq travmasida jigar va taloqning shikastlanishi bilan ko'proq uchraydigan klinik simptomatikasi va uchrash sur'ati 3.1-jadvalda keltirilgan.

3.1-jadval.

Tadqiqotning ikkala guruhi patsientlarida jigar va taloqning yopiq travmalarida klinik simptomlarning turlari va uchrash sur'ati

Simptomlar	Soni n =220	%
Qorindagi og'riq	151	68.6
Terining oqarganligi	89	40.4
Hushning buzilishi	41	18.6
Ko'ngil aynish, qusish	66	30
Taxikardiya $yuut > 100$	188	85.4
Gipotoniya $AQB < 100$	89	40.4
Hansirash	38	17.3
Qorin oldingi devori mushaklarining rigidligi	41	18.6
Qorin pardaning ta'sirlanish belgilari	33	15.0
Peristaltikaning susayishi	40	18.2

18,6% jabarlanganlarda hushining buzilishi oqibatida muloqotga kirishish qiyin bo'lgan va diagnostikada instrumental usullar afzal ko'rilgan. Qorin bo'shlig'i a'zolari travmasining turi va darajasiga bog'liq bo'lgan qorindagi

og'riq 68,6% jabrlanganlarda aniqlangan. Shuningdek, ichak shikastlanishidagi kuchli og'riq peritonit belgilari bilan 16,5% holatlarda, gemorperitoneum hisobiga qorin pardaning ta'sirlanish simptomlari 25% jabrlanganlarda kuzatilgan. O'tkir qon yo'qotilishida teri qoplaminig oqarganligi 40,4%, hansirash 17,3%, taxikardiya ($YuUT > 100$), gipotoniya ($AQB < 100$) 40,4% holatlarda kuzatilgan. Reflektor parez oqibatida ichak peritaltikasi susayishi 18,2% holatlarda qayd etilgan. Qo'shma bosh miya travmalarida ko'ngil aynishi va qusish 30% holatlarda kuzatilgan.

Qorinning yopiq qo'shma travmasi bilan jabrlanganlar qabul bo'limiga murojat qilib kelgan payti birlamchi patsient holatining og'irligi, qorinichi qon ketish simptomlarining mavjudligi baholangan. Jigar va taloqning yopiq travmasida OIS shkalasi bo'yicha jabrlanganlarning og'irlik darajasi $2,3 \pm 0,45$ ballni tashkil etgan. Jabrlanganlarning umumiy holatiga ta'sir ko'rsatadigan asosiy omillardan biri o'tkir qon yo'qotish bo'lgan. Shuning uchun OIS shkalasi bo'yicha shikastlanish darajasini aniqlashda Algover shok indeksi hisobga olingan. Algover shok indeksining qiymati yo'qotilgan qon hajmiga bog'liqligi aniqlangan. Ushbu ma'lumotlar 3.2-jadvalda keltirilgan.

3.2-jadval

Qon yo'qotishining og'irlik darajasiga qarab jabrlanganlarni taqsimlanishi

Yo'qotilgan qon hajmi.l.	AQH defitsiti, %	Algover shok indeksi	Jami	
			n=220	%
<1,0	<20%	<1,0	109	49,5
1,0-1,5	21-30%	1,0-1,4	41	18,6
1,6-2,0	31-40%	1,5-1,9	49	22,3
>2,0	>40%	>2,0	21	9,6
Jami			220	100

Jigar va taloqning yopiq travmasida tekshirish usllarining turi va soni 3.3-jadvalda keltirilgan.

Jigar va taloqning yopiq travmasida diagnostik usullar

Tekshirish usullari	n-220220	%
Laborator tekshirishlar	220	100
UZI	220	72,6
Rentgenologik tekshirishlar	162	100
KT	88	40
MRT	90	40,9
Laparotsentez	20	9,1
Torakopunksiya	31	14,1
Laparoskopiya	117	53,27

Nostabil gemodinamika va shok belgilari bilan og‘ir travma holatlarida biz ayrim usullarni afzalroq ko‘rdik. Shunday qilib, og‘ir holatdagi jabrlanganlar reanimatsiya bo‘limiga yotqizilib, markaziy vena kateterizatsiya qilingach shokga qarshi chora-tadbirlar fonida laborator tekshirishlar uchun qon olingan, UTT va rentgen tekshirishlar o‘tkazilgan, zaruriyat bo‘lganda torakopunksiya va laparotsentez bajarilgan. Jarlanganlarining holati stabillashgach KT va MRT tekshirishlari zaruriyatga qarab va dinamikada lozim tekshirishlar qayta o‘tkazilgan.

UTT va FAST protokoli (Focused Assessment with Sonography in Trauma – Travmada maqsadli sonografik tekshirish)

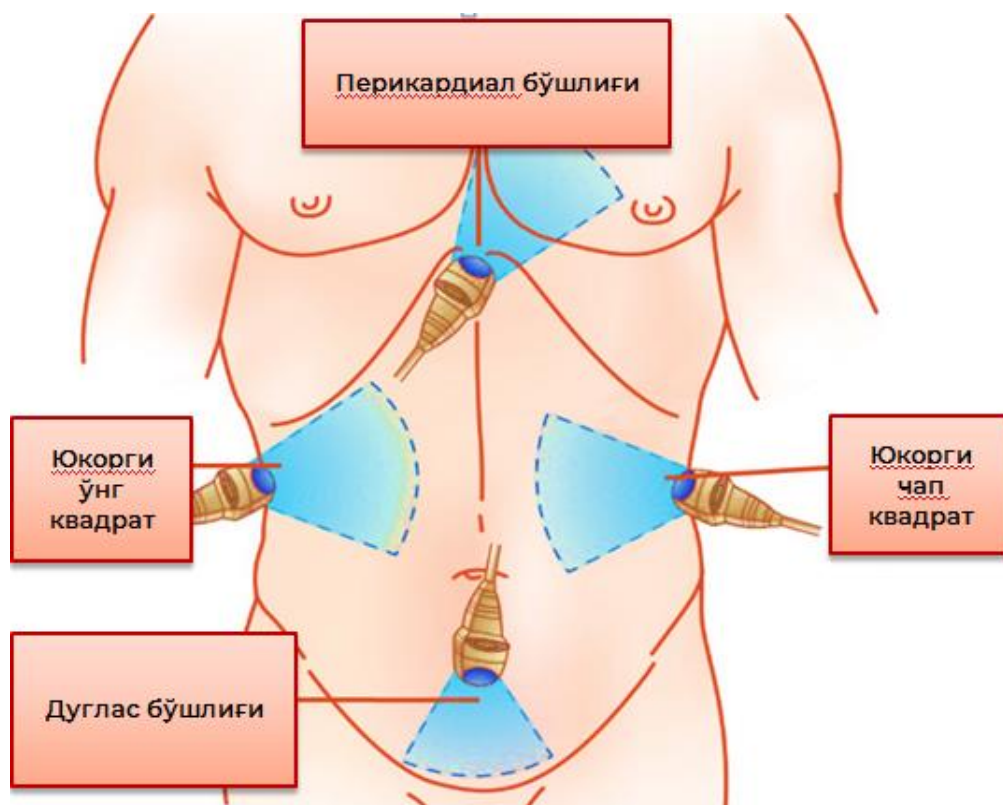
Zamonaviy xirurgiya nuqtai nazaridan shikastlanish sindromlari qorin bo‘shlig‘ining yopiq shikastlanishi bilan qorin bo‘shlig‘idagi erkin suyuqlik sindromi qorin bo‘shlig‘idagi suyuqlikning sifati va miqdorini farqlash imkonini beruvchi konsepsiya asosi sifatida FAST protokoli qabul qilingan (Focused Assessment with Sonography in Trauma – travmada maqsadli sonografik tekshirish). Qorin bo‘shlig‘idagi erkin suyuqlik miqdori qorin parda qavatlarining ajralish darajasini aniqlashga asoslangan standart usul yordamida,

suyuqlik hajmini (kichik, o'rtacha va ko'p) baholashni o'z ichiga olgan usul yordamida baholangan, hamda yuqoridagi ikkita yondashuvdan olingan ma'lumotlarni yaxlit baholashni o'z ichiga olgan o'z uslubimizdan foydalandik:

- kichik miqdorda - (<500 ml):
 - 1 anatomik sohada - <2 sm;
- o'rtacha miqdorda - ($500-1000$ ml):
 - 1 anatomik sohada - <4 sm;
 - 2 anatomik sohada - <2 sm;
 - ≥ 3 anatomik sohada - <1 sm;
- ko'p miqdorda - (>1000 ml):
 - 1 anatomik sohada - >4 sm;
 - 2 anatomik sohada - >2 sm;
 - ≥ 3 anatomik sohada - >1 sm.

FAST natijalari salbiy bo'lgan gemodinamik jihatdan barqaror patsientlar jiddiy kuzatuv, qorin bo'shlig'ini ketma-ket tekshirish va dinamikada keyingi FAST tekshiruvini talab qiladi. Salbiy FAST natijalari bo'lgan gemodinamik jihatdan beqaror patsientlar sezilarli diagnostik muammosini keltirib chiqaradi. Marshrut variantlari quyidagilardan iborat: DPL, eksplorativ laparotomiya va intensiv reanimatsiyadan keyin kompyuter tomografiya o'tkazish.

Joriy FAST tekshiruv protokoli 4 akustik oynani tekshirishdan iborat bo'lib, patsient orqasi bilan yotgan holatda bajariladi. Bu oynalar perikardial, jigar yoni, perisplenik va tos bo'shlig'idir (3.1-rasm). Tekshiruv 4 akustik oynadan birortasida erkin suyuqlik aniqlansa, ijobiy, hech bir sohada suyuqlik aniqlanmasa salbiy deb talqin qilinadi. Oynalarning birortasini etarli darajada ko'rishni imkoni bo'lmasa, tekshiruv noaniq hisoblanadi. Jabrlanganning ahvoli og'irlashsa darhol operatsiya xonasiga olib borilgan va laparoskopiya yoki laparotomiya operatsiyasi bajarilgan. O'ta og'ir holatda (III-darajali shok) jabrlanuvchi darhol operatsiya xonasiga olib borilib, shokga qarshi choralar ko'rib, qisqa hajmda instrumental tekshirishlar, rentgen, torakopunksiya, laparotsentez o'tkazilgan.



3.1-rasm. FAST protokoli bo'yicha qorin bo'shlig'ining standart UTT nuqtalari.

Shok belgilari bo'lmagan va stabil gemodinamika bilan patsientlarda ko'rsatma bo'lgan taqdirda laborator va instrumental tekshirishlar to'liq o'tkazilgan.

3.2-§. Jigar va taloqning yopiq travmasida an'anaviy xirurgik taktika qo'llanilganda davolash taktikasi va natijalari (Taqqoslash guruhi)

Tadqiqotning birinchi bosqichida jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan jabrlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatish samaradorligini tahlil qilish uchun jigar va taloqning yopiq travmasida ishlab chiqilgan diagnostika va davolash taktikasini tanlash algoritmi, shuningdek, shoshilinch operativ aralashuvga ko'rsatma bo'lgan gemoperitoneum diagnostikasi tasdiqlangan patsientlarda laparoskopik usullar amaliyotga tatbiq etilishidan oldin yordam ko'rsatilgan 103 nafar patsient (taqqoslash guruhi) guruhini retrospektiv tahlil qildik.

Patsientlarda jigar yoki taloqning shikastlanishi quyidagilar orqali aniqlangan: klinik tekshiruv paytida yoki qorin bo'shlig'ining UTT paytida - 58 patsientda, 45 tasida - DPL o'tkazilgandan keyin aniqlangan. 37 nafar patsientda jigar shikastlanishi, 56 nafarida taloq jarohati aniqlangan. Yana 10 nafar patsientda jigar va taloqning qo'shma shikastlanishlari bo'lgan. Gemoperitoneum hajmi 60 dan 3200 ml gacha miqdorda bo'lgan.

A'zolar travmasining OIS shkalasi bo'yicha klassifikatsiyasiga muvofiq jigar va taloqning shikastlanish darajasi I dan VI gacha kuzatilgan (3.4-jadval).

3.4- jadval

OIS shkalasi bo'yicha tadqiqot guruhida a'zolar shikastlanishini darajasi bo'yicha taqsimlanishi (n=103)

Travma turlari	I daraja	II daraja	III daraja	IV daraja	V daraja	VI daraja
Jigar yorilishi	12	14	4	4	3	0
Taloq yorilishi	7	13	12	14	10	0
Jigar va taloq yorilishi	1	1	2	4	1	1
Jami:	20	28	18	22	14	1

Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti bo'shlig'i boshqa a'zolarining qo'shma shikastlanishlari ushbu guruh patsientlarining 89 uchragan va ular quyidagicha taqsimlangan: 18 – buyrak travmasi, 10 – oshqozon osti bezi travmasi, 21 – ingichka va yo'g'on ichak, 22 – ichaklar tutqichi, 18 – qorin parda orti gematomasi. Izolatsiyalangan abdominal travma 34, qo'shma travma - 69 patsientlarda aniqlangan (3.5-jadval).

3.5-jadval

Tadqiqot guruhi patsientlarida qo'shma travma mavjudligi bo'yicha taqsimlanishi (n=69)

Qo'shma travma turi	BMT	Torakal travma	Skelet travmasi	YuJT	Yumshoq to'qimalar lati
Patsientlar soni	12	32	14	2	9

Shifoxonaga yotqizilgan paytdan boshlab diagnostika va xirurgik davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlashgacha bo'lgan turli vaqt, asosan DPL (qon kateter orqali bir necha soat o'tgach oqib chiqa boshlagan) dan keyin qorin bo'shlig'idan keladigan suyuqlik xarakterining o'zgarishi, qabul qilinganidan keyin klinik jihatdan rad etilgan xirurgik patologiyadan so'ng bir necha soatda (yoki kunlar) stabil patsientlarda UTT a'zo travmasini «topilma» sifatida aniqlanishi bilan bog'liq bo'lgan.

Laparotsentez payti o'rnatilgan kateter orqali qonning «kech» paydo bo'lishi nafaqat retroperitoneal gematomalarning «sizib chiqishi», eski qon laxtalarini lizisi, ajaralayotgan suyuqlikni gemorragik komponentli oqishini «qon» deb noto'g'ri talqin qilish (bu tarkibni laboratoriya tahlilisiz) kabi omillar bilan, balkim tekshirish payti yo'l qo'yilgan xatolar bilan (qorin oldingi devorining kesilgan jarohatidan qorin bo'shlig'iga qon oqishi) bog'liq bo'lgan, aslida esa qori ichiga ketayotgan davom etuvchi qon ketish bo'lmagan va bu holatlar laparotomiya va autopsiya paytlari o'z tasdig'ini topgan.

Shuni ta'kidlash joizki, aksariyat patsientlar operatsiyadan oldingi davrda uzoq vaqt davomida gemodinamik jihatdan barqaror bo'lgan. Bunday hollarda operatsiya uchun ko'rsatmalar endigina laparotsentez kateteri orqali gemorragik suyuqlikning paydo bo'lishi yoki dinamik UTT paytida aniqlangan tasodifiy sonografik topilma (patsientlarda beqaror gemodinamika yoki gemoglobin ko'rsatgichini pasayishi bo'lmasada) bo'lgan. Patsientlarning tadqiqot guruhida quyidagi ochiq operativ aralashuvlar amalga oshirilgan: taloqda a'zolari saqlovchi operatsiyalar - 26. Taloq shikastlangan 32 patsientda OIS shkalasi bo'yicha a'zo shikastlanishining og'irligi I dan III gacha, splenopatiya belgilari bo'lmagan, gemoperitoneum hajmi esa 500 ml gacha bo'lgan. 14 patsientda OIS shkalasi bo'yicha a'zolarining shikastlanish darajasi IV teng bo'lgan. Barcha patsientlarga laparotomiya qilingan. 31 patsientda jigar jarohati tikilgan (I - IV darajali yorilishi). Jigar rezeksiyasi - 2 patsientda (IV- V darajali yorilishi). Jigar jarohatining koagulyatsiyasi - 4 patsientda (I darajali yorilishi) amalga oshirilgan.

Taqqoslash guruhida jigar va taloqning yopiq travmalarida o'tkazilgan laparotom operativ aralashuvlarining turlari 3.6-jadvalda keltirilgan.

3.6-jadval

Taqqoslash guruhida jigar va taloqning yopiq travmalarida laparotom operativ aralashuvlarining turlari (n=103)

Travma turlari	Barcha laparotom operatsiyalar (n=103)	Operatsiyalar soni	%
Jigar travmasi (n= 37)	Jigar jarohatini tikish	31	30,1
	Yorilish liniyasini tikish yoki koagulyatsiya qilish	4	3,9
	Jigar rezeksiyasi	2	1,9
Taloq travmasi (n=56)	Taloq jarohatini tikish	5	4,9
	a. lienaiis ni bog'lash va taloq jarohatini elektrokaogulyatsiyasi va tikish	17	16,5
	Taloqdagi travma yuzasini elektrokaogulyatsiya qilish	4	3,9
	Splenektomiya	30	29,1
Jigar va taloq qo'shma travmasi (n= 10)	Jigar va taloq jarohatlarini elektrokaogulyatsiya qilish	3	2,9
	a. lienaiis ni bog'lash, jigar va taloq jarohatini elektrokaogulyatsiyasi va tikish	2	1,9
	Jigar jarohatini tikish, splenektomiya	5	4,9

5 patsientda taloq jarohatini tikish orqali gemostaz bajarilgan; taloq arteriyasini bog'lash va taloq jarohatini tikish - 17 patsientda; taloq jarohatini koagulyatsiyasi bilan gemostaz - 4 patsientda. Splenektomiya – 30 patsientda bajarilgan.

Jigar va taloqning bir vaqtning o'zida shikastlanishi payti: 5 nafar patsientda splenektomiya va jigar yorilishini tikish, 2 nafar patsientda taloq arteriyasini bog'lash va jigar jarohatlarini koagulyatsiya qilish, 3 nafar patsientda jigar va taloq jarohatlarini koagulyatsiya qilish amalga oshirilgan.

Taqqoslash guruhi patsientlarida laparotom aralashuvlarini bevosita natijalari va samaradorligini baholash

Operatsiya qilingan patsientlarning tadqiqot guruhida turli xil asoratlar 35 patsientda (34,0%) rivojlangan, ularning 13 tasida OQT aniqlangan (3.7-jadval).

3.7-jadval

Taqqoslash guruhida operatsiyadan keyingi asoratlar

(n= 103)

Asoratlar	Patsientlar soni
Pnevmoniya	21
MIT parezi	4
Operatsiyadan keyingi pankreatit	2
MIT qon ketish	2
Peritonit	2
Bitishmali ichak tutilishi	1
Operatsiyadan keyingi jarohatning yiringlashi	1
Qon ketish residivi	2
Jami	35 (34%)

26 patsientda taloqni saqlovchi operatsiyadan so'ng 2 (7,7%) patsientda qon ketish residivi kuzatilganligi sababli splenektomiya bajarilgan.

2 patsientda travma olgan paytdan boshlab o'rtacha 4-chi kunida oshqozon o'tkir yaralaridan qon ketishi qayd etilgan va qon ketish endoskopik argonplazmali koagulyatsiya yordamida to'xtatilgan. Ko'rinib turibdiki, ushbu asoratning rivojlanishi patsientlarda og'ir qo'shimcha travma mavjudligi hamda oshqozon-ichak trakti yuqori qismi stressli shikastlanishning oldini olish uchun etarli choralar ko'rilmaganligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi eng ko'p uchraydigan asorat pnevmoniya bo'lib, u operatsiya qilingan har beshinchi patsientda rivojlangan. Shuni ta'kidlash kerakki, pnevmoniya rivojlanishi ham ko'krak qafasi shikastlanishi, ham o'pkaning kontuziyasi, shuningdek uzoq vaqt SO'V va laparotomiyadan keyin nafas olish harakatlarini cheklash bilan bog'liq bo'lgan.

1 patsientda operatsiyadan keyingi pankreatitning rivojlanishi oshqozon osti bezining lat eyishi bilan, 1 patsientda esa taloqni saqllovchi operatsiya payti taloq arteriyasini ajratish va bog'lash paytida taloqni saqllovchi aralashuvlar paytida uning dum sohasidagi shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan. Bu patsientlarning barchasida keyinchalik relaparotomiyaga ko'rsatma bo'lmagan. 2 patsientda operatsiyadan keyingi peritonitning rivojlanishi travma olgan payti bir vaqtning o'zida kovak a'zo travmasi bo'lganligi va patsientning kech murojat qilganligi bilan bog'lik bo'lgan. Oshqozon-ichak traktining parezlari operatsiya qilingan keksa patsientlarda ko'proq qayd etilgan. Ushbu asoratning rivojlanishiga 3 nafar patsientda massiv retroperitoneal gematomalarning mavjudligi sabab bo'lgan.

Tadqiqot guruhida patsientlarning o'lim darajasi 42,7% (44 patsient) tashkil etgan va o'lganlarning 21 nafarida operatsiyadan keyingi turli xil asoratlar rivojlangan. Birinchi kuni patsientlarning ko'pchiligida og'ir qo'shma travma natijasida shok va qon yo'qotish, miya dislokatsiyasi bo'lgan. Uzoq muddatli davrda, operatsiyadan keyingi o'rtacha 3-chi kuni o'tkaziladigan SO'V fonida rivojlangan pnevmoniya sababli intoksikatsiya va operatsiyadan keyingi davrda qorin bo'shlig'i a'zolari tomonidan rivojlangan asoratlar o'lim sababi bo'lgan. Ta'kidlash joizki, o'lgan patsientlarning 37 nafarida og'ir qo'shma travma aniqlangan. Autopsiyada 22 nafar patsientda o'lim sababi shok va og'ir qo'shma travma natijasida tiklanmagan qon yo'qotish, 17 nafarida – miya shishi, dislokatsiya yoki qon quyilishi, 1 nafarida – sepsis, 2 nafarida – pnevmoniya, 1 nafarida – qo'shimcha yurak patologiyasining dekompensatsiya bosqichi, 1 - peritonit fonida intoksikatsiya bo'lgan.

Shunday qilib, operatsiya qilingan patsientlarda qabul qilingan paytdan boshlab birinchi kunida o'lim katta miqdordagi qon yo'qotishi, o'tkazilgan operatsiyaning og'irligi va hajmi bilan bog'liq bo'lgan. Keyinchalik ushbu guruhdagi patsientlarning o'limiga pnevmoniya, qo'shimcha kasalliklarning dekompensatsiya bosqichi va operatsiyadan keyingi asoratlar rivojlanishi va bularning barchasi o'tkazilgan operativ aralashuvlar sababli yanada kuchaygan.

Izolyatsiyalangan abdominal travma bilan patsientlarning tadqiqot guruhidagi javob berilgan patsientlar uchun davolanish muddati 8 dan 42 yotoq kunigacha bo'lgan va o'rtacha yotoq kuni $16,57 \pm 6,27$ tashkil etgan. Qo'shma travma bilan javob berilgan patsientlarda o'rtacha yotoq kuni $17,82 \pm 3,43$ yotoq kunini tashkil etgan va davolanish muddati 7 dan 76 kungacha bo'lgan.

Dissertatsiya tadqiqotining maqsad va vazifalariga muvofiq, ishning birinchi bosqichida operatsiya qilingan patsientlarni tekshirish va davolash natijalarini tahlil qilib quyidagi xulosalarga keldik:

Jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan operatsiya qilingan patsientlarning klinik materiallarini o'rganayotganda, biz 30 patsientlarda OIS shkalasi bo'yicha III gradatsiyadan oshmagan va gemoperitoneum hajmi 200 ml gacha a'zo shikastlanish darajasidan tashqari, ular hushida bo'lganligi, gemodinamik jihatdan stabil ko'rsatgichlar mavjudligi va og'ir qo'shma shikastlanishlar bo'lmaganligini aniqladik.

Shuni ta'kidlash kerakki, aynan ushbu 30 patsientlar statsionarga yotqizilgan paytdan boshlab kech operatsiya qilingan va laparotomiya paytida ularda allaqachon spontan gemostaz mavjudligi aniqlangan va xirurgik aralashuv hajmi esa aksariyat holatlarda reviziya paytida a'zodagi defektdan davom etuvchi qon ketish yo'qligi sababli jigar yoki taloqdagi unchalik chuqur bo'lmagan jarohatlarni koagulyatsiya qilish yoki tikish bilan cheklanilgan.

Shunday qilib, tadqiqotning birinchi bosqichida olingan yuqoridagi ma'lumotlarga asosan, biz a'zo shikastlanishining darajasi OIS shkalasi bo'yicha III dan yuqori bo'lmagan, gemoperitoneum hajmi 200 ml gacha, hushning mavjudligi, stabil gemodinamika va koagulopatiyaning yo'qligi, OQT chegaraviy qiymatlarda bo'lishini hisobga olib spontan gemostaz vujudga kelganligini taxmin qilishga qaror qildik. Ushbu kriteriyalarni qorin yopiq travmasida jigar va taloqning shikastlanishlari bilan patsientlarni davolashda konservativ yondashuvdan foydalanish imkoniyatini asoslash deb hisoblash mumkin.

Boshqa tomondan, QYoT jigar va taloqning shikastlanishlari bilan operatsiya qilingan patsientlar guruhidagi asoratlarni tahlil qilib, agar a'zo shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha III dan yuqori bo'lsa va gemoperitoneum hajmi bo'lsa 200 ml dan ortiq bo'lsa, shuningdek, OQT mavjud bo'lganda, shikastlangan a'zodan takroriy qon ketish xavfi yuqori degan xulosaga keldik. Shunday qilib, bu ko'rsatkichlar spontan gemostazning rivojlanish ehtimoli pastligi sababli mo'ljallangan konservativ davolanishni istisno qilish mezonlari deb hisoblanishi mumkin.

3.3-§. Jigar va taloqning yopiq travmalarida ishlab chiqilgan diagnostika va davolashda taktikani tanlash algoritmiga muvofiq patsientlarni davolash taktikasi

Jigar va taloqning yopiq travmasi bilan davolash strategiyasi uchta taktik qarorni echishni o'z ichiga olgan:

1. Sof konservativ davolanishni amalga oshirish;
2. Laparoskopiyani diagnostika va davolash maqsadlarida bajarish;
3. Laparotomiya qilish.

3.3.1. Qorin yopiq travmasida jigar va taloqning yopiq shikastlanishlari bilan patsientlarda konservativ davolash prinsiplari

Konservativ davo guruhiga kiritish mezonlari patsient ahvolidagi og'irligini xarakterlovchi klinik va laboratoriya tekshiruvi ma'lumotlari bo'lib, ular quyidagilar bilan aniqlangan:

- Hushining mavjudligi;
- Stabil gemodinamika;
- Kovak a'zo perforatsiyasi klinikasi va peritonitning yo'qligi;
- Koagulopatiyaning yo'qligi;
- Taloq travmasi payti splenopatiya belgilarining yo'qligi;
- A'zo shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha III dan yuqori bo'lmasa (UTT yoki KT orqali aniqlangan) va talab bo'lgan taqdirda ulardan foydalanishning iloji mavjudligi;

- Gemoperitoneum 200 ml dan ortiq bo'lmagan holatlarda.

Asosiy guruhdagi 117 nafar patsientlarning umumiy sonidan tekshiruv natijasida 29 nafar (24,7%) patsientlarda jigar va taloqning yopiq jarohatlarini konservativ davolash amalga oshirilgan. Ulardan 25 nafari erkak, 4 nafari ayol. Patsientlarning yoshi 19 yoshdan 77 yoshgacha bo'lgan. Patsientlarning o'rtacha yoshi $40,03 \pm 17,1$ yoshni tashkil etgan.

Jigar - 9, taloqning shikastlanishi esa -19 patsientlarda aniqlangan, yana 1 patsientda jigar va taloqning shikastlanishlari aniqlangan.

Jigar yoki taloqning shikastlanishi 20 patsientlarda yotqizilayotgan payti darhol aniqlangan: qorin bo'shlig'i UTT jarayonida 16, yana 4 tasida KT payti. Boshqa 9 patsientlarda qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi haqida klinik ma'lumotlar bo'lmaganligi sababli, ertasi kuni UTT so'ng a'zoning shikastlanishi aniqlangan.

A'zolar travmasining og'irligi OIS shkalasi klassifikatsiyasiga muvofiq jigar va taloqning shikastlanish darajalari I dan III gacha bo'lgan.

UTT va kompyuter tomografiya ma'lumotlariga ko'ra, qorin bo'shlig'i a'zolarining OIS shkalasi bo'yicha I-II darajadagi shikastlanishi va qorin parda orti gematomasi aniqlangan. Umumiy holatning og'irligi OIS shkalasi bo'yicha I-II ballni tashkil etgan (E.Moore et.all. 1994). 17 (58,6%) holatda qorin bo'shlig'ining UTT va KT tekshiruvidan so'ng, paranefral to'qimalar sohasida gematoma shakllanishi aniqlangan. 6, 12, 24 soatdan keyin o'tkazilgan dinamik UTT gematoma o'smagan, gemoperitoneum qayd etilmagan. 8 (27,5%) holatda rentgen va KT ma'lumotlariga ko'ra, retroperitoneal gematoma shakllanishi bilan tos suyagi sinishi diagnozi aniqlangan. UTT va KT ma'lumotlariga ko'ra, gematoma vaqt o'tishi bilan kattalashmagan va gemoperitoneum qayd etilmagan. 7 (24,1%) holatda UTT va KT tekshiruvidan so'ng taloqning OIS shkalasi bo'yicha I -darajali engil shikastlanishi va qorin bo'shlig'inig chap yarmida 160-180 ml gacha qon aniqlangan. Gemodinamik ko'rsatkichlar barqaror bo'lgan. Eritrotsitlar, gemoglobin va gematokrit ko'rsatkichlarini nazorat qilish sezilarli o'zgarishlarsiz normal chegaralarda qolgan. Dinamik

UTT va KT tekshirishlari davomida gemoperitoneum kuchaymagan va taloq parenximasida salbiy dinamika qayd etilmagan. OIS shkalasi bo'yicha a'zolar shikastlanishining og'irligiga ko'ra patsientlarning asosiy guruhidagi taqsimot 3.9-jadvalda keltirilgan.

3.9-jadval

OIS shkalasi bo'yicha patsientlarning tadqiqot guruhida a'zolar shikastlanishining og'irligi bo'yicha taqsimlanishi (n=29)

A'zolar travmasi	I daraja	II daraja	III daraja
Jigar gematomasi	3	3	1
Jigarning yorilishi	1	1	0
Taloq gematomasi	2	2	1
Taloqning yorilishi	0	10	3
Jigar va taloqning gematomasi	1	0	0
Jigar va taloqning yorilishi	0	0	1
Jami	7	16	6

Konservativ davolangan patsientlar guruhida qorin bo'shlig'i va retroperitoneal bo'shliq boshqa a'zolarining qo'shma shikastlanishlari bo'lmagan.

Izolyatsiyalangan abdominal travma 10, qo'shma shikastlanish 19 patsientlarda bo'lgan. Qo'shma jarohatlar ichida eng ko'p uchraydigan jarohatlar ko'krak qafasining lat eyishi (5 patsient) va tana va boshning yumshoq to'qimalarining lat eyishi (yana 5patsientda) kuzatilgan. Yana 3 nafar patsientda miya chayqalishi aniqlangan. 3 nafar patsientda ko'krak qafasining lat eyishi va miya chayqalishi ko'rinishidagi qo'shma shikastlanish, 2 nafar patsientda miya chayqalishi va skelet travmalari aniqlangan. Shunday qilib, qo'shma jarohatlar «og'ir» deb baholanmagan.

Ushbu patsientlarni konservativ davolash kompleks xarakterga ega bo'lib, II bobda batafsil yoritilgan. Qo'shma patologiyalar va yuzaga kelgan asoratlar korreksiya qilingan.

Qorin pardaning ta'sirlanish belgilari aniqlanmaganligi, gemodinamik ko'rsatgichlarning stabilligi ushbu kategoriyadagi patsientlarda konservativ davolash taktikasini qo'llash imkonini bergan (3.2. a, b-rasm).

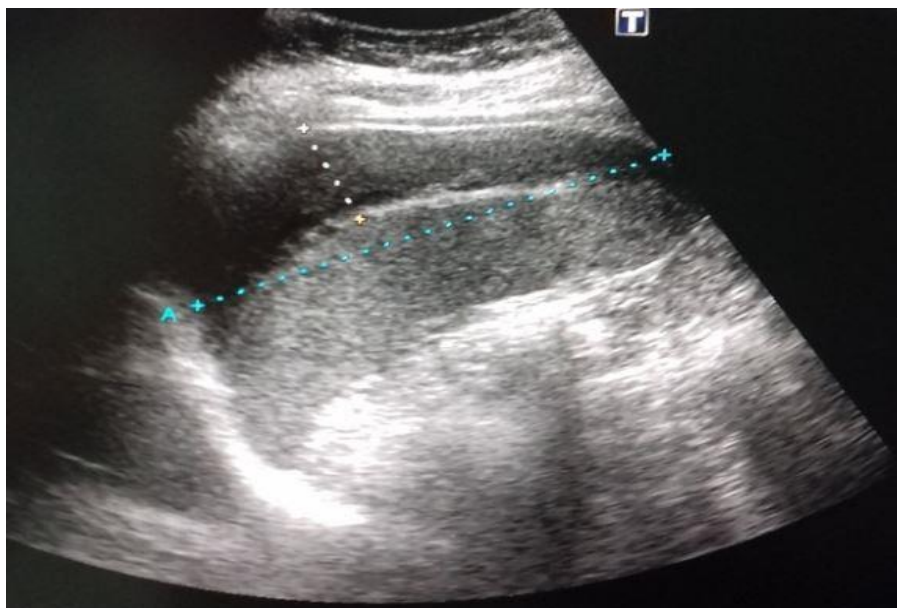


3.2-rasm. a.UTT jigar va o'ng buyrak o'rtasidagi erkin suyuqlik

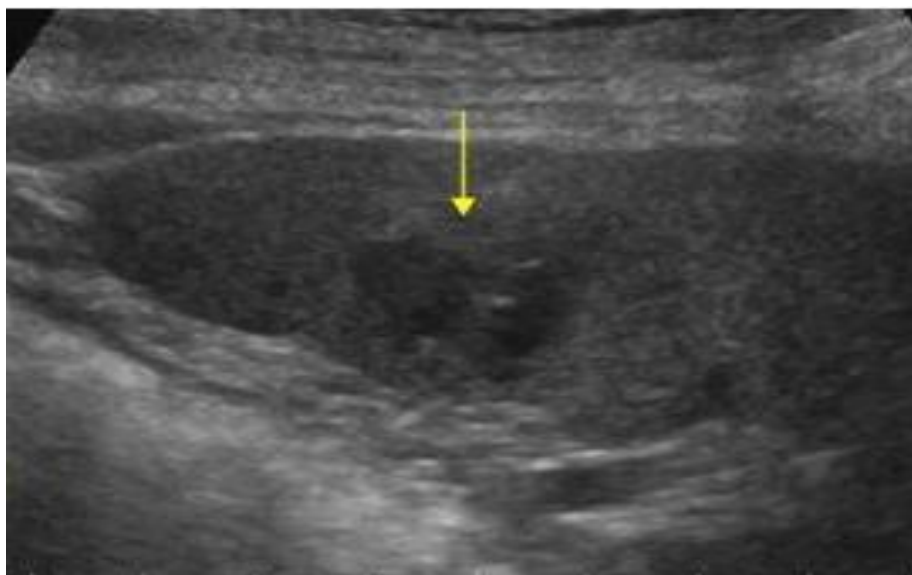


3.2-rasm. b. KT erkin suyuqlik.

Patsientlarning stabil holati ularni konservativ davolash uchun imkon bergan (3.3-rasm).



3.3-rasm. Taloqning o'rta fragmenti sohasida kundalang yorilishi



3.4-rasm. Taloq gematomasi

Barcha 29 holatda jabrlanuvchilar dinamik kuzatuvda bo'lgan. 6,12, 24 soatdan keyin takroriy UTT amalga oshirilgan, zaruriyat bo'lgan hollarda 24-48 soatdan keyin KT tekshiruvi o'tkazilgan. Peritonit belgilarining yo'qligi, gemoglobin va eritrotsitlarning stabil ko'rsatgichlari hamda UTT va KT bo'yicha 200 ml gacha bo'lgan gemoperitoneum muhim omillar deb hisoblangan. Konservativ davo olib borilgan 29 nafar jabrlanuvchilarda biz 3.10-jadvalda keltirilgan quyidagi asoratlarni kuzatdik.

Taloq yopiq travmasida konservativ davolashdash keyin kuzatilgan asoratlari

Asorat turlari	Patsientlar soni (n -29)	(%)
Pnevmoniya	1	3,4
Plevrit	1	3,4
Oshqozon ichak tizimidan qon ketish	2	6,8
Qorin bo'shlig'i absessi	1	3,4
Ichak parezi	2	6,8
Posttravmatik pankreatit	2	6,8
Jami	9	31,0

Operatsiyadan keyingi davrda 2 (6,8%) patsientda biz posttravmatik pankreatit rivojlanishini kuzatdik. Patsientlar ahvolidagi stabilashuvi davolashdan keyin 4-7-chi kunlarda kuzatilgan. 1 (3,4%) jabrlanuvchida pnevmoniya aniqlangan. Ushbu jabrlanuvchida qorin bo'shlig'i travmasidan tashqari ko'krak qafasining yopiq travmasi natijasida o'pkaning lat eyishi ham bo'lgan, ushbu patsientga konservativ davo o'tkazilgan. 1 (3,4%) patsientda travma tufayli reaktiv plevrit diagnozi aniqlangan.

2 (6,8%) patsientda oshqozon-ichakdan qon ketish kuzatilib, bu bemorlarga FEGDS o'tkazilgan, bunda oshqozonning pilorik qismi va o'n ikki barmoq ichakda eroziyalar aniqlangan, argon plazmali koagulyatsiya orqali mahalliy gemostazga erishilgan. Endoskopiyadan so'ng barcha patsientlarga proton pompa blokatorlari buyurilgan. 1 (3,4%) holatda shikastlanishdan 17-21 kun o'tgach, UTT, so'ngra KT tekshiruvi tasdig'i bilan jabrlanganda oshqozon osti bezining yopiq shikastlanishidan so'ng, keyinchalik posttravmatik pankreatit rivojlanishi va qorin bo'shlig'i absessi aniqlangan. Klinik jihatdan absess gektik lixoradka, mezogastriya sohasidagi og'riqni bel sohalariga uzatilishi bilan namoyon bo'lgan. Laboratoriya tekshiruvlarida yuqori leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishini va qondagi amilaza

miqdorining oshishi aniqlangan. Bir holatda abscess chap diafragma osti bo'shlig'ida joylashgan. U UTT nazorati ostida muvaffaqiyatli punksiya qilingan va shundan so'ng abscess bo'shlig'ini drenajlash va antiseptik eritmalar yordamida sanatsiya qilish maqsadida mikroirrigator abscess bo'shlig'iga o'rnatilgan.

2 (6,8%) holatda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishi bilan qo'shma travma natijasida jabrlanganlarda yaqqol rivojlangan ichak parezlari kuzatilgan. Bir holatda parezga keng retroperitoneal gematomaning mavjudligi, boshqa holatda esa oshqozon osti bezining yopiq shikastlanishi tufayli posttravmatik pankreatit rivojlanishi sabab bo'lgan. Barcha holatlarda ichak parezi ichak motorikasini stimullovchi preparatlar qo'o'lanilishi natijasida bartaraf etilgan.

Shunday qilib, jigar va taloqning yopiq travmalari jami 117 jabrlanuvchidan 29 tasida (24,8%) UTT, KT va MRT dinamik nazorati ostidagi ma'lumotlariga asoslangan va ushbu kategoriyadagi jabrlanuvchi-larni konservativ davolashda ijobiy samaradorlikka erishilib o'lim holati kuzatilmagan.

Izolyatsiyalangan abdominal travmasi bilan patsientlarda yotoq kuni 7 kundan 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 travmalarning og'irligiga, shuningdek, yosh, qo'shimcha patologiyalar va rivojlangan asoratlarga bog'liq bo'lib, 8 kundan 37 kungacha o'zgarib turgan. O'rtacha yotoq kuni $14,1 \pm 8,6$ bo'lgan. Javob berish uchun ko'rsatma: gematoma diametrining qisqarishi (dastlabki UTT yoki KT tekshiruviga nisbatan 2 marta); vaqt o'tishi bilan gemoperitoneumning kamayishi (100 ml gacha); a'zo kapsulasi yorilganda hosil bo'lgan defekt joyida chandiq hosil bo'lishi; gematomani so'rilishi bo'lgan. Gemoperitoneum va a'zodagi gematomaning regressiya dinamikasi har xil bo'lgan, bu tabiiy ravishda ularning turli o'lchamlari va hajmlari bilan bog'liq bo'lgan.

IV BOB. JIGAR VA TALOQNING YOPIQ TRAVMALARIDA ASOSIY GURUH BEMORLARNI DAVOLASHDA MINIINVAZIV XIRURGIK YONDASHUVLAR

4.1-§. Jigar va taloqning yopiq travmasida diagnostik laparoskopiya

QYoT jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan patsientlarni konservativ davolash natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bir tomondan konservativ davoga aniq ko'rsatmalarga ega bo'lmagan (patsient hushining yo'qligi, UTT yoki KT ma'lumotlarining etarli 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 patsientlar guruhi mavjud bo'lgan. Bunday holatlar diagnostik videolaparoskopiya bajarishga ko'rsatma bo'lgan. Tadqiqotimizda asosiy guruhdagi 117 nafar patsientlarning 68 (58,1%) nafarida diagnostik laparoskopiya bajardik va ulardan 42 nafarida (35,8%) laparoskopiya davolash maqsadida ishlatilgan.

Jigar va taloqning yopiq travmasida qorin bo'shlig'iga qon ketishiga shubha payti diagnostik laparoskopiya o'tkazish uchun ko'rsatmalar patsientlarni 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 patsientlar. 500 ml gacha bo'lgan gemoperitoneum bilan qon ketish manbasini va a'zo shikastlanish darajasini aniqlash kerak, chunki keyingi xirurgik taktika nafaqat gemoperitoneum va uning hajmi, balki jigar yoki taloqning shikastlanish darajasi bilan ham belgilanadi.

- 500 ml gacha UTT yordamida qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik diagnozi aniqlangan patsientlarda hushining yuqligi va a'zo travmasining 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 patsientlarda og‘ir qo‘shma travma (OQT) mavjudligi va a‘zolarining shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo‘yicha III gacha.

-UTT yoki KT o‘tkazishni imkoniyati yo‘qligi yoki ularning ma‘lumotlarini etarli darajada emasligi.

68 holatda diagnostik laparoskopiya o‘tkazilgan patsientlarning 22 (32,4%) 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).

Jigar va taloqning yopiq travmasi bilan klinikaga yotqizilgan 42 (35,9%) patsientlarda laparoskopik yakuniy aralashuvlarni qo‘llash zarur bo‘lgan. Jigar yoki taloqning shikastlanishi barcha patsientlarda qabul qilingandan so‘ng darhol: qorin bo‘shlig‘i UTT paytida - 15, va yana 27 - diagnostik laparoskopiya paytida aniqlangan.

Jigarning shikastlanishi 28, taloqning esa 13 patsientlarda aniqlangan. Yana 1 patsientda jigar va taloqning qo‘shma shikastlanishi aniqlangan.

Diagnostik laparoskopiyani 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 jigar shikastlanishlarining morfologiyasi, balki xirurgik davolashni talab qilmaydigan shikastlanishning rivojlanish dinamikasi, jigar parenximasi 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.

Patsientlarning ushbu guruhidagi qorin bo'shlig'i va retroperitoneal bo'shliqning boshqa a'zolarining qo'shma shikastlanishlari 5 patsientda qayd etilgan: shulardan 3 - buyrak lati va 2 - oshqozon osti bezi lat eyishi.

Izolatsiyalangan abdominal travma 18, qo'shma travma - 24 patsientlarda aniqlangan

4.1- jadval

OIS shkalasi bo'yicha tadqiqot guruhida a'zolar shikastlanishini og'irligi bo'yicha taqsimlanishi (n=42)

A'zo travmasi	I daraja	II daraja	III daraja
Jigar gematomasi	2	2	-
Jigar yorilishi	18	6	-
Taloq gematomasi	2	1	-
Taloq yorilishi	3	5	2
Jigar va taloq yorilishi	-	-	1
Jami:	25	14	3

Shuni ta'kidlaymizki, barcha patsientlarda politravma turli xil kombinatsiyalarda uchragan, 4.2-jadvalda esa eng ko'p og'ir shikastlanishlar keltirilgan.

4.2-jadval

Tadqiqot guruhidagi patsientlarni qo'shma travma bo'yicha taqsimlanishi (n=24)

Qo'shma travma turi	BMT	Torakal travma	Skelet travmasi	Yumshoq to'qimalar lati
Bemorlar soni	10	6	6	2

Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, QYoT paytida jigar va taloqning yopiq jarohati bilan patsientlarda diagnostik laparoskopiya ma'lumotlariga asosan quyidagi mezonlarga javob beradigan laparoskopik gemostaz, gemoperitoneumni evakuatsiya qilish yoki qorin bo'shlig'ini drenajlash amalga oshirilgan:

4.3-jadval

Asosiy guruhda jigar va taloqning yopiq travmasi bilan patsientlarni davolashda konservativ va xirurgik yondashuvlar

Davolash taktikasi (n=117)		Operatsiyaning I bosqichi	Operatsiyaning II bosqichi	Barcha operatsiyalar
Konservativ davolash		29		29
Laparotomiya		20		20
Diagnostik laparoskopiya	Konversiya-dan laparotomiyaga o'tish	22	22	44
	Davolash maqsadida laparoskopiya	42		42
	Operatsiyani diagnostik laparoskopiya bilan tugashi	4		4
Barcha operatsiyalar		117	22	139

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

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

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

4.3-jadvalda keltirilgan – 29 nafar patsientda konservativ davo taktikasi tanlangan, – 20 nafar patsientda zudlik bilan laparotomiya operatsiyasini o'tkazish to'g'risida qaror qabul qilingan, 68 nafar patsientda diagnostik laparoskopiya amalga oshirilgan, buning uchun 22 holatda konversiya - laparotomiyaga o'tish talab qilingan. Ushbu patsientlarda 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 22 patsientlarda ochiq xirurgik operatsiyasi bajarilgan. 42 holatda qon ketishini to'xtatish va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishini tiklash uchun davolash maqsadida radikal laparoskopik operatsiya o'tkazilgan va 4 patsientda diagnostik laparoskopiya yakuniy bo'lgan.

4.2-§. Jigar va taloqning yopiq travmalarida operatsiyaning laparoskopik davolash usullarida taktikani tanlash

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

Yopiq jarohatlar paytida jabrlanuvchining og'irligi har doim ham jigar va taloqning 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, jigarning OIS shkalasi bo'yicha I darajali

shikastlanishida jabrlanuvchi ahvolining o'ta og'irligi qo'shma og'ir travmatik miya shikastlanishi va tos suyaklarining sinishi mavjudligi sababli bo'lishi mumkin. Va aksincha, taloqning 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.

Abdominal yopiq qo'shma travmasi bilan jigar va taloq travmasi bo'lsa, biz xirurgik davolash uchun tanlov usuli sifatida 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.

Qorin bo'shlig'ining yopiq travmasi bo'lgan 117 nafar patsientning 68 nafarida diagnostik laparoskopiya o'tkazdik. Yengil va o'rta og'ir qo'shma

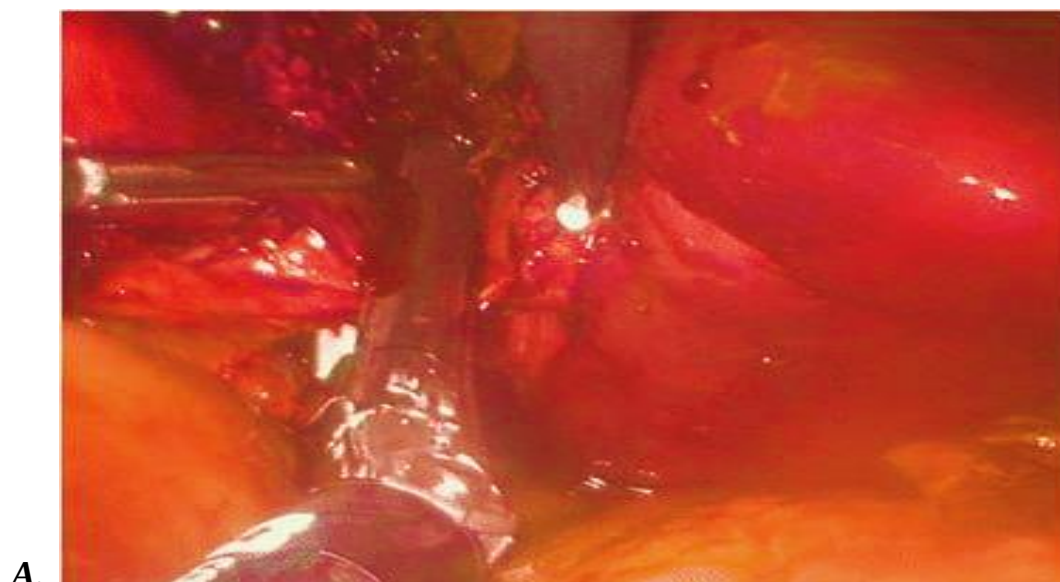
travmalarda laparoskopiya amalga oshirilgan. O'ta og'ir travma va III darajali shok laparoskopiya uchun qarshi ko'rsatma bo'lgan. Laparoskopiyaning amalga oshirayotganda, OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali jigar travmasi uchun hamda taloq, tutqich, yo'g'on va ingichka ichak va siydik qopini OIS shkalasi bo'yicha I-II darajali travmalarida laparoskopik xirurgik amaliyotini o'tkazish imkoniyatini ko'rib chiqdik.

Diagnostic laparoskopiyaning 68 holatidan 42 holatida laparoskopik xirurgik ko'rinishidagi davolash maqsadida videolaparoskopiya o'tkazishga, 22 ta holatda esa qorin bo'shlig'i a'zolarining jiddiy travmasi aniqlangandan so'ng konversiya qilish va laparotomiyaga o'tishga qaror qilingan. 4 patsientda laparoskopiya paytida qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi aniqlanmagan va laparoskopiya diagnostik bo'lgan. Bunday patsientlarda qorin bo'shlig'ida 120-150 ml gacha bo'lgan qon, qorin devori, katta charvining mayda jarohatlaridan yoki eski bitishmalarining yorilishi natijasida qon ketishi yuzaga kelgan. Patsientlarning ushbu toifasida o'lim kuzatilmagan. Laparoskopik operatsiyalar 42 holatda muvaffaqiyatli amalga oshirilgan.

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, patsientning 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 (4.3 rasm. a,b).



4.3-rasm. a,b. 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 etkazmasligidir. Gemostazning biologik usuli

sifatida biz «TaxoKomb» kompaniyasi ((Nycomed) (Avstriya) fibrin kleyidan foydalandik.

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

Laparoskopik usulda bajarilgan operatsiyalar 4.4-jadvalda keltirilgan.

4.4-jadval

Asosiy guruhda jigar va taloqning yopiq travmalarida laparoskopik operatsiyalarning turlari (n=42)

Jami laparoskopik operatsiyalar (n=42)		Operatsiya soni	%
Jigar travmasi (n= 28)	Jarohat yuzasini argon-plazmali koagulyatsiyasi	9	21,4
	Yorilish liniyasini tikish va koagulyatsiya bilan xolesistektomiya	2	4,8
	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	23,8
	Jigar jarohatini tikish, katta charvining bir tutami bilan oyoqchasida tikish orqali mustahkamlash	3	7,1
	Jigar jarohatini tikish bilan «Taxokomb» ni tamponada qilish	4	9,5
Taloq travmasi (n= 13)	Taloq jarohatini tikish katta charvining bir tutami bilan oyoqchasida tikish orqali mustahkamlash	3	7,1
	A. lienaiis ni bog'lash bilan bir qut-bini rezeksiya qilish	2	4,8

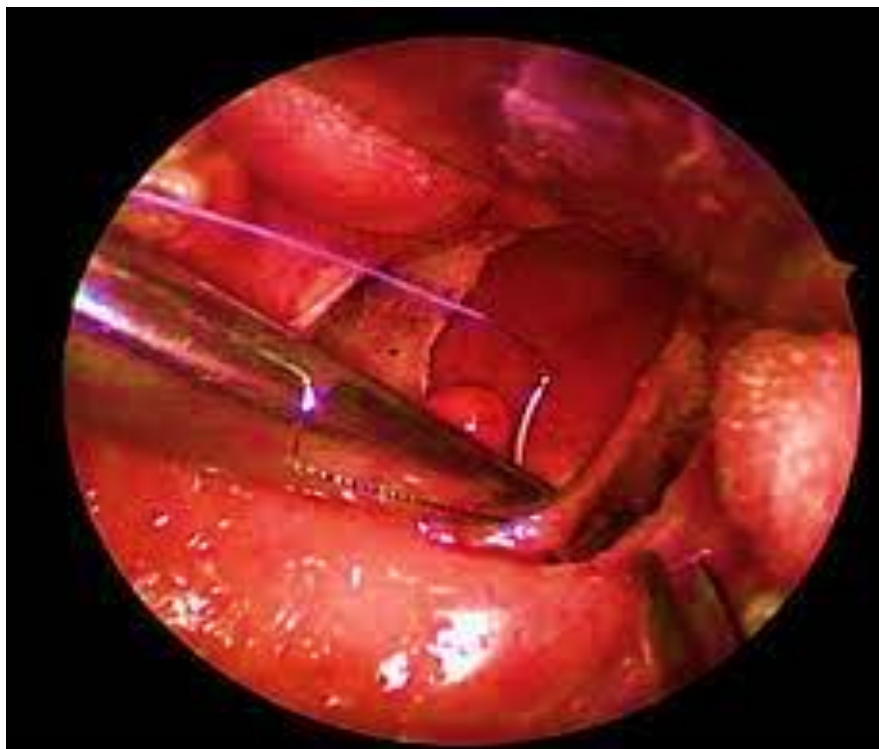
	Argon-plazmali koagulyatsiya	4	9,5
	Argon-plazmali koagulyatsiya bilan «Taxokomb» ni fiksatsiya qilish	2	4,8
	Sharsimon elektrod orqali jarohat yuzasi elektrokoagulyatsiyasi	2	4,8
Jigar va taloqning qo'shma travmasi (n=1)	Jigar va taloq defektini argon-plazmali koagulyatsiyasi bilan «Taxokomb» ni fiksatsiya qilish	1	24
Jami		42	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, parenximani qirrasi uzilishida va I darajali jarohatlarda 4 patsientda 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 jigarining 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 (4.4-rasm).



4.4-rasm. Jigar jarohatiga atravmatik igna va vikril iplari yordamida tugunli choklarni qo'yish

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.

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.

2 (1,98%) patsientda 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 (4.5-jadval).

4.5-jadval

Asosiy guruhdagi laparoskopik operatsiya qilingan patsientlarda operatsiyadan keyingi asoratlar

	Patsientlar soni n=42	%
Qon ketish residivi	2	4,8
O‘t oqishi	2	4,8
Oshqozon-ichak tizimidan qon ketish	1	2,4
Jami	5	12%

2 (1,98%) holatda biloma kuzatilib, 2 sutka ichida mustaqil ravishda bartaraf bo‘lgan. 1 (0,99%) holatda oshqozon-ichak tizimidan qon ketish oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak eroziyasi natijasida kuzatilgan.

Laparoskopik operatsiyalar natijalari 4.6-jadvalda keltirilgan.

4.6-jadval

Laparoskopik operatsiyalar bajarilgan patsientlarda natijalar

Patsientlar soni	O‘rtacha to‘shak kuni	Operatsiyadan keyingi asoratlar	O‘lim
42	5±1,31	5 (11,9%)	2 (4,8%)

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-§. Jigar va taloqning yopiq travmasi bilan asosiy guruhdagi patsientlarda laparotom kirish yo‘li orqali xirurgik aralashuvlar

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.

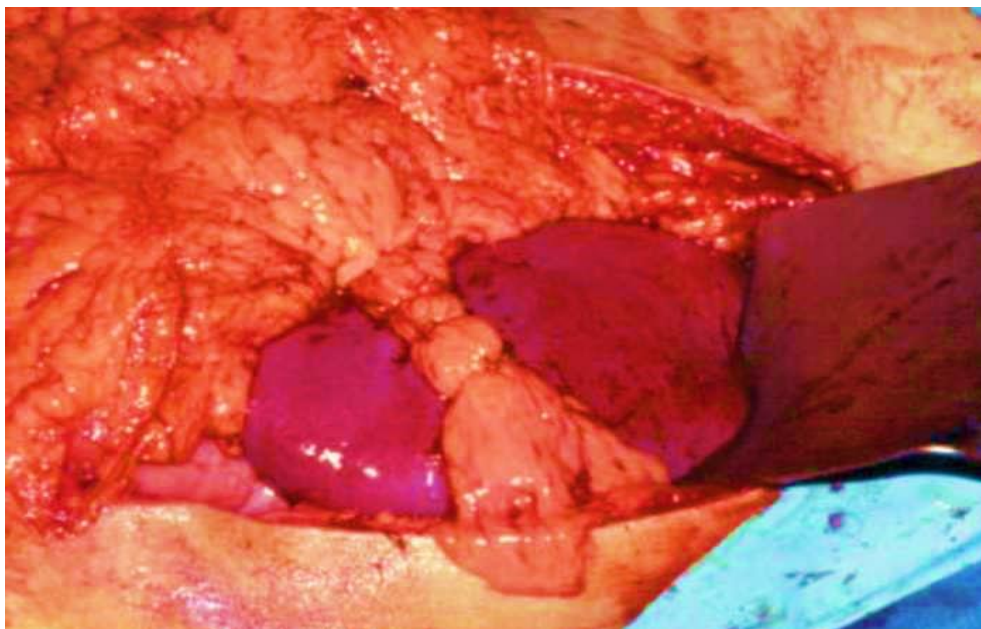
Shuningdek 22 (18,8%) patsientda diagnostik laparoskopiya natijalari aniqlangandan so‘ng, radikal operatsiya usullarini amalga oshirish va laparoskopik usul yordamida qon ketishini to‘xtatishni imkoni bo‘lmaganda konversiya orqali kirishga o‘tilgan.

Asosiy guruhdagi 117 nafar jabrlanuvchidan 20 nafari (17,1%) 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‘zolarining butunligi tiklash amalga oshirilgan (4.5-rasm). Shunday qilib, jami 42 patsientda (35,9%) laparotomiyali xirurgik aralashuvlar qo‘llanilgan (4.5-rasm).



4.5-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 chizigʻini joylashtirishga harakat qilib, qutb olib tashlangan. Qon oqayotgan tomirlar vikril 4.0,5.0 bilan bogʻlangan va yuqorida sanab oʻtilgan usullardan biri yordamida gemostaz amalga oshirilgan.



4.6-rasm. Taloq yopiq travmasi. Omentosplenopeksiya.

2 holatda taloq arteriyasini bogʻlash (videolaparoskopiya paytida klips oʻrnatish) yuqorida keltirilgan gemostaz usullari kombinatsiyasida amalga oshirilgan. Bizning fikrimizcha bu, ayniqsa, taloq atrofidagi aʼzo va toʻqimalar bilan keng bitishmalar hisobiga yopishib ketganligi va qachonkim, aʼzolari saqlovchi boshqa operatsiyalarni amalga oshirish (va hatto radikal splenektomiyaning oʻzi ham) katta texnik qiyinchiliklar bilan bogʻliqligi jihatidan afzalliklarga ega.

Biz a'zolari saqllovchi 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'zolarining 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 patsientlarda laparotom xirurgik aralashuvlarning natijalari 4.7-jadvalda keltirilgan.

4.7-jadval

Operativ aralashuvlar bajarilgan patsientlarda laparotom xirurgik aralashuvlarning natijalari (n= 42)

Patsientlar soni	O'rtacha tushak kuni	Operatsiyadan keyingi asoratlar	O'lim
42	15±1.31	9 (21,4%)	11 (26,1%)

O'lim 11 (26,1%) holatda kuzatilgan. Og'ir qo'shma travma natijasida travmatik shok - 5, peritonit rivojlanishi - 4 va operatsiyadan keyingi pnevmoniya va sepsis - 2 patsientda o'limning asosiy sababi bo'lgan.

4.4-§. Jigar va taloqning yopiq travmalarida diagnostika va davolash taktikalarini tanlash bo'yicha ishlab chiqilgan algoritim

Algoritimga muvofiq, qabul bo'limida shikastlanganlarga diagnostik tekshirishlar etarli hajmda o'tkazilgan (laborator, UTT, rentgen, KT, MRT).

Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanish darajasiga bog'liq holda jabrlanganlar dinamik kuzatuv uchun xirurgik bo'lim yoki operatsiya xonasiga yuborilgan. UTT bo'yicha gemoperitoneum hajmi $\leq 150-200$ ml bo'lgan, OIS klassifikatsiyasi bo'yicha I-II og'irlik darajasi bo'lgan jabrlanuvchilar qabul bo'limini chetlab o'tib, reanimatsiya bo'limiga yotqizilgan va shokka qarshi va diagnostik chora-tadbirlar (UTT) o'tkazilgan.

UTT bo'yicha 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 patsientlarga diagnostik laparoskopiya o'tkazilgan, so'ngra davolash taktikasi belgilangan.

Davom etayotgan qon ketish holatlarida UTT bo'yicha gemoperitoneum hajmi ≥ 500 , holatining og'irligi OIS klassifikatsiyasi bo'yicha III-IV-V daraja va sistolik bosim ko'rsatkichlari 100 mm. sim. ustunidan past patsientlar to'g'ridan to'g'ri operatsiya xonasiga laparotom xirurgik aralashuvni amalga oshirish uchun yuborilgan. Laparotomiya jarayonida jigar va taloqning shikastlanish darajasi va gemoperitoneum hajmiga qarab xirurgik davolash taktikasi va turi aniqlangan.

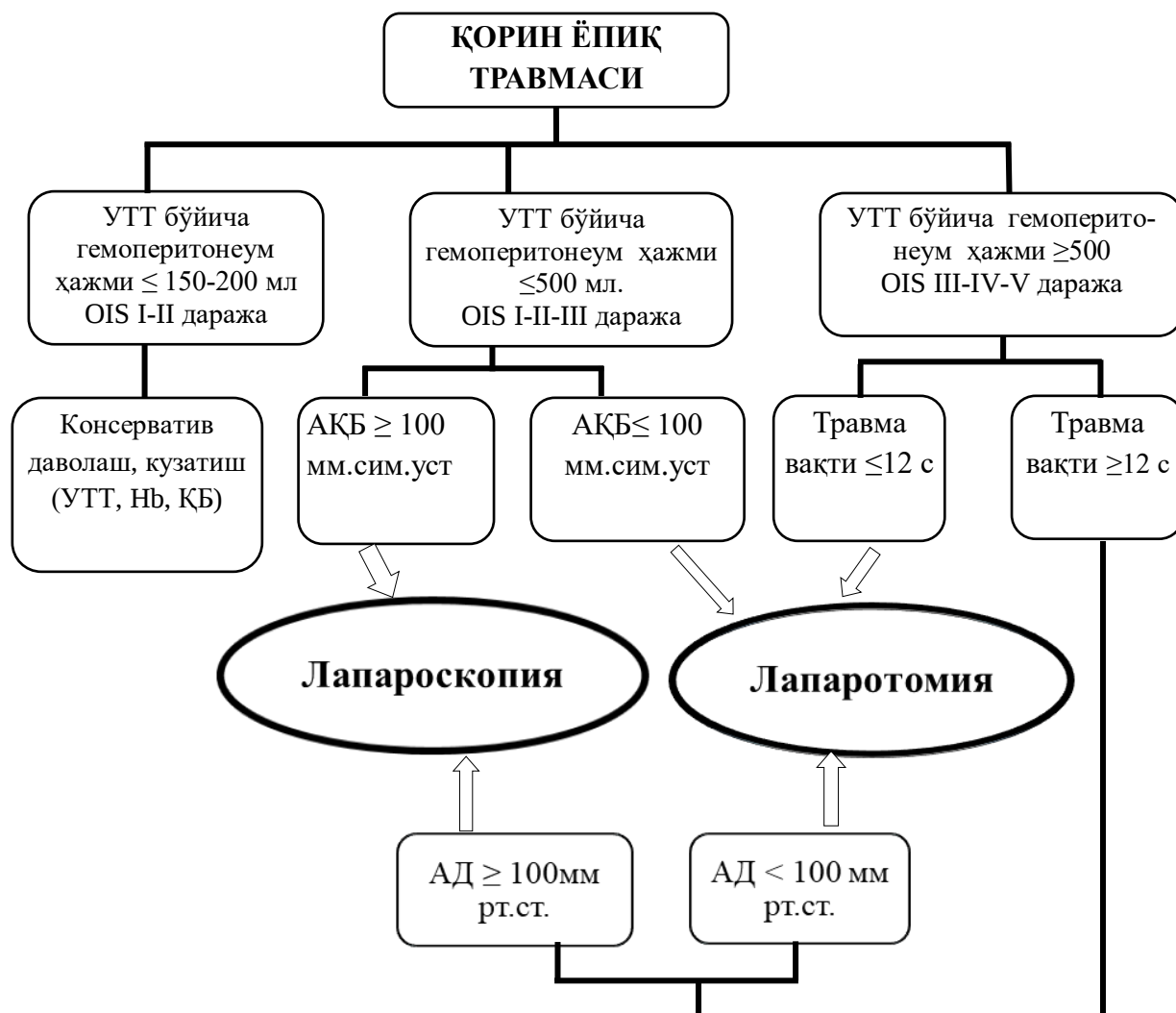
Davolash usullarini tanlash mezonlari, shuningdek, jigar va taloqning yopiq travmasi bilan jabrlanuvchilarni davolash natijalari bo'yicha olingan ma'lumotlarga asoslanib, biz videolaparoskopiya va video- laparoskopik operatsiyalar uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni aniqladik.

Amaldagi taktikalar 29 (24,8%) holatda xirurgik aralashuvdan voz kechish va patsientlarni konservativ tarzda olib borish imkonini bergan.

42 (35,9%) holatda laparoskopiya tufayli eksplorativ laparotomiyadan voz kechish, 4 holatda diagnostik laparoskopiya ma'lumotlariga asosan aralashuv laparoskopik operatsiyalarni o'tkazmasdan yakunlangan va kuzatish va konservativ davolanish muvaffaqiyatli davom ettirilgan. Shu bilan birga, 29 nafar patsientga zudlik bilan laparotomiya, 20 nafar patsientga konversiya yo'li bilan laparoskopik tekshiruvdan so'ng laparotomiya operatsiyalari o'tkazilgan. Bu shuni ko'rsatadiki, patsient ahvolidagi 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 jabrlanganlarga laparoskopik operatsiyalarni amalga oshirish mumkin emas. Ammo, 500 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 laparoskopiya o'tkazilib keyingi davolash taktikasi bo'yicha qaror qabul qilingan.

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

Laparoskopik operatsiyalar uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar asosida jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan patsientlarda diagnostika va davolash taktikasi algoritmi ishlab chiqilgan va qo'llanilganligi 4.7-rasmda keltirilgan.



4.7-rasm. Jigar va taloqning yopiq travmasida diagnostika va davolash taktikasini tanlash algoritmi

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 gemoperitoneum hajmi, OIS tasnifi bo'yicha travma og'irligini aniqlash va sistolik qon bosimi darajasidan iborat bo'lgan.

Tadqiqot guruhidagi bir nechta patsientlarga 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‘mtloqlashuv aniqlanadi. Laborator ko‘rsatgichlar: Nv 110 g/l. Erit 2,8x10¹²/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. 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 erda videolaparoskopiya bajarilgan va OIS shkalasi bo‘yicha taloqning I-darajali shikastlanishi va gemoperitoneum 400 ml aniqlangan, bu algoritmgaga 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 suyuqlik va jigar osti bo'shlig'ida qorin parda varaqlarini 0,3 smga ajratuvchi qalinlikdagi erkin suyuqlik 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'qotilgan 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, jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan jabrlanganlarni davolash natijalarini tahlil qilish asosida qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishining og'irligi va shikastlanish darajasini ob'ektiv baholashga qarab davolash usulini tanlashga tabaqalashtirilgan yondashuv aniqlangan. Quydagi qoidalar belgilangan:

Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlangan patsientlarda OIS shkalasi bo'yicha travmaning I-II darajasi, gemoperitoneum / 150-200 ml gacha bo'lgan

taqdirda majburiy dinamik kuzatuv sharti bilan konservativ tarzda davolash mumkin;

OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali qorin bo'shlig'i a'zolari travmasi va 500 ml gacha gemoperitoneum bo'lgan patsientlarga laparoskopik operatsiyalar o'tkazilishi mumkin;

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.

Diagnostic laparoskopiya jigar va taloq shikastlanishiga shubha qilingan patsientlarga 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. gemoperitoneum 500 mlgacha;
5. og'ir qo'shma travmaning mavjudligi.

Shunday qilib, jigar travmasiga shubha qilingan taqdirda videolaparoskopiya faqat barqaror gemodinamikada, qachonkim diagnostika choralarining barcha spektriga qaramay, laparotomiya uchun ko'rsatmalar shubhali bo'lib qolganda qo'llanilishi kerak.

Bu diagnostika va davolash imkoniyatlarini sezilarli darajada kengaytirish, shuningdek, shoshilinch sabablarga ko'ra yopiq travmalar, qorin bo'shlig'i jarohatlari va o'tkir xirurgik patologiyasi bilan yotqizilgan patsientlarni tekshirish vaqtini qisqartirish imkonini bergan. UTT ma'lumotlariga ko'ra qorin bo'shlig'i qon ketishining aniq klinik belgilarining yo'qligi va oz miqdordagi suyuqlik davolash-diaagnostik videolaparoskopiya oqilona murojaat qilish imkonini asoslaydi. Video- laparoskopiyaning alohida ahamiyati diagnostika va davolash muolajalarni birlashtirish imkoniyatidadir.

**V BOB. JIGAR VA TALOQNING YOPIQ TRAVMALARIDA
AN'ANAVIY LAPAROTOM USUL VA DIAGNOSTIKA VA
DAVOLASH TAKTIKALARINI TANLASHDA TAKLIF ETILGAN
ALGORITMNING QIYOSIY NATIJALARI**

**5.1-§. Asosiy guruhda tavsiya etilgan diagnostika algoritmi va davolash
taktikasini tanlash bo'yicha va taqqoslash guruhida an'anaviy
laparotomiya texnikasidan foydalanganda klinik ko'rinishlar, asoratlar va
o'limning qiyosiy xarakteristikasi**

Yopiq abdominal travma bilan o'rganilgan tadqiqot guruhlaridagi jabrlanuvchilarning davolash natijalarini solishtirdik. Ma'lumki, asosiy guruhga konservativ davo, videolaparoskopik aralashuvlar va ochiq usulda operatsiya bajarilgan yopiq travma bilan 117 nafar patsientlar guruhi kiritilgan va taqqoslash guruhi esa laparoskopik usullar amaliyotga joriy etilishidan oldin retrospektiv tarzda tanlangan 103 nafar patsientdan iborat. Asosiy va taqqoslash guruhlarida qorin bo'shlig'i a'zolari travmasining miqdoriy nisbati va gemostaz usullarining turlari amaliy jihatdan farq qilmagan.

Patsientlarning asosiy guruhi va taqqoslash guruhi o'rtasidagi eng ko'p farqlar operatsiyadan keyingi davrda namoyon bo'lgan. Shunday faktorlardan biri peristaltikani erta tiklanishi bo'lgan. Asosiy guruhdagi 98 (83,7%) jabrlanuvchida operatsiyadan keyingi davrning birinchi kunida peristaltika tiklangan bo'lsa, taqqoslash guruhidagi jabrlanuvchilarda peristaltika birinchi kuni faqat 5 (20%) jabrlanuvchida tiklangan ($r < 0,05$).

Asosiy guruhda 80 (68,4%) holatda narkotik analgetiklarni qo'llashdan cheklanilgan, taqqoslash guruhida esa birinchi kuni barcha patsientlarga narkotik analgetiklar qo'llanilgan. Shuningdek, asosiy guruhda 33 (28,2%) holatda jabrlanganlarda og'riqsizlantirishga ehtiyoj bo'lmagan.

Tavsiya etilgan algoritm bo'yicha diagnostika va davolash taktikasini tanlash va an'anaviy laparotomiya texnikasining klinik ko'rsatkichlarini qiyosiy xarakteristikasi o'tkazilgan va ular 5.1-jadvalda keltirilgan.

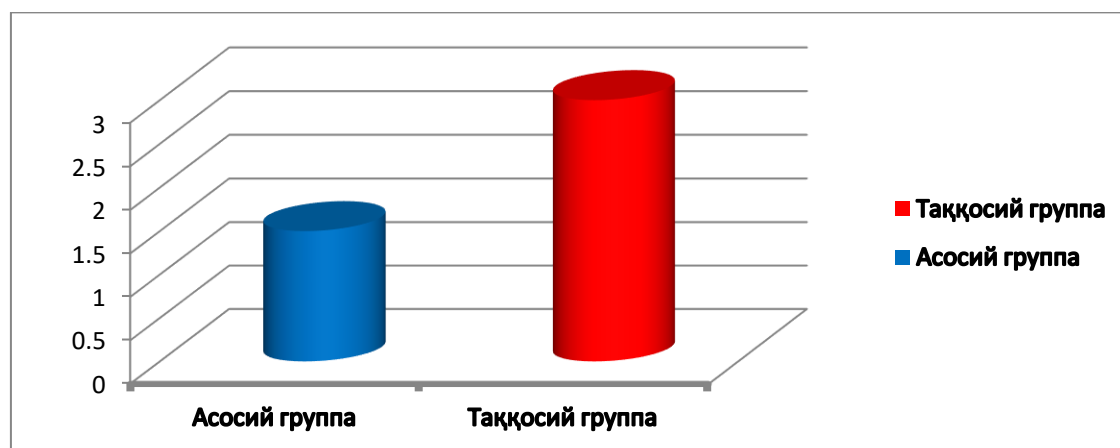
5.1-jadval

Tavsiya etilgan algoritm bo'yicha diagnostika va davolash taktikasini tanlash va an'anaviy laparotomiya texnikasini qo'llashning asosiy ko'rsatkichlarini qiyosiy xarakteristikasi

Ko'rsatkichlar	Asosiy guruh (n= 117)	Taqqoslash guruhi (n=103)	R
Reanimatsiya bo'limida patsientni o'rtacha bo'lishi, kunlar	1,45±0,8	2,45±0,8	R< 0,05
Peristaltikani tiklanishi, kunlar	1,8 ± 0,4	3,3 ±0,4	R< 0,05
Erta aktivlashishi, kunlar	1,3 ± 0,5	2,6 ± 0,8	R< 0,05
Narkotiklarni qo'llash, kunlar	0,6 ± 0,3	2,0 ± 0,4	R< 0,05
Narkotiklarni o'rtacha qo'llanishi, kunlar	5,2 ±0,4	8,8 ± 09	R< 0,05

Izoh: kichik guruhlardagi farqlarning ishonchliligi muhim ahamiyatga ega (R<0,05).

Asosiy guruhdagi patsientlarida operatsiyadan keyingi davrda intensiv terapiya va reanimatsiya bo'limida davolanish muddati tahlil qilingan, bu 1,45±0,8 kunni, taqqoslash guruhidagi laparotomiya operatsiyasidan keyin patsientlar uchun esa 2,45±0,8 kunni tashkil etgan (r<0,05) (5.1-rasm).



5.1-rasm. Asosiy va taqqoslash guruhlardagi patsientlarni reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limlarida bo'lish muddati

Asosiy guruhdagi asoratlarning sezilarli darajada kamayishi operatsiyadan keyingi jarohatning yiringlash ehtimolining pasayishi tufayli yuzaga kelgan, bu

laparoskopik operatsiyalardan keyin yanada past ko'rsatgichga ega bo'lgan (5.2-jadval).

Qorin old devorining kamroq shikastlanishi tufayli erta faollashuv asosiy guruhda operatsiyadan keyingi pnevmoniya, plevrit va operatsiyadan keyingi jarohatda yiringlash sonining kamayishiga yordam bergan. Umumiy asoratlari soni taqqoslash guruhidagi 37,9% dan asosiy guruhda 20,51% gacha kamaygan. O'rganilayotgan kichik guruhlardagi asoratlarning umumiy sonidagi farqlarning ahamiyati sezilarli ($r < 0,05$).

5.2-jadval

Asosiy guruhda tavsiya etilgan diagnostika va davolash taktikasini tanlash bo'yicha algoritmi va taqqoslash guruhida an'anaviy laparotom usuli qo'llanilgandagi asoratlari

Asoratlari	Asosiy guruh n=117	Taqqoslash guruhi n=103
O'tning oqishi	2(1,7%)	4(3,9%)*
Pnevmoniya	10(8,5%)	11(10,7%)
Plevrit	1(0,85%)	2(1,9%)
Operatsiyadan keyingi jarohatning yiringlashi	4(3,4%)	8(7,8%)*
Qon ketish residivi	1(0,85%)	2(1,9%)
Oshqozon-ichak traktidan qon ketish	2(1,7%)	3(2,9%)
Qorin bo'shlig'i abscesslari	-	2(1,9%)*
Ichaklar parezi	2(1,7%)	3(2,9%)
Posttravmatik pankreatit	2(1,7%)	3(2,9%)
Eventeratsiya	-	1(1,0%)
Jami	24 (20,51%)	39(37,9%)

*Izoh: kichik guruhlardagi farqlarning ishonchligi muhim ahamiyatga ega ($R < 0,05$).

Shuningdek, asosiy guruhda bilomalar soni 3,2% kamaygan. Asosiy guruhda oshqozon-ichakdan qon ketish 1,2% ga kam bo'lgan. Qayta qon ketish

kabi asorat statistik ahamiyatga ega bo'lmagan va asosiy guruhda 0,85% va nazorat guruhida 1,9% tashkil etdi. Posttravmatik pankreatit asosiy guruhda 1,2% kam uchraygan. Patsientlarning statsionarda o'rtacha bo'lishi, an'anaviy laparotomiya texnikasidan foydalanganda asoratlar va o'limning umumiy ko'rsatkichlari va tavsiya etilgan diagnostika algoritmi va davolash taktikasini tanlash 5.3-jadvalda keltirilgan.

Shunday qilib, miniinvaziv laparoskopik diagnostika va jigar va taloqning yopiq shikastlanishini davolashda foydalangan holda diagnostika va davolash taktikasini tanlash uchun tavsiya etilgan algoritm ushbu usulning an'anaviy diagnostik laparotomiyaga nisbatan shubhasiz afzalliklarini ko'rsatgan va bu operatsiyadan keyingi davrga o'zining sezilarli ta'sirini ko'rsatgan.

5.3-jadval

Asosiy guruhda tavsiya etilgan diagnostika algoritmi va davolash taktikasini tanlash bo'yicha va taqqoslash guruhi an'anaviy laparotomiya texnikasidan foydalanganda asoratlar, o'lim va davanishning o'rtacha kunlik ko'rsatkichlari

Patsientlar guruhi	O'rtacha to'shak-kuni	Asoratlar	O'lim
Asosiy guruh	13,2±1.24	24 (20,51%)	13(26,1%)
Taqqoslash guruhi	16,57 ± 6,27	39(37,9%)	44(42,7%)

V bob bo'yicha qisqacha xulosa

Xulosa qilib aytish mumkinki, jigar va taloqning yopiq travmasi uchun biz tomonidan ishlab chiqilgan diagnostika va davolash taktikasi algoritmidan foydalanish xirurgik aralashuvlar natijalarini sezilarli darajada yaxshilagan, asoratlar va jabrlanganlarda o'limini kamaytirgan. Davolash konservativ tarzda olib borilgan guruhda o'lim holatlari kuzatilmagan, boshqa hollarda turli xil miniinvaziv usullar va laparotom operativ davolash qo'llanganda asosiy guruhda

13 (11,1%) o'lim holati, laparotomiya qilingan taqqoslash guruhida esa 44 (42,7%) holatda o'lim kuzatilgan. Jigar va taloqning yopiq travmasi bilan patsientlar uchun ishlab chiqilgan diagnostika va davolash algoritmidan foydalanish statsionarning instrumental va laboratoriya imkoniyatlaridan samarali foydalanishga, miniinvaziv xirurgik aralashuvning etarli hajmini tanlashga imkonini bergan va buning natijasida jigar shikastlanishi bilan qorin bo'shlig'ining yopiq travmasida asoratlarning uchrash sur'atini va o'lim darajasini pasaytirishga erishilgan.

Qorin bo'shlig'ining yopiq travmasi bilan jabrlanuvchilarni davolashda differensial yondashuv taktikasini klinik amaliyotga joriy etish, bu birinchi navbatda «behuda» laparotomiyadan voz kechish, shuningdek diagnostika va xirurgik davolash uchun miniinvaziv texnologiyalardan foydalanish xirurgik faollikni sezilarli darajada kamaytirish va patsientlarning ushbu toifasida o'lim va asoratlar sonini kamaytirish imkonini bergan.

XOTIMA

Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, abdominal travma bilan patsientlar guruhidagi yuqori o'lim va nogironlik nafaqat shikastlanishning og'irligi va ular diagnostikasining murakkabligi, balkim ko'p jihatdan patsientlar og'irligini baholashda yagona yondashuvning yo'qligi, operativ taktika hamda operatsiyadan oldingi va keyingi davolash usullarini tanlash bilan bog'liqdir. Jigar va taloqning qo'shma va ko'p sonli shikastlanishlari ayrim hollarda yashirin klinik ko'rinish va diagnostikasi qiyin. Yuqoridagilarning barchasi jigar va taloq jarohati bilan jabrlanuvchilarga diagnostika muammosining dolzarbligini belgilaydi. Hozirgi vaqtda ko'plab klinikalarda qorin bo'shlig'i yopiq jarohati bilan patsientlarda gemoperitoneumning har qanday hajmi laparotomiya uchun mutlaq ko'rsatma hisoblanadi va taloq jarohatlarida eng keng tarqalgan davolash usuli splenektomiya hisoblanadi. Shunday qilib, jigar va taloqning shikastlanishlari uchun xirurgik taktikasini aniqlash hozirgi kunda qizg'in bahs-munozaralarga sabab bo'lmoqda. Binobarin, ushbu toifadagi patsientlarda laparoskopik diagnostika, davolash maqsadidagi laparoskopiya va konservativ davoning roli va o'rni hali aniqlanmagan va uni amalga oshirish imkoniyati mezonlari ham ishlab chiqilmagan. Ushbu masalaga bag'ishlangan ishlarda patsientlarni konservativ taktika va «an'anaviy» laparotomiya yordamida davolash natijalarining qiyosiy tahlili yo'q. A'zolari saqlash operatsiyalarining o'rni va roli masalasi muhokama qilinmoqda.

Qorin yopiq travmasida jigar yoki taloq shikastlanishi bilan patsientlarda xirurgik taktikasini tanlash hali ham xirurgiyaning dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Shu sababli qorin bo'shlig'i yopiq jarohatlari bilan patsientlarni davolashda kompleks yondashuv zarurligiga shubha yo'q, ammo shu bilan birga, patsientlarning ushbu toifasida eng ko'p uchraydigan asoratlarni profilaktika usullariga aniqlik kiritishni talab qiladi.

Ushbu tadqiqotning maqsadi jigar va taloq yopiq travmalarida davolash natijalarini yaxshilash uchun miniinvaziv (endovideosirurgik) diagnostika va davolash usullarini optimallashtirishdan iborat bo'lgan. Tadqiqot 220 patsientni

tekshirish va davolash ma'lumotlariga asoslangan. Tadqiqotda barcha jabrlanganlar ikki guruhga bo'lingan. Taqqoslash guruhiga 103 (46,8%) jabrlanuvchi kiritilgan bo'lib, ularda 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 laparotomiyadir. Asosiy guruhga 117 (53,2%) jabrlanuvchi kiritilgan bo'lib, ularda qorin bo'shlig'i yopiq travmasi bilan patsientlarda diagnostika va davolash taktikasini tanlash uchun biz ishlab chiqqan algoritm qo'llanilgan. Patsientlarga RShTYoIM Samarqand filialining xirurgik bo'limlarida tibbiy yordam ko'rsatilgan. UTT barcha holatlarda qo'llanilgan. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, qorin bo'shlig'ining yopiq travmasida jigar shikastlanishlari diagnostikasida ultratovushning sezgirligi 88,6% ni tashkil etgan. Parenximatoz 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, jigar yoki taloq jarohatlari bilan davolanayotgan patsientlarda keyinchalik shikastlanish dinamikasi va gemoperitoneum hajmini kuzatish uchun dinamik UTT o'tkazilgan. Abdominal travma bilan patsientlarda shikastlanishning xarakterini aniqlash uchun yumshoq tadqiqot usuli sifatida laparotsentez va diagnostik peritoneal lavajda (DPL) biz «aylanuvchi kateter» usulini qo'lladik. Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlari diagnostikasida laparotsentezning sezgirligi 90,9%, UTT - 88,6%, yopiq travmada laparoskopiya - 97,2% ni tashkil etgan.

Videolaparoskopiya jigar va taloqning shikastlanish darajasini ko'rish va aniqlash uchun ishlatilgan, ba'zi hollarda gemostazga amalga oshirish imkonini ta'minlagan. Jabrlanganlarda izolyatsiya qilingan jarohatlar va qorin bo'shlig'iga engil 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 jigar va taloqning yopiq travmalarida biz ishlab chiqqan diagnostik va davolash taktikasini tanlash algoritmi shuningdek, laparoskopik usullar yordamida gemoperitoneum diagnozi tasdiqlangan patsientlarda ushbu usul amaliyotga tadbiiq etilguniga qadar jabrlanganlarga jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan ko'rsatilgan tibbiy yordamning samaradorligini aniqlash maqsadida 103 nafar patsientlarni (taqqoslash guruhi) guruhini retrospektiv tahlil qildik. 37 nafar patsientda jigar shikastlanishi, 56 nafarida esa taloq travmasi aniqlangan. Yana 10 nafar patsientda jigar va taloqning 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: taloqda a'zosaqlovchi operatsiyalar - 26. Taloq 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. 14 patsientda OIS shkalasi bo'yicha a'zolarining shikastlanish darajasi IV tashkil etgan. Barcha bemorlarda laparotomiya amalga oshirilgan. Jigar jarohatini tikish 31 patsientda (I - IV darajali yorilish) bajarilgan. Jigar rezeksiyasi - 2 patsientda (IV - V darajali yorilishida). Jigar jarohatining koagulyatsiyasi - 4 patsientda (I darajali yorilishida). 5 patsientda taloq jarohatini tikish orqali gemostaz bajarilgan; taloq arteriyasini bog'lash va taloq jarohatini tikish - 17 patsientda; taloq jarohatlarini koagulyatsiya orqali

gemostaz - 4 patsientlarda amalga oshirilgan. Boshqa barcha holatlarda – 30 patsientlarda splenektomiya bajarilgan. Jigar va taloqning bir vaqtda shikastlanishi bilan 5 nafar patsientda splenektomiya va jigar yorilishini tikish, 2 nafar patsientda taloq arteriyasini bog‘lash va jigar jarohatlarini koagulyatsiyasi, 3 nafar patsientda jigar va taloq jarohatlarini koagulyatsiya qilish amalga oshirilgan. Taqqoslash guruhida o‘lim darajasi 42,7% (44 patsient) tashkil etgan va vafot etganlarning 21 nafarida operatsiyadan keyingi turli xil asoratlari rivojlangan. Patsientlarning aksariyatida birinchi kuni o‘lim sababi og‘ir qo‘shma travma va bosh miya dislokatsiyasi natijasida shok va qon yo‘qotish bo‘lgan. Uzoq muddatli davrda, operatsiyadan keyingi o‘rtacha 3-kuni, o‘lim sababi SO‘V o‘tkazilishi fonida rivojlangan pnevmoniya yoki qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining operatsiyadan keyingi asoratlari natijasida intoksikatsiya hisobiga sodir bo‘lgan. Ta’kidlash joizki, o‘lgan patsientlarning 37 nafarida og‘ir qo‘shma travmalar bo‘lgan. 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 asoratlari hamda o‘tkazilgan laparotom aralashuvning og‘irligi patsientlar ahvolini yanada og‘irlashtirib o‘limga 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 splensaqlovchi 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, biz 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 qorin yopiq travmasida jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan patsientlarni davolashda konservativ yondashuvni qo'llash imkoniyati uchun asos deb hisoblash mumkin. Boshqa tomondan, qorin yopiq travmasida jigar va taloqning 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 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 jigar va taloqning yopiq travmalarida diagnostika va davolash taktikasini tanlash algoritmi ishlab chiqilgan. Jigar va taloqning yopiq travmalari bilan patsientlarni davolash bo'yicha bizning strategiyamiz uchta taktik qarorni o'z ichiga olgan: bular qat'iy ravishda

konservativ davo o'tkazish; diagnostik va davolash maqsadida laparoskopiyani amalga oshirish; laparotomiya qilish.

Konservativ davo guruhiga kiritish mezonlari sifatida bemorlar ahvolidagi og'irligini xarakterlovchi patsientning klinik va laboratoriya tekshiruv 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 imkonlari; gemoperitoneum 200 ml dan oshmasligi kerak.

Asosiy guruhdagi 117 nafar bemorning umumiy sonidan tekshiruv natijasida 29 (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, jigar va taloqning 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 tekshiruvlaridan so'ng OIS shkalasi bo'yicha taloqning I darajali engil 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 29 holatda jabrlanuvchilar dinamik kuzatuvda bo'lishgan. 6,12, 24 soatdan keyin takroriy UTT o'tkazilgan, zaruriyat tug'ilganda 24-48 soatdan keyin KT tekshiruv 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 117 jabrlanuvchidan 29 tasida (24,8%) jigar va taloqning 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 chandiq 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. QYoT paytida jigar va taloqning yopiq jarohatlari bilan patsientlarni konservativ davolash natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bir tomondan, masalan, bemorning hushi yo'qligi, olingan UTT yoki KT ma'lumotlarining etarli 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 500 ml gacha gemoperitoneumning mavjudligi laparotomiya uchun aniq ko'rsatma bo'la olmagan. Bunday holatlarni diagnostik videolaparoskopiya bajarishga ko'rsatma deb hisobladik. Tadqiqotimizda biz bemorlarning asosiy guruhidagi 68 (58,1%) patsientlarda diagnostik laparoskopiya bajarib va ularning 42 tasida (61,8%) diagnostik videolaparoskopiya keyinchalik davolash maqsadidagi

laparoskopiyaga o'tilgan. Jigar va taloqning yopiq travmasida qorin bo'shlig'iga qon ketishi shubha qilinganda diagnostik laparoskopiyani o'tkazish uchun ko'rsatmalar patsientlarni 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 jigar yoki taloq travmasining darajasi bilan ham belgilanadi; UTT yordamida qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlangan OIS shkalasi bo'yicha III darajagacha a'zo shikastlanishi mavjud patsientlar hushining yo'qligi.

Bunday hollarda 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. 68 diagnostik laparoskopiya o'tkazilgan 22 (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. Agar diagnostik laparotomiya payti quyidagi jarayonlar aniqlansa laparotomiya amalga oshirilgan: kovak a'zo travmasi va peritoni mavjudligi; gemoperitoneum 500 ml dan ortiq; a'zolar shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha III dan yuqori; aniqlashni iloji bo'lmagan qon ketish manbai; davom etayotgan qorin bo'shlig'i qon ketishida endoskopik gemostazni amalga oshirishning texnik jihatdan ilojisizligi; a'zo shikastlanish darajasini adekvat darajada baholashning texnik jihatdan mumkin emasligi.

Jigar yoki taloqning yopiq shikastlanishi bilan klinikaga yotqizilgan 42 (35,9%) patsientlarda yakuniy aralashuv sifatida davolash maqsadida o'tkazilgan laparoskopiyani qo'llash zarur bo'lgan. 28 patsientlarda jigar va 13 patsientda esa taloqning shikastlanishi aniqlangan. Yana 1 nafar patsientda jigar va taloqning qo'shma travmasi bo'lgan. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, qorin

bo'shlig'i shikastlanishi tufayli jigar va taloqning yopiq jarohati bo'lgan patsientlarda quyidagi mezonlarga javob beradigan diagnostik laparoskopiya bo'yicha laparoskopik gemostaz, gemoperitoneumni evakuatsiya qilish yoki qorin bo'shlig'ini drenajlash 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 laparoskopiya tugagandan so'ng barcha patsientlarda o'rnatilgan nazorat drenaji orqali ajraladigan suyuqlikning miqdori va xarakteri nazorat qilinib turilgan. Natijada 29 nafar patsientda konservativ davo taktikasi tanlangan, 20 nafar patsientda zudlik bilan laparotomiya operatsiyasini o'tkazish to'g'risida qaror qabul qilingan, 68 nafar patsientda diagnostik laparoskopiya amalga oshirilgan, shundan 22 holatda laparotomiyaga o'tish zaruriyati bo'lgan; 42 holatda qon ketishini to'xtatish va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishini tiklash uchun davolash maqsadida laparoskopik operatsiyani o'tkazishga qaror qilingan va 4 patsientda esa diagnostik laparoskopiya patsientlarni davolashda yakuniy bo'lgan.

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 patsientlarda amalga oshirilgan: a'zoning shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha III dan yuqori bo'lmagan, 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'zosaqlovchi 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 ahvolining 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 22 (18,8%) patsientda laparotomiya amalga oshirilgan. Asosiy guruhdagi 117 nafar jabrlanganlardan 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 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 42 (35,9%) patsientda 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 etarli 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 bo'yicha 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 bo'yicha 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 bo'yicha 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. Laparotomiya davomida jigar va taloqning shikastlanish darajasi va gemoperitoneum hajmiga bog'liq holda operativ davolashda taktika va uning

turi aniqlangan. Davolash usullarini tanlash mezonlari, shuningdek, jigar va taloqning yopiq travmasi bilan jabrlanuvchilarni davolash natijalari bo'yicha olingan ma'lumotlarga asoslanib, biz videolaparoskopiya va videolaparoskopik operatsiyalar uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni aniqladik. Qo'llaniladigan taktikalar 29 (24,8%) holatda operativ aralashuvni rad etish va patsientlarni konservativ tarzda davolash imkonini bergan. 42 (35,9%) holatda laparoskopiya tufayli eksplorativ laparotomiyadan voz kechish imkoni bo'lgan, 4 holatda diagnostik laparoskopiya natijalariga asosan aralashuv laparoskopik operatsiyalarni o'tkazmasdan yakunlangan va kuzatish va konservativ davolanish muvaffaqiyatli davom ettirilgan. Shu bilan birga, 29 nafar patsientga zudlik bilan laparotomiya, 20 nafar patsientga konversiya orqali laparotom operatsiyalar bajarilgan. Bu shuni ko'rsatadiki, patsient ahvolining 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 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 bo'yicha gemoperitoneum hajmi, OIS klassifikatsiyasiga muvofiq shikastlanish og'irligi va sistolik qon bosimi darajasi aniqlash. Xulosa qilib aytish mumkinki, jigar va taloqning yopiq travmasi uchun biz tomondan ishlab chiqilgan diagnostika va davolash taktikasi algoritmidan foydalanish asoratlari va jabrlanganlar o'limni

kamaytirishi natijasida xirurgik aralashuvlar natijalarini sezilarli darajada yaxshilagan. O'limning eng keng tarqalgan sabablari qo'shma travma va o'sib borayotgan poliorgan etishmovchiligi hisoblangan. Konservativ davo guruhida o'lim holatlari kuzatilmagan, boshqa hollarda turli miniinvaziv usullar va laparotom operativ davolash qo'llanilgan asosiy guruhda 13 (11,1%) o'lim qayd etilgan, faqat laparotomiya qilingan taqqoslash guruhida 44 (42,7%) o'lim natijalari kuzatilgan. Jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan patsientlar uchun ishlab chiqilgan diagnostika va davolash algoritmidan foydalanish statsionarning instrumental va laboratoriya imkoniyatlaridan samarali foydalanishga, miniinvaziv xirurgik aralashuvning etarli 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. Abdominal yopiq travma bilan jabrlanuvchilarni davolashda differensial yondashuv taktikasini klinik amaliyotga joriy etish, bu birinchi navbatda "behuda" 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.

XULOSALAR

«Jigar va taloqning yopiq travmalarida miniinvaziv diagnostika va davolash usullarini optimallashtirish» mavzusidagi falsafa doktori (PhD) dissertatsiya ishi bo'yicha olib borilgan tadqiqotlar natijalari asosida quyidagi xulosalar shakllantirilgan:

1. Jigar va taloqning shikastlanishi mavjud bemorlarda o'limni retrospektiv tahlili natijasida uning asosiy sababi ushbu kategoriyadagi bemorlarda shikastlanishning og'irligi, a'zoni shikastlanish darajasi OIS shkalasi bo'yicha I-III daraja bo'lgan va ushbu kategoriyadagi jabrlanganlarda laparoskopik operatsiyalarni o'tkazishga ko'rsatma bo'lgan taqdirda ham faqat laparotomiya usuli qo'llanilgan, operatsiya qilingan patsientlarda qabul qilingan paytdan boshlab birinchi kunida o'lim katta miqdordagi qon yo'qotilishi va uning korrektsiyaci o'z vaqtida bartaraf etilmaganligi, o'tkazilgan operatsiyaning og'irligi va hajmi, shuningdek operatsiyaga ko'rsatmalarda kechiktirilgan holatlar bilan bog'liq bo'lgan.

2. Laparoskopik operatsiyalar uchun ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar aniqlangan bo'lib, OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali jigar va taloq shikastlanishlari, patsientning ahvoli stabil va qon yo'qotish 500 ml gacha bo'lgan taqdirda, laparoskopik usulda samarali operatsiya qilinishi mumkin. Jigar va taloqning OIS shkalasi bo'yicha III-IV darajali shikastlanishi laparoskopik operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lib, jabrlanganlarga zudlik bilan laparotomiya operatsiyasi o'tkazilishi lozim.

3. Qorin bo'shlig'i travmasi bilan 29 (24,8%) patsientlarda jigar va taloqning yopiq shikastlanishlari uchun differensial davolash va diagnostik yondashuv muvaffaqiyatli konservativ terapiya o'tkazishga imkon bergan, 39,3% holatda laparoskopiya tufayli eksplorativ laparotomiyadan voz kechilgan va pirovard natijada o'lim ko'rsatkichlarini 10,7% dan 1,7% gacha, asoratlar soni esa 37,9% holatdan 20,51% kamaytirishga erishilgan.

4. Jigar va taloqning yopiq shikastlanishi diagnostikasi va davolash taktikasini tanlash bo'yicha ishlab chiqilgan algoritm klinik, laborator,

instrumental (UTT, KT) va laparoskopik usullarni o'z ichiga olgan bo'lib, unda olingan ma'lumotlarini sharhlash uchun original konsepsiyani joriy etish orqali bemor davolashining yo'nalishi va natijalarini sezilarli darajada optimallashtirish asoslab berilgan, 24,8% holatda konservativ terapiya, 39,3% holatda laparoskopik operatsiyalarni o'tkazish va 18,8% holatda konversiya qilish imkonini bergan.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Qorin bo'shlig'i travmasida jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan patsientlarda laparoskopiyadan diagnostik va davolash maqsadida foydalanish etarli darjada yuqori informatsion ahamiyatga ega va gemodinamik ko'rsatkich stabil payti «behuda» laparotomiyalardan voz kechish orqali operatsion travmalarni kamaytirish va ushbu kategoriyadagi patsientlarda davolash natijalarini yaxshilash imkonini beradi.

2. Agar UTT bo'yicha gemoperitoneum hajmi ≤ 500 ml bo'lsa, OIS shkalasi bo'yicha og'irlik holati I-II daraja va sistolik bosim ko'rsatkichlari 100 mm sim. ustunidan yuqori bo'lsa davolash taktikasini aniqlash uchun patsientlarga diagnostik laparoskopiya o'tkazish tavsiya etiladi. Davom etayotgan qon ketish holatlarida UTT bo'yicha gemoperitoneum hajmi ≥ 500 , OIS klassifikatsiyasiga ko'ra III-IV-V darajali og'irlik darajasi, sistolik bosim ko'rsatkichlari 100 mm. sim. ustunidan past patsientlarda laparotomiyaga ko'rsatma bo'lib, etarli darjada reviziya o'tkazish va biror bir xirurgik usullar yordamida qon ketishini to'xtatish tavsiya etiladi.

3. Qon yo'qotilishi ≥ 500 ml bo'lgan og'ir patsientlarda, travma olingan vaqtdan boshlab 12 soatdan ortiq vaqt va sistolik qon bosimi 100 mm sim. ustunidan yuqori bo'lsa diagnostik laparoskopiya o'tkazish orqali davolash taktikasi masalasini hal qilish tavsiya etiladi.

4. Qorin yopiq travmasida jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan patsientlarni diagnostikasi va davolash taktikasini tanlash uchun ishlab chiqilgan algoritmdan foydalanish instrumental va laboratoriya imkoniyatlaridan samarali foydalanish, miniinvaziv xirurgik aralashuvning etarli hajmini tanlash imkonini beradi va natijada jigar va taloqning shikastlanishi bilan qorin bo'shlig'ining yopiq travmasida asoratlar uchrash sur'ati va o'lim holatlarini kamaytirishga erishiladi.

FOYDANANILGAN ADABIYOTLAR

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

2 Абакумов.М.М., Галанкина.И.Е., Вилк.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 Александров В.В., Маскин С.С., Иголкина Л.А. и др. Перспективы использования локального криогемотаза при травмах печени и селезенки // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - № 7. - С.45-51.

4 Азимов А.А., Маликов Ю.Р., Сафаров Н.Н. и др. Значение лапароскопической диагностики в определении тактики лечения при травмах брюшной полости // Вестник экстренной медицины. – 2013. - №3. – С.45

5 Агаджанян В.В. Организация медицинской помощи при множественной и сочетанной травме (политравме). Клинические рекомендации (протокол лечения) (проект) // Политравма. – 2015. – № 4. – С. 6–14.

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

7 Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В. Сочетанная закрытая травма селезенки у взрослых: современный подход к диагностике и лечению // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. 2021. Т. 10. № 2. С. 347-356.

8 Алиджанов.А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Б.Н. Место эндовидеохирургии с экстренной патологий и травмами органов брюшной полости. Шошилиңч тиббиёт ахборотномаси. 2021.14-том.№6.С.31-35.

9 Базаев А.В., Кокобелян А.Р., Королёв С.К. Массивные кровотечения при повреждениях печени у пострадавших с сочетанной травмой // Хирургия № 2 (16) апрел 2015— С.11-13.

10 Бондарев Г.А., Липатов В.А., Северинов Д.А., Интраоперационная тактика местного хирургического гемостаза при травмах и плановых операциях на паренхиматозных органах брюшной полости. Вестник экспериментальной и клинической хирургии Том XIII, №3 2020 -С.268-277.

11 Гафиуллов м.р., Хирургическое лечение разрывов печени у больных с закрытой травмой живота. Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Ульяновск-2012.С.129.

12 Гареев Р.Н., НгуенХ.К. Травматические повреждения печени и желчевыводящих путей // Медицинский вестник Башкортостана. - 2013. - № 1. том 8 -С.118-122.

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

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

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

16 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.-Н 4.-С.58-60.

17 Ермалов А.С., Ярцев П.А., Лапароскопия у больных сургентикми заболевания органов брюшной полости. Алманах института хирургии им. А.В.Вишневого.- 2017.- №1: г. Москва, 4-7 апрел - С.106.

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

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

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

21 Ибадилдин А.С., Кравсов В.И. Диагностика и хирургическая тактика при изолированной и сочетанной травме печени // Практическая медитсина. - 2013. - №2. (67)- С. 49-51

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

23 Ибадилдин А.С., Кравсов В.И., Ибадилдина С.А., и др., Принципы диагностики и лечения травм печени // Вестник Казахского натионального медитсинского университета. 2021. № 3. С. 187-190.

24 Иноземсев Е. О., Григорев Е. Г., Апарсин К. А. Актуальные вопросы хирургии сочетанных повреждений // Политравма. – 2017. – № 1. – С. 6–11

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

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

27 Колтович А., Пфейфер Р., и др., Хирургический метод “ Damage control” и трных и военных условиях.Политравма. 2014.. С.6-12.

28 Масляков В.В., Ермилов П.В., Поляков А.В. Виды операций на селезенке при ее травме // Успехи современного естествознания. -2012. -№ 7. С. 29-35.

29 Масляков В.В., Костенко Е.В., Полковов С.В. Непосредственные результаты лечения закрытых травм печени, полученных вследствие дорожно-транспортных происшествий // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2014. № 4 (32). С. 54-63.

30 Масляков В.В., Барсуков В.Г., Чередник А.А., Основные причины диагностических ошибок у пациентов с закрытыми травмами паренхиматозных органов, полученных в результате дорожно-транспортного происшествия. The Journal of scientific articles “Health and Education Millennium”, 2016. Вол. 18. Но 8.с. 51-53.

31 Масляков В.В., Барсуков В.Г., Чередник А.А. Тактика хирурга при закрытых травмах печени и селезенки, полученных в результате дорожно-транспортного происшествия // Хирургическая практика. 2016. № 1. С. 27-30.

32 Масляков В.В., Барсуков В.Г., Урядов С.Е. и др. Роль и место тактики дамаге контрол при ранениях живота // Вестник медицинского института Реавиз, 2019.- № 5.-С.116-124.

33 Маскин С.С., Александров В.В., Матюхин В.В., Ермолаева Н.К. Закрытые повреждения печени: алгоритм действий хирурга в условиях травмотцентра 1 уровня// Политравма. 2020. № 2. -С.84-91.

34 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.

35 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.

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

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

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

39 Панкратов А.А., Израилов Р.Е., Чудных С.М. Консервативное ведение абдоминальной травмы: целесообразность, эффективность, безопасность. Анналы Хирургии (Руссиян Журнал оф Сургерй). 2017; 22 (3).С. 150-154.

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

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

42 Рагимов Г. С., Новые гемостатические швы в хирургии паренхиматозных органов //Вестник новых медицинских технологий. – 2011 – ХВІІІІ,4 – С. 111-113.

43 Роткин Е.А.,Агаларян А.Х., Агаджанян В.В. Особенности диагностики и лечения повреждений паренхиматозных органов живота при политравме. Политравма. №1.2023.С.29-38.

44 Сигуа Б.В., Земляной В.П., Дюков А.К. Закрытая травма живота с повреждением печени //Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2014. Т. 6, № 3. С. 93-98.

45 Сигуа Б.В., Земляной В.П., Дюков А.К. Сочетанная и изолированная травма живота с повреждением печени // «Вестник хирургии» 2015 -С.9-15.

46 Смоляр А.Н. Закрытая травма живота. Повреждения селезенки. Част 2 // Хирург. -2016.-№ 2. -С.4-8.

47 Смолкина А.В., Макаров С.В. /Особенности ведения пациентов при сочетанной травме с разрывом селезенки – Вестник медицинского института «РЕАВИЗ», № 3, 2019 г.С.137-140

48 Стяжкина С.Н., Пелина Н.А., Хабибулина Л.И., и др. Место видеолапароскопии в ургентной хирургии при травме органов брюшной полости // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 3.С. 46-52.

49 Самохвалов И.М., и др. Практическое руководство по Дамаге Сонтрол. Санкт-Петербург: Р-КОПИ, 2020. С.420.

50 Савиский Д. С., Изучение эффективности методов местного гемостаза при кровотечении из печени (экспериментально-клиническое исследование). Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Санкт-Петербург 2021.С.174.

51 Туйбаев З.А., Ыдырысов И.Т., Курбанбаев О.И.. Исследование результатов диагностической лапароскопии травм органов брюшной полости // Территория науки. 2017. № 1 - С.17-20.

52 Умаров О.М., Имамов А.И. и.др., Возможности видеолапароскопии в диагностике и лечении травм живота. Вестник экстренной медицины 2012.№4.С.16-20.

53 Хатков И.Е.,Панкратов А.А.,Израилов Р.Е. Лечебные возможности лапароскопии при закрытой травме печени. Эндоскопический хирургия 2014.№ 6.С. 14-17.

54 Хрипун А.И., Алимов А.Н., Саликов А.в. Органосохраняющий метод в хирургическом лечении повреждений селезенки. Хирургия 2014. №1. С.34-38.

55 Хаджибаев А.М., Султанов П.К. Абдоминальные кровотечения при кататравме. «Вестник хирургии» 2016 – С.43-48.

56 Хван О.И., Повреждения печени, селезенки и почек при тупой травме и их судебно-медицинская оценка. Медичні перспективи. 2016. №4. С.20-24.

57 Чарышкин А.Л., Гафиулов М.Р., Демин В.П. Эффективность ушивания ран печени и селезенки при травматических повреждениях органов брюшной полости // Сибирский медицинский журнал (Иркутск).- 2012.-№ 3. -С.42-44.

58 Чарышкин А.Л., Демин В.П., Гафиулов М.Р. Хирургическое лечение больных с травматическими повреждениями селезенки // Ульяновский медико-биологический журнал. № 3, 2015 – С. 66-72.

59 Шаймардонов Р.Ш., Губаев Р.Ф., и др., Хирургическая тактика при травматических повреждениях печени. Вестник современной клинической медицины. 2015. Том 8. С.104-108.

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

61 Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Стеколников Н.Ю. Тампонирование в хирургическом лечении тяжелых повреждений печени. Политравма. №1. 2020. С.18-22.

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

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

64 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.

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

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

67 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 cancer. – 2013. – Т. 267. – №. 4. – /P. 164-171.

68 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.

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

70 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.

71 Bartlet J.D.,Lawrence J.E., Does virtual reality similiton have a role in training truam and ortophdic surgeons. The bone joint journal. 2018. May 5.P.558-568.

72 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.

73 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.

74 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.

75 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.

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

77 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.

78 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.

79 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.

80 Farhad. H, Ayubi A., Mahsen K. Diagnostic accuracy of focused assessment with sonography for blunt medicine residents versus radiology residents. Arvansed journal of emergency medicine 2018.2(3) P.1-6.

81 Fleming S., Bird R., Ratnasingham K., et al. Accuracy of FAST scan in blunt abdominal trauma in a major London trauma centre. *International Journal of Surgery*. 2012;10(9):P.470-474.

82 Fox N., 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.

83 Fu C.J., Wong Y.C. Computed tomography arterial portography for assessment of portal vein injury after blunt hepatic trauma // *Diagnostic and Interventional Radiology*. 2015. № 21. P.361–367.

84 Federico C., Fausto C. WSES classification and guidelines for liver trauma. *World Journal of Emergency Surgery* (2016) P,34-42.

85 Federico C., Raul C., Carlos O., Yoram K. Liver trauma: WSES 2020 guidelines. *World Journal of Emergency Surgery* (2020) P.15-24

86 Fatima A., Muhammad Kh., Farhan S. Role of Diagnostic Laparoscopy in Penetrating Abdominal Trauma. *P J M H S Vol. 15, No.10, OCT 2021*. P.3514-3530.

87 Gordic S., Alkadhi H., Hodel S., et al. Whole-body CT-based imaging algorithm for multiple trauma patients: radiation dose and time to diagnosis // *The British journal of radiology*. – 2015. – P.1-8.

88 Goedecke M., Kühn F., Stratos I., et al. No need for surgery? Patterns and outcomes of blunt abdominal trauma. *Innov Surg Sci*. 2019;4(3):P.100-107.

89 Henneberry R.J., Hanson A., Healey A., et al. Use of point of care sonography by emergency physicians. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2012;14(2).P.106-112.

90 Howes N., Walker T., Allorto N.L., et al. Laparotomy for blunt abdominal trauma in a civilian trauma service // *South African journal of surgery*. – 2012. – T. 50. – №. 2. – P.30-32.

91 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.

92 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.

93 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.

94 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.

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

96 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.

97 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.

98 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.

99 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.

- 100 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.
- 101 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.
- 102 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.
- 103 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.
- 104 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.
- 105 Leppäniemi A., Nonoperative management of solid abdominal organ injuries: From past to present //Scandinavian Journal of Surgery. – 2019. – T. 108. – №. 2. – P. 95-100.
- 106 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.
- 107 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.
- 108 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.

109 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.

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

111 Mc.Gahan J.P., Richards J., Gillen M. Focused assessment with sonography in Trauma Fast) in2017: *Radiology: Volume 283: Number 1—April 2017:P.30-48.*

112 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.

113 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.

114 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.

115 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.

116 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.

117 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..

118 Paul.A.,JastinB.,MikeL., et.al., International Federation for Emergency Medicine point of care ultrasound curriculum. Canadian Journal of Emergency Medicine. 2015;17(2):P.161-170.

119 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.

120 Seyed A.B., Management of Blunt Trauma to the Spleen (Part 2). Iran J Med Sci September 2010; Vol 35 No 3.p,169-189.

121 Soroka A.K. Aggressive approach in abdominal injuries in limiting conditions of medical care, Endoscopicheskiy surgery 2013 (1) P.16-18.

122 Sanjev.B., Tej.S. et.al., To determine the accuracy of focused assessment with sonography for trauma dony bay nonradiolods and its comptative of india.Journal of Emerjencrs.truma .shock.2013.(4).P.42-46.

123 Szu A .Ch., Chen Yu. W., Chih P.H., Jia Y.L. The Current Diagnostic Accuracy on Free Peritoneal Fluid in Computed Tomography to Determinate the Necessity of Surgery in Blunt Bowel and Mesenteric Trauma—Systemic Review and Meta-Analysis// Meta-Analysis. Diagnostics 2021, 11. P.1-10.

124 Thiago M.Z., Bruno M.T., Thiago R.A., Nonoperative management of intrahepatic hemorrhage and hematoma following blunt trauma // World Journal of Emergency Surgery 2012, 7(Suppl 1):S8 – P.1-6..

- 125 Tamellin E., Missed Injuries in Polytrauma Patients after Tertiary Survey in trauma intensive Care unit. *Scandinavian Journal of Surgery* 2016 (10594) P-241-247.
- 126 Champion H.R., Trauma score // *Scandinavian Journal of Surgery* 91: 2002. P.12–22,
- 127 Chi L.T., Hin T.F., Kin L.Ch., Focused abdominal sonography for trauma in the emergency department for blunt abdominal trauma. *Int J Emerg Med* (2018) 1:P.183–187
- 128 Chen K., Pan Y., Zhang B., Maher H., Cai X.J. Laparoscopic versus open pancreatectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: a systematic review and meta-analysis // *BMC Cancer*. (2021) 21:382 – P. 2-12.
- 129 Victoria P., Alan A., et.al., Intervention for Splenic Trauma: An International Consensus Survey. *Critical Care & Emergency Surgery* (2023) Received on: 31 December 2022; Accepted on: 11 March 2023; Published on: 29 April 2023 P-1-5.
- 130 Wu Y.Y., Qu J.L., Jian P.G. Treatment strategy for hepatic trauma. *Chinese Journal of Traumatology* journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/CJT> 19 (2016) P.168-171.
- 131 Waheed K.B., Baig A.A., Raza A., Ul Hassan M.Z., Khattab M.A., Raza U. Diagnostic accuracy of Focused Assessment with Sonography for Trauma for blunt abdominal trauma in the Eastern Region of Saudi Arabia. // *Saudi Med J.* – 2018. – T. 39. – № 6. – P. 598-602.
- 132 Wen.Q.D., Ren Q.J., et.al., Establishment of a combat damage control surgery training platform for explosive combined thoraco-abdominal injury., *Chineses Journal of Traumatology* 25 (2022) P-193-200.