

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM  
VAZIRLIGI  
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

*Qo'lyozma sifatida*

UDK.616.367-089.001-08.06

**SHOMURODOV HAMZA RASHIDOVICH**

**QORIN BO'SHLIG'I JAROXATIDA PARENXIMATOZ  
A'ZOLARNING ZARARLANISHINI TASHHIS QO'YISH VA  
JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH TAMOYILLARINI  
OPTIMALLASHTIRISH**

Mutaxassisligi: **5A510112** – Xirurgiya

**DISSERTATSIYA**

akademik magistr darajasi uchun

Ilmiy rahbar:

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent Mustafaqulov I.B.

Samarqand – 2023



## **Оглавление**

<b>Foydalanilgan qisqartmalar ro'yxati .....</b>	<b>4</b>
<b>BOB I. ....</b>	<b>10</b>
<b>QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING QO'SHMA JAROHATI BILAN SHIKASTLANISHLARI MUAMMOSINING HOZIRGI HOLATI.....</b>	<b>10</b>
<b>(Adabiyot sharhi) .....</b>	<b>10</b>
<b>§1.1. Qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishining chastotasi va natijalari. ....</b>	<b>10</b>
<b>§1.2. Qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan shikastlanishi bilan og'rigan bemorlarning ahvolidagi og'irligini baholash uchun miqdoriy klinik tizimlar. ....</b>	<b>17</b>
<b>§1.3. Qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishlarida qorin bo'shlig'i gipertenziyasi.....</b>	<b>27</b>
<b>BOB II.....</b>	<b>30</b>
<b>MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI .....</b>	<b>30</b>
<b>§2.1. O'rganish xususiyatlari. ....</b>	<b>30</b>
<b>§2.2. Birgalikda shikastlanishda shikastlanishlarni aniqlash usullari. ....</b>	<b>38</b>
<b>§2.3. Statistik ishlov berish. ....</b>	<b>41</b>
<b>BOB III. ....</b>	<b>41</b>
<b>QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING QO'SHMA SHIKASTLANISHIDA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING KLINIK JIHATLARI. ....</b>	<b>41</b>
<b>§3.1. Qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan shikastlanishida diagnostika.....</b>	<b>41</b>
<b>§3.2. Qorin bo'shlig'i organlarining birgalikdagi shikastlanishi bo'lgan bemorlarni davolash va diagnostika algoritmining asosiy qoidalari.....</b>	<b>43</b>
<b>§3.3. Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan jarohatlarini davolash uchun jarrohlik taktikasi. ....</b>	<b>51</b>
<b>Mulohazalar.....</b>	<b>55</b>
<b>Hulosa .....</b>	<b>56</b>
<b>Amaliy tavsiyalar .....</b>	<b>57</b>
<b>ADABIYOTLAR RO'YXATI .....</b>	<b>59</b>

## Foydalanilgan qisqartmalar ro'yxati

AIS	– Abbreviated Index Severity
AQB	– Arterial bosim
APACHE II	– Acute Physiology And Chronic Health Evaluation O'tkir fiziologiya va surunkali salomatlikni baholash -
APS	– Fiziologik ko'rsatkichlar va surunkali kasalliklarning holati bo'yicha vaziyatning og'irligini baholash uchun shkala APACHE(II) shkalasining ajralmas qismi bo'lgan fiziologik parametrlarni baholash shkalasi
VTS	– Videotorakoskopiya
QBIB	– Qorin bo'shlig'i ichidagi bosim
GKR	– Glazgodagi koma reytingi
ISS	– Diagnostik peritoneal yuvish
ShD	– Shikastlanish darajasi
IAG	– IndexAlgover
QBG	– Qorin bo'shlig'i gipertenziyasi
OSV	– O'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi
KAH	– Kislota-asos holati
LAP	– Laparotomiya
ONE	– O'tkir nafas etishmovchiligi
RIT	– Reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi
AQH	– Aylanma qon hajmi
KOE	– Ko'p organ etishmovchiligi
QBS	– Qorin bo'shlig'i sindromi

## KIRISH

**Dissertatsiya mavzusining dolzarbligi.** Ilmiy-texnika taraqqiyoti urbanizatsiya, avtoturargohning o'sishi tufayli travmatik pandemiyaning paydo bo'lishiga olib keldi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, mexanik jarohlardan o'lim barcha o'limlar orasida uchinchi o'rinda turadi va 40 yoshgacha vafot etgan odamlar orasida birinchi o'rinda turadi, o'smirlar va yigitlar orasida 80% ga etadi (S.F. Bagnenko va boshqalar, 2010: A. M. Xajiboev. va boshq., 2017).

So'nggi o'n yilliklarning o'ziga xos xususiyati shikastlanishlar strukturasi o'zgarishi - og'irlikning oshishi

zarar, asosan, chastotasi 55-80% ga yetadigan kombinatsiyalangan va ko'p jarohatlar ulushining ortishi bilan bog'liq. Ushbu toifadagi shikastlanishlar yuqori o'lim va nogironlik bilan tavsiflanadi, mos ravishda 50% va 74% (A.S. Ermolov va boshqalar, 2010: K.J. Brasel, 1998).

Qorin bo'shlig'i shikastlanishlari tinchlik davridagi jarohatlarning 15 dan 36,5% gacha, lekin ularning chastotasi va og'irligi ortib bormoqda (M.J. Xubutia va boshqalar, 2011). A.N.Tulupov (2015) ma'lumotlariga ko'ra, jabrlanganlarning deyarli 30 foizi og'ir qo'shma travmada qorin bo'shlig'i a'zolariga shikast etkazadi. Bunday shikastlanish, ichki organlarning shikastlanishining og'irligi va tashxis qo'yishning qiyinligi tufayli, turli mualliflarning fikriga ko'ra, 25 dan 65% gacha bo'lgan asoratlar va o'limning yuqori darajasi bilan tavsiflanadi. Yu.B.ning so'zlariga ko'ra. Shapota (2009) va A.A. Afonina (1998), bitta qorin bo'shlig'i organining izolyatsiya qilingan shikastlanishi bilan o'lim darajasi 5,1 dan 20,4% gacha va birgalikda 18,3 dan 64% gacha.

Maxsus muammo - gemorragik shok bilan birga keladigan yopiq qorin travmasining diagnostikasi va davolash. Patologiyaning ushbu variantida kasalxonada o'lim darajasi 17,3 dan 72,7% gacha (V.L. Kartashkin, 1991; M.F. Cherkasov va boshqalar, 2011).

Qorinning yopiq travmasida jigar shikastlanishining chastotasi 12 dan 46,9% gacha (M.M.Abakumov, 1995), qorinning kombinatsiyalangan shokogen shikastlanishlarida esa 49,4% gacha (V.L.Kartashkin, 1991).

Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq jarohatlari ichida taloq shikastlanishi 17-30% hollarda, qo'shma qorin shikastlanishi bilan esa 40% hollarda uchraydi (M.Ya.Yudin, 1990).Ko'pgina hollarda, taloqning izolyatsiya qilingan shikastlanishi chapdagi pastki qovurg'alar mintaqasiga zarba berilganda paydo bo'ladi.Istisnolar - yo'l jarohati paytida yoki balandlikdan yiqilib tushganda yuzaga keladigan tananing kuchli chayqalishidan kelib chiqadigan jarohatlar.

Qorinning qo'shma shikastlanishi bo'lsa, jigar 15-29,9%, taloq 25-26,6%, buyrak 15,3-24,2%, ichak 10,3-16,3%, tutqich 19%, siydik pufagi 12,2%, oshqozon osti bezi 10% zararlanadi. , retroperitoneal gematomalar 54,8% hollarda (A.A. Balalykin va boshqalar, 2002; M.I. Bokarev va boshqalar, 2004, Sh.P. Qurbonov, 2016.).

Qorin bo'shlig'i organlariga zarar etkazish muammosining dolzarbligi ko'p jihatlar bilan belgilanadi. Eng muhimlari orasida o'limning o'ta og'irligi va yuqori foizi bor. Agar qorin bo'shlig'ining izolyatsiya qilingan jarohatlari guruhida o'lim darajasi 5% dan 7% gacha bo'lsa, u holda ko'plab jarohatlar bilan birgalikda ixtisoslashgan shifoxonalarda ham 30% yoki undan ko'proqqa etadi (S.F. Bagnenko va boshq., 2015; S.Park, 2009). ).

Diagnostika usullarining nomukammalligi va tibbiy-taktik tuzilmalarning yetarli darajada ishlab chiqilmaganligi sababli og'ir qo'shma jarohatlar bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik davolash natijalari qoniqarsizligicha qolmoqda (M.F. Cherkasov va boshqalar, 2011; G.N. Tsibulyak, 2011).

Qorin bo'shlig'ining parenximal a'zolarining erta tashxisini murakkablashtiradigan noqulay omillar orasida jabrlanganlarning ahvolining og'irligi: estrodiol shikastlanishlar, shok, ongni buzish va spirtli ichimliklar bilan zaharlanish mavjudligi. Qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishining qo'shma tabiati kasalxonada bemorni tashish va keyinchalik tekshirishni murakkablashtiradi. Ongning buzilishi bilan birga maksillo-miya shikastlanishi ichki organlarning aniqlanmagan shikastlanishlari sonining ko'payishiga olib keladi. Shok "o'tkir qorin" ning klinik ko'rinishini buzadi va u qanchalik og'ir bo'lsa, qorin bo'shlig'idagi falokatning alomatlari shunchalik kamroq aniqlanadi.

Bularning barchasi tashxisning aniqligi va vaqtiga ta'sir qiladi, shoshilinch operatsiyani kechiktiradi va prognozni yomonlashtiradi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining alohida va ko'plab yopiq shikastlanishlarida asossiz laparotomiyalar soni hozirgi kunga qadar asossiz darajada yuqori bo'lib, 24,3% dan 52% gacha, 5-9% hollarda esa qorin bo'shlig'i organlarining yuzaki shikastlanishlari mavjud bo'lib, ularni qayta ishlash mumkin. laparoskopiya paytida, bu kombinatsiyalangan travma bilan ortadi (A.E. Borisov va boshq., 2011; E. Mur, 2010).

Parenximali organlarning shikastlanishlarini davolash natijalarini yaxshilashning istiqbolli yo'nalishi bu noinvaziv jarrohlik (endovideojarrohlik) bo'lib, u past travma, jarrohlik usullarining keng doirasi va topografik jihatdan murakkab hududlarni aniq tasavvur qilish qobiliyati bilan ajralib turadi.

Innovatsion texnologiya (minimal invaziv jarrohlik) so'nggi o'n yil ichida shoshilinch jarrohlikda keng qo'llanilgan (N.N. Gurin va boshqalar, 2010; D.F. Felinchenko va boshqalar, 2013). Shu bilan birga, bitta jigar va taloq jarohatlarini tashxislash va davolashda endovideojarrohlikdan foydalanishni o'z ichiga olgan ishlar asosan amaliy va alohida masalalarga bag'ishlangan. Amaliy sog'liqni saqlashda, xususan, parenximal organlarning shikastlanishi uchun shoshilinch jarrohlikda bu usul keng qo'llanilmaydi. Endovideojarrohlik aralashuvlarining tabiati, hajmi va ketma-ketligi spetsifikatsiyaga bog'liq, qorin bo'shlig'i a'zolarining ochiq jarohatlari bilan travmatik kasalliklarda farq qiladigan endovideojarrohlik taktikasining o'ziga xos xususiyatlari haqida ma'lumotlar yo'q.

Yuqoridagi ilova qorin bo'shlig'i parenximal a'zolari shikastlangan bemorlarda erta tashxis qo'yish va natijada natijalarni yaxshilash uchun diagnostika tadbirlarining butun tajribasini o'tkazish uchun ishlatilishi mumkin bo'lgan tashkiliy, diagnostik va taktik qoidalarni zaruriy ishlab chiqishni belgilaydi. bemorlarning ushbu og'ir toifasida davolanish.

**Ushbu tadqiqotning maqsadi** qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishi bilan birga jigar va taloq jarohatlarini erta tashxislash va jarrohlik davolash natijalarini yaxshilashdir.

### **Tadqiqot maqsadlari:**

1. Jigar va taloqning yopiq jarohatlarida videolaparoskopiyaning diagnostik va davolash imkoniyatlarini baholang.

2. Qorin bo'shlig'i parenximal organlarining ochiq jarohatlarini videolaparoskopik diagnostika va davolashni qo'llash uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni aniqlang.

3. Qorin bo'shlig'i parenximal a'zolarining shikastlanishlarini instrumental va videojarrohlik diagnostika usullari ma'lumotlarini hisobga olgan holda oqilona jarrohlik taktikasini ishlab chiqish.

4. Innovatsion texnologiyadan foydalangan holda jigar va taloq shikastlanishlarini davolash va diagnostika algoritmini ishlab chiqish.

### **Materiallar va usullar**

1. 80-100 kishilik nazorat guruhida qorin bo'shlig'i a'zolarining jigar va taloqning shikastlanishini aniqlashda an'anaviy tekshirish va davolash usullari qo'llaniladi:

- klinik va laboratoriya
- invaziv bo'lmagan usullar (ultratovush, rentgen va KT)

2. Asosiy guruh - 110-120 qurbonlar biz tomonidan ishlab chiqilgan diagnostika va davolash algoritmlaridan foydalaniladi, ularda yuqorida ko'rsatilgan tekshirish usullariga qo'shimcha ravishda, favqulodda video laparoskopiya kabi minimal invaziv usulning qiymati aniqlangan.

Jigar va taloqning qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan shikastlanishlari uchun diagnostika usullari.

Qorin bo'shlig'i organlarining jigar va taloq shikastlanishini aniqlash uchun biz quyidagi usullardan foydalandik:

1. Jabrlanganlarni klinik tekshirish, laboratoriya ma'lumotlari.
2. Rentgen usullari (-skopiya, -grafiya).
3. Qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi.
4. KT.
5. Laparoskopiya.



6. Videolaparoskopiya.

7. Peritoneal yuvish (laparosentez).

### **Ishning tuzilishi va hajmi**

Dissertatsiya kirish, adabiyotlar sharhi, tadqiqot usullariga oid bob, o'z kuzatishlarining uch bobi, xulosa, xulosalar va amaliy tavsiyalardan iborat.

Matn 72 sahifadan iborat bo'lib, 3 ta jadval va 10 ta rasm bilan tasvirlangan. Bibliografiya 97 ta manbadan iborat bo'lib, ulardan 27 tasi mahalliy va 60 tasi xorijiy manbalardir.

## **BOB I.**

### **QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING QO'SHMA JAROHATI BILAN SHIKASTLANISHLARI MUAMMOSINING HOZIRGI HOLATI.**

**(Adabiyot sharhi)**

#### **§1.1. Qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishining chastotasi va natijalari.**

So'nggi yillarda butun dunyo bo'ylab jarohatlarning barqaror o'sishi kuzatilmoqda. Texnogen va tabiiy ofatlar, mahalliy harbiy to'qnashuvlar, transport va ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisalar barcha jarohatlarning 50-60 foizida inson tanasining a'zolari va tizimlarining birgalikda va ko'p marta shikastlanishiga va natijada birinchi soatlarda yuqori sanitariya yo'qotishlariga olib keladi. va kunlar [2, s4-8; 3, s59-62; 59, s504; 76, s19-26; 83, s66-72; 93,59-63; 105, s67-72].Bir travmatik tananing anatomik hududlari. agent. Jarohatlardan o'lim sabablari orasida qo'shma jarohatlar 60% dan ortig'ini tashkil qiladi, garchi ular jarohat olgan statsionar bemorlarning 8-10% ni tashkil qiladi [84, p10-16; 108, p98-103; 111, p258; 144, p66- 70].

Qorin bo'shlig'i shikastlanishlari tinchlik davridagi jarohatlarning 1,5 dan 36,5% gacha, lekin ularning chastotasi va og'irligi ortib bormoqda [120, p71-73]. Tulupovning so'zlariga ko'ra A.N. (2015), jabrlanganlarning deyarli 30% og'ir kombinatsiyalangan travmada qorin bo'shlig'i a'zolariga shikast etkazadi. Bunday shikastlanish, ichki organlarning shikastlanishining og'irligi va diagnostikaning qiyinchiliklari tufayli, turli mualliflarning fikriga ko'ra, 25 dan 65% gacha bo'lgan asoratlar va o'limning yuqori darajasi bilan tavsiflanadi. Yu.B.ning so'zlariga ko'ra. (1990) va Afonina A.A. (1998), qorin bo'shlig'i bir organining alohida shikastlanishi bilan o'lim darajasi 5,1 dan 20,4% gacha, qo'shma shikastlanish bilan esa 18,3 dan 64% gacha [112, p72-75; 113, p20-22; 140, p591 -597 ;109, 157-160-betlar].

Qorin bo'shlig'ining yopiq jarohatlari diagnostik qiyinchiliklar va boshqa organlar va tizimlarning shikastlanishlari bilan tez-tez kombinatsiyalanganligi sababli ko'p sonli asoratlar va yuqori o'lim bilan birga keladi [76, p571]. Maxsus muammo - shok bilan kechadigan qorin bo'shlig'i organlarining yopiq travmasini tashxislash va davolash. Patologiyaning ushbu variantida kasalxonada o'lim darajasi 17,3 dan 72,7% gacha [126, p304]. Masalan, so'nggi 5 yil ichida Rossiyada yo'l-transport hodisalaridan o'lim 65% ga oshdi va o'lim soni yiliga 33-35 ming kishiga etadi [115, s174-175; 100, s392; 98, s22-25. 15, s113 - 120;111,c113-116].

Adabiyotda og'ir travmada tananing turli sohalarining ko'plab shikastlanishlarini belgilaydigan bir nechta atamalar mavjud. Mahalliy adabiyotlarda og'ir qo'shma shikastlanish (TST) atamasi ko'pincha qo'llaniladi. Biroq, katta tibbiy ensiklopediyada (1983) quyidagi ta'rif mavjud: politravma - bir qurbonda bir vaqtning o'zida bir nechta anatomik mintaqalarga zarar etkazish.

Kombinatsiyalangan shikastlanishlar bir vaqtning o'zida bir nechta turli tizimlar yoki organlarning shikastlanishidir. Ekstremal holatning modeli sifatida TST tananing ikki yoki undan ortiq anatomik sohalariga zarar etkazishdir. Bir vaqtning o'zida tananing ettita anatomik mintaqalaridan ikkitasi yoki undan ko'piga zarar etkazishni nazarda tutadigan kombinatsiyalangan shikastlanish - bu ko'plab patologik sindromlar bilan namoyon bo'ladigan, dominant omilning tez-tez o'zgarishi bilan birga keladigan shikastlanishning murakkab multifaktorial va og'ir shakli. asoratlar soni va o'lim darajasi yuqori. Tashxisda mualliflar etakchi lezyonni ko'rsatishni tavsiya qiladilar [104, p64-69; 56, p19-68; 119, p225-234]. TSTning o'ziga xos xususiyati zararning o'zaro kuchayishi hodisasidir. Mahalliy jarohatlarning har biri hayot uchun tahdid bilan bog'liq emas, lekin ularning kombinatsiyasi haqiqatan ham bunday tahdidni keltirib chiqaradi. Har bir omilning roli zararlarning umumiy soni bilan emas, balki bir vaqtning o'zida bir nechta zarar markazlarining birgalikda mavjudligi bilan belgilanadi, ya'ni hayot uchun xavfli jarohatlar birinchi o'ringa chiqadi, bu boshqa jarohatlar bilan birga keyingi o'lim bilan shok holatini rivojlanish xavfini tug'diradi [60, p174; 57, p78-

80; 102, p1147-1151].

JSST ma'lumotlariga ko'ra, travmatizm bugungi kunda aholining umumiy o'limi sabablari orasida uchinchi o'rinni egallaydi va 45 yoshgacha bo'lgan odamlar guruhida birinchi o'rinni mustahkam egallaydi. TST nafaqat jarrohlik, anesteziologiya va reanimatsiya uchun, balki ijtimoiy ham katta muammodir [36, p22-28;118, p727-735]. Qo'shma Shtatlarda travma 35 yoshgacha bo'lgan o'lim sababi sifatida birinchi o'rinda turadi va 50% ni tashkil qiladi, AQSh kasalxonalarida kasalxonaga yotqizishning uchinchi eng keng tarqalgan sababidir [73, p139-143; 74, p119-122; 79 , p115- 119;82, 20-22-betlar].

Og'ir kombinatsiyalangan jarohatlar barcha turdagi jarohatlarning 26,6-80% ni tashkil qiladi [101, p565-572]. Jabrlanganlarning 82 foizida baxtsiz hodisa, 9 foizida balandlikdan yiqilish, 6 foizida ishlab chiqarish jarohati, 3 foizida maishiy jarohatlar sabab bo'lgan [54, p47; 108]. , p264-266]. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan shikastlanishlari ko'p hollarda shok bilan birga keladi va 64,4% - og'ir. Ular orasida dominant jarohati TBI - 72,2%; pastki ekstremita shikastlanishi - 67,8%, qorin travmasi - 43,9%, ko'krak jarohati - 39,4%, yuqori oyoq-qo'llar - 32,1%, tos a'zolari - 26,6% [54, p47; 77, p140; 105, 593-545, s. 110].

Shikastlanishdan o'lim quyidagi tuzilishga ega: yarmida o'lim darhol sodir bo'ladi, 30% hollarda - jarohatdan keyin bir necha soat ichida. Shu bilan birga, jabrlanganlarning 80% kasalxonadan oldingi bosqichda vafot etadi. Ba'zi jarohatlarda o'lim darajasi 70-80% ga etadi [99, p31-32; 53, p668-669]. TBI, o'pka shikastlanishi va yurak kontuziyasi bilan jabrlanganlarning o'lim darajasi 100% ga etadi [98, p31; 66, p6]. Xorijiy mualliflarning fikricha [104, 20-22; 106, 393-bet; 107, % yosh va o'rta yoshdagi odamlarda. Jabrlanganlarning 75 foizida mushak-skelet tizimining ko'plab shikastlanishlari, qolganlarida - ichki organlarning turli shikastlanishlari, ko'pincha miya, oyoq-qo'l suyaklarining sinishi bilan birlashtirilgan. 436-439].

Politravmani tashkil etuvchi jarohatlar ko'pincha bir-birini og'irlashtiradi. Ko'p yoriqlar bilan shok 21%, qo'shma jarohatlar bilan -

jabrlanganlarning 57% da uchraydi [17, p96-101; 103, p2761-2766; 104, p97-100; 107, p247-254].

Shokdan xalos bo'lgandan so'ng, politravma bilan og'riqan bemorlar ko'p miqdorda qon yo'qotish va organlar va tizimlar faoliyatining buzilishi tufayli uzoq vaqt davomida og'ir holatda qoladilar. Jarohatlardan o'limning asosiy sabablari: TBI - 34,2%, shok - 24%, bu sabablarning kombinatsiyasi - 10,1%, yog 'emboliyasi - 5,1%, o'tkir respirator distress sindromi (ARDS) - 2,6% . Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, a'zolar va to'qimalarning katta shikastlanishi natijasida yuzaga kelgan travmatik shok, hatto katta qon yo'qotmasa ham, organlar va to'qimalarning og'ir perfuzion buzilishlariga, tizimli yallig'lanishli javob sindromiga va ko'p a'zolar etishmovchiligiga olib kelishi mumkin. To'qimalarning katta zararlanishida o'lim darajasi 47,6% ni, ko'p jarohatlarda esa 64% ni tashkil qiladi. Jarohatdan keyin omon qolganlar orasida 35,5-40,9% nogiron bo'lib qoladi [21, p45-48; 68, p27; 81, p689-690; 59, p433].

Shikastlanishlar har qanday jamiyatda ustuvor vazifa bo'lib, kelajakda ularni munosib tarzda bartaraf etish sog'liqni saqlash tizimida markaziy o'rinni egallashi kerak. Bugungi kunda sanoati rivojlangan mamlakatlarda travma 40 yoshgacha bo'lgan odamlar o'limining asosiy sababidir [4, p7; 58, p460]. 1994 yilda Germaniyada 9896 kishi faqat yo'l-transport hodisalari natijasida vafot etgan, Rossiyada - 36000, Angliyada - 18000 [41, p15-17; 42, p20-29], Ukrainada 27494 kishi jarohatlar tufayli vafot etgan, 1993 yilda, 1995 - 30965 kishi [80, p103-104; 72, p59-65]. O'zbekiston Respublikasida 2011-yilda 2393 nafar, 2016.-yilda 2731 kishi yo'l-transport hodisalari natijasida tan jarohati olib vafot etgan [4, p7].

Jarohatlanganlarning 50 foizdan ortig'i 40 yoshdan kichik bo'lib, bu jiddiy tibbiy-ijtimoiy muammolarni, shuningdek, katta iqtisodiy yo'qotishlarni keltirib chiqaradi. Germaniyada baxtsiz hodisalardan keyin jarohatlarni davolashning umumiy iqtisodiy xarajatlari yiliga 23,1 milliard DM ga baholanadi. Qo'shma Shtatlarda travma qurbonlari uchun statsionar davolanishning yillik xarajatlari kamida 11 milliard dollarga baholanadi. Ushbu xarajatlarning yarmi va kasalxonada qolish narxining taxminan  $\frac{3}{4}$  qismi alohida jarohatlar uchun,

xarajatlarning 25% ixtisoslashtirilgan travma markazlarida davolanishni talab qiladigan og'ir jarohatlarga to'g'ri keladi. Angliyada halokatli jarohatlar tufayli iqtisodiy yo'qotishlar 2,2 milliard funt sterlingga baholanadi, bu milliy ishlab chiqarishning 1% ni tashkil qiladi [46, p59-65].

Politravmalardagi barcha o'limlar uchta katta guruhga bo'linadi - sekundlar yoki daqiqalar ichida darhol o'lim, eng yaqin - dastlabki uch soat ichida va kech - jarohat olgan paytdan boshlab uch soatdan ortiq. O'lganlarning 80% gachasi voqea joyida yoki keyingi uch soat ichida kasalxonada vafot etadi va faqat 20% jarohlardan 3 soatdan ko'proq vaqt o'tgach vafot etadi [23, p16; 30, p37-42; 31, p49-62 32, s60-65;38, s12-22].

Dastlabki uch soat ichida o'lim bir vaqtning o'zida travmadan o'limning 30 foizini tashkil qiladi. Qorin bo'shlig'ining qo'shma jarohatlari bo'lgan to'rtinchi guruh qurbonlari uchun o'lim sababi jigar va taloqning yorilishi tufayli qorin bo'shlig'i qon ketishi, tos suyagining ko'p sinishi va buyraklarning yorilishi bilan retroperitoneal gematomalar edi [58, p460; 70, p65-70; 100, p621-627; 99, p173-177].

Gemoperitoneum jarrohlik aralashuvning shartsiz ko'rsatkichidir [1, p156; 15, p25-33; 8, p352].

Qorin bo'shlig'iga qon ketish bo'yicha operatsiyalar har qanday lokalizatsiya qon ketishi bo'yicha barcha operatsiyalarning 90% dan ortig'ini tashkil qiladi. Gemoperitoneumning hajmi muhim prognostik belgidir: agar u 2 litrdan kam bo'lsa, prognoz qulay bo'lishi mumkin, 2 dan 3 litrgacha - o'lim 50-60%, 3 dan 3,5 litrgacha - faqat bir nechtasi omon qoladi. Taxminan 4 litr gemoperitoneum bilan barcha bemorlar operatsiya stolida yoki operatsiyadan keyingi davrda vafot etadilar [102, p44-48; 19, p17-19; 20, p38-42; 102, p295-300; 71, p46- 52].

Ko'pgina mualliflar shikastlanishlarni tashxislash va davolashda turli xil xatolar va nuqsonlarning yuqori chastotasini qayd etadilar. Karakaya K. va boshqalarga ko'ra, o'limga olib keladigan zararni hayot davomida o'z vaqtida tan olmaslik. (2009), Franck A. va boshqalar. (2010), Hady H.R. va boshqalar. (2012) 12,9%, kech tashxis 3,4% [6, p45-51; 22, p18-23; 39, p234].

Agar, bir tomondan, massiv qorin bo'shlig'i qon ketishi uchun shoshilinch laparotomiya o'tkazilganda oqlangan bo'lsa, gemoperitoneumga shubha bo'lsa, qorin bo'shlig'ini ochish javoblardan ko'ra ko'proq savollarga ega. Adabiyot ma'lumotlari jabrlanuvchilarni tekshirish dasturini o'tkazishdan asossiz bosh tortgan taqdirda diagnostika maqsadida o'tkaziladigan "behuda" laparotomiyalar hali ham katta ulushga ega ekanligidan dalolat beradi. Agar shoshilinch qorin bo'shlig'i jarrohligida yoki alohida jarohatlarda bunday aralashuvlar katta, ammo chidab bo'lmas asossiz jarrohlik tajovuzkorlik harakati bo'lsa, unda qo'shma jarohatlar bilan ular ko'pincha o'lim bilan yakunlanishi mumkin [40, p118-122; 43, p51-53; 44, p16-17; 46, 338-340; 47, 397-403-betlar].

Bitta bemorda ikki yoki undan ortiq shoshilinch jarrohlik aralashuvni amalga oshirish ketma-ketligi qizg'in muhokamaga sabab bo'ladi. Ko'pgina hollarda, ko'plab jarrohlar [83, p112] shoshilinchlik darajasiga qarab, navbatma-navbat bajariladigan aralashuvlar taktikasiga rioya qilishadi. Biz "bir behushlik" paytida bir vaqtning o'zida bajariladigan operatsiyalarni (intraperitoneal qon ketishini to'xtatish, dekompression kraniotomiya, orqa miya siqilishini bartaraf etish, tos suyagining beqaror sinishida tos suyaklarini mahkamlash, skeletning tortilishi va boshqa kombinatsiyalar) amalga oshirish kerak degan nuqtai nazarga egamiz. Hamma narsa shikastlanishning og'irligi va shokogenligiga, jabrlanuvchining boshlang'ich holatiga, uning yoshiga va birga keladigan patologiyaning mavjudligiga, har bir jarohatning asoratlari rivojlanishining prognoziga va jarrohlik tajovuzkorlik darajasini umumiy baholashga bog'liq [50, p672; 51, p131-135; 108, p223-231; 97, p162-172; 96, c2643-2649; 95, c165-166].

Shunday qilib, ilmiy adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, travmatik va gemorragik shok fonida qorin bo'shlig'ining og'ir travmasi bo'lgan bemorlarda jarrohlik aralashuv ko'lamini tanlash hali ham hal etilmagan muammo bo'lib qolmoqda [51, p131-135; 57, p597].

Ko'p yillar davomida ilmiy adabiyotlarda shok uchun jarrohlikning sezilarli xavfi haqida xabar berilganiga qaramay, jarrohlarning aksariyati ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i organlarining barcha shikastlanishlarini tubdan yo'q qilishning

an'anaviy taktikasini qo'llashda davom etmoqdalar. jabrlanuvchining ahvolining og'irligi.

Shok bosqichida - travmatik va gemorragik jarrohlik aralashuvlarning kerakli hajmini aniqlash uchun turli xil yondashuvlar mavjud. Yorqin misol - zararni nazorat qilish taktikasi printsipli. Zamonaviy jarrohlik taktikasi "zararni nazorat qilish" yoki "zararni nazorat qilish" taktikasi [109, 26-b; 23, ularning holatini barqarorlashtirish [83, p66-72; 84, p10-16].

"Zararni nazorat qilish" (bu atama texnik leksikondan olingan) sifatida belgilangan yangi jarrohlik taktikasining asosiy qoidalari Rotondo M.F. va Schwab C.W. 1993-yilda. Semantik ma'noda bu atama "noqulay oqibatlar rivojlanishining oldini olish" deb ta'riflanadi [16, p11-17; 91, p124-126; 95, p8-10; 110, p314].

Uning qoidalariga ko'ra, birinchi bosqich davom etayotgan qon ketishini har qanday oddiy va ishonchli usulda to'xtatish va qorin bo'shlig'idagi infektsiya manbasini (peritonit bilan) yo'q qilish uchun shoshilinch jarrohlik aralashuvni o'z ichiga oladi, so'ngra qorin bo'shlig'ini kuchlanishsiz vaqtincha yopish (laparostomiya) qorin bo'shlig'i gipertenziya sindromi rivojlanishining oldini olish uchun. [55, p5-10; 61, p94-101; 80, p103-104; 96, p37].

Ikkinchi bosqich - organizmdagi fiziologik jarayonlarni tiklash maqsadida intensiv terapiya bo'limida shokga qarshi kompleks terapiya [62, p36-39; 63, p480; 82, p33-39; 87, p57-61].

Uchinchi bosqich, boshlanishi birlamchi laparotomiyadan keyingi 24-72 soatlik davrga to'g'ri keladi, odatda gemostatik tamponlarni olib tashlash, kerakli hajmda rekonstruktiv aralashuvlarni o'tkazish va keyinchalik tikuvlarni tikishdan iborat "yakuniy" jarrohlik aralashuvni o'z ichiga oladi. qorin bo'shlig'i. Ushbu mualliflar va ularning izdoshlari operatsiyadan keyingi o'limni sezilarli darajada kamaytirishi mumkin bo'lgan ushbu jarrohlik usulining yuqori samaradorligini ko'rsatdilar [101, p28-52; 105, p67-72].

"Zararni nazorat qilish" tizimining kamchiliklaridan biri shundaki, jarrohlik taktikasi to'g'ridan-to'g'ri operatsiya vaqtida shakllanadi, jarrohlik aralashuvi hajmi



jarohatning tabiatiga qaraganda ko'proq reanimatolog-anestezist tomonidan belgilanadi [65, p49-51; 69 , p180-186; 129, p26; 97, pp843-848;110, p324].

Hozirgi vaqtda xorijda jahon jarrohlik amaliyotida “shikastlanishni nazorat qilish” taktikasi keng tarqalgan. Qorin bo'shlig'i, tos suyagi va torakoabdominal yaralarning og'ir kombinatsiyalangan jarohatlarini davolashda muvaffaqiyatli qo'llaniladi. I.M.ning so'zlariga ko'ra. Samoxvalova va boshqalar, (2011) dasturlashtirilgan relaparotomiya bilan qisqartirilgan laparotomiyaning jarrohlik taktikasini qo'llash qorin bo'shlig'ining o'ta og'ir kombinatsiyalangan shikastlanish holatlarining taxminan yarmida ko'rsatilgan. Ularning fikricha, bu ushbu toifadagi qurbonlar o'limini 3-4 barobar kamaytirish imkonini beradi.

Jarrohlar tomonidan "zararni nazorat qilish" taktikasidan foydalangan holda bir qator ijobiy sharhlarga qaramay, mamlakatimizda (O'zbekiston) ushbu yo'nalish hali ham to'g'ri taqsimlanmagan va qo'llanilmagan.

## **§1.2. Qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan shikastlanishi bilan og'riqan bemorlarning ahvolining og'irligini baholash uchun miqdoriy klinik tizimlar.**

Hozirgi vaqtda shikastlanishning og'irligini to'g'ri baholash uchun shikastlanishning og'irligi va bemorning umumiy ahvoli ko'rsatkichi majburiydir. Shu bilan birga, "shikastlanishning og'irligi" tushunchasi barqaror ko'rsatkich bo'lib, bemorning tanasiga etkazilgan zararni morfologik baholash imkonini beradi."Umumiy holatning og'irligi" tushunchasi, birinchi navbatda, hayotiy organlarning ishini safarbar qilish orqali organizmning zarar omiliga javobini baholashni beradi. Ikkinchi ko'rsatkich ko'proq o'zgaruvchan va o'zgaruvchan bo'lib, u davolanish vaqtida o'zgaradi yoki zarba holatining rivojlanishi fonida yomonlashishi mumkin [59, p504; 86, p217-228].

Jabrlanganlarni qabul qilishda saralash va patologik holatning borishini bashorat qilish uchun jarohatlarning og'irligini baholashning mavjud tizimlari qo'llaniladi. Shu bilan birga, bir-biri bilan bevosita bog'liq bo'lgan zararning og'irligi ham, jabrlanganlarning ahvolining og'irligi ham muhim nuqtalardir.

Bemorning umumiy holati tana tizimlarining funktsional xususiyatlariga, u yoki bu zarar etkazuvchi omillarga javob darajasiga bog'liq va shuning uchun zarar etkazuvchi omilning bir xil ta'siri bilan javob bir xil bo'lishi mumkin emas. Hozirgi vaqtda bemorlarning ahvolining og'irligini qoniqarli, o'rtacha, og'ir, o'ta og'ir va terminalga bo'lish qo'llaniladi, aniqlash uchun aniq mezonlarga ega emas va mualliflar o'rtasida farq qiladi. Jabrlanganlar ahvolining og'irligini baholash uchun turli xil shkalalar taklif qilingan, ular klinik belgilar va laboratoriya ma'lumotlarini miqdoriy baholashga asoslangan [70, p65-70; 142, p2522-2537; 100, p26-31; 99 , p44-49].

Davolash usulini tanlashda va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni bashorat qilishda tabaqalashtirilgan yondashuv uchun jabrlanganlarning ahvolini ob'ektiv baholash muhim ahamiyatga ega, bu diagnostik va taktik xatolarga yo'l qo'ymaslik imkonini beradi, qabul qilingan qarorlarning aniqligini oshiradi. Shu munosabat bilan, yangi tug'ilgan Apgarning holatini baholash uchun ball shkalasi, Gologorskiy V.A.ning operatsion xavfini baholash shkalasi kabi shkalalar juda muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Biroq, bir qator mualliflar integratsiyalashgan tizimlarning past ishonchliligini ta'kidlaydilar va ularni takomillashtirishning turli xil variantlarini taklif qiladilar [106, p1024-1029;107, p122-127].

Bemorlarning ahvolining og'irligini baholash so'nggi paytlarda eng dolzarb bo'lib qoldi, chunki uning yordamida jabrlanganlarning ahvoliga ob'ektiv baho berish, shuningdek, kasallikning borishini, rivojlanishini bashorat qilish mumkin bo'ldi.o'limga olib keladigan natija, shifoxonada davolanish muddati va terapiya samaradorligi. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, bemorlarning ahvolining og'irligini ob'ektiv baholash davolash muvaffaqiyatining asosiy nuqtasidir [5, p45; 10, p126; 54, p47; 53, p668-669; 105, p769- 773].

TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) tizimi shifoxonalarda tibbiyot xodimlari uchun qulaydir. U o'tkazilayotgan tadqiqot usullarining soni va murakkabligi asosida bemorning ahvolining og'irligini baholashga asoslanadi. Diagnostika va davolash tadbirlari kompleksi 1 dan 4 ballgacha bo'lgan 4 guruhga bo'lingan (TISS-76)

I darajali zo'ravonlik intensiv terapiyasiz bemorlarning dinamik monitoringini o'z ichiga oladi (10 balldan kam). II sinfda (10 dan 15 ballgacha) patologik sharoitlarning rivojlanishi va kuchayishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasini o'tkazish kerak. Og'irlik darajasi III (15 dan 25 ballgacha) bo'lsa, intensiv terapiya majburiy bo'lib, u shifokorlarni dinamik hayotiy parametrlar to'g'risida xabardor qilgan holda o'rta tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshiriladi. IV darajali og'irlikda (25 dan 45 ballgacha) tegishli brigada tomonidan shoshilinch intensiv choralar ko'rish kerak.

TISS tizimi jabrlanganlarning ahvolini baholashning biroz sub'ektiv versiyasidir va shuning uchun hozirgi vaqtda uning ahamiyati juda kamaytirilgan va tibbiyot xodimlarining ish yukini baholash va ularning kerakli sonini aniqlash uchun ishlatiladi. , p174].

Rees O. va boshqalar. mezonlar sonini 28 taga qisqartirdi va tizimning soddalashtirilgan versiyasini (Simplified Therapeutic Intervention Scoring System TISS-28) joriy qildi. Bemorning ahvolidagi og'irligini aniqlash va tibbiyot xodimlariga yukni baholash uchun TISSning ikkala versiyasini qiyosiy tahlil qilish ular orasidagi sezilarli farqlarni aniqlamadi. Bundan tashqari, TISS ning ikkala versiyasi ham mumkin bo'lgan o'limga olib keladigan natijani bashorat qilishda samarasiz. Bu ko'p hollarda o'limga olib keladigan o'ziga xos patologik jarayonlar to'g'risida zarur ma'lumotlarning etishmasligi bilan bog'liq edi [110, 1280-1287 b.].

V. Knaus 1981 yilda APACHE tizimini taklif qildi (O'tkir fiziologiya, yosh, surunkali salomatlikni baholash) [74, p119-122]. APACHE shkalasi bemorning ahvolidagi og'irligiga ta'sir qiluvchi klinik va laboratoriya parametrlarini baholashga asoslanadi [71, p245-246]. APACHE tizimi turli organlar va tizimlarning funktsional holatini aks ettiruvchi 35 ta nuqtani o'z ichiga oladi.

Knaus V. 1985 yilda APACHE II tizimini taklif qildi [29, p32; 112, p72-75], bu avvalgisining soddalashtirilgan versiyasi edi va shoshilinch ko'rsatmalar uchun kasalxonaga yotqizishni qamrab oldi. APACHE tizimiga o'xshab, APACHE II sizga o'lim ehtimolini aniqlash imkonini beradi. Ushbu tizim uch qismdan iborat. Birinchisi, o'tkir fiziologik buzilishlar ko'rsatkichi bo'lib, u 12 mezon

yordamida aniqlanadi. Ballar bilan ifodalangan har bir ko'rsatkichning odatiy yig'indisi bilan bemorning ahvolidagi og'irligini baholash.

Birlashtirilgan jarohatlar va politravmalar holatining og'irligini baholash uchun APACHE I va II (O'tkir fiziologiya va surunkali salomatlikni baholash) shkalalarining past sezgirligi 1999 yilda 16 parametrlarni o'z ichiga olgan APACHE III integratsiyalashgan tizimini ishlab chiqish uchun asos bo'ldi. [28, p67-68]. O'lchov yaxshi kalibrlash va ruxsat berdi, bu reanimatsiya bemorlarining ahvolidagi og'irligini bashorat qilish va baholash uchun qulay bo'lib chiqdi. Shkala bo'yicha yakuniy ball hayotiy funktsiyalarni shoshilinch baholash uchun ballar, yosh va og'ir birga keladigan kasalliklar uchun ballarni yig'ish orqali olinadi. Bundan tashqari, yoshga nisbatan: 45 yoshgacha - 0 ball, 45 yoshdan 54 yoshgacha - 2 ball, 55 yoshdan 64 yoshgacha - 3 ball, 65 yoshdan 74 yoshgacha - 5 ball, 75 yoshdan yuqori. yosh - 6 ball. Yurak ishemik kasalligi, immunitet tanqisligi holatlari, jigar sirrozi, surunkali buyrak etishmovchiligi, dekompensatsiyalangan surunkali obstruktiv o'pka kasalligi kabi kasalliklar mavjud bo'lganda - har bir holatda 2 ball qo'shiladi. Shoshilinch jarrohlik holatida yana 5 ball qo'shiladi [29, p32; 48, p16].

Qabul qilinganda jabrlanuvchining ahvolidagi og'irligini baholash uchun E.K. Gumanenko va boshqalar. harbiy dala jarrohligining tavsiya etilgan shkalalari (MFS): MSF-MT (MT - mexanik travma) va MSF-SP, (S - holat, P - qabul qilish) [48, p162; 50, p762]. IH-MT shkalasi shikastlanishning og'irligi oshishi bilan 0,05 dan 19 gacha ball oralig'i bilan mexanik shikastlanishning 79 mezonidan iborat. Ishonchlilik darajasi ma'lum bo'lgan qo'shma shikastlanishning har bir jarohati uchun ballar yig'indisi o'lim ehtimoli, nogironlik va nogironlik vaqtini taxmin qilish imkonini beradi. Yengil jarohatlar uchun ballar yig'indisi 0,2 dan 0,6 gacha. O'rtacha og'irlik uchun ballar yig'indisi 0,7 dan 1,1 ballgacha bo'ladi. Jiddiy zo'ravonlik uchun bu ko'rsatkich 1,2 dan 12,2 ballgacha o'zgarib turadi. O'ta og'ir daraja uchun umumiy ball 12,2 dan oshishi xarakterlidir. Masalan, qorin bo'shlig'ining izolyatsiya qilingan shikastlanishi bilan jabrlanganlarning 27 foizida og'ir darajadagi jarohatlar va 71,6 foizida kombinatsiyalangan holda, o'ta og'ir -

mos ravishda 0,4 va 0,9 foizida aniqlangan. Shu bilan birga, o'lim va doimiy nogironlik prognozi o'rtacha darajadagi zarar uchun 0,4% va 21% dan kam, og'ir darajada - 60% dan kam va 30% -100%, o'ta og'ir darajada - ko'proq. 60% va 30% -100% dan ortiq [ 49, p763].

PHC-SP shkalasi 13 ta klinik belgilarni baholashga asoslanadi: jabrlanuvchining yoshi, terining tabiati, tashqi nafas olish holati, ikkala tomondan o'pkaning auskultativ rasmi, og'riq reaksiyasi, nutq kontakti, shox parda refleksi. , ko'z qorachig'ining kengligi, pulsning xarakteristikasi, pulsning miqdoriy bahosi, sistoladagi qon bosimi, qon yo'qotish miqdori va ichak peristaltikasini baholash. Parametrlarning har biriga 1 dan 9 ballgacha xarakteristikalar beriladi. Jabrlanuvchining qoniqarli ahvoli uchun ballar yig'indisi 13 dan oshmaydi. O'rtacha og'irlik uchun ballar diapazoni 14 dan 21 gacha, og'ir - 22 dan 32 ballgacha, o'ta og'ir - 33 balldan yuqori. O'lim prognozi va 13 ballgacha bo'lgan asoratlar ehtimoli nolga teng, o'rtacha og'irlikda - 3,6% va 35% dan kam, og'ir - 39% va 67% gacha, o'ta og'ir - 84% dan. 100% va 90% mos ravishda. Jabrlanganlarga yordam ko'rsatish algoritmini aniqlash va shikastlanish oqibatlarini bashorat qilish uchun jarohatning og'irligini ob'ektiv baholash kerak [50, p762].

Shikastlanishning og'irligi integral tizim tomonidan ballarda baholanadi, bu esa keyingi jarrohlik aralashuvlarning bosqichlarini aniqlash imkonini beradi. Bilan bog'liq travmada dominant zarar tananing har bir sohasiga etkazilgan zararining og'irligini jiddiylik ko'rsatkichlarini bir-biri bilan taqqoslash orqali aniqlash kerak. Ushbu yondashuvga muvofiq, dominant shikastlanishning 6 zonasi aniqlanishi mumkin: bosh, ko'krak, qorin, umurtqa pog'onasi, tos suyagi, oyoq-qo'llar [48, p16].

Hozirgi vaqtda adabiyotlarni tahlil qilishda shikastlanishning og'irligini baholash uchun etarli miqdordagi shkalalarni topish mumkin, masalan: Travma indeksi, Travma reytingi, CRAMS (qon aylanish + nafas olish + qorin + motor + nutq), TRISS (travma va) Shikastlanishning og'irlik darajasi). Agar yopiq jarohati bo'lgan jabrlanuvchilarda TRISS shkalasi etarli samaradorlik bilan qo'llanilishi

mumkin bo'lsa, ochiq yaralarda ASCOT (Travmaning og'irligini tavsiflash) tizimidan foydalanish mumkin. AIS shkalasi (qisqartirilgan jarohatlar reytingi) individual jarohatlarning og'irligini baholashga imkon beradi, buning uchun mezon diapazoni inson tanasining hududlarida 6 ballik ballga asoslanadi (1.1-jadval) [29, p32; 48, p16] : bosh, bo'yin, yuz, ko'krak, qorin, oyoq-qo'llar, integumentlar.

Jadval 1.1

Abbreviated injury scale (AIS)

Kod AIS	Zararning jiddiyligi
1	Kichik
2	O'rtacha
3	xavfli
4	og'ir
5	tanqidiy
6	halokatli

Shu bilan birga shuni ta'kidlash kerakki, qo'shma jarohatlar turli jarohatlarning oddiy yig'indisi emas. 1974 yilda jarohatlarning og'irligini baholash uchun ISS shkalasi taklif qilindi. Ushbu shkala shoshilinch jarrohlik va ilmiy tadqiqotlar talablariga eng yaxshi javob beradi. ISS shkalasidan foydalanish oson, qo'shimcha jihoz va vaqt talab etmaydi, ob'yektiv va universaldir [29, p32].

U inson tanasining 6 sohasi (bosh va bo'yin, ko'krak, qorin, tos suyagi, umurtqa pog'onasi va oyoq-qo'llari) morfologik buzilishlarini hisobga oladigan qisqartirilgan AIS shikastlanish shkalasiga asoslanadi. 3 ta dominant zararlangan hududning kvadratlari yig'indisi ISS jarohati og'irlik darajasidir. Maksimal ISS ball jami 75 ballni tashkil etadi va AIS qiymati 5 (o'ta og'ir jarohat) bo'lgan 3 ta dominant hududning kvadratlari yig'indisi bilan erishiladi yoki agar AIS qiymati 6 ga teng bo'lgan bitta etakchi jarohat bo'lsa (hayot bo'lmagan) tahdid qiluvchi shikastlanish).

ISS shkalasi bo'yicha jabrlanganlarning jarohatlarining og'irligi:

I. 1-4 ball - ambulator davolanish yoki dinamik kuzatuv ostida bo'lgan engil

jarohatlar bilan jabrlanganlar;

II. 5-9 ball - jarrohlik bo'limlarida kasalxonaga yotqizilgan o'rtacha darajadagi jarohatlar bilan jabrlanganlar;

III. 10-16 ball - intensiv terapiya bo'limlarida kasalxonaga yotqizilgan og'ir jarohatlar bilan jabrlanganlar;

IV. 17-25 ball - zudlik bilan shokga qarshi terapiyani o'tkazishi kerak bo'lgan og'ir jarohatlar bilan jabrlanganlar;

V. 26-75 ball - malakali tibbiy yordamni kech ko'rsatishda o'limga olib keladigan jiddiy jarohatlar va hayot jarohatlari bilan mos kelmaydigan jarohatlar.

ISS shkalasi og'ir birga keladigan shikastlanishlarning dastlabki davrida etarlicha aniq prognoz qilish imkonini beradi va ularning asosida terapevtik va taktik algoritmi ishlab chiqishga imkon beradi. Asosiy tosh individual jarohatlarning bir-biriga o'zaro og'irlashtiruvchi ta'sirini o'rganish edi [48, p16].

Bilan bog'liq travmada o'lim darajasi anatomik shikastlanishning og'irligiga bog'liq, buning uchun ISS shkalasidan foydalanish tavsiya etiladi; va tananing fiziologik zaxiralari, ular uchun APACNE shkalasi ko'proq maqbuldir [28, p67-68]. Tananing fiziologik zaxiralari jabrlanuvchining yoshiga va birga keladigan kasalliklarning mavjudligiga bog'liq; davolash sifati va natijalari tibbiyot xodimlarining malakasiga bog'liq.

Shuning uchun bemorni og'ir qo'shma shikastlanish bilan yotqizganda, samarali tekshirish vaqti cheklangan bo'lsa, instrumental tadqiqot usullarini qo'llash ketma-ketligini aniqlash kerak. Shu bilan birga, travmatik shokning oldini olishga, nafas olish funksiyasini tiklashga va faol qon ketishini to'xtatishga qaratilgan bo'lishi kerak bo'lgan terapevtik tadbirlarni amalga oshirish kerak. Jarrohlik taktikasi diagnostika va davolash algoritmiga va shikastlanishning og'irligini baholashga bog'liq bo'ladi.

Gubaydullin R.R tadqiqoti.(2011) APACHE III dan bemorlarni kasalxonaga yotqizish vaqtini bashorat qilish uchun foydalanilmasligini ko'rsatdi.Omon qolgan bemorlar guruhidagi APACHE tizimidan ta'sirlanganlarning ahvoli vafot etganlarga qaraganda pastroq edi.Biroq, ularning kasalxonaga yotqizish muddati

farq qilmadi [47].

Chen C.L.ga ko'ra.(2009) bemorning og'irligini baholashda Glasgow koma zo'ravonlik reytingini kiritish APACHE III tizimining ish faoliyatini yaxshilashi mumkin. Shu bilan birga, muallif kranial nervlarning reaksiyasini, konvulsiyalarning mavjudligi va tabiatini, nafas olish holatini o'z ichiga olgan Glasgow koma shkalasining variantini qo'llash zarurligiga to'xtaladi [151, p61-69].

Padalino P. (2009) statsionar davolanish muddati, shuningdek, takroriy kasalxonaga yotqizish xavf omillari mavjudligi bilan bog'liqligini ta'kidlaydi. Ushbu jabrlanuvchilar guruhini qo'shganda, kasalxonaga yotqizish muddati 2 baravar oshadi va o'lim ehtimoli xavf omillari bo'lmagan bemorlarga nisbatan 10 baravardan oshadi [117, p364-370].

Bilgic L. (2014) ga ko'ra, APACHE tizimi, bir nechta istisnolardan tashqari, turli xil jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning ahvolidan og'irligini baholash uchun ob'ektiv shkala emas [113, p20].

Xuddi shu fikrni Le Gall J. ham baham ko'rди, u APACHE tizimi ko'plab klinik mezonlar mavjudligi, shuningdek, bir qator tadqiqotlar o'tkazish imkoniyati yo'qligi sababli jabrlanganlarning ahvolidan miqdoriy baholash uchun mos emas deb hisoblaydi.ba'zi klinikalarda tadqiqotlar. Ushbu kamchiliklarni hisobga olgan holda muallif SAPS tizimini (Simplified Acute Physiology Score) taklif qildi [36, p22-28;112, p72-75].

SAPS tizimi har biri 0 dan 4 ballgacha bo'lgan 14 ta klinik laboratoriya mezonlaridan iborat.

SAPS tizimi bo'yicha o'lim darajasi va ballari bir-biri bilan to'g'ridan-to'g'ri bog'liq: 4 ballgacha - o'lim darajasi nolga teng, 5-6 ball bilan - o'lim darajasi 10%, 7-8 ball - 15%. , 9-10 ball - 20%, 11-12 ball - 25%, 13-14 ball - 30%, 15-16 ball - 35%, 17-18 ball - 45%, 19-20 ball - 50% , dan yuqori 21 ball - 80% ni tashkil qiladi.

1993 yilda GallJ.Le SAPS II ning yangilangan versiyasini taklif qilish orqali SAPS tizimini takomillashtirdi. SAPS II ni yaratishda logistik regressiya modeli va statistik modellashtirish texnikasi qo'llanildi, ular birlamchi tashxisni hisobga



olmagan holda bemorlarning ahvolini va o'limga olib keladigan oqibatlar ehtimolini baholashdan iborat.

Bonariol L. (2014) SAPSning ikkala versiyasini solishtirganda ikkinchi variantga ustunlik berdi [18, p114].

Swaid F. (2014) ma'lumotlariga ko'ra, davolanish muddati va yoshi, yurak urish tezligi ko'rsatkichlari, maksimal sistolik qon bosimi, tana harorati, shuningdek, laboratoriya ma'lumotlari (karbamid, bilirubin va natriy) o'rtasida korrelyatsiya mavjud [112, pp72- 75].

Lemeshow S. (1985) MPM (O'limni bashorat qilish modeli) tizimini ishlab chiqdi, jumladan, yuqori ehtimollik bilan o'limga olib kelishi mumkin bo'lgan mezonlar. Asosiy mezonlar quyidagilar edi: ong darajasi, kasalxonaga yotqizish yo'li, mavjud muammoda o'smaning ahamiyati, yuqumli jarayonning rivojlanish ehtimoli, yoshi, ta'sirlangan tizimlar soni, sistolik qon bosimi indeksi [80]. , p103-104].

Biroq, Teres D. (1987) o'lim holatlarini bashorat qilish uchun taklif qilingan tizimning samaradorligiga shubha bildirdi. "Ta'sir qilingan tizimlar soni" juda sub'ektiv mezon bo'lib, barcha tana tizimlarining holatini baholashni talab qiladi [112, p72-75].

Bemorlarning og'ir ahvolidagi ta'sirlangan organlar va tizimlarning aniq sonini aniqlash mumkin emas. Kardiopulmoner etishmovchilikda o'lim ehtimoli boshqa organlar va tizimlardan patologiya mavjudligiga qaraganda ancha yuqori [72, p94].

Shu munosabat bilan Teres D. (1987) MRM tizimining takomillashtirilgan modelini taklif qildi, "ta'sirlangan tizimlar soni" mezonini "kardiopulmoner kasalliklar mavjudligi" bilan almashtirdi [118,20-22].

Lemeshow S. (1987) ga ko'ra, MRM shkalasi qabul paytida o'limni bashorat qilish uchun samarali; davolash fonida dinamik kuzatish jarayonida unchalik foydali emas [42, p20-29]. 1988 yilda Lemeshow S. 24, 48 soatdan keyin va 4-7 kundan keyin o'limga olib keladigan natijani bashorat qilish imkoniyati uchun MRM shkalasini o'zgartirishni taklif qildi [41, p.15-17].

Rue M. (2011) MRM shkalasini qo'llashda o'limga olib keladigan oqibatlar

ehtimoli oshganini qayd etdi. Bir necha kun davomida kuzatuv dinamikasida bemorning bir xil holati, hatto bemorning ahvoli og'irligining past miqdoriy ko'rsatkichi bo'lsa ham, o'lim xavfini oshiradi [42, p20-29].

Turli xil tizimlarni tahlil qilib, APACHE shkalasidan foydalanganda o'lim ehtimolini ortiqcha baholash, shuningdek, SAPS shkalasidan foydalanganda uning qiyosiy kam baholanishi bor degan xulosaga kelishimiz mumkin. Bundan tashqari, MRM shkalasi aniq prognozga eng yaqin [37, p94; 52, p72-73]. SAPS va MRM yordamida eng ehtimoliy prognoz oshqozon-ichak traktida rejalashtirilgan jarrohlik aralashuvlardan so'ng bemorlar guruhida topilgan.

Bemorlarning ahvolini yakuniy baholash uchun terapiya samaradorligi, integral shkala tizimlari keng qo'llaniladi. Ushbu tarozilar turli organ tizimlarining disfunktsiya darajasini aniqlashga imkon beradi va prognozni baholash uchun asos bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Bugungi kunga qadar, jumladan, O'zbekiston Respublikasida to'plangan tajriba integral tarozilarni juda qimmatli klinik va diagnostika vositasi sifatida ko'rib chiqish imkonini beradi.

Tarozilar bemorlarning ahvolini va davolash algoritmining asosi bo'lishi mumkin bo'lgan prognozni ob'ektiv va o'z vaqtida baholash imkonini beradi. Xususan, tarozilar terapiyaga antibiotiklarning deeskalatsiya rejimi va ekstrakorporeal detoksifikatsiya usullarini kiritish masalasiga oqilona yondashish imkonini beradi. Ba'zi hollarda, tarozi yordamida bemorlarning ahvolini dinamik baholash qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishi bilan birga keladigan bemorlarda takroriy jarrohlik aralashuvining ko'rsatkichlaridan biridir.

Qorin bo'shlig'i organlarining estrodiol shikastlanishi bilan og'rigan bemorlarning ahvolining og'irligini baholash uchun eng ko'p ishlatiladigan tizimlarni tahlil qildik. Barcha tavsiya etilgan tizimlar travmatik kasallikning o'tkir davrining noqulay natijalarini (ijobiy yoki salbiy, ya'ni "tirik yoki o'lik" mezoniga ko'ra) "quvib o'tish" uchun kelajakka qarash g'oyasiga asoslanadi. Ushbu muammoni hal qilish katta ahamiyatga ega, chunki u shifobaxsh ko'nikmalarni qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan shikastlanishi bilan ularga muhtoj

bo'lgan bemorlarga jamlash imkonini beradi.

### **§1.3. Qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishlarida qorin bo'shlig'i gipertenziyasi.**

Qorin bo'shlig'i bosimi (IAP) qorin bo'shlig'idagi barqaror bosimni anglatadi. IAPning normal darajasi taxminan 5 mm Hg ni tashkil qiladi. Og'ir kombinatsiyalangan travmada peritonit 30% hollarda qorin bo'shlig'i bosimining sezilarli darajada oshishini rivojlantiradi va qorin bo'shlig'i gipertenziya sindromi (IAH) (ingliz adabiyotida Abdominal Compartment Syndrom) bosimning oshishi tufayli rivojlanadigan patologik simptomlar majmuasidir. qorin bo'shlig'ida va ko'p organ etishmovchiligi rivojlanishi bilan tavsiflanadi [103, p19-68] bunday qurbonlarning 5,5% da rivojlanadi, o'lim darajasi 42-68% ga etadi [41, p15-17; 200, p9].

Ertel V. (2011) ma'lumotlariga ko'ra, qorin bo'shlig'i organlarining yopiq jarohati bo'yicha operatsiya qilingan bemorlarda SIAH bilan kasallanish 15% ga etdi.

Qorin bo'shlig'i bosimining oshishi MOF rivojlanishiga olib kelishi va mavjud jarohatlar fonida rivojlanishi sababli, EddyV ma'lumotlariga ko'ra, SIAH o'rnatilgan qurbonlarda o'lim. va boshqalar (1997) 70% ga yetdi.

SIAG birinchi marta Kron J. va boshqalar tomonidan tasvirlangan. 1984 yilda qorin aortasi anevrizmasining yorilishi uchun operatsiyadan keyingi mumkin bo'lgan asorat sifatida. Keyingi davrda ushbu asoratga ko'plab tadqiqotlar bag'ishlangan va endi operatsiyadan keyingi davrda (qorin bo'shlig'i a'zolaridagi operatsiyalardan keyin) SIAH chastotasi 15-20% ga etadi, ammo tanqidiy shakllar ko'p a'zolar etishmovchiligi sindromi rivojlanishi bilan kam uchraydi [30, 37-42 b.].

Diffuz peritonit bilan operatsiya qilingan bemorlarda qorin bo'shlig'i yopilgandan keyin paydo bo'ladigan qorin bo'shlig'i bosimining ko'tarilishi klinik ko'rinishida ko'p a'zolar etishmovchiligi sindromiga o'xshash sindromning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Shuni ta'kidlash kerakki, agar sepsis bilan

og'riqan bemorlarda tipik PON, ikkinchisining tabiatidan qat'i nazar, mikroorganizmlar yoki ularning metabolik mahsulotlari tomonidan yallig'lanish kaskadini qo'zg'atish natijasida, keyinchalik uzoq organlarda mikrosirkulyatsiya buzilishi natijasida rivojlansa, u holda qorin bo'shlig'i bosimining oshishi splanxnik havzada mikrosirkulyatsiyaning buzilishiga olib keladi.

Loy ko'rinishidagi mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, qon tomir devorining o'tkazuvchanligini oshirish - SIAH patogenezida etakchi bo'g'indir. Bunday sharoitlarda ko'proq hajmli infuzion-transfuzion terapiyani o'tkazish hujayradan tashqari suyuqlik hajmining oshishiga olib keladi. Ta'sir keyinchalik qorin old devorining elastikligining pasayishi, ishemiya va to'qimalarning shishishi kuchayishi natijasida kuchayadi. Bu, eng umumiy shaklda, SIAH patogenezi.

SIAH rivojlanishining xavf guruhiga bir qator sabablarga ko'ra rivojlangan qorin bo'shlig'idagi ichki organlar hajmining ko'payishi bo'lgan bemorlar kiradi. Ular orasida og'ir keng tarqalgan peritonit bilan og'riqan bemorlar operatsiyadan keyingi davrda katta hajmdagi infuzion terapiyani talab qiladi. Ushbu guruhga, shuningdek, ichak tutilishi bilan og'riqan bemorlar ham kiradi, ularda u yoki bu sabablarga ko'ra ingichka ichakni drenajlash muvaffaqiyatsiz tugadi (o'tkazilmaydi).

SIAHning klinik ko'rinishi buyrak etishmovchiligining tez rivojlanishi (oliguriya shaklida) va progressiv nafas etishmovchiligi. SIAHda oliguriyaning kelib chiqishi renovaskulyar siqilishdir, shuning uchun SIAHda oliguriyaning xarakterli klinik belgisi uning infuzion terapiya va stimulyatsiyaga chidamliligidir. Mexanik ventilyatsiya paytida havo yo'li bosimining oshishi, chidamli oliguriya bilan birga zarur bo'lgan gelgit hajmini ta'minlash uchun apparat pallasida bosimning oshishi SIAHning erta va ishonchli belgisidir.

Qorin bo'shlig'i bosimining oshishini aniqlashga imkon beradigan eng qulay va klinik jihatdan samarali diagnostika usuli bu qovuqni kateterizatsiya qilish va intravezikal bosimni aniqlashdir. Qorin bo'shlig'idagi bosimga intravezikal bosimni ekstrapolyatsiya qilish uchun asos, siydik pufagi 50 dan 100 ml gacha to'ldirilganda, qorin bo'shlig'i bosimini aks ettiruvchi passiv diafragma ekanligi

haqiqat edi. Shu munosabat bilan, qorin bo'shlig'i bosimini aniqlash usuli siydik pufagini 70-100 ml eritma (fiziologik, antiseptik va boshqalar) bilan to'ldirishni, so'ngra bosim darajasini qayd qilishni o'z ichiga oladi.

Adabiyotlarda [42, 20-29; 103, 19-68; 18 b. 499-502] ma'lumotlarga ko'ra, bosim 10-15 mm Hg dan kam. klinik jihatdan ahamiyatsiz, 16-20 mm Hg. ahamiyatsiz, 21-30 mm Hg. o'rtacha, 30-35 mm Hg dan yuqori. - potentsial xavfli. Darhol ta'kidlash kerakki, bu gradatsiya juda shartli va uning asosiy maqsadi qorin bo'shlig'i bosimining dinamikasini baholashdir. SIAHning klinik belgilarining paydo bo'lishi qorin bo'shlig'i bosimining oshishi bilan birga erta tashxis qo'yish imkonini beradi.

SIAHni davolash faqat jarrohlik hisoblanadi. 93% da bajarilgan laparotomiya va vaqtinchalik laparostomiya shakllanishi bilan ichki organlarning chiqarilishi muvaffaqiyatga olib keladi - rivojlanayotgan MOFning tez regressiyasi. Bunday holatda laparostomiyaning o'rtacha umri 2-4 kun.

Shunday qilib, travmatik shok bilan kechadigan qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan va izolyatsiya qilingan shikastlanishi haqiqatan ham 5,7% hollarda qorin bo'shlig'ining siqilish sindromiga aylanib ketadigan intraabdominal gipertenziya rivojlanishi uchun xavf omilidir. Qorin bo'shlig'i tarkibiy qismisiz travmatik shok yoki shikastlanmagan etiologiyaning gemorragik shoki qorin bo'shlig'i gipertenziasining rivojlanishi uchun ahamiyatli emas.

## **BOB II.**

### **MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI**

#### **§2.1. O'rganish xususiyatlari.**

Mazkur dissertatsiya tadqiqoti Samarqand davlat tibbiyot institutining 2-sonli jarrohlik kasalliklari va urologiya kafedrasida R.Sh.T.Yo.I.M Samarqand filiali, jarrohlik va anesteziologiya-reanimatsiya kafedralari negizida olib borildi.

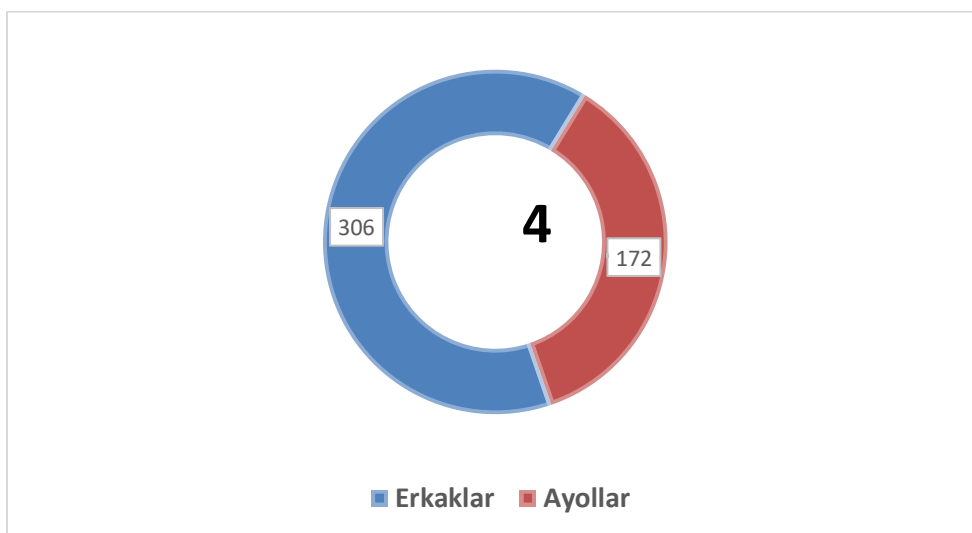
2020-2022 yillar uchun R.Sh.T.Yo.I.M. Samarqand filialiga qorin bo'shlig'i va qorin parda qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishi bilan birga kelgan 986 nafar bemor yotqizilgan bo'lib, ulardan 121 nafari (16,9 foiz) qorin bo'shlig'i travmasi bilan birga operatsiya qilingan.

Dissertatsiya ikki bosqichdan iborat bo'lib, u shokogen mexanik shikastlanishga uchragan 105 nafar bemorning kasallik tarixini o'rganish natijalariga asoslangan retrospektiv va 55 nafar bemorning asosiy guruhini davolash natijalarini tahlil qilish asosida istiqbolli bo'ldi. nazorat guruhi 50 og'ir kasal bemor bilan birga travma bilan kasalxonaga yotqizilgan.

Retrospektiv materialga asoslanib, qorin bo'shlig'i a'zolarining birga keladigan shokogen shikastlanishi epidemiologiyasi, ularning rivojlanishi uchun xavf omillari, qorin bo'shlig'ining og'ir qo'shma travmalarini jarrohlik davolashga turli xil yondashuvlarning ta'siri, shuningdek, turli xil uslubiy yondashuvlarning samaradorligini taqqoslash.operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish va o'limni kamaytirish o'rganildi. Istiqbolli tadqiqot bosqichida qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan shikastlanishlarini erta tashxislash va erta jarrohlik davolash vazifalari, shu jumladan "Zararni nazorat qilish" kontseptsiyasi amalga oshirildi, operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish algoritmi, operatsiyadan keyingi asoratlarni ko'paytirish IAP va qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan mexanik shikastlanishidan o'lim darajasini pasaytirish ishlab chiqilgan va sinovdan o'tkazildi.

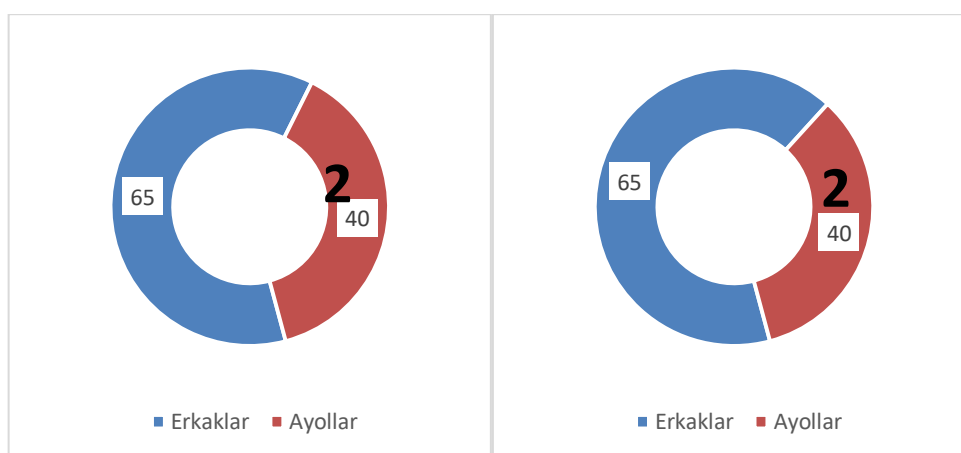
Tadqiqot uchun qo'shilish mezonlari quyidagi sozlamalar edi: 1) qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma zarba mexanik shikastlanishi; 2) jabrlanganlarning yoshi 18 yoshdan 89 yoshgacha. Cheklash mezonlari quyidagilardan iborat edi: 1) klinik ahamiyatga ega bo'lgan patologiya (qabul qilish vaqtida dekompensatsiyalangan bosqichdagi onkologik kasalliklar va surunkali kasalliklar); 2) qo'shma og'ir shikastlanish.

Tadqiqotda 18 yoshdan 89 yoshgacha bo'lgan 105 bemor ishtirok etdi, ular orasida - 65 erkak (64,0%) va 40 ayol (36,0%) - rasm. 1.1.



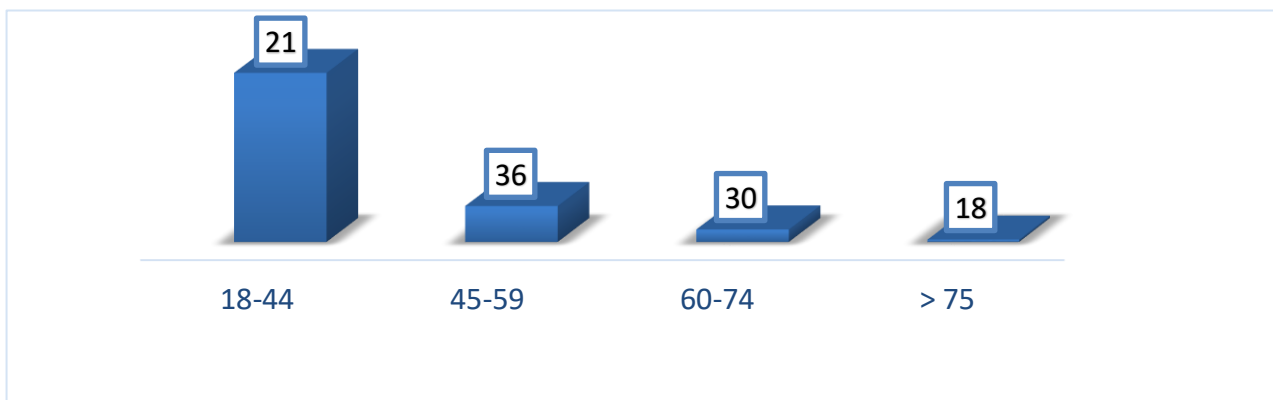
Rasm 1.1. Jabrlanganlarning jinsi bo'yicha taqsimlanishi.

Qorin bo'shlig'i jarohatlari bilan jabrlanganlarni nazorat va asosiy guruhlarda jinsi bo'yicha saralash 1.2-rasmda ko'rsatilgan.



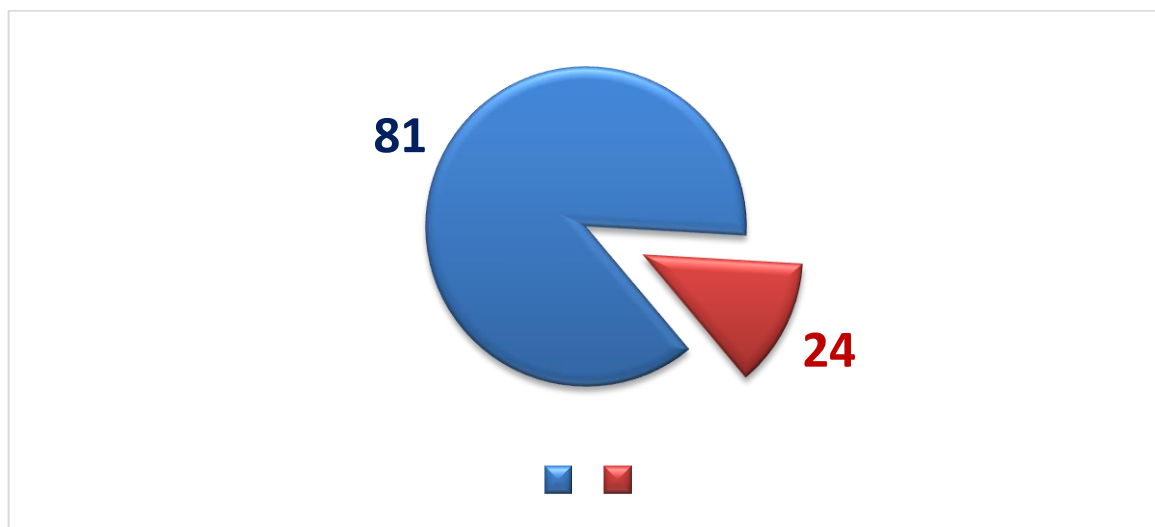
Rasm 1.2. Jabrlanganlarni nazorat va asosiy guruhlar yoshi bo'yicha taqsimlash.

Kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning o'rtacha yoshi  $33,8 \pm 13,4$  yilni tashkil etdi va ularning aksariyati mehnatga layoqatli yoshdagi odamlar edi, bu ham o'rganilayotgan muammoning dolzarbligini ta'kidlaydi (1.3-rasm).



Rasm 1.3. Jabrlanganlarning yoshi bo'yicha taqsimlanishi.

10 yil davomida R.Sh.T.Yo.I.M.S.F. da kasalxonaga yotqizilgan jabrlanganlar soni 6 martaga oshgan. Ko'pchilik tez yordam brigadalari tomonidan yetkazildi - 416 (87%), ular voqea joyida tananing hayotiy funksiyalarini saqlab qolish va hayot uchun xavfli vaziyatlarning rivojlanishining oldini olishga qaratilgan tegishli yordamni oldilar. Biroq jabrlanuvchilarning 62 nafari (13%) zarur yordam ko'rsatmay, o'zlari kelgan.

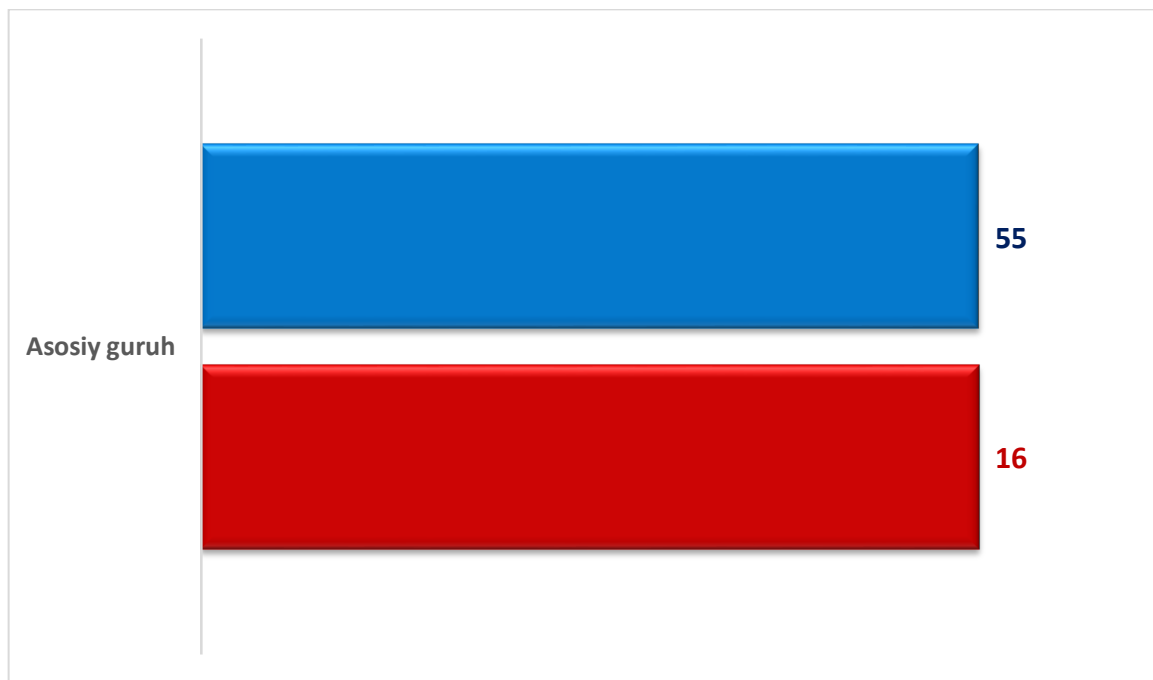


Rasm 1.6. Birgalikda jarohat olgan jabrlanuvchilarni kasalxonaga yotqizish usullari

105 nafar jabrlanganlarning 90 nafari (93,5%) operatsiya qilingan. Ulardan

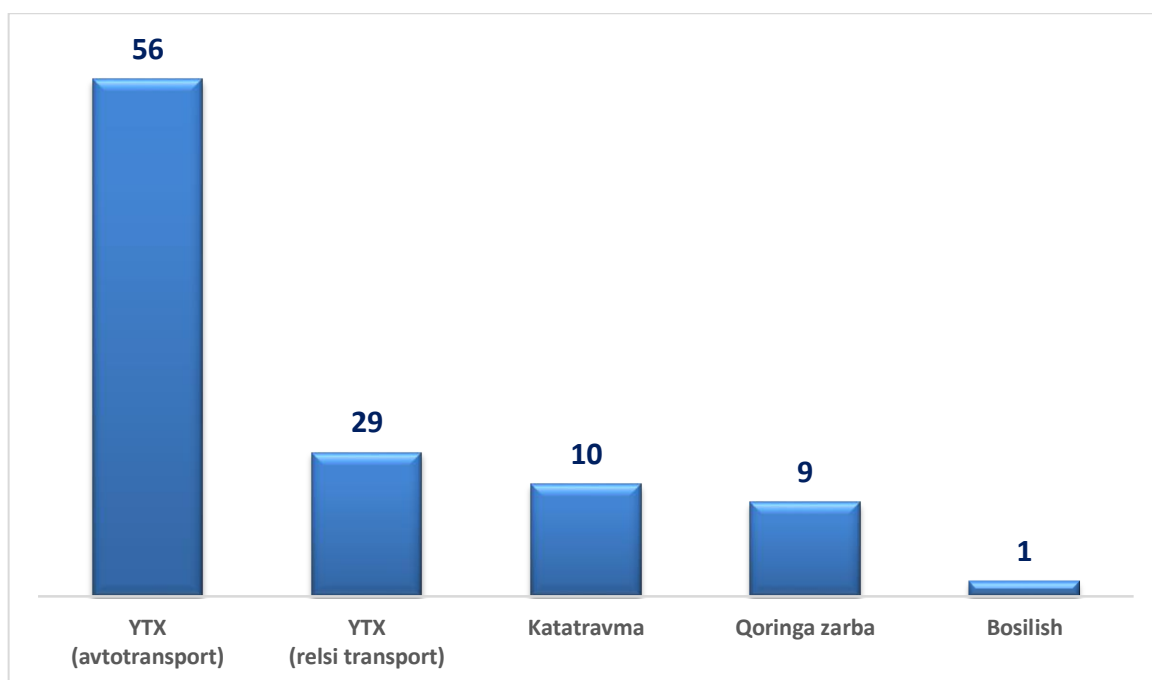


o'limga olib keladigan natija nazorat guruhida kuzatildi - 50 tadan 27 tasida (57,21%) va asosiy guruhda - 55 tadan - 16 tasida (32,59%). Qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishi (25 tasida jigar va 6 ta taloq) bo'lgan 31 (11,48%) bemorda kombinatsiyalangan shikastlanish mavjudligida konservativ terapiya o'tkazildi.



Rasm 1.5. Asosiy va nazorat guruhlarida letallik

Ko'p hollarda shikastlanish sababi yo'l-transport hodisasi (n=80 - 74,89%), 11 (10,67%) jabrlanuvchida shikastlanish sababi qorin bo'shlig'iga zarbalar, 13 (12,76%) katatrauma.



Rasm 1.6. Bemorlarning shikastlanish turi va mexanizmi bo'yicha taqsimlanishi.

Jabrlanganlarning 59 nafarida (53,77%) alkogolli mastlik kuzatilgan.

Shokning og'irligi Algovver-Gruber indeksi (shok indeksi) yordamida baholandi.

Jabrlanganlarni gemorragik shok darajasi bo'yicha saralash 1.2-jadvalda keltirilgan. Jadvaldagi ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, tekshirilgan bemorlarning 105 (100%) gemorragik shok holatida (I, II, III va IV darajalar) yotqizilgan..

Jadval 1.2

Qorin bo'shlig'i a'zolarining bir vaqtda shikastlanishi bo'lgan bemorlarni qabul paytida gemorragik shokning og'irligiga qarab saralash

Algovver-Gruber indeksi	Shok darajasi	Jarohatlanganlar soni, n=105		Jami o`lim	
		Igr.	IIgr.	Igr.	IIgr.
1,0	I	11	19	1	-
От 1,0 до 1,5	II	12	11	1	1
От 1,5 до 2,0	III	10	10	1	-
От 2,1	IV	22	10	1	-
Jami:		55	50	4 (3,21%)	1 (0,89%)

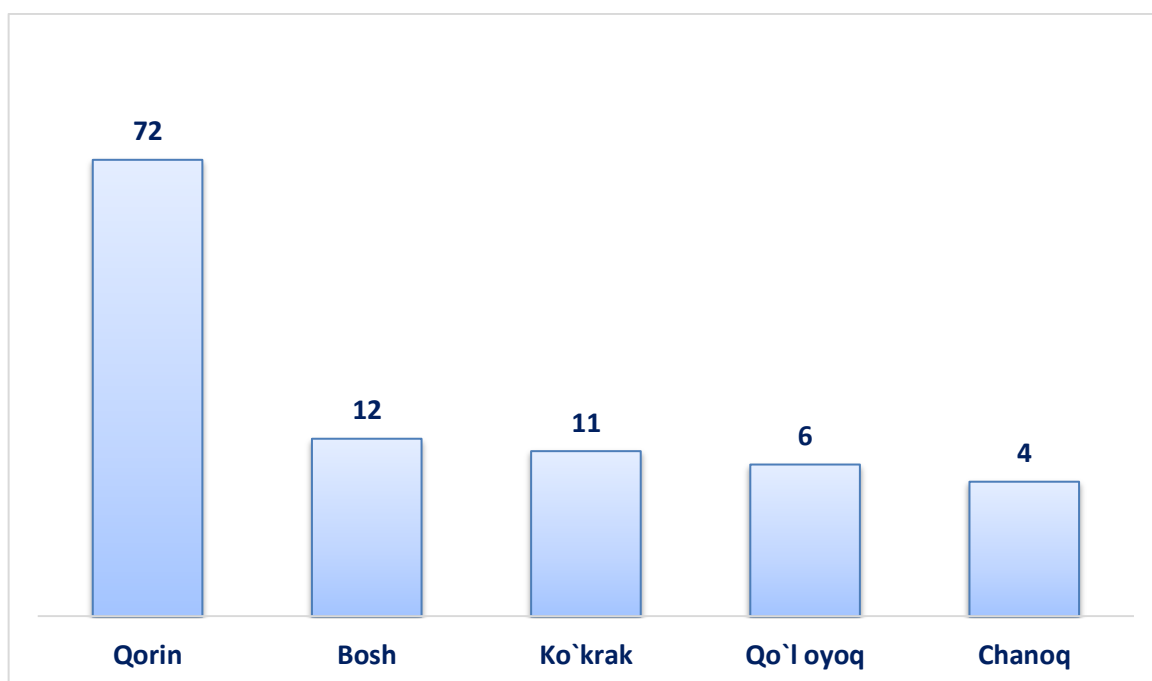
Nazorat guruhida birinchi darajali gemorragik shok rivojlanishi bilan ham o'lim holatlari mavjudligiga e'tibor qaratish lozim; II, III va IV darajali gemorragik shok rivojlanishi bilan deyarli 100% o'lim qayd etilgan.

Asosiy guruhda takomillashtirilgan jarrohlik taktikasini qo'llash bilan o'lim

sezilarli darajada kamaydi va I darajali gemorragik shok bilan halokatli natija bo'lmadi va IV darajali zarba bilan qurbonlarning 49% tirik qoldi .

Jabrlanuvchilarni jarohat olgan paytdan boshlab kasalxonaga yotqizish muddatlarini ko'rsatadi. Bemorlarning aksariyati jarohat olgan paytdan boshlab 3 soatgacha kasalxonaga yotqizilgan (n=105, 61,1%). Va jarohatdan keyingi birinchi soatda - faqat 11 (12,55%) bemor.

Bundan tashqari, birlashgan travma bilan og'rigan bemorlarda tananing turli anatomik sohalariga zarar etkazish chastotasini tahlil qildik (1.7-rasm). Eng katta guruhni bosh va oyoq-qo'l jarohatlari (mos ravishda 62,0% va 58,9%), ko'krak qafasi a'zolari - 40,5%, umurtqa pog'onasi - 27,2%, tos suyaklari va siydik-jinsiy a'zolar - 22,9%, qorin bo'shlig'i organlari - 21,2% jarohatlar tashkil etdi.



Rasm 1.7. Turli anatomik hududlarga zarar etkazish chastotasi

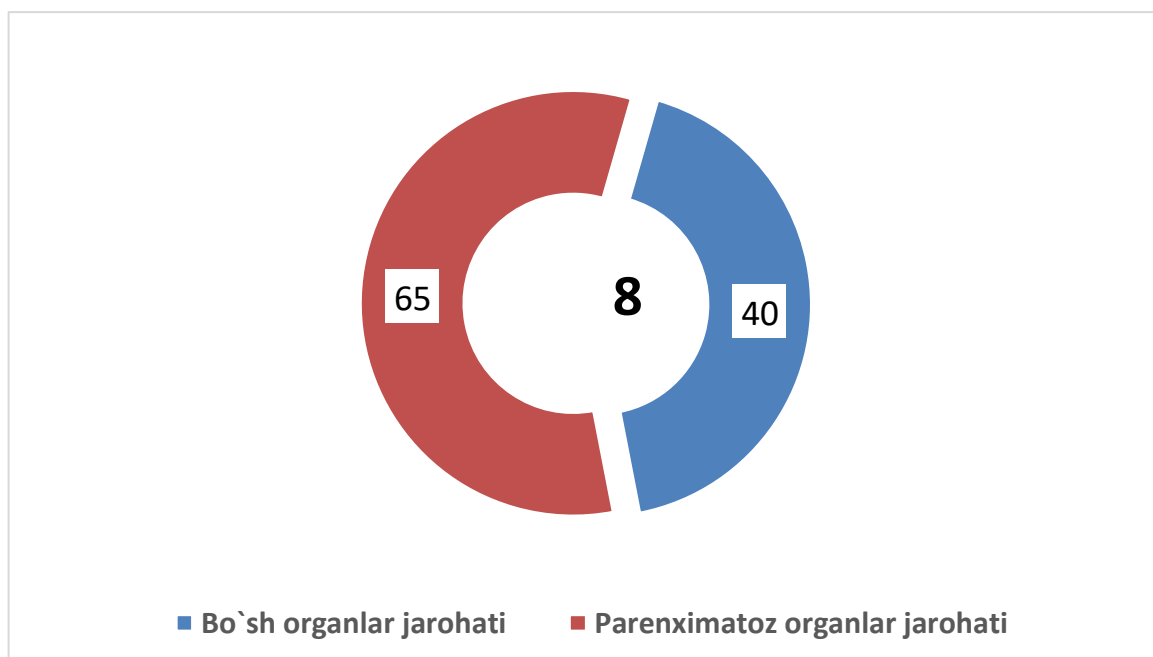
Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishi bilan og'rigan 105 bemorning 72 (54,6%)da qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishi, 12 (27,4%) kranioserebral travma (TBI), 11 bemor (12,5%) ko'krak qafasi va 6 (5,5%) birlashgan holda jarohatlar bo'lgan. jarohatlar aniqlangan.

Ko'pincha qorin bo'shlig'i shikastlanishlari TBI va ko'krak qafasi shikastlanishi bilan birlashtirilgan (n=105; 56,7% hollarda).

Shuni ta'kidlash kerakki, 94,1% hollarda ikki yoki undan ortiq anatomik mintaqalarning shikastlanishi aniqlangan (1.2-jadval).

478 bemorda aniqlangan qorin bo'shlig'i va qorin bo'shlig'i bo'shlig'i shikastlanishlarining umumiy soni 880 tani tashkil etdi. Qorin bo'shlig'i

shikastlanishlari orasida parenximal organlarning shikastlanishi ustunlik qildi (1.8-rasm)..



Rasm 1.8. Jabrlanganlarda qorin bo'shlig'i shikastlanishlarining tuzilishi

Qorin bo'shlig'ining parenximal organlari (105) va retroperitoneal bo'shliqning shikastlanishi qorin bo'shlig'ining ichi bo'sh organlarining (40) shikastlanishidan ustun keldi

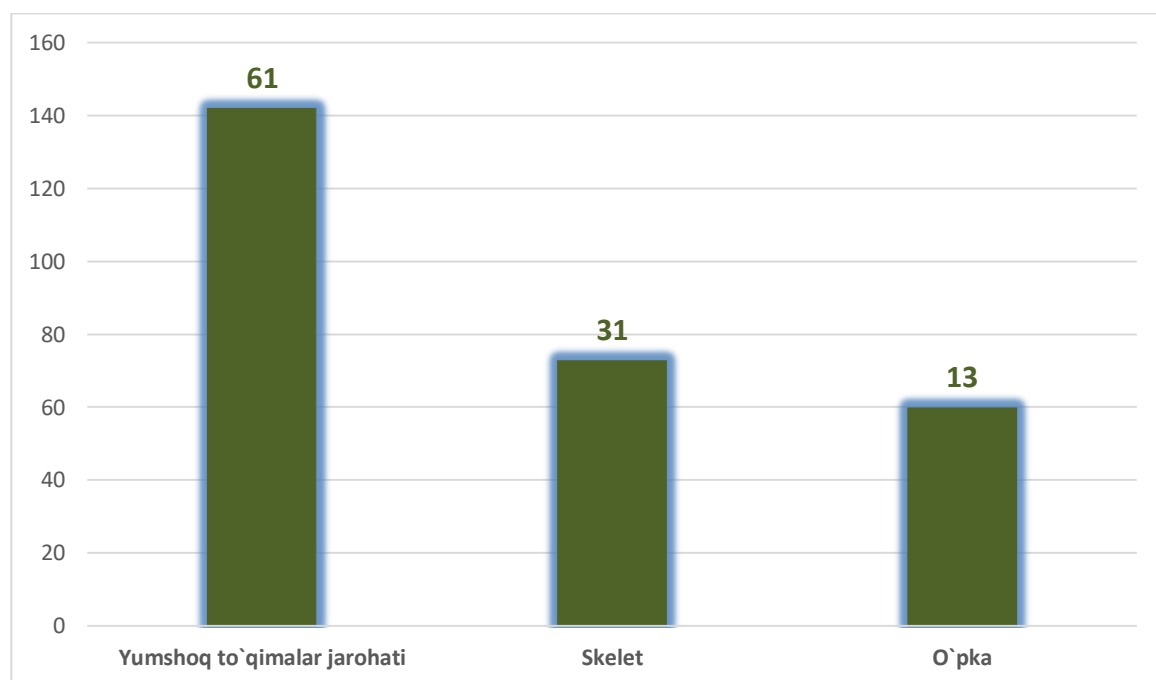
Jadval 1.3

Turli xil anatomik hududlar va qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishlari soniga qarab jabrlanganlarning xususiyatlari (n = 40)

Anatomik hududlarning shikastlanishi	Qorin bo'shlig'i organlariga zarar etkazadigan bemorlar soni			Jami bemorlar	
	1	2	3	Son	%
Oshqozon	77	69	10	156	32,65
Qorin + bosh suyagi	17	15	6	38	7,95
Qorin + ko'krak	12	10	4	26	5,44
Qorin + tos suyagi	4	4	3	11	2,3
Qorin + oyoq-qo'llar	8	11	4	23	4,81
Qorin + bosh suyagi + ko'krak	11	12	5	28	5,86
Qorin + bosh suyagi + tos suyagi	12	6	3	21	4,39
Qorin + bosh suyagi + oyoq-qo'llar	10	10	2	22	4,6
Qorin + ko'krak + tos suyagi	8	9	3	20	4,18
Qorin + ko'krak + oyoq-qo'llari	5	10	4	19	3,97

Qorin + tos + oyoq-qo'llar	8	7	2	17	3,56
Qorin + bosh suyagi + ko'krak + tos suyagi	7	9	3	19	3,97
Qorin + bosh suyagi + ko'krak + oyoq-qo'llar	9	14	2	25	5,23
Qorin + bosh suyagi + tos a'zolari	5	9	3	17	3,56
Qorin + ko'krak + tos + oyoq-qo'llar	8	10	2	20	4,18
Qorin + bosh suyagi + ko'krak + oyoq-qo'llari + tos suyagi	4	8	4	16	3,35
Jami:	40	45	20	105	100

Bundan tashqari, 275 bemorda qorin bo'shlig'idan tashqari shikastlanishlar (1.9-rasm), ular skelet, yumshoq to'qimalar va ko'krak qafasi organlarining shikastlanishi bilan tavsiflangan. Qorin bo'shlig'idan tashqari lezyonlarning tuzilishi 2.3-jadvalda ko'rsatilgan.



Rasm1.9. Birgalikda travmada qorin bo'shlig'idan tashqari shikastlanishlar

Ushbu kuzatishlarda biz ikkita asosiy sindromni qayd etdik: rivojlanayotgan peritonit sindromi va qorin bo'shlig'i qon ketishi sindromi. Rivojlanayotgan peritonit sindromi ichi bo'sh organlarning shikastlanishi bilan yuzaga keldi.

Qorin bo'shlig'ida qon ketish sindromi parenximal organlar yoki tutqich va omentumning qon tomirlari, retroperitoneal bo'shliqqa zarar etkazilgan taqdirda kuzatildi. Shu bilan birga, gemodinamikaning o'zgarishi, shuningdek, bir qator gematologik ko'rsatkichlarning pasayishi (gemoglobin, gematokrit, eritrotsitlar soni), taloq yorilishi bilan oliguriya va leykotsitoz xarakterlidir (167).

Biz quyidagi davolash taktikasiga rioya qilamiz: qorin bo'shlig'i qon ketishi va o'tkir peritonitning aniq klinikasi bilan - shoshilinch operatsiya (232 bemorda). Qorin bo'shlig'i qon ketishi va peritonit mavjudligiga ishonch bo'lmasa, antishok terapiyasi bilan birgalikda plevral ponksiyon (31da), laparosentez (40da), laparoskopiya (127da), R-grafigi: bosh suyagi ( ) kabi diagnostika usullari. 51 ta), tos suyagi (30 ta), umurtqa pog'onasi (37 ta), retrograd sistografiya (15 ta), ultratovush (201 ta) va kompyuter tomografiyasi (40 ta bemorda).

Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishida eng ko'p uchraydigan narsa ichak, siydik pufagi, buyrak shikastlanishi bilan birga parenximal organlarning shikastlanishi edi. Shu bilan birga, jigar, taloq, buyrak shikastlanishi, ko'krak qafasi, tos suyagi va umurtqa pog'onasi shikastlanishi bilan keng retroperitoneal gematomalar ko'proq kuzatilganligi hisobga olindi. Qabul qilinganidan keyin 250 (52,3%) bemorda va peritonit belgilari bo'lgan 48 (10,0%) bemorda ichki qon ketish belgilari qayd etilgan.

478 bemor orasida o'limning asosiy sababi 127 qurbonning (26,56%) jarohatlarning kombinatsiyasi, shuningdek, asoratlarning rivojlanishi. Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlangan bemorlar orasida operatsiyadan keyingi davrda 80 (16,73%) da kuzatilgan.

## **§2.2. Birgalikda shikastlanishda shikastlanishlarni aniqlash usullari.**

Ushbu ishning maqsadi, shuningdek, qo'yilgan vazifalarga ko'ra, tadqiqot dasturi quyidagi fikrlarni o'z ichiga oladi:

Jabrlanuvchini qabul qilgandan so'ng, anamnez sinchkovlik bilan yig'iladi, so'ngra tekshiruv o'tkaziladi - palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Nevrologik holat aniqlandi - ongni buzish darajasi, suyak tizimining deformatsiyasini aniqlash, terining rangi va ularning zararlanish joylarini baholash, tashqi nafas olish

chastotasi, tabiati va tizimli gemodinamikani o'rganish. Qabul qilish va diagnostika bo'limining shok bo'limida nafas olish yo'llarining o'tkazuvchanligi tekshiruvi o'tkazildi, nafas olish tezligi, qon bosimi, yurak urishi tezligi, kislorod bilan to'yinganligi o'lchandi; instrumental tekshiruvlar o'tkazildi (rentgen, ultratovush, elektrokardiografiya, ko'rsatmalarga ko'ra - kompyuter tomografiyasi). Qon umumiy va biokimyoviy testlar uchun tekshirildi, VSC, gematokrit, koagulogramma, qon guruhi va Rh omil aniqlandi, Zeldovich testi va umumiy siydik testi o'tkazildi. Barcha omillarni tahlil qilgandan so'ng, dominant patologiya aniqlandi. Barcha tadqiqotlar reanimatolog, travmatolog, neyroxirurg va urolog bilan birgalikda mas'ul jarroh nazorati ostida o'tkazildi. Maslahatlashuvdan so'ng davolash va diagnostika tadbirlari rejasi tanlandi. Favqulodda ko'rsatmalarga ko'ra, neyroxirurgiya va travmatologiya guruhlaridan birgalikda operatsiyalar, shuningdek, plevra bo'shliqlarini ponksiyon qilish yoki drenajlash, torakoskopiya - torakotomiya, laparoskopiya - laparotomiya amalga oshirildi. Laboratoriya ma'lumotlariga ko'ra, gomeostaz ko'rsatkichlari va qon yo'qotish darajasi tahlil qilindi. Venoz qon subklavian yoki periferik kubital venadan olingan.

Gemoglobin miqdorini aniqlash uchun eritrotsitlar va trombositlar soni, gematokrit, Yaponiyaning Nihon Koden kompaniyasining gematologik qon analizatori ishlatilgan. Biokimyoviy tadqiqotlar (ALT va AST, qon glyukoza, umumiy plazma oqsili, umumiy va to'g'ridan-to'g'ri bilirubin, karbamid, kreatinin) Germaniyaning "Master Screen" kompaniyasining Humalyzer 2011 yarim avtomatik biokimyoviy analizatorida o'tkazildi. Kaliy darajasi Amerikaning "Medica" kompaniyasining qon elektrolitlari va qon plazmasidagi natriy analizatorida aniqlanadi. Koagulometrda protrombin indeksi, fibrinogen konsentratsiyasi va APTT aniqlandi.

Bosh suyagi, tos suyaklari, umurtqa pog'onasi, ekstremita suyaklari va ko'krak qafasining rentgenografiyasi ikki proektsiyada tayanch-harakat tizimi, ko'krak qafasi a'zolari, TBI shikastlanishiga shubha qilingan bemorlarda dastlabki tashxisda va dinamikada o'tkazildi. Rentgenografiya uchun Germaniyaning SIEMENS ICONUS R200 kompaniyasining statsionar rentgen diagnostika

apparati, zarbaga qarshi operatsiya bo'limi va reanimatsiya bo'limida Gollandiyaning PHILIPS PRACTIX 300 rusumli mobil rentgen apparati ishlatilgan.

Batafsil diagnostika va davolash taktikasi uchun kompyuter tomografiyasidan foydalanilgan. Og'ir TBI, ko'krak qafasi, umurtqa pog'onasi shikastlangan va suyak va tos suyagi singan bemorlarda bosh miya, ko'krak, umurtqa pog'onasi, qorin va tos a'zolarining kompyuter tomografiyasi o'tkazildi. Gollandiyaning PHILIPS kompaniyasining KT bemorni qabul qilishda va dinamikada gemodinamik ko'rsatkichlar bo'yicha o'tkazildi. Ko'rsatkichlarga ko'ra invaziv bo'lmagan usullar - ultratovush, EKG va boshqalar va endoskopik diagnostika - laparo-, torako-, bronxo-, ezofagogastroduadenoskopiya qo'llanilgan. Biz ko'p funktsiyali ultratovush diagnostika moslamalaridan (SIEMENS Adara Sonoline), ko'p funktsiyali mobil ultratovush diagnostika moslamasidan (FUKUDA, Yaponiya), bronxoskoplardan - Olympus BF TYPE P40, duodenoskoplardan - Olympus JF TYPE 1, T40, esophagogastrofibroskopic va Ezofagogastrofibroskopik EIFTydan foydalandik. "Karl Storz" kompaniyasining stendi (Germaniya). Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi FAST (Focused Assessment by Sonography in Trauma) usuli yordamida amalga oshirildi.

Klinik tadqiqot usullariga alohida e'tibor qaratildi - palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya; Ultratovush va rentgenografiya, chunki laboratoriya tekshiruvlari va tekshirishning instrumental usullari va ularning natijalarini baholash juda ko'p vaqtni oladi. Ko'rsatkichlarga ko'ra, klinik diagnostika standartlariga muvofiq qo'shimcha tekshirish usullari o'tkazildi.

Bemorning ahvolini ob'ektiv miqdoriy baholash uchun estrodiol shikastlanish va zarba zo'ravonligining integral ko'rsatkichi ishlatilgan. Buzilgan ongni tashxislash va uning chuqurligini baholash shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishdagi eng qiyin vazifalardan biridir. Glazgo koma shkalasi etiologiyadan qat'i nazar, buzilgan ongni baholash va omon qolish uchun taxminiy prognoz qilish



imkonini beradi. Jabrlanganlarda aylanma qon hajmining tanqisligi Allover usuli bilan hisoblab chiqilgan.

### **§2.3. Statistika ishlov berish.**

Klinik, laboratoriya va instrumental tadqiqotlar natijalarini matematik qayta ishlash "Statistika" dasturi yordamida amalga oshirildi. Ko'rsatkichlarning statistik ahamiyatini va taqqoslangan namunalarda orasidagi farqlarning ishonchliligini baholash kamida  $R < 0,05$  ahamiyatlilik darajasida Student t-testi bo'yicha amalga oshirildi.

Ma'lumotlarning normal taqsimlanishining ahamiyati Shapiro-Wilks testi bilan tasdiqlangan. Natijalardagi farqlarning ahamiyati  $p < 0,05$  ahamiyatlilik darajasi bilan Student t-testi yordamida aniqlandi.

Chastotadagi farqlarning ahamiyati ch-kvadrat testi yordamida aniqlandi. Tahlil Microsoft Office Excel dasturi yordamida amalga oshirildi.

## **BOB III.**

### **QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING QO'SHMA SHIKASTLANISHIDA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING KLINIK JIHATLARI.**

#### **§3.1. Qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan shikastlanishida diagnostika.**

Shikastlanishning og'irligi murakkab tushuncha bo'lib, u morfologik komponentni - jarohatlarning og'irligini va funktsional komponentni - holatning og'irligini o'z ichiga oladi. Hozirgi vaqtda turli mezonlarga ko'ra shikastlanishning og'irligini baholash uchun ko'plab tizimlar ishlab chiqilgan. Anatomik printsiptga ko'ra, quyidagi shkalalar qurilgan: Qisqartirilgan indeks og'irligi (AIS), jarohatlar

og'irligi balli (ISS), funksional a) Baholash: Glazgo koma shkalasi (GCS), dinamik baholash bo'yicha: APACHE-II, Divan .

AIS shkalasi izolyatsiya qilingan travmada anatomik lezyonlarni baholashga asoslanadi (jarohatlanish joyi va shikastlanish turi).

Jadval AIS va eng oddiy chiziqli bo'lmagan bog'liqlikka asoslangan Jarohatning og'irlik darajasi (ISS) - kvadratik.

AIS shkalasiga ko'ra, barcha jarohatlar 1 dan 6 gacha ball (kodlar) bo'yicha o'sish tartibida tartiblangan.

1 ball - ambulator davolanishni talab qiladigan engil jarohatlarga to'g'ri keladi; 2 ball - o'rtacha og'irlikdagi jarohatlar; 3 ball - hayot uchun xavfli bo'lmagan og'ir jarohatlar; 4 ball - hayotga tahdid soladigan og'ir jarohatlar; jabrlanuvchining o'limi bilan yakunlanishi mumkin bo'lgan jiddiy jarohatlarga 5 ball, shartsiz o'limga olib keladigan jarohatlarga 6 ball beriladi.

ISS shkalasi bo'yicha zararining og'irligini baholash uchun tananing 6 ta hududida uchta eng yuqori ballning kvadratlari yig'indisi aniqlanadi: bosh yoki bo'yin; yuz; ko'krak; qorin va tos a'zolarining tarkibi; oyoq-qo'llari yoki tos suyaklari; tashqi zarar (teri va yumshoq to'qimalar). Kvadratchalash sizga og'ir jarohatni o'rtacha og'irlikdan, hatto undan ham engilroqdan aniqroq ajratish imkonini beradi.

Olingan qiymat (1 dan 75 ballgacha) raqamli ko'rinishda zararining og'irligini ko'rsatadi. 0-15 oralig'idagi ISS kichik jarohatlarga, 16-66 - katta jarohatlarga va 75 - hayot uchun xavfli bo'lmagan jarohatlarga to'g'ri keladi. ISS shkalasi estrodiol va ko'p jarohatlarning og'irligini raqamlarda ob'ektiv ravishda ifodalash imkonini beradi.

APACHE-II dan foydalanilganda, odatda intensiv terapiya bo'limlarida o'lchanadigan 12 standart parametrlar (HR, BP syst, PaO<sub>2</sub>, pH; Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>; kreatinin; gematokrit; oq qon hujayralari soni; Glazgo koma shkalasi; rektal harorat) qo'llaniladi. jabrlanuvchining yoshi va surunkali kasalliklar to'g'risidagi ma'lumotlar sifatida.

APACHE shkalasining muhim afzalligi turli tibbiyot muassasalarida va hatto

turli mamlakatlarda yondashuvlarning birligidir, chunki unda ishlatiladigan mezonlar asosan parametrikdir. Ushbu shkala jabrlanganlar ahvolining og'irligini baholash, qo'llaniladigan davolash usullarining samaradorligini solishtirish, shuningdek, ilmiy tadqiqotlar va travma epidemiologik tadqiqotlarida foydalanish mumkin (Kartavenko V.I.).

Taklif etilgan zarba indeksi (Allgover M., 1967) (puls tezligining qon bosimi darajasiga nisbati) diagnostika aniqligini biroz oshirdi, chunki gemodinamikaning 1-2 parametri alohida olinganligi sababli, Boshqa ko'rsatkichlarning qiymatlari bemorning ahvolining og'irligini baholash uchun juda informatsion emas. Uning ob'ektiv ta'rifi uchun hozirda klinik va laboratoriya parametrlarini matematik (ballarda) baholashga asoslangan shkalalar va indekslar qo'llaniladi. Shaxsiy parametrlar ballari yig'indisiga asoslanib, jabrlanuvchining ahvolining og'irligini tavsiflovchi umumiy ball hisoblanadi.

Bemorlarning istiqbolli guruhida biz jarohatlarning og'irligini va vaziyatning og'irligini aniqlash uchun yuqoridagi tarozilardan foydalandik.

### **§3.2. Qorin bo'shlig'i organlarining birgalikdagi shikastlanishi bo'lgan bemorlarni davolash va diagnostika algoritmining asosiy qoidalari.**

Sam davlat tibbiyot institutining 2-sonli jarrohlik va urologiya kafedrasida (SF RRCEMMP klinik bazasi) mavjud bo'lgan katta klinik tajriba shuni ko'rsatadiki, kasalxonaga yotqizish bosqichida og'ir qo'shimcha jarohatlar bo'lsa, bemorning hayoti bevosita bog'liqdir. qo'shimcha diagnostika usullarini bajarish tezligi va asoslanishi bo'yicha to'g'ri taktik harakatlar.

Qo'shma qorin bo'shlig'i shikastlanishlari uchun instrumental diagnostika usullarining optimal algoritmini ishlab chiqish (3.1, 3.2-rasm), uni amalga oshirish kasalxonaga yotqizish vaqtida jarohatlarni eng qisqa vaqt ichida aniqlash imkonini beradi, biz 270 bemorda davolash va diagnostika taktikasini istiqbolli guruhdan tahlil qildik.

Diagnostika bosqichining asosiy vazifasi diagnostika usullari minimal va juda informatsion bo'lishi kerakligini hisobga olib, shoshilinch jarrohlik aralashuviga ko'rsatmalarni aniqlashdir.

Diagnostika va davolash ishlarining hajmi va tartibi bemorning og'irligiga bog'liq.

Bemorni og'ir ahvolda ( $AI > 1,0$ ) qabul qilish vaqtida operatsiya bo'limida hayotiy funktsiyalarni saqlashga qaratilgan barcha protseduralar (kiyimni echishdan boshlab) amalga oshiriladi: mexanik ventilyatsiya, markaziy venoz kateterizatsiya, infuzion terapiya, inotrop qo'llab-quvvatlash. Reanimatsiya bilan bir qatorda ko'krak qafasi, qorin, bosh suyagi va skeletlaridagi shikastlanishlar diagnostikasi amalga oshiriladi.

Agar  $AI < 1,0$  bo'lsa, diagnostika usullari an'anaviy ketma-ketlikda amalga oshiriladi: shikoyatlar, travma anamnezi, tez yordam bo'limida yoki intensiv terapiya bo'limida fizik tekshiruv.

Hozirgi bosqichda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining panoramali R-grafigi bilan bog'liq jarohatlar eng mashhur diagnostika usullaridan biri bo'lib qolmoqda.

O'pka shikastlanishining asosiy rentgen belgilari teri osti va mushaklararo amfizem, pnevmogemotoraksdir.

Nafas olish paytida katta yoki tarang pnevmotoraks bilan, shikastlangan tomonda plevra bo'shlig'ida bosimning pasayishi tufayli mediastin pnevmotoraks tomon siljiydi va ekshalasyon paytida - boshqa tomonga.

Pnevmomediastinum mediastinning yumshoq to'qimalarida havo qatlamlari, mediastinal plevra choyshablari bo'ylab yorug'lik chiziqlari mavjudligi bilan tavsiflanadi.

Gemotoraks (hajmiga qarab) bo'lsa, qorayish tomonida mos ravishda katta yoki kichik qon to'planishi mavjud. Shuni ta'kidlash kerakki, mediastin faqat katta gemotoraks bilan siljiydi va atelektazdan farqli o'laroq, o'pka to'qimasi sog'lom tomonga siljiydi. O'pka to'qimalarining yoki uning loblaridan birining pasayishi deyarli har doim pnevmotoraks bilan birga sodir bo'ladi. Plevra bo'shlig'idan havo aspiratsiyasiga reaksiyasi bilan kollapsdan farqlanishi mumkin - agar havoni evakuatsiya qilish mumkin bo'lsa (kerakli ruxsat olish uchun), kollapsga tushgan o'pka to'g'rilanadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, o'pkaning qulashi va plevra bo'shlig'ining havo yo'llari lümeni bilan aloqasi saqlanib qolganda, aspiratsiya yordamida har safar o'pkani etarlicha kengaytirish mumkin emas. Lobning yoki butun o'pkaning pasayishi bilan, havo aspiratsiyasidan qat'i nazar, o'pka kengaymaydi.

Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan og'ir travmasi bo'lgan bemorlar deyarli har doim gorizental holatda instrumental diagnostika tekshiruvlaridan o'tadilar.

Gorizental holatda ko'krak qafasining R-grafigi bilan plevra bo'shlig'idagi qon havo fonida o'pka maydonining bir xil qorayishini beradi, shuning uchun gemotoraks hajmini (plevral ponksiyon yoki ultratovush tekshiruvidan oldin) aniqlash mumkin emas.gorizental holat.

Gemomediastinning rentgen belgisi sifatida 8 sm dan ortiq yuqori uchdan birida mediastinal soyaning kengayishi, ko'pincha yurak yoyining silliqligi kuzatiladi.

Qorin bo'shlig'ining qo'shma shikastlanishi bo'lgan bemorlar orasida 71 tasida diafragma shikastlanishi tasvirlangan: chap tomonlama diafragma yorilishi (45) va o'ng tomonli (26). Muntazam R-grafigi diafragma ko'z yoshlari uchun skrining tekshiruvidir. Barcha bemorlarda kasalxonaga yotqizilgan kunida chap tomonlama diafragma yorilishi aniqlangan. Diafragma jarohatlari ko'pincha erkaklarda uchraydi (63).

Ko'krak qafasi rentgenogrammasida diafragma yorilishi belgilari: baland va loyqa diafragma gumbazi, o'pka maydonining notekis qorayishi, chap tomonda plevra bo'shlig'ida oshqozon yoki ichak soyasining aniqlanishi diafragma yorilishining ishonchli belgisidir. Diafragmaning o'ng gumbazining yorilishi tashxisini qo'yish ancha qiyin, chunki jigarning yuqoriga siljishi tufayli o'ngdagi plevra bo'shlig'ining qorayishi odatda gemotoraks deb hisoblanadi.

Plevra plevra bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvida uning tarkibi an'anaviy holatda anekoik edi, ammo dinamikada ultratovushda hujayrali tabiatga ega bo'lgan, tana holatini o'zgartirganda harakat qilmaydigan giperekoik qo'shimchalarning paydo bo'lishi.pıhtılařmıř gemotoraks. Shubhali holatlarda

(trombli gemotoraks), 6 tasida videotorakoskopiya (VTS) amalga oshirildi. Ulardan 2 nafarida qon ivib qolgan gemotoraksni evakuatsiya qilish uchun VTS o'tkazildi yoki ultratovush tekshiruvi bilan aniqlandi, ammo VTS yorilishi tashxisi qo'yilgan. Jigarning siljishi bilan diafragmaning o'ng gumbazi.

Jigarning diafragma yuzasining yorilishi bilan birgalikda diafragma yorilishi tashxisi qo'yilganda, diafragma va jigar shikastlanishlari 6-7 interkostal bo'shliqqa kirish orqali bartaraf etildi. Diafragmaning chap gumbazi (posterior klivus) shikastlanganda, laparotomiyaga kirish afzalroqdir, chunki birinchi navbatda, har bir bemor kasalxonaga yotqizilganidan keyin birinchi kunida operatsiya qilingan va plevra bo'shlig'iga ko'chirilgan organlarni ko'rishda qiyinchiliklar bo'lmagan. Ikkinchidan, torakotomiya usuli orqali diafragmaning orqa qiyaligidagi nuqsonlarni texnik nuqtai nazardan bartaraf etish ancha qiyin.

Qorin bo'shlig'ining qo'shma og'ir shikastlanishi va TBI bilan og'riqan bemorlarda qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanish belgilari bo'lmasligi yoki aksincha, peritonitning aniq belgilari bo'lmasa, ichi bo'sh organning teshilishi belgilari bo'lishi mumkin.

Ushbu toifadagi bemorlarda past qon bosimining asosiy sababini aniqlash ham qiyin savol, chunki u markaziy asab tizimining shikastlanishi va davom etayotgan qorin bo'shlig'i qon ketishi natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Ko'krak qafasi shikastlanishi va tos a'zolarining yoriqlari bo'lsa, qo'shma shikastlanishlar bilan og'riqan bemorlarda qorin bo'shlig'i organlariga zarar etkazish ehtimoli ko'proq oshadi.

Ongning chalkashligi (TBI, spirtli ichimliklarni zaharlanishi) ham estrodiol shikastlanishga xosdir, u bemor bilan aloqani sezilarli darajada murakkablashtiradi, shuningdek, fizik tekshiruv usullarining ishonchliligini pasaytiradi.

Shoshilinch jarrohlik aralashuvni talab qiladigan qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan yopiq shikastlanishi bo'lgan bemorlarda operatsiyadan oldin qaysi diagnostika usullarini (torakotomiya, laparotomiya, kraniotomiya va boshqalar) bajarish kerakligini va operatsiyadan keyin qanday usullarni qo'llash mumkinligini darhol aniqlash kerak. Qorin bo'shlig'iga yopiq travma ko'pincha ichi

bo'sh organlarning yorilishi tufayli peritonitning rasmini emas, balki qorin bo'shlig'i qon ketishining rivojlanishiga olib keladi.

Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishi bo'lgan bemorlarning 23 foizida TBI ustunlik qilganligi sababli, ko'pincha bemorlarda tekshiruv ma'lumotlarini etarli darajada talqin qilish mumkin emas.

Klinik tajriba shuni ko'rsatadiki, yopiq jarohlarda mo'l-ko'l qon ketish manbai birinchi navbatda qorin bo'shlig'i yoki plevra bo'shlig'ida, tos va son suyagida bo'lishi kerak. Kestirib, sinishlar, shuningdek interplevral qon ketish (rentgenografiya) bundan mustasno, qon ketishining eng ko'p manbasi qorin bo'shlig'i yoki tos mintaqasi bo'lishi mumkin.

Qorin bo'shlig'i va intraplevral qon ketishini aniqlash uchun asosiy diagnostika usuli ultratovush bo'lib, u jarohatlangan bemorlarni kasalxonaga yotqizish paytida amalga oshiriladi.

Ultratovush tekshiruvi juda informatsion va invaziv bo'lmagan usul bo'lib, shuning uchun u bemorlarda og'irlik darajasidan qat'i nazar, reanimatsiya bilan birga amalga oshiriladi.

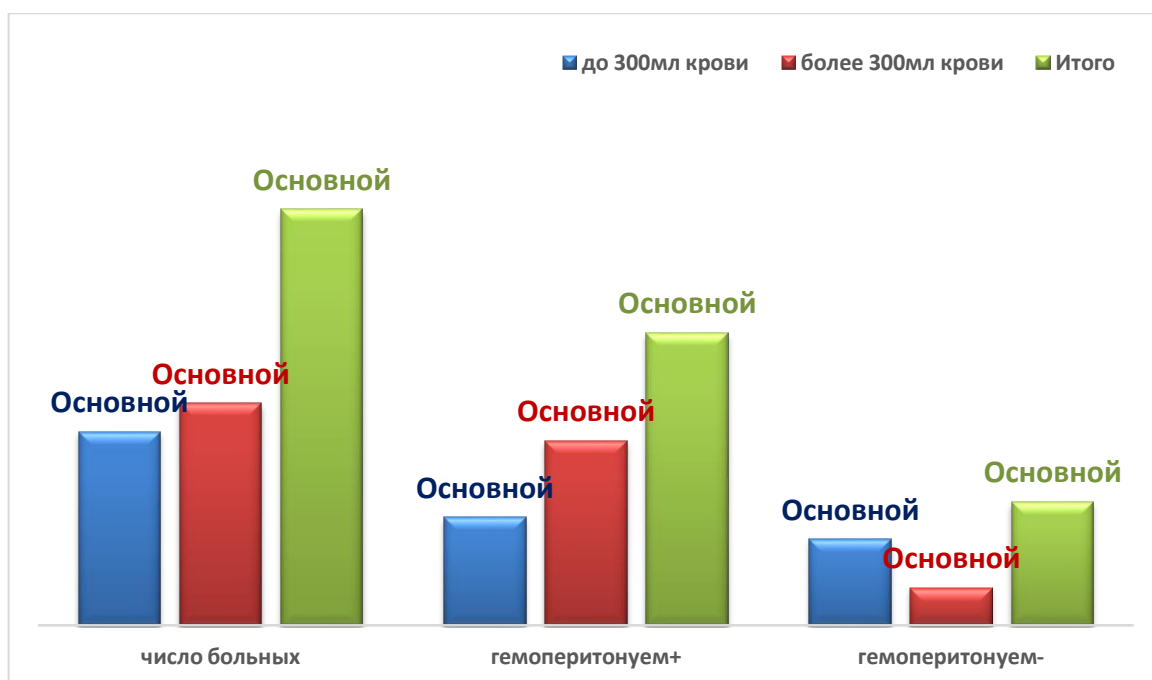
Torakoabdominal jarohlarning instrumental diagnostikasi biz tomonidan ICUning shok bo'limida (bemorlarning og'irligiga qarab) yoki operatsiya bloki sharoitida ultratovush tekshiruvi bilan boshlandi. Ko'p qon yo'qotish to'g'risida ishonchli ma'lumotlar bo'lmasa (Morison bo'shlig'ida, taloq-buyrak bo'shlig'ida va qorin bo'shlig'ining e'gimli qismlarida qorin bo'shlig'i varaqlarining ajralmasligi) yoki gemoperitoneum 300,0 ml dan kam bo'lsa, a. 1-1,5 soatdan so'ng ikkinchi ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. Bu vaqtda IT bilan birga bosh suyagi, ko'krak qafasi, tos a'zolarining rentgenogrammasi o'tkazildi va tegishli mutaxassislar (neyroxirurg, urolog, travmatolog, angiojarroh) tomonidan tekshiruv o'tkazildi. . Kasalxonaga yotqizish vaqtida bemorlarning teri osti amfizemasi va motorli qo'zg'alishi tufayli ultratovushning qiymati sezilarli darajada kamayadi. Bizda mavjud bo'lgan ma'lumotlarga ko'ra, ingichka ichakning shikastlanishida usul deyarli ma'lumotga ega emas. Shuning uchun, ishonchli ma'lumotlar yo'qligi sababli, biz takroriy ultratovush tekshiruvini istisno qildik va qo'shimcha tadqiqot

usullarini (diagnostik peritoneal yuvish bilan laparosentez yoki kontrendikatsiyalar bo'lmaganda videolaparoskopiya) o'tkazdik.

Takroriy ultratovush tekshiruvi paytida aniqlangan 300 ml dan ortiq gemoperitoneum jarrohlik aralashuvi uchun ko'rsatma hisoblangan. Suyuqlik to'planishi aniqlanganda yuqori sezuvchanlikka ega bo'lgan ushbu usul kasalxonaga yotqizish paytida ham, operatsiya vaqtida ham, undan keyin ham eng qisqa vaqt ichida tahdidlarsiz qo'llanilishi mumkin.

Birlamchi ultratovush tekshiruvida gemoperitoneumning yo'qligi qon ketishining yo'qligining mutlaq belgisi hisoblanmaydi, chunki faqat og'ir jarohatlar bilan dinamikada ultratovush qorin bo'shlig'i qon ketishini istisno qilishi mumkin. Intraparenximal gematomalar (jigar, taloq) va gemoperitoneum yo'qligi aniqlangan taqdirda, ultratovush dinamikada Doppler sonografiyasi bilan o'tkazildi va APACHE II bo'yicha bemorning og'irligi 15 balldan kam bo'lsa, KT (24 bemorda) o'tkazildi. jigar shikastlanishi bilan). Intrahepatik gematomalar hajmining ortishi holatlarida 3 nafar bemorda embolizatsiya bilan angiografiya qo'llanilgan va taloq gematomasining ko'payishi jarrohlik uchun ko'rsatma hisoblangan.

Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishi bo'lgan 478 bemorda ultratovush tekshiruvi natijalarini tahlil qildik. Qorin bo'shlig'i ultratovush tekshiruvi natijalari 3.9-rasmda ko'rsatilgan.





Rasm 2.0. Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishi bo'lgan bemorlarda ultratovush tekshiruvida gemoperitoneum hajmi haqida ma'lumot

2.0-rasmdan ko'rinib turibdiki, gemoperitoneum 300,0 ml dan ortiq bo'lgan 255 bemordan 43 tasida (qorin pardasi 10 mm dan ortiq) va gemoperitoneum 300,0 ml dan kam bo'lgan 223 bemordan 99 tasida (45,57%) (45,57%). 3 mm dan kam ) Ultratovush tekshiruvini qorin bo'shlig'ida qon mavjudligini aniqlamadi.

42 ta holatda ultratovush tekshiruvini teri osti amfizemasi borligi va 9 ta holatda davom etayotgan reanimatsiya bilan murakkablashdi.

Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishi bo'lgan bemorlarda ultratovush tekshiruvining sezgirligi (gemoperitoneum aniqlangan taqdirda) 81,2%, o'ziga xoslik - 100%, aniqlik - 75,2%.

Ultratovush tekshiruvini ma'lumotlarining pastligi sababli 92 bemorga diagnostik peritoneal yuvish (DPL) bilan laparosentez o'tkazildi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishi bilan og'rigan 92 bemorda DPLni tahlil qildik. 40 bemorda DPL ultratovush tekshiruvidan so'ng amalga oshirildi va agar tadqiqot natijalari qorin bo'shlig'ida erkin qon mavjudligini ko'rsatmasa, laparoskopiya kontrendikatsiya bo'lgan TBI bilan og'rigan 52 bemorda. 48 bemorga LPTdan keyin jarrohlik aralashuviga ko'rsatmalar berildi. Ularning 12 tasida tadqiqotning noto'g'ri-salbiy natijasi tufayli "behuda" laparotomiya o'tkazildi, bu esa 12 ta holatda bemorlarning ahvoli yomonlashishiga olib keldi, ularning 9 tasida o'lim bilan yakunlandi.

Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, endovideojarrohlik travma jarrohligida eng samarali diagnostika usuli hisoblanadi. Xuddi shu mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishida ikkinchisining diagnostik qiymati 98-100% ni tashkil qiladi. Ammo og'ir ahvolda bo'lgan, beqaror gemodinamikali, bosh jarohati, og'ir nafas etishmovchiligi, aniq shishishi bo'lgan bemorlarda bu mutlaqo kontrendikedir.

Biz qo'shma travmada qorin bo'shlig'i shikastlangan 127 bemorda video-

laparoskopik tadqiqotlar natijalarini tahlil qildik. Ularning orasida 53 ta laparoskopiya ultratovush tekshiruvidan so'ng, 29 ta holatda esa DPL bilan laparosentezdan keyin amalga oshirildi. 19 (15%) bemorlarda laparoskopik ma'lumotlarning etarli darajada baholanmaganligi (qon ketishi to'xtagan gemoperitoneum 300 ml dan kam qon, jigarining yuzaki shikastlanishi, ingichka ichak tutqichi, tos suyagi sinishida qon diapadesi) diagnostik jarrohlik uchun ko'rsatma. 11 bemorda asossiz diagnostik laparotomiyalardan so'ng o'limga olib keladigan natija qayd etildi.

Ko'pgina hollarda, hemoperitoneum aniqlangan taqdirda, jarrohlik aralashuvi uchun mavjud ko'rsatmalar (gemoperitoneum 400-500 ml dan ortiq qon) tufayli manbani qidirish amalga oshirilmadi.

DPLning asosiy ko'rsatkichlari - TBI va ongning buzilishi tufayli fizik tekshiruv usullarining ishonchsizligi, shuningdek, boshqa sabablarga ko'ra (torakotomiya, kraniotomiya va boshqalar) jarrohlik davolash uchun ko'rsatilgan bemorni qayta tekshirishning mumkin emasligi.

Shuni ta'kidlash kerakki, DPL ning jarrohlik aralashuvi to'g'risida qaror qabul qilishdagi etakchi rolga qaramay, ushbu texnikaning zaifligi uning yuqori sezuvchanligidir, chunki qon ketish ko'pincha jarrohlik aralashuvisiz to'xtamaydi. Qorin bo'shlig'ida noto'g'ri musbat qon aniqlangandan so'ng amalga oshirilgan behuda laparotomiya operatsiyadan keyingi asoratlar guruhining potentsial rivojlanishi, shuningdek, ko'p miqdordagi qorin bo'shlig'idan tashqari asoratlar bilan bog'liq jarohati bo'lgan bemorlarda o'tkazilganligi sababli xavflidir. .

Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan og'ir travmasida VLS ning asosiy roli keraksiz laparotomiyalardan qochish qobiliyatidir. Laparoskopiya yordamida zararining morfologiyasini, qon hajmini, ichak tarkibining mavjudligini, jigar, taloqning shikastlanish darajasini, davom etayotgan qon ketishini aniqlash, shuningdek, diafragmaning shikastlanishini aniqlash mumkin. (faqat plevra bo'shlig'ida mavjud drenaj bilan). Ba'zi bemorlarda (barqaror gemodinamika bilan) laparoskopiya ijobiy terapevtik ta'sir ko'rsatadi - pıhtılaşmış gemoperitoneum evakuatsiya qilinadi, jigarining shikastlangan sirtlari koagulyatsiya qilinadi.

Ushbu davolash va diagnostika algoritmi asosiy guruhdagi 270 bemorga nisbatan qo'llanilgan. Ularning 239 nafari operatsiya qilingan.

Shoshilinch ko'rsatmalari bo'lgan bemorlarda asosiy guruhda jarrohlik amaliyotiga qabul qilingan vaqtdan boshlab o'rtacha 2,3 soatni tashkil etdi, bu nazorat guruhidagi vaqtdan (4,4 soat) 2,1 soatga kam.

Jarrohlik davolash natijalarini solishtirganda, ishlatilgan diagnostika va davolash algoritmidan foydalanganda o'lim darajasi sezilarli darajada kamayganligi aniqlandi. Operatsiyadan keyingi o'lim 57,2% dan (208 bemordan 119 tasi vafot etgan) 36,8% gacha (239, 88 bemor vafot etgan) kamaydi. Bundan tashqari, an'anaviy taktika bilan guruhda kechiktirilgan jarrohlik davolash holatlarida o'lim darajasi 100% ni tashkil etdi.

### **§3.3. Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan jarohatlarini davolash uchun jarrohlik taktikasi.**

Hozirgi davrda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining og'ir darajadagi kombinatsiyalangan shikastlanishi, travmatik va gemorragik shok mavjud bo'lgan bemorlarda jarrohlik hajmini tanlash masalasi hali ham hal qilinmagan.

Qorin bo'shlig'ining yopiq kombinatsiyalangan shikastlanishlarini davolashda o'limning asosiy sabablari holatning og'irligi, tashxis qo'yishdagi qiyinchiliklar, qo'shimcha intraoperativ qon yo'qotish, operatsiyadan keyingi davrning asoratlari.

Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishi bo'lgan bemorlarni kasalxonaga yotqizish paytida jarroh strategiyani tanlash, kirishlar ketma-ketligi va jarrohlik aralashuvi hajmi haqida savollarga duch keladi. Ushbu muammolarni bartaraf etish eng qiyin bo'lgan holatlar ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining jiddiyligi bo'yicha raqobatlashadigan shikastlanishlar bo'lgan.

Ilmiy adabiyotlarda ko'p yillar davomida shok uchun jarrohlikning jiddiy xavfi to'g'risidagi hisobotlarga qaramay, deyarli barcha jarrohlar o'zlarining tajribalariga asoslanib, bemorning og'irligidan qat'i nazar, barcha torakoabdominal

shikastlanishlarni tubdan yo'q qilishning an'anaviy taktikalaridan foydalanadilar.uning natijasi..

Kuzatishlarimizni tahlil qilganda, bosqichma-bosqich davolash jarayonida og'ir birga keladigan jarohatlari bo'lgan bemorlarda optimal jarrohlik hajmini tanlashga tabaqalashtirilgan yondashuv vaziyatning og'irligining yomonlashishini oldini olishga va operatsiyadan keyingi o'limni kamaytirishga imkon berishi ma'lum bo'ldi.

Ko'p qon yo'qotish va shok bilan kechadigan qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishi bilan og'rigan bemorlarni davolash amaliyoti shuni ko'rsatadiki, jarrohlik taktikasi hajmini tanlashda og'irlik darajasi va prognozini integral baholash ma'lumotlarini hisobga olish kerak. kasalxonaga yotqizish paytida natija. Kasallikning og'irligi va prognostik indeksini integral baholash ma'lumotlariga asoslanib, bemorlar guruhlariga bo'lingan.

Bemorlarning og'irligi, faol qon ketishining aniqlanmagan ustuvorligi, ortib borayotgan DN va miya dislokatsiyasi belgilari bemorlarning hayotini saqlab qolish uchun shoshilinch choralar ko'rishga majbur. Ushbu masalada etakchi rol bemorlarning og'irligini va prognozda IAni ob'ektiv baholashni hisobga olgan holda jarrohlik aralashuvning ketma-ketligi va hajmini to'g'ri tanlashga beriladi.

Qon yo'qotish darajasi zararining og'irligini belgilovchi eng muhim omillardan biri bo'lganligi sababli, qon yo'qotish miqdorining ta'rifini (nisbatan aniq) Allgower-Burri indeksi (1967) yordamida olish mumkin; "shok indeksi" - Shok indeksi). Shunday qilib, 0,5-0,8 indeks bilan taxminan 500-750,0 ml qon yo'qotilishini taxmin qilish mumkin; 1,0 indeks bilan qon yo'qotish hajmi 1500 ml ni tashkil qiladi; 1,2 indeks bilan - bu 2,0 l; 1,5-2,5 litr qon indeksi bilan. Allgower-Burri indeksi yo'qotilgan qonning haqiqiy hajmini 15% ga kam baholashda xatolikka yo'l qo'yadi.

Shoshilinch vaziyatlarda yo'qotilgan qon hajmini aniqlash uchun qo'shma shikastlanish joyida yo'qolgan qon hajmining nisbiy mos kelishini klinik baholash usuliga amal qilish kerak: ko'krak qafasining og'ir shikastlanishi bo'lsa, u. 2500 ml; qorin bo'shlig'i - 2000 ml gacha; tos suyagi sinishi - 2011 ml; sonlar - 1500 ml;

boldirlar - 800 ml.

Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i organlarining og'ir darajadagi shikastlanishi aniq DN, plevra bo'shlig'iga qon quyilishi, pnevmotoraks, pnevmogemotoraks, mediastinal amfizem, o'pka kollapsi, asosiy tomirlar va qorin bo'shlig'i organlarining shikastlanishi, ko'pincha qorin bo'shlig'i, qorin bo'shlig'i, qorin bo'shlig'i, qorin bo'shlig'i, qorin bo'shlig'i organlarining shikastlanishi bilan birga keladi. TBI fonida.

Kombinatsiyalangan jarohatlar uchun jarrohlik aralashuvni tanlash, ketma-ketligi va kattaligi ustuvor qon ketish joyi, prognozning og'irligi va natija indeksining elementar va oson kirish mumkin bo'lgan oqilona bahosi bilan belgilanadi.

Qorin bo'shlig'ining bir nechta a'zolari shikastlanganlar jabrlanganlarning uchdan ikki qismidan bir oz ko'proq qismini tashkil qiladi. Bundan tashqari, ularning III darajali gemoperitoneum ulushi 67,5% ni tashkil etdi, I darajali qon yo'qotish qurbonlarning 11 foizida sodir bo'ldi. Laparotomiya paytida to'plangan va qayta quyiladigan qonning maksimal miqdori 2,5 litrni, minimal miqdori esa 1,0 litrdan oshmagan. Aksariyat hollarda (55%) 0,5-1,0 litr qon quyildi. Hammasi bo'lib 39550 ml qayta infuzion qilingan.

1-darajali o'tkir qon yo'qotish bilan yo'qolgan qonning 50% dan ortig'i tanaga qaytarilgan, 2-darajada oqib chiqadigan qonning o'rtacha 72%, 3-darajada esa o'rtacha 82% qon quyilgan. qon %. Bemorlarning yotoqda o'rtacha qolish muddati  $10 \pm 1,0$  dan  $15 \pm 1,0$  kungacha bo'lgan.

Biz o'tkir qon yo'qotish darajasiga qarab, qonni qayta quyishdan keyin gemodinamikani va gemogrammani normalizatsiya qilish shartlarini kuzatdik. Reinfuziyadan keyin I darajali qon yo'qotishi bo'lgan bemorlarda ( $250 \pm 20$  ml.), ularning gemodinamikasi  $25 \pm 10$  minut ichida barqarorlashdi, ya'ni operatsiya stolida gemogramma 3-4 kun oxirida tiklanadi.

Ammo II va III darajali qon yo'qotishi bo'lgan, mos ravishda  $750 \pm 25$  ml dan tanaga qaytishga muvaffaq bo'lgan bemorlarda gemodinamik ko'rsatkichlar 3 soatdan keyin va gemogramma operatsiyadan keyin 5-8 kun ichida

barqarorlashadi.

Shunday qilib, qonni qayta quyish o'tkir qon yo'qotish va gemosirkulyator shokni tuzatishning oddiy, xavfsiz, arzon va samarali usuli hisoblanadi.

129 bemorda neyroxirurgik aralashuvlar o'tkazildi (bosh suyagi yaralarining PCT tahliliga kiritilmagan). TBI va qorin bo'shlig'i qon ketishi bilan og'rigan 11 bemorga neyroxirurglar bilan bir vaqtda aralashuvlar o'tkazildi. Boshqa aralashuvlar laparotomiyadan keyin neyroxirurglar tomonidan amalga oshirildi.

220 bemorda shoshilinch holatlarda plevra bo'shlig'ini drenajlash amalga oshirildi. Shoshilinch ko'rsatmalarga ko'ra, 26 bemorda plevra bo'shlig'i drenajlangan.

Shoshilinch torakotomiya 28 bemorga va shoshilinch ko'rsatmalar bo'yicha 26 bemorga o'tkazildi.

Favqulodda ko'rsatmalarga ko'ra o'ng tomonda oldingi-lateral torakotomiya 48 holatda amalga oshirildi: jigar, diafragma, o'pka, qovurg'alararo tomirlarning yopiq kombinatsiyalangan shikastlanishlari bilan va ko'krak qafasining yopiq shikastlanishi bo'lgan 6 bemorda katta gemotoraks va ko'p miqdorda qorin bo'shlig'i qon ketishi bilan. torakofrenolaparotomiya qovurg'a yoyining o'ng qirrali kesishishi bilan bitta kesma bilan amalga oshirildi. Plevral ichi qon ketishi diafragma va o'pkaning yorilishi, qorin bo'shlig'iga qon ketishi esa jigarning yorilishi va pastki kava venaning shikastlanishi natijasida yuzaga keladi. O'ngdagi oldingi-lateral torakotomiya shoshilinch va shoshilinch ko'rsatmalar uchun 39 bemorda amalga oshirildi. Ularning orasida oshqozon (29), ingichka ichak (3), yo'g'on ichak (4), taloq (3) siljishi bilan diafragmaning yorilishi bor edi.

Shuni ta'kidlash kerakki, qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishlarida operatsiyadan keyingi asoratlarning ko'pincha qorin bo'shlig'idan kuzatilgan. Asoratlarning aksariyati, shuningdek, operatsiyadan keyingi davrdagi asoratlarning jigarining keng shikastlanishi, xususan, erishish qiyin bo'lgan segmentlar, o'n ikki barmoqli ichak, oshqozon osti bezining shikastlanishi edi. Taloq shikastlanishi qorin bo'shlig'i qon ketishining eng ko'p uchraydigan sababi bo'lgan - 38,2% va jigar yorilishi bemorlarning 30,8% shoshilinch jarrohlik aralashuviga

sabab bo'lgan.

Intraoperativ qon yo'qotish ma'lumotlarini tahlil qilish jarayonida u quyidagilar natijasida yuzaga keladi: operativ harakatlar tartibini buzish, bu erda asosiy vazifa qon ketishini aniqlash va bartaraf etishdir; ekstraperitoneal gematomalarning etarli darajada tekshirilmaganligi sababli massiv qon ketishining takrorlanishi; katta tomirlarga zarar etkazishda qorin bo'shlig'i jarrohlarining tajribasizligi; massiv qon ketishlarda qon ketishini vaqtincha to'xtatish uchun doka tamponlarini noto'g'ri ishlatish, chunki ko'pincha qattiq o'rash ham faol massiv qon ketishni to'xtatmaydi.

### **Mulohazalar**

Urbanizatsiya, hayot sur'atlarining oshishi, shu jumladan butun dunyoda ham, respublikamizda ham tezyurar transportning keng qo'llanilishi keyingi yillarda jarohatlar xarakteriga ta'sir ko'rsatdi va ular bilan bog'liq jarohatlar ko'payishiga olib keldi. Kombinatsiyalangan jarohatlarning sabablari orasida ko'pchilik mualliflar jarohatlarni yo'l-transport hodisalaridan keyin birinchi o'ringa qo'yishadi va og'ir jarohatlar soni ortib bormoqda, ularning soni muqarrar ravishda oshib bormoqda. Kombinatsiyalangan shikastlanishning har bir o'ziga xos holatida, tizimlarning ko'plab a'zolarining shikastlanishiga qo'shimcha ravishda, markaziy asab tizimi, ko'krak qafasi organlari, qorin bo'shlig'i a'zolari, tos va skeletning dominant shikastlanishlari mavjud. Birgalikda jarohat olgan bemorlarni boshqarish bo'yicha klinik ko'rsatmalar va algoritmlarning faol amalga oshirilishiga qaramay, afsuski, o'lim darajasi ancha yuqori darajada qolmoqda. Masalan, alohida jarohatlarda o'lim darajasi 5 dan 20% gacha, qo'shma va ko'p jarohatlarda esa 52,6 dan 75% gacha (Xubutia M.Sh. va boshqalar, 2011; Khadjibaev A.M. va boshqalar, 2019).

Bizning tadqiqotimiz shikastlangan bemorlarni davolashning retrospektiv va

istiqbolli tahlilini o'z ichiga oladi. Shu bilan birga, retrospektiv tahlilga R.Sh.T.Yo.I.M Samarqand filialida qo'shimcha jarohati bilan kasalxonaga yotqizilgan 208 nafar bemorni diagnostika va davolashda an'anaviy usullardan foydalanilgan. Bemorlarning ushbu guruhi nazorat guruhini tashkil etdi. Istiqbolli tahlilga RRCEM Samarqand filialida qo'shimcha jarohatlar bilan kasalxonaga yotqizilgan 120 nafar bemor kiritilgan bo'lib, ular diagnostika va davolashning takomillashtirilgan usullari bilan davolangan. Ushbu qurbonlar guruhi asosiy guruhni tashkil etdi. Tadqiqotimizning asosiy yangiliklaridan biri bu "Zararni nazorat qilish" kontseptsiyasidan faol foydalanish bo'ldi, bundan tashqari, operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish, qorin bo'shlig'i bosimini oshirish va qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishidan o'limni kamaytirish uchun algoritm ishlab chiqilgan va sinovdan o'tkazildi. qorin bo'shlig'i organlari.

IAP ma'lumotlariga asoslangan davolash va diagnostika taktikasini, bosqichma-bosqich jarrohlik tuzatish tamoyillarini ("Zararni nazorat qilish") joriy etish asoratlarni 28,36% dan 8,77% gacha va o'limni 57,21% dan 36,82% gacha kamaytirishga yordam berdi. qorin bo'shlig'i organlarining estrodiol shikastlanishi bo'lgan bemorlar orasida operatsiyadan keyingi davr.

### **Hulosa**

1. An'anaviy jarrohlik davolashda bemorlarning 27,5% gacha diagnostik xatolar, 31% taktik xatolar va 39% texnik xatolar qayd etilgan. Bemorlarning 17 foizida eksplorativ laparotomiya amalga oshirildi, o'lim darajasi 10-25 foizga etdi. Yuqori o'lim ko'rsatkichlari qorin old devorining jarrohlik yarasini yopiq tikuv bilan bir bosqichda qorin bo'shlig'i a'zolariga mavjud zararni bartaraf etish istagi bilan bog'liq (erta to'liq parvarishlash printsipi).

2. Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishi bo'lgan bemorlarda ultratovush tekshiruvining sezgirligi (gemoperitoneum aniqlanganda) 81,2%, o'ziga xoslik - 100%, aniqlik - 75,2%. Travmatik jarrohlikda eng samarali diagnostika usuli endovideojarrohlik tadqiqotlari edi.



3. "Damage control" tamoyili parenxima va ichi bo'sh a'zolar shikastlangan, qo'shma travma bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik davolashda o'zining yuqori samaradorligini ko'rsatdi. Taklif etilgan algoritmdan foydalanish qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan og'ir travmasi bo'lgan bemorlarda asoratlar darajasini 28,36% dan 8,7% gacha va o'limni 57,21% dan 36,82% gacha kamaytirish imkonini berdi.

4. Jigar va taloq shikastlanganda faol-kutish taktikasi 96,8% hollarda samarali bo'ldi. Terapevtik endovideolaparoskopiya laparotomiyaga muqobil bo'lishi mumkin, bu operatsiyadan keyingi asoratlar va o'lim holatlarini kamaytirishi mumkin.

5. Qorin bo'shlig'i bilan birga keladigan og'ir travma asoratlari orasida ko'pincha travmatik va / yoki gemorragik shok surati rivojlanadi. An'anaviy davolash taktikasi bilan og'rigan bemorlarda operatsiyadan keyingi erta davrda parenximal organlarga zarar yetkazilganda qorin bo'shlig'idagi qon ketish dahshatli asorat edi. Bo'shliq organlarning shikastlanishi peritonit va qorin bo'shlig'idagi xo'ppozlarning rivojlanishi uchun xavf omilidir.

### **Amaliy tavsiyalar**

1. Qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan shikastlanishini jarrohlik davolash natijalari jarohatlarning og'irligiga, birinchi tibbiy yordam ko'rsatish muddati va sifatiga, kasalxonaga yotqizish va jarrohlik aralashuvlar muddatiga, mutaxassislarning malakasi darajasiga va tibbiy yordamga bog'liq. yagona davolash strategiyasi. Hayot uchun eng xavfli dominant zararni aniqlash, shoshilinch tibbiy yordam bo'limida mavjud bo'lgan har bir zararining zo'ravonligi va zarba potentsialini baholash ilg'or zarba terapiyasi bilan davolash va diagnostika dasturini to'g'ri tuzishga imkon beradi.

2. Qorin bo'shlig'i ichidagi doimiy gipertenziya uchun mavjud intensiv terapiya usullarining asosiy maqsadi qorin bo'shlig'i tarkibidagi hajmni kamaytirishdir. Davolash usullarini tanlash bemorning og'irligiga bog'liq. Qorin

bo'shlig'ida bosim ko'tarilgan hollarda (18-20 mm Hg gacha) oshqozon tarkibini olib tashlash, ho'qnalar, ichak intubatsiyasi, diuretiklar, pararenal novokainni qo'llash shaklida konservativ dekompressiya choralarini faol o'tkazish kerak. blokada. Qorin bo'shlig'i bosimining 20 mm Hg dan yuqori uzoq muddatli o'sishi bilan. Art. relaparotomiya yoki (laparotomiya) qilish kerak, bu aralashuvlar qanchalik erta amalga oshirilsa, asoratlar va o'lim darajasi past bo'ladi.

3. AIS, IIS, SOFA, APACHI II, Glasgow shkalasi va Algover indeksi operatsiyadan oldingi, intra- va keyingi davrlarda jabrlanganlarning ahvolini dinamik kuzatish va estrodiol travmada oqibatlarni bashorat qilish uchun qo'llanilishi kerak. qorin bo'shlig'i organlaridan.

4. Zamonaviy tadqiqot usullari, ultratovush, KT va ayniqsa, endovideolaparoskopiya shok bosqichlaridan qat'i nazar, qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishini o'z vaqtida va yuqori ishonchlilik bilan (99%) aniqlashga imkon beradi va har to'rtinchi jabrlanuvchiga endosurgiya operatsiyasini o'tkazish mumkin. aralashuv.

## ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Повреждения живота при сочетанной травме// М.: Медицина, 2011, 156 с.
2. Абакумов М.М., Смоляр А.Н., Ткешелашвили Т.Т. Диагностика и лечение одновременных ранений груди и живота //Хирургия. – 2011. –№ 1. – С. 4 – 8.
3. Абакумов М.М., Богопольский П.М. Damagescontrol: что нового? //Хирургия. – 2016. – № 11. – С. 59 – 62.
4. Азизов М.Ж. Состояние и пути профилактики дорожно-транспортного травматизма в Республике Узбекистан // Вестник экстренной медицины. – 2016. - №2. – с. 7.
5. 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
6. Александров В.В., Маскин С.С., Иголкина Л.А. и др. Перспективы использования локального криогемостаза при травмах печени и селезенки // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - № 7. -С. 45-51.
7. Алтыев Б.К., Жабборов Ж.И. Диагностика и лечение больных с синдромом внутрибрюшной гипертензии в ургентной хирургии// Хирургия Узбекистана – 2018. 3. –с.5-6.
8. Альперович Б.И. Хирургия печени: практическое руководство / Б.И. Альперович. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с.
9. Аминов У.Х., Ахтамов Ж.А., Карабаев Х.К. и др. К диагностике и лечению торакоабдоминальных ранений //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии». Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2011. – С. 7-8.
10. Андреев А.Л., Глобин А.В., Проценко А.В. Первый опыт лапароскопической хирургии осложненных посттравматических и параэзофагеальных грыж //Вестник хирургии. – 2019. – №3. – С. 126.

11. Антонов В.А., Багдасарова Е.А., Абагян А.Э. Роль лапароскопии в диагностике и лечении торакоабдоминальных ранений //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии» Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2011. – С. 8 – 9.

12. Апацин К.А., Зайцев А.П., Новожилов А.В. и др. Мониторинг травматизма: торакоабдоминальные повреждения //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии» Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2011. – С. 9.

13. Аскерханов Г.Р., Мурачуев А.М., Тупчиев С.Б. др. Хирургия торакоабдоминальных ранений //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии» Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2011. – С. 9 – 10.

14. Багдасарова Е.А., Агабян А.Э., Тавадов А.В. Профилактика и осложнений после сочетанных торакоабдоминальных ранений //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии». Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2011. – С. 10

15. Багненко С.Ф., Шапот Ю.Б., Лапшин В.Н. и др. Принципы и содержание медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми травмами // Скорая помощь. – 2011. – №1. – С. 25-33.

16. Багненко С.Ф., Селезнев С.Ф., Шапот Ю.Б. Теоретические предпосылки и рациональные приемы прогнозирования течения и исходов шокогенных травм // Интегральная оценка и прогнозирование экстренной медицине / Мат.научн.конф.,посвященной70-летию проф. Ю.Н.Цибина - СПб, 2016. – С. 11-17.

17. Багненко С.Ф., Чикин А.Е. Основные принципы организации оказания помощи пострадавшим с ранениями и повреждениями печени и поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. - 2016. - №4. - С. 96-101.

18. Багненко С.Ф., Тулупов А.Н., Балабанова О.В. Видеоторакоскопия при ранениях и закрытых травмах груди //Научная конференция с

международным участием, посвященная 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова. СПб. ВМА им С.М. Кирова. – 2016. – С. 114.

19. Базаев А.В., Алейников А.В., Королев С.К. и др. Повреждения печени и селезенки у пострадавших с сочетанной автодорожной травмой // Избранные вопросы лечения травмы груди и живота. - 2014. - №1. - С. 17-19.

20. Белобородов В.А., Чихачев Е.А., Калинина М.Г. Диагностика и лечение травмы печени в условиях мирного времени // Сибирское медицинское обозрение: ежеквартальный медицинский журнал. - 2016. - № 1. - С. 38-42.

21. Белобородов А.А., Белобородов В.А., Чихачев Е.А. Травма печени мирного времени // Сибирский медицинский журнал. - 2016. - №4. - С. 45-48.

22. Бокарев М.И., Нестерова Е.А., Варданян А.В. Два варианта хирургической тактики у больных острым панкреатитом тяжелого течения // Клинический опыт двадцатки. - 2013. - Т. 4. - №4. - С. 18-23.

23. Бордаков В.Н., Доронин М.В., Чуманевич О.А. Анализ различных методов гемостаза при кровотечении из печени в эксперименте // Трансфузиология. - 2016. - № 1. - С. 16.

24. Борисов А.Е., Митин С.Е., Кокунцыков С.М. Использование эндовидеохирургии в диагностике и лечении проникающих ранений живота //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии». Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2011. – С. 11 – 12.

25. Борисов А.Е. Эндовидеоскопические и рентгенохирургические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства. В 2-х книгах, книга 2 СПб: "Скифия-принт", 2011. -400 С.

26. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Мухуддинов Н.Д. и др. Диагностика и хирургическое лечение изолированных и сочетанных травматических повреждений печени // Вестник хирургии. - 2011. - № 4. - С. 35-39.

27. Валиев Э.Ю. Некоторые положения использования медицинских терминов при механических повреждениях // Вестник экстренной медицины. – 2016. - №2. – с. 8-9.

28. Валиев Э.Ю. Опыт оказания специализированной помощи больным с политравмой в условиях РНЦЭМП // В сб. «Современная военно-полевая хирургия и хирургия повреждений». Санкт-Петербург, 2011. – с. 67-68.

29. Васильев А.Ю., Малый А.Ю., Серов Н. С. Анализ данных методов исследования на основе принципов доказательной медицины / ГЭОТАР-Медиа 2016.; 32.

30. Владимирова, Е.С., Абакумов М.М., Черная Н.Р. и др. Диагностика и лечение посттравматических объемных образований печени // Анналы хирургической гепатологии. - 2016. - № 1. - С. 37-42.

31. Владимирова Е.С., Дубров Э.Я., Смоляр А.Н. и др. Диагностика и выбор лечебной тактики при закрытой травме живота // Радиология-практика. - 2016. - №4. - С. 49-62.

32. Владимирова Е.С., Дубров Э.Я., Черная Н.Р. и др. Минимально инвазивные вмешательства в лечении посттравматических очаговых образований печени // Анналы хирургической гепатологии. - 2012. - №1. - С. 60-65.

33. Войновский Е.А., Васильев А.Ю., Войновский А.Е. Огнестрельные торакоабдоминальные ранения с повреждением поджелудочной железы //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии». Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2011. – С. 15

34. Войновский Е.А., Колтович П.И., Курдо С.А., Колтович А.П., Войновский А.Е. Особенности хирургической тактики «damagecontrol» при тяжелой травме живота //Хирургия. – 2011. – С. 55 – 59.

35. Воскресенский О.В., Жестков К.Г., Абакумов М.М., Гуляев А.А. Видеоторакоскопия в лечении пострадавших с проникающими ранениями груди //Хирургия. – 2011. – № 1. – С. 22 – 28.

36. Габдулхаков Р.М., Галлеев Ф.С. Мустафин Х.М. Прогнозирование выживаемости при сочетанной травме // Тез.докл. X съезда Федерации анестезиол. и реаниматол. – СПб, 2011 . – С.94.

37. Гаин Ю.М. Александрова О.С. Экспериментальная оценка эффективности использования нового местного гемостатического средства на основе неорганических солей при травме печени и селезенки // Новости хирургии. - 2016. - № 4. - С. 12-22.

38. Гальперин И.И. Руководство по хирургии печени: практическое руководство. - М.: Медицина, 2016. - 234 с.

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

40. Гельфанд Б.Р., Проценко Д.Н., Игнатенко О.В., Ярошецкий А.И. Синдром интраабдоминальной гипертензии (Обзор литературы) // Consiliummedicum, 2011. - 7 (1).

41. Гельфанд Б.Р., Проценко Д.Н., Игнатенко О.В. и др. Синдром интраабдоминальной гипертензии у хирургических больных: состояние проблемы в 2011 // Инфекции в хирургии. - Т.5. - 2011. - №3. - С. 20-29.

42. Гольбрайх В.А., Маскин С.С., БобыринА.В. Острые перфоративные язвы тонкой кишки у больных с распространенным гнойным перитонитом // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2012. - №1. - С. 51-53.

43. Гранов Д.А., Жеребцов Ф.К., Осовских В.В. и др. Опыт трансплантации печени в Санкт-Петербурге // Вестник трансплантологии и искусственных органов. - 2015. - № 2. - С. 16-17.

44. Грубник Ю.В., Кравченко А.И., Плотников А.В. и др. Миниинвазивные операции в лечении больных с тяжелой сочетанной травмой с повреждением печени // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2012. - №3. - С. 338-340.

45. Губайдуллин Р.Р. Нарушения в системе транспорта кислорода и пути их коррекции у больных с внутрибрюшной гипертензией // Дис...д-ра мед.наук. - М., 2011.

46. Гуманенко Е.К., Бояринцев В.В., Гаврилин С.В. Тактика «DAMAGE CONTROL» при боевых повреждениях живота //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии». Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2011. – С. 16.

47. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 672 с.

48. Гусейнов А.З., Карапыш Д.В., Петушков Л.Л. Особенности диагностики и лечения посттравматической гемобилии // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2012. - №4. - С. 131-135.

49. Даминова М.У., Буранов Ф.Ё., Уразимбетов И.Р. Современный взгляд на инфузионную терапию пациентов с сочетанными травмами // Вестник экстренной медицины. – 2013. - №3. – с. 72-73.

50. Доброквашин С.В., Волков Д.Е., Измайлов А.Г. Диагностика повреждений органов брюшной полости при «низких» колото-резанных ранениях грудной клетки //Материалы второго съезда хирургов Южного федерального округа. Пятигорск. – 2019. – С. 47

51. Дубровина И.А. Частная характеристика механизмов и морфологии повреждений печени при тупой травме живота // Медицинская экспертиза и право. - 2012. - №6. - С.5-10.

52. Евдокимов Е.А. Неотложная медицина как основа совершенствования оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях // Тез докл. межд. форума «Неотложная медицина в мегаполисе». – М.:ГЕОС, 2011. – С. 78-80.

53. Ермолаева Н.К., Шварцман И.М., Таджиева А.Р. и др. Эхосемиотика и информативность УЗИ при закрытых повреждениях органов живота // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. - Волгоград, 2011. - С. 597.



54. Ермолов А.С., Попова Т.С., Пахомова Г.В., Утешев Н.С.. Синдром кишечной недостаточности в неотложной абдоминальной хирургии (от теории к практике). – М.: «МедЭкспертПресс», 2011. – 460 с.
55. Ермолов А.С., Хубутия М.Ш., Абакумов М.М. Абдоминальная травма: руководство для врачей. - М.:Видар, 2015. - 504 с.
56. Ермолова И.В., Абакумов М.М., Погодина А.Н. и др. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы при закрытой травме //Конгресс московских хирургов: Тез.докл. – М., 2011.– С.174.
57. Замятин П.Н., Бойко В.В., Тарабан И.А. и др. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения повреждений печени // Харьковская хирургическая школа. - 2014. - №6. - С. 94-101.
58. Заруцкий Я.Л., Трутяк И.Р., Рыбачук В.И. и др. Роль и место лапароскопии в диагностике и лечении закрытой сочетанной абдоминальной травмы // Хирургия Украины. - 2011. - № 2. - С. 36-39.
59. Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И., Бердибаев Д.К. Лечебная тактика при сочетанной торакоабдоминальной травме //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии». Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2011. – С. 19 – 20.
60. Ибадильдин А.С., Кравцов В.И. Диагностика и хирургическая тактика при изолированной и сочетанной травме печени // Практическая медицина. - 2013. - №2. - С. 49-51.
61. Икрамов А.И., Хаджибаев А.М. Организация экстренной медицинской помощи травматологическим больным в Республике Узбекистан // Вестник экстренной медицины. – 2015. - №2. – с. 6.
62. Интенсивная терапия. Под ред. Академика РАН Б.Р. Гельфанда, проф. И.Б. Заболотских. 2<sup>е</sup> издание, переработанное и дополненное. Издат. Группа «ГЭОТАР - Медиа», 2019.-с.643-650.
63. Казаков В.А., Апарцин К.А. Внутрибрюшная гипертензия у больных с острой хирургической патологией и сочетанной травмой живота / В сб.

«Травмы мирного и военного времени». Москва-Краснодар-Анапа, 2011. – с. 27.

64. Карашуров Е.С., Островский А.Г., Ванюков А.В. и др. Методы исследования и результаты лечения с иммунокоррекцией больных с экстренной абдоминальной патологией // Аллергология и иммунология. - 2012. - №2. - С. 180-186.

65. Ким В.Л., Хакимов М.Ш. Количественные клинические системы оценки тяжести состояния больных (обзор литературы) // Вестник врача общей практики. – 2011. - №1(33). – с. 65-70.

66. Короткевич И.А., Семкичев В.А. Оценка тяжести больных, находящихся в критических состояниях, в условиях догоспитального этапа и приемного отделения многопрофильного стационара // Тез.докл. Всеросс. съезда анестезиол.-реаниматол. М. – 2016. – С.245-246.

67. Кузьмин А.Я. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии при тяжелой сочетанной травме груди, сопровождающейся ушибом сердца // В сб. «Современная военно-полевая хирургия и хирургия повреждений». Санкт-Петербург, 2011. – с. 112.

68. Маскин С.С., Ермолаева Н.К., Шварцман И.Н., Пароваткин И.М. Ультразвуковая диагностика повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства при сочетанных травмах //Материалы научно-практической конференции хирургов Российской Федерации «Сложные и нерешенные вопросы диагностики и лечения острого аппендицита, острой кишечной непроходимости и сочетанной травмы». СПб. – 2014. – С. 177.

69. Матевосян Э., Маак М., Сапко Г.В. и др. Тупая травма живота с повреждением печени - от попыток селективной консервативной терапии к трансплантации печени // Новости хирургии. - 2012. - №1. - С. 115-119.

70. Морозова Т.Е., Андрущишина Т.Б., Балакини Е.И. др. Эффективность различных режимов применения октреотида с целью профилактики развития острого послеоперационного панкреатита // Вестник

Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. - 2013. - №4. - С. 66-72.

71. Мустафакулов И.Б., Тиляков А.Б., Карабаев Х.К. и др. Закрытая сочетанная травма живота. Мет.рекомендации. Самарканд – 2019. – 85 с.

72. Нажмиддинов Л.М., Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М. и др. Современные подходы к хирургической тактике при травме живота // Вестник экстренной медицины. – 2013. - №3. – с. 124.

73. Назаров Х.Н., Назаров Ф.Н. Диагностика и лечение абдоминальных повреждений при сочетанных травмах // Здравоохранение Таджикистана. - 2013. - №4. - С. 57-61.

74. Нишонов Х.Т., Турдиев Б.Т. Новый подход к классификации течения раневого процесса // Вестник врача общей практики. – 2011. - №1 (33). – с. 81-83.

75. Одишелашвили Г.Д., Кутуков В.Е., Поликарпов А.В. Хирургическое лечение повреждений печени при торакоабдоминальных ранениях //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии». Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2012. – С. 26.

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

77. Пархисенко Ю.А., Лозинский А.В., Солод Н.В., Булынин В.В. Тактика лечения торакоабдоминальных ранений //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии». Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2015. – С. 27.

78. Пиголкин Ю.И., Дубровина И.А., Дубровин И.А. и др. Судебно-медицинская классификация повреждений печени при тупой травме живота // Судебно-медицинская экспертиза. - 2012. - № 5. - С. 8-10.

79. Рахмонов Ш.Д., Даминова Н.М., Махмадов Ф.И. и др. Диагностика и лечение внутрибрюшных кровотечений при травмах печени // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. - 2013. -№10. - С. 843-848.

80. Русачков А.Н., Проничев В.В., Матвеев А.А. Прогнозированное течение послеоперационного периода у больных с торакоабдоминальными ранениями //Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии». Сборник трудов. Ростов-на-Дону. – 2011. – С. 31 – 32.

81. Сингаевский А.Б., Ялда К.Д., Данилов А.М. Клинико-морфологические особенности ранений поясничной области // Сборник статей международной научно-практической конференции. - Уфа: АЭТЕРНА, 2014. - С 28-52.

82. Ситников В.Н. Черкасов М. Ф. Литвинов Б. И. Саркисян В. А. Турбин М. В. Видеоэндохирургическая диагностика и лечение повреждений живота при сочетанной травме // Хирургия. 2016. - №7.- С.45-49.

83. Соколов В.А. Damage-control – современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой // Вестник травматологии и ортопедии, 2015; 1: 81-84.

84. Тимербулатов, В.М., ФаязовР.Р., Тимербулатов Ш.В. и др. Хирургическая тактика при травматических повреждениях печени с позиций современных технологий (клинико-экспериментальное исследование) // Медицинский вестник Башкортостана. - 2012. - №6. -С. 64-69.

85. Тимербулатов В.М., ХаликовА.А., Тимербулатов Ш.В. и др. Диагностика внутриорганных гематом печени и селезенки при закрытых травмах живота // Медицинский вестник Башкортостана. - 2013. - №1. - С. 67-72.

86. Тулупов А.Н. Сочетанная механическая травма: руководство для врачей // под.ред. А.Н. Тулупова. - СПб.: Изд. 000 «Стикс», 2012. - 393 с.

87. Тулупов А.Н., Афончиков В.С., Чикин А.Е. и др. Организация оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой в травмоцентрах Санкт-Петербурга // Скорая медицинская помощь. - 2014. - №1. - С. 67-71.

88. Тулупов А.Н., Афончиков В.С., Чикин А.Е. и др. Организация оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в травмоцентрах Санкт-Петербурга // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. -2014. - № 1. - С. 98 - 103.

89. Тулупов А.Н., Синенченко Г.И., Луфт В.М. и др. Ранние энтеральные инфузии в комплексном лечении тяжелой сочетанной травмы груди // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. - 2014. - № 5. - С. 48-53.

90. Тулупов А.Н. Тяжелая сочетанная травма. СПб: Изд-во ООО «РА «Русский Ювелир» – 2015. – 314 с.

91. Хаджибаев А.М., Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К. и др. Активно-выжидательная тактика при лечении повреждений печени и селезенки при сочетанной травме живота // Материалы Всероссийской научной конференции «Современная военно-полевая хирургия и хирургия повреждений» с международным участием. 13-14 октября 2011 г. Санкт-Петербург. – с.173-174.

92. Хаджибаев А.М., Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К. и др. Наш опыт диагностики и лечения торакоабдоминальных ранений // Материалы Всероссийской научной конференции «Современная военно-полевая хирургия и хирургия повреждений» с международным участием. 13-14 октября 2011 г. Санкт-Петербург. – с.174-175.

93. Хаджибаев А.М., Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К. и др. Выбор лечебно-диагностической тактики при закрытой сочетанной абдоминальной травме // Материалы Всероссийской научной конференции «Современная военно-полевая хирургия и хирургия повреждений» с международным участием. 13-14 октября 2011 г. Санкт-Петербург. – с. 175.

94. Хаджибаев А.М., Карабаев Х.К., Ахмедов Ю.М., и др. Эффективность «Damagecontrol surgery» как метод гемостаза при тяжелых повреждениях печени // Материалы Всероссийской научной конференции «Современная военно-полевая хирургия и хирургия повреждений» с международным участием. 13-14 октября 2011 г. Санкт-Петербург. – с. 178.

95. Хаджибаев А, М., Мустафакулов И.Б. Современное состояние и нерешенные проблемные вопросы диагностики и тактики лечения тяжелых повреждений живота при сочетанной травме // Журнал «Вестник экстренной медицины», 2011. - №4. – С. 77-81.

96. Хаджибаев А, М., Мустафакулов И.Б. Интегральные системы оценки тяжести состояния пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота // Журнал «Вестник экстренной медицины», 2012. - №2. – С. 73-78.

97. Хаджибаев А.М., Мустафакулов И.Б., Мавлянов Ф.Ш. Наш опыт хирургического лечения повреждений желудка при сочетанной травме // Клінічнаанатомія та оперативна хірургія – Т. 15, № 1(55) – 2016.С. – 71-73.