

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

XUSHVAQT UMEDOV ALISHEROVICH

JIGAR VA TALOQNING MINIINVAZIV DIAGNOSTIKA VA
DAVOLASH

(MONOGRAFIYA)

Samarqand – 2026

Tuzuvchi:

Umedov X.A. – Samarqand DMU 2-xirurgik kasalliklar davolash fakulteti
kafedrası PhD ., v.b dotsent.

Retsenzentlar:

Shonazarov I.Sh. - SamDTU DKTF Xirurgiya endoskopiya va
anestiziologiya - reanimatologiya kafedrası mudiri ., t.f.d., dotsent.

Abduraxmonov M.M. - Buxoro davlat tibbiyot instituti DSc, professor.

Monografiyada qorin bushlaig'I azolari Ichida eng xavfli jigar va taloq shikastlari hisoblanib uni tez erta va aniq tashxislash, kam invaziv usulda davolashda bilan bog'liq asosiy nazariy masalalar keltirib o'tilgan. Hozirgi kunda o'lim sabablari ichida shikastlanishlar ahamiyatiga ko'ra to'rtinchi o'rinni egallab, yoshlar orasida esa o'limning birinchi sababi bo'lib hisoblanadi. Yosh shoshilinch xirurgiyga qadam bosgan yosh xirurglarimizga kelasi amaliyotlarida kerakliy ilmiy isbotlangan.

MUNDARIJA

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

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

ShARTLI QISQARMALAR

AB	–	Arterial bosim
ALAT	–	Alaninaminotransferaza
ASAT	–	Aspartataminotransferaza
AFS	–	Anatomo-funksional sohalar
DL	–	Diagnostic laparoskopiya
O'IBI	–	O'n ikki barmoq ichak
YTH	–	Yo'l transport hodisalari
JKK	–	Oshqozon-ichakdan qon ketish
QYoT	–	Qorin yopiq travmasi
KT	–	Kompyuter tomografiya
O'NE	–	O'tkir nafas etishmovchiligi
O'YuQTE	–	O'tkir yurak va qon-tomirlar etishmovchiligi
AQH	–	Aylanayotgan qon hajmi
OQT	–	Og'ir qo'shma travma

KIRISH

Mavzusining dolzarbligi. Yopiq qorin travmasida jigarni va taloqni shikastlanish jadalligi 11.8% - 45,8%, boshqa qo'shma shokogen jarayonda esa bu ko'rsatgich 47,6% tashkil etadi. Yopiq qorin travmasida ichida taloqning shikastlanishi esa 16.7-29.8 % tashkil qiladi, qo'shma jarohatlarda bu ko'rsatgichlar 42.9% ga bormoqda. Oxirgi 10 yillik ichida travmatizm prosessi o'zgarishlarning xarakterli sifasida shikastlanishlarning eng og'irlik darajasini ortib borishi bilan xarakterlanib, ko'pchilik holatlarda qo'shma va ko'plab travmalar hisobiga ko'payib ularning uchrash jadalligi 57,0-82,0% tashkil etadi. Ushbu mezon ko'rsatgichidagi shikastlanishlar yuqori letallik va ijtimoiy (nogironlik) bilan xarakterlanib qolmoqda, mos ravishda 52,8% va 75,7% tashkil qiladi. Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishlarini ko'payishi ushbu patologiyada diagnostika va davolash usullarini optimallashtirishni talab qiladi. Shu munosabat bilan, bu muammoni o'rganishga bo'lgan talab o'zining dolzarbligini davom ettirmoqda.

Xozirgi vaqtlarda texnika-ilmiy sivilizatsiya urbanizatsiyaga tayangan holda texnikalar sonining ko'payib ketishi natijasida travmatik pandemiyaning paydo bo'lishiga sabab bo'lmoqda. Butun sog'liqni saqlash tashkiloti ekspertlarining bergan dastlabki ma'lumotlariga qaraganda «...mexanik ya'ni avto atravma jarohatlardan letalik barcha letalliklar orasida 3 o'ringa keldi va jismonan baquvat yoshda ya'ni 35-40 yoshgacha vafot etganlar orasida dastlabki o'ringa chiqadi, o'smirlar va yoshlar orasida esa bu ko'rsatgichlar 82.6% tashkil qilmoqda»¹. Og'ir qo'shma travmalarda qorin bo'shlig'i ichki a'zolarining shikastlanishlari 32.9,0% jarohat olgan bemorlar uchraydi. Bunday travmalar, ichki a'zolar shikastlanishlarining axvolining og'irligi va diagnostikaning qiyinligi ufayli turli ilmiy xodimlarning nazariga ko'ra 26,8% dan 66,8% gacha yuqori javhalarda asoratlar va letalikning eng yuqori darajasi bilan xarakterlanib bormoqda. Butun dunyo miqiyosida ko'plab tadqiqotchilar fikriga ko'ra, qorin

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

bo'shlig'i shikastlanishlari 17,6% dan 34,8% gachasini tashkil etadi, ammo ularning uchrash javhalar va og'irligi ortib borishda davom etmoqda. Ma'lumotlarga ko'ra, qorin bo'shlig'i yakka a'zosining travmasida o'lim 5,1% dan 20,4% ni, qo'shma travmada esa 18,3% dan 64,0% ni tashkil etadi. Parenximatoz a'zolar shikastlanishlarini davolash natijalarini yaxshilashni istiqbolli yo'nalishi miniinvaziv xirurgiya (endovideoxirurgiya) bo'lib, u kam travmatik, topografik va anatomik jihatdan murakkab xududlarni aniq tasaffur qilish bilan birga katta spektrdagi jarrohlik usullarini bajarish imkoniyatini beradi.

I BOB.

JIGAR VA TALOQ SHIKASTLANISHLARINING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHDA ZAMON QARASHLAR

(Adabiyotlar sharhi)

1.1-§. Qorin yopiq travmasining epidemiologiyasi

Tinchlik davrida qorin jarohati hisobiga 1,5 dan 36,5% gacha travmalar to'ri keladi, ammo ularning uchrash sur'ati va og'irligining ortib borish davomiyligi kuzatilmoqda [92; 464-468 p. 87; 1-8 bandlar] ga ko'ra, qo'shma og'ir travmalarda qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlari deyarli 30% jabrlanganlarda uchraydi. Ushbu travma parenximatoz a'zolar shikastlanishlarining og'irligi va diagnostikasining murakkabligi sababli asoratlari va o'limning yuqori sur'ati bilan xarakterlanadi va bu ayrim mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra 25% dan 65% gacha uchraydi. [124; 1-6 p].

So'nggi yillarda butun dunyo bo'ylab travmatizmning barqaror o'sishi kuzatilmoqda. Texnogen va tabiiy ofatlar, mahalliy harbiy to'qnashuvlar, transport va ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisalar travmaning birinchi soat va kunidayoq barcha jarohatlarning 50-60% inson tanasi a'zolari va tizimlarining qo'shma va ko'p sonli shikastlanishlari natijasida yuqori sanitar yo'qotishlarga sabab bo'lmoqda [2; 30-34 b. 76; 609-631 p. 82; p.136-146. 85; 15-24 p. 120; 169-189 p].

Muammoning dolzarbligi, mualliflar fikricha [52; 16-20 b. 62; 37-41 b] qorin qo'shma travmasi o'sishining davom etishi bilan birga asoratlarning ko'pligi (45,7-69,9%) va o'limning yuqori sur'ati (16,2- 69,5%) bilan bog'liq bo'lib, parenximatoz a'zolar shikastlanishlarida umum qabul qilingan ratsional taktikaning yo'qligi bilan bog'liq [107; 31-34 p. 131; 598-602 p. 132; 193-200 p.].

Jigar va taloqning shikastlanishlarida qorin bo'shlig'iga massiv qon ketish shok klinikasi bilan rivojlanganda eng asosiy muammo qorin qo'shma yopiq travmasining diagnostikasi va davolash hisoblanadi [93; 1-14 p].

Patologiyani ushbu holatida statsionar o'lim 17,3% dan 72,7% gacha etishi mumkin [12; 118-122 b. 100; 1-16 p].

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

Qorin a'zolari yopiq travmasida taloqning shikastlanishi 15.8-29.7% ni kursatadi [17; 200-203 b.].

Qorin qo'shma yopiq travmasi shokning klinik kechishi bilan birga kuzatilganda, uning diagnostikasi va davolash yanada muhim muammo hisoblanadi. Patologiyani ushbu variantida o'lim 17,3 dan 72,7% gachani tashkil etadi [5; 6-14 b. 114; 288-293 p.].

Ayrim halda uchraydigan travmalar natijasida (letallik) ya'ni o'lim ko'ratgichi 79,8-79,8% gachani tashkil etadi [33; 85-91 b. 61; 89-95 p.]. Jabrlanganlarda bosh miya travmasi (BMT), o'pka travmalari va yurak lati qo'shma jarohatlarida o'lim darajasi 100% gacha etadi [43; 29-38 b.]. [109, 668-670 bandlari] ma'lumotlariga ko'ra, statsionar davolanishda bo'lgan barcha jabrlanganlarda politravma 9-15% holatlarda qayd etilgan, qolganlarda esa – ichki a'zolarning turli xil shikastlanish-lari, ko'pincha bosh miyaning qo'l-oyoq suyaklarining sinishi bilan birgalikdagi travmalari kuzatilgan [3; 45-51 b.].

Og'ir qo'shma travma (OQT) – bu nafaqat xirurgik, anesteziologik-reanimatsion, balkim ijtimoiy muammodir [121; 16-18 p].

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

Travmadan o'lim qo'yidagi strukturaga ega: holatlarning yarmida o'lim darhol, 30% holatlarda esa travmadan keyin bir necha soatlar ichida sodir bo'ladi. Bunda 80% jabrlanganlar statsionargacha bo'lgan bosqichda vafot etadi. Ayrim travmalar payti o'lim darajasi 70-80% gacha etadi [33; 84-90 b. 60; 89-95 p.]. Jabrlanganlarda bosh miya travmasi (BMT), o'pka travmalari va yurak lati qo'shma jarohatlarida o'lim darajasi 100% gacha etadi [43; 29-38 b.]. [109,

668-670 bandlari] ma'lumotlariga ko'ra, statsionar davolanishda bo'lgan barcha jabrlanganlarda politravma 9-15% holatlarda qayd etilgan, qolganlarda esa – ichki a'zolarining turli xil shikastlanish-lari, ko'pincha bosh miyaning qo'l-oyoq suyaklarining sinishi bilan birgalikdagi travmalari kuzatilgan [3; 45-51 b.].

Ko'pchilik mualliflar travmani diagnostikasi va davolashda turli xarakterdagi xatoliklar uchrashini qayd etgan. Materiallarga ko'ra [57; 42-44 b. 60; 89-95 b. 61; 18-22 b.], o'limga sabab bo'luvchi shikastlanishlarni bemorlarda kech aniqlash 12,9%, uning kech diagnostikasi esa 3,4% tashkil etgan [7; 347-356 b.14; 16-18 b.].

Adabiyotlarda keltirilgan ilmiy va amaliy ma'lumotlarda, ichki a'zolarining boshqa shikastlanishlari orasida ayniqsa jigar shikastlanishining xarakteri 12,6% dan 54,7% gachasini tashkil etmoqda, aziyat chekanlarning uchdan biridan yani 3/1dan ko'prog'ida esa qo'shma va ko'p sonli shikaslanishlar kuzatilgan [4; 44 b. 19; 47-51 b. 73; 517-520 p].

Ayrim haldagi travmalar vaqti (letallik) ya'ni o'lim ko'rsatgichi statistika ko'rsatgichidan ancha yoqorilab bormoqda ya'ni 70-80% gacha etadi [34; 83-90 b. 62; 89-95 p.]. Jabrlanganlarda bosh miya travmasi (BMT), o'pka travmalari va yurak lati qo'shma jarohatlarida o'lim darajasi 100% gacha etadi [43; 29-38 b.]. [109, 668-670 bandlari] ma'lumotlariga ko'ra, statsionar davolanishda bo'lgan barcha jabrlanganlarda politravma 9-15% holatlarda qayd etilgan, qolganlarda esa – ichki a'zolarining turli xil shikastlanish-lari, ko'pincha bosh miyaning qo'l-oyoq suyaklarining sinishi bilan birgalikdagi travmalari kuzatilgan [3; 45-51 b.].

1.2-§. Jigar yopiq shikastlanishini diagnostikasi va davolash

Oxirgi yillarda jigar shikastlanishini diagnostikasi uchun ultra- tovushli tekshirish usuli tobora keng qo'llanila boshlandi. Ayrim mualliflar ushbu tekshirish usuli imkoniyatlarini boshqa instrumental tekshirishlar aniqligi bilan taqqoslanadigan usul ekanligini targ'ibot qilishmoqda [41; 243-246 b. 63; 23-28 p.]. Boshqalar esa, aksincha,– biroz ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lishib,

exografiya instrumental usullarni «oʻrnini bosa olmaydi» deb hisolashishadi [106; 52-57 p. 112; 901-906 p.]. Bunday nashrlar soni, ayniqsa mahalliy adabiyotlarda ancha kam, ular asosan qoʻshma travma bilan shugʻullanadigan ixtisoslashtirilgan boʻlimlar maʼlumotlaridir [8; 31-35 b. 32; 116-124 b. 79; 193-196 p.]. Shubha boʻlgan holatlarda, juda toʻgʻri taʼkidlanganidek [16; 58-60 b. 44; 93-98 b.] - «laparotomiyaga koʻrsatmalarni kengaytirish kerak, chunki kutishning har bir soati salbiy oqibatlarining ehtimolini oshiradi».

Taloq shikastlanishida oʻlim yuqoriligicha qolmoqda, u 10-25% tashkil etadi. Oʻlinga olib keladigan bevosita sabablaridan birinchi oʻringa aʼzo butunligini aniqlashdagi diagnostik murakkabliklar, buning oqibatida esa – koʻp qon yoʻqotilishi sababli qaytarib boʻlmas jarayonlarning rivojlanishi kiradi. Abdominal shikastlanishlarni aniqlash obʼektiv qiyinchiliklar bilan bogʻliq. Koʻpincha bosh suyagi travmasi, umurtqa pogʻonasi, tos suyagi, pastki qovurgʻalar sinishi va b.q. koʻpchilik hollarda «oʻtkir qorin» yoki chuqur koma klinikasini taqlid qilishi mumkin, alkogoldan mastlik holatlari esa qorin boʻshligʻi aʼzolarining shikastlanishi klinikasini aniqlashni yanada murakkablashtirishga sabab boʻladi [100; 1-16 p. 114; 288-293 p.]. Patsient shikoyati va anamneziga asosiy eʼtibor qaratiladigan anʼanaviy diagnostika usullari koʻp sonli travmalar payti ilojisiz boʻlib qoladi. Fizikal tekshiruvlar ham kam maʼlumotga ega boʻladi. Qorin boʻshligʻini paypaslaganda ogʻriq, ichak peristaltikasi tovushlarining yoʻqligi, qorin old devori mushaklarining taranglashuvi, qorinning pastki sohalarida toʻmtoqlik aniqlanishi, «jigar toʻmtoqligi» ning yoʻqolishi, Shetkin-Blyumberg belgisining aniqlanishi kabi muhim belgilar qorin yopiq travmasida 100% aniqlikga ega emas [47; 137-140 b. 50; 174 b. 54; 34-38 b.].

Jigar shikastlanishini davolash asosan xirurgik hisoblanadi. Operativ aralashuvining koʻpligi va ogʻirligi shikastlanishning asosan xarakteri, mexanizmi travma olingandan soʻng oʻtgan oraliq vaqt, jabrlanuvchining yoshi, qoʻshma shikastlanishlarning borligi va xirurgning malaka darajasini sifatiga bogʻliqdir. [50; 174 b. 55; 43-48 b. 57; 42-44 b.].

So'nggi oxirgi 10 yilliklarda laparoskopik endovideosirurgiyaning taraqqiyoti natijasida travma natijasida jigarning mayda jarohatlarida qorin bo'shlig'ini reviziya tozalash va biologik elim (gemostatik) va boshqa sintetik gemostatik preparatlar yordamida to'liq gemostazga erishishga erishilmoqda [50; 174 b. 58; 66-72 b.]. Jigarning kam darajada engil travmasi bilan gemodinamik jihatdan ya'ni qon bosim, puls va 5lik barqaror bemorlarda va ichki a'zolarga zarar etmagan hollarda ham xavf darajasi yuqori bo'lmagan hollarda (KT(kompyuter tomografiya), UTT(ultratovush tekshiruvi), peritoneal lavaj ma'lumotlariga binoan) bemorlar konservativ davolash olib borilganligi va ushbu guruhdagi jabrlanganlarda o'lim darajasi 0% tashkil etishi haqida alohida ma'lumotlar mavjud [46; 4-8 b. 103; 1-7 p. 120; 169-189 p.].

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

1.3-§. Taloq shikastlanishini diagnostikasi va davolash

Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, taloq travmasi qorin bo'shlig'i boshqa a'zolari travmasi ichida 15% dan 30% gachani tashkil etadi [21; 49-51 p. 84; 34-42 p, 97; 357-359 p.]. Bu vaqtda deyarli 80% jabrlanganlarda qo'shma va ko'p sonli shikastlanishlar kuzatiladi [23; 80-81 b.].

So'nggi o'n yillikda ham mahalliy, ham xorijiy mualliflar taloq shikastlanishi uchun ultratovushning diagnostik imkoniyatlari, uning afzalliklari - tezligi, jabrlanuvchining oxirgi yillarda videolaparoskopik texnika yordamida qorin bo'shlig'i sanatsiya qilingach, turli xil gemostatik preparatlarni qo'llash orqali to'liq gemostazga erishilayotganligi haqida ma'lumotlar mavjud [56; 20-24 b. 96; 393-397 p. 119; 9510-9518 p.].

Taloq shikastlanishida o'lim yuqoriligicha qolmoqda, u 10-25% tashkil etadi. O'limga olib keladigan bevosita sabablaridan birinchi o'ringa a'zo butunligini aniqlashdagi diagnostik murakkabliklar, buning oqibatida esa – ko'p

qon yo'qotilishi sababli qaytarib bo'lmaz jarayonlarning rivojlanishi kiradi. Abdominal shikastlanishlarni aniqlash ob'ektiv qiyinchiliklar bilan bog'liq. Ko'pincha bosh suyagi travmasi, umurtqa pog'onasi, tos suyagi, pastki qovurg'alar sinishi va b.q. ko'pchilik hollarda «o'tkir qorin» yoki chuqur koma klinikasini taqlid qilishi mumkin, alkogoldan mastlik holatlari esa qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi klinikasini aniqlashni yanada murakkablashtirishga sabab bo'ladi [100; 1-16 p. 114; 288-293 p.]. Patsient shikoyati va anamneziga asosiy e'tibor qaratiladigan an'anaviy diagnostika usullari ko'p sonli travmalar payti ilojisiz bo'lib qoladi. Fizikal tekshiruvlar ham kam ma'lumotga ega bo'ladi. Qorin bo'shlig'ini paypaslaganda og'riq, ichak peristaltikasi tovushlarining yo'qligi, qorin old devori mushaklarining taranglashuvi, qorinning pastki sohalarida to'mtoqlik aniqlanishi, «jigar to'mtoqligi» ning yo'qolishi, Shetkin-Blyumberg belgisining aniqlanishi kabi muhim belgilar qorin yopiq travmasida 100% aniqlikga ega emas [47; 137-140 b. 50; 174 b. 54; 34-38 b.].

Hozirgi vaqtda diagnostikani sezilarli darajada yaxshilaydigan qonsiz usul - ultratovush tekshiruvidir (UTT) [103; 1-7 b.]. Birinchi marta qorin bo'shlig'i parenximatoz a'zolari (taloq) shikastlanishining tizimlashtirilgan exografik belgilari [106; 52-57 p.] ishlarida keltirilgan. Diagnostika mezonlari sifatida muallif akustik geterogenlik, a'zo hajmining kattalashishi (shu jumladan dinamikada), uning deformatsiyasi, pozitsiyasining o'zgarishi, konturlarining buzilishi va qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik mavjudligi kabi oltita belgini aniqlagan [104; 1-14 p. 105; 95-10 p.112; 901-906 p. 118; 161-170 p.].

Abakumov M.M. va hamuallif, (2017) shuni ta'kidlaydiki, exolokatsiyani qo'llash orqali dinamik kuzatuvda qorin bo'shlig'ida 200 ml erkin suyuqlikni 94,3% holatda aniqlash mumkin.

Qorin yopiq travmasi bilan 291 patsientni shoshilinch ravishda qorin bo'shlig'iga qon ketishni istisno qilish va aniqlash uchun UTT qo'llashgan [120; 169-189 p.]. Mualliflarni bergan ma'lumotlariga ko'ra qorin travmasi bilan bemorlarda ma'lum vaqt oralig'ida dinamik kuzatuv va shoshilinch diagnostika

uchun UTT (ultraturvush tekshiruvi) ma'lumotlarini yuqori darajada baholashgan.

Ayrim tajribaliy amaliy va nazariy xirurglarning amaliyotidan kelib chiqib, ichki a'zolarining shikastlanishlari erta aniq diagnostikasida noinvaziv sonografiya instrumental tekshirish usullari eng muhimdir. [110; 471-475 p. 129; 1-5 p. 130; 168-171 p.]. Shunday qilib, UTT va laparotsentez bilan peritoneal lavajning diagnostik imkoniyatlarini qiyoslab [114; 288-293 p. 119; 9510-9518 p.], qo'yidagi natijalarni olishgan:

laparoskopiya faqat qorin bo'shlig'i a'zolarining kasalliklariga shubha bo'lgan payti ishlatilgan. 1992 yilda N. Pietra taloq yorilishida gu'mon qilingan holatda laparoskopiyadan muvaffaqiyatli foydalanish haqida xabar bergan [41; 243-249 b. 56; 20-24 b.].

Abakumov M.M. va hamuallif, (2017) shuni ta'kidlaydiki, exolokatsiyani qo'llash orqali dinamik kuzatuvda qorin bo'shlig'ida 200 ml erkin suyuqlikni 94,3% holatda aniqlash mumkin.

Qorin yopiq travmasi bilan 291 patsientni shoshilinch ravishda qorin bo'shlig'iga qon ketishni istisno qilish va aniqlash uchun UTT qo'llashgan [120; 169-189 p.]. Mualliflar qorin travmasi bilan bemorlarda dinamik kuzatuv va shoshilinch diagnostika uchun UTT ma'lumotlarini yuqori baholashgan.

Ko'pgina mualliflar qorin bo'shlig'i shikastlanishi uchun ushbu usulning 100% diagnostik ishonchligi haqida xabar berishgan.

Besh holatda taloqning yorilishi va bir holatda jigar yorilishi aniqlangan. Splenektomiya faqat bir holatda talab qilingan, qolgan barcha hollarda qorin bo'shlig'idan qonni aspiratsiya qilish, shikastlanishni to'g'ri aniqlash va biologik kley yordamida barqaror gemostazga erishish imkoni bo'lgan [73; 517-531 p.].

Ichki a'zolari shikastlanishi bilan aziyat chekanlarning davolash natijalarini tahlil qilib ko'rganimizda, shu narsani aytmasak bo'maydi, ya'ni bunda laparotsentez va laparoskopiya usullaridan foydalanish operatsiyadan oldingi davrda tekshirish muddatini qisqartirishi, umumiy letallikni ya'ni

o'limni pasaytirish yo'llari, qo'yiladigan diagnostik kamchiliklar miqdorini o'ziga bo'lsa ham kamaytirish va eksplorativ laparotomiyalarning ya'ni traditsion laparatomiyani ochiq usulni oldini olishi mumkin bo'lardi.

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

Instrumental tekshirish usullarini laparotomiyaga qarama qarshi qilib qo'yimaslik kerak. Ularni qo'llash diagnostik laparotomiyani istisno qilmaydi yoki almashtirmaydi, lekin operatsiyadan oldingi diagnostikani yaxshilash orqali unga ko'rsatmalarni yanada qat'iy va ob'ektiv qiladi.

Umuman olganda parenximatoz a'zolarining shikastlanishlarini diagnostikasi va davolashda endovideoxirurgiya imkoniyatlarini o'rganishning dolzarbligi bir qator etarli darajada hal etilmagan muammolar bilan xarakterlanadi. Shunday qilib, endovideoxirurgik aralashuvlarining xarakteri, hajmi va uni bajarishdagi ketma-ketligi to'liq aniqlanmagan.

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

I bob bo'yicha qisqa xulosa

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

Instrumental tekshirish usullarini laparotomiyaga qarama qarshi qilib qo'yimaslik kerak. Ularni qo'llash diagnostik laparotomiyani istisno qilmaydi

yoki almashtirmaydi, lekin operatsiyadan oldingi diagnostikani yaxshilash orqali unga ko'rsatmalarni yanada qat'iy va ob'ektiv qiladi. Umuman olganda parenximatoz a'zolarining shikastlanishlarini diagnostikasi va davolashda endovideosirurgiya imkoniyatlarini o'rganishning dolzarbligi bir qator etarli darajada hal etilmagan muammolar bilan xarakterlanadi. Shunday qilib, endovideosirurgik aralashuvlarining xarakteri, hajmi va uni bajarishdagi ketma-ketligi to'liq aniqlanmagan.

Aynan ushbu holat bizning tadqiqotimizni dolzarbligi va yo'nalishini belgilaydi.

II BOB.

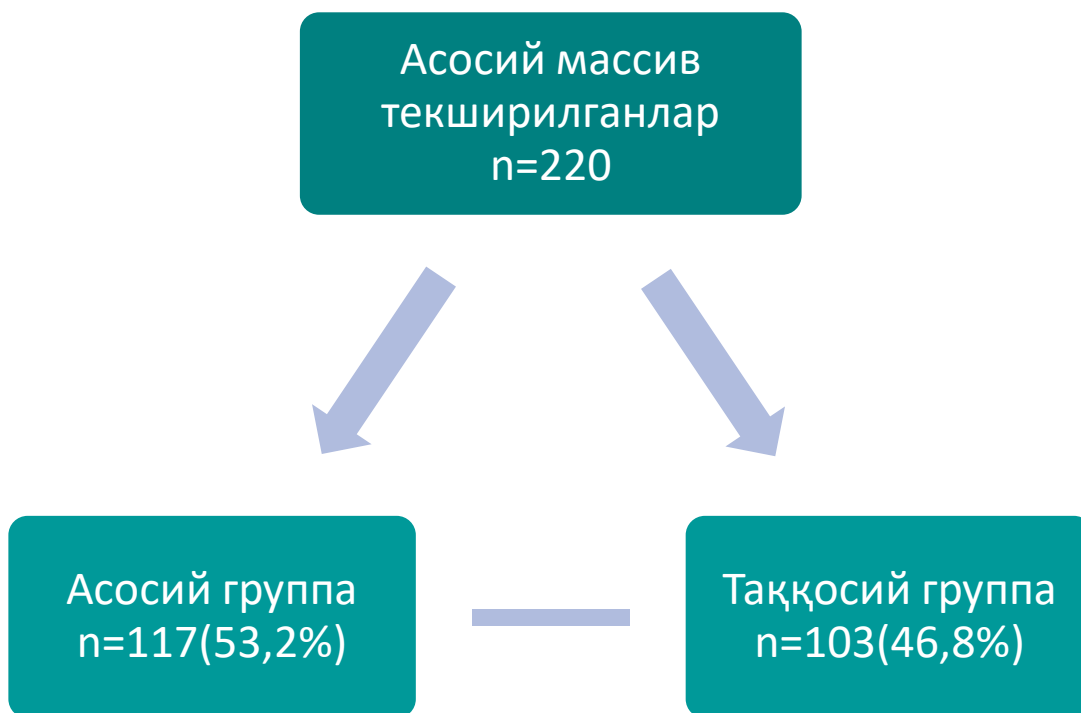
TADQIQOTNING MATERIAL VA USULLARI

2.1-§. Klinik tadqiqotning umumiy xarakteristikasi

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filialida 2013 yildan 2023 yillarda 889 nafar jabrlanganlar qorin bo'shlig'i a'zolari yopiq travmasi bilan davolangan. Ularni davolashda faqat traditsion usulda ya'ni laparotomiya qo'llangan bo'lib, travmaning qanchalik og'irligi, a'zoni shikastlanish darajasini ko'rsatadigan OIS mezoni bo'yicha I-IV daraja bo'lgan va ushbu guruhdagi jabrlanganlarning aksariyat qismiga laparoskopik operatsiyalarni o'tkazish kerak va shart bo'lgan.

Tadqiqotimizning asosiy qismida tepada sanab o'tilgan tekshirish usullariga yana qo'shimcha ravishda shoshilinch miniinvaziv diagnostika va davolash maqsadida bajarilgan videolaparoskopiya singari miniinvaziv usulning avzalligi aniqlanganda biz tomondan taklif qilingan diagnostika va davolash algoritmidan foydalangan bemorlarimizni kiritdik (2.1-rasm). Tadqiqotimizning asosiy qismida 117 (53,2%) jabrlanuvchilar kiritilgan bo'lib, va ularning 68 (58,1%) videolaparoskopik yondashuv bajarildi. Barcha jabrlanganlarga RShTYoIM Samarqand filiali shoshilinch xirurgiya bo'limida yordam ko'rsatdi.

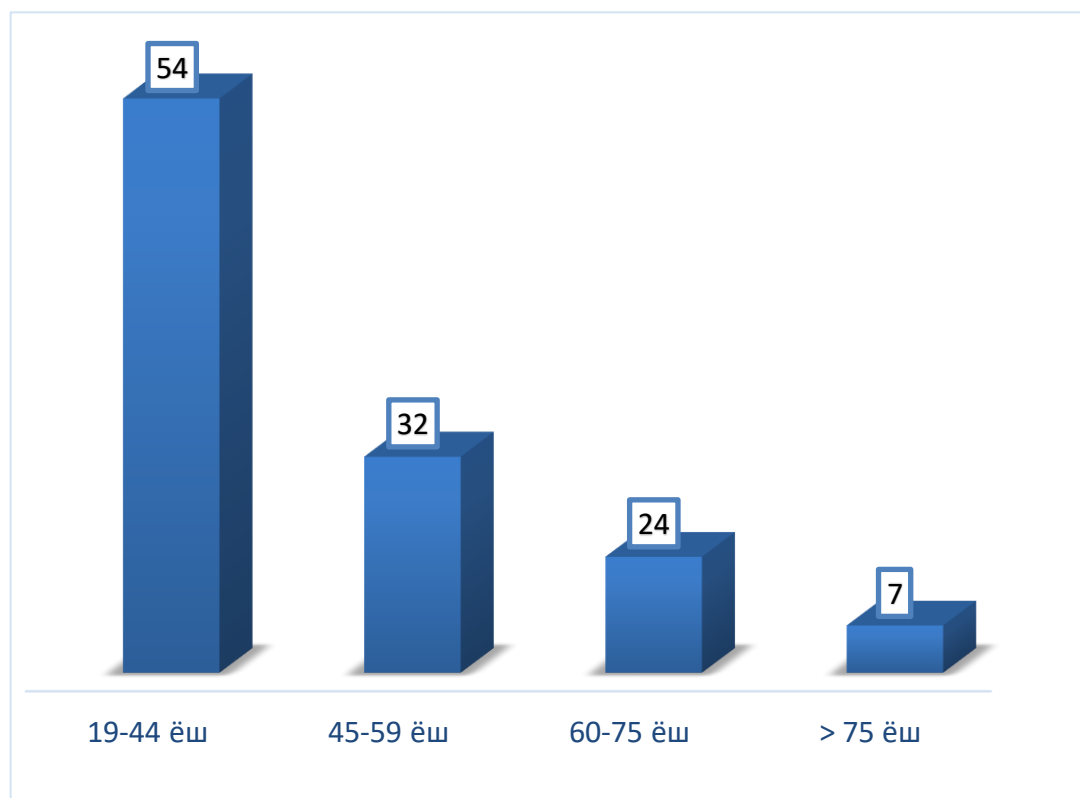
Tadqiqotimizning asosiy qismida (117) yoshga oid xususiyatlari quyidagicha: 19-44 yosh guruhida 54 (46,1%), 45-59 yosh guruhida - 32 (27,3%), yosh guruhi 60 -75 yosh -24 (20,5%) va 75 yoshdan yuqori katta - 7 (6%) Bemorlar bo'lgan. Tadqiqotimizning nazorat qismi (103) yoshga xos xususiyatini tahlil qilishimiz shuni ko'rsatdiki, 65 (63,1%) bemorlar 19-44 yosh guruhida, 23 nafar bemorlar (22,3%) 45-64 yoshli bemorlarda, yosh guruhi 65-75 12 (11,6%) nafar bemorlar va 75 yoshdan oshganlar 3 (3%) nafar bemorlar tashkil etgan.



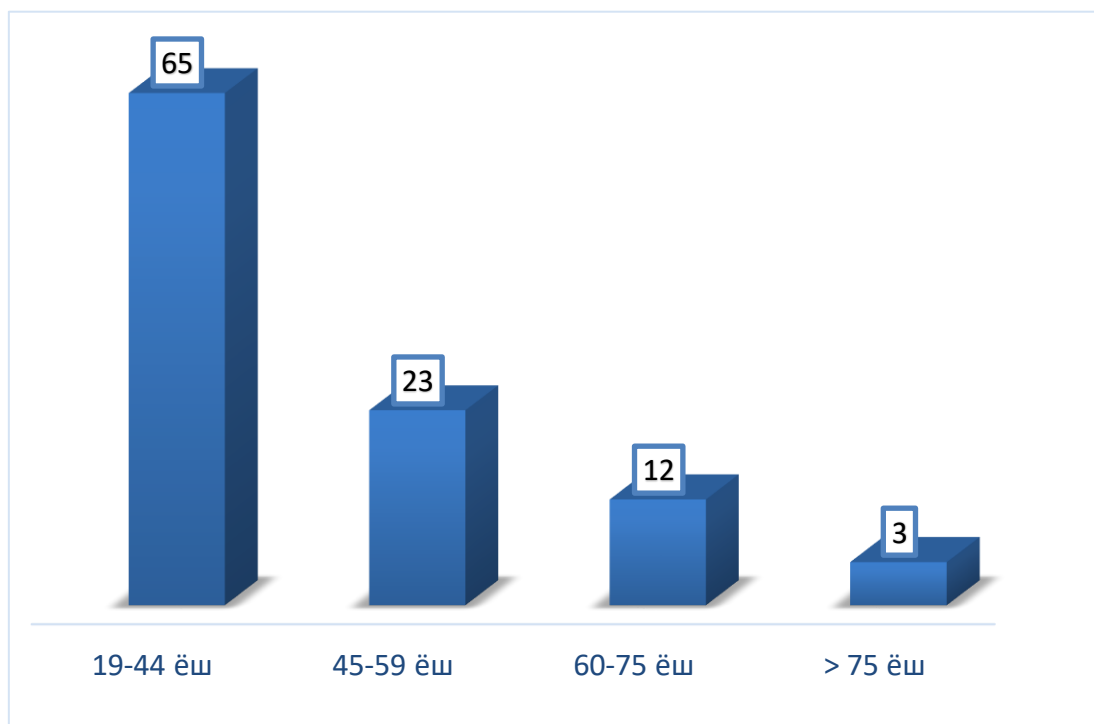
2.1-rasm. Tadqiqot massivining taqsimlanishi

Tadqiqotimizdagi bemorlarimizning yoshi bo'yicha taqsimlash JSST 2010 yildagi tavsiyasiga muvofiq amalga oshirildi (2.2-rasm).

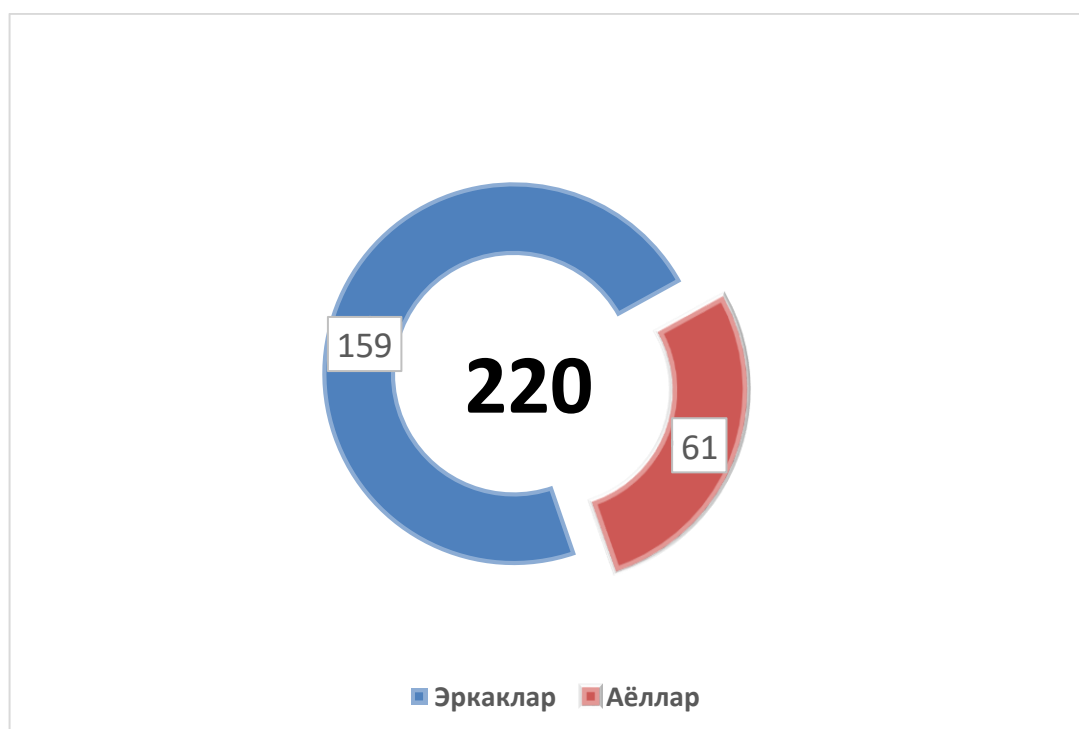
Asosiy guruh



Taqqoslash guruhi

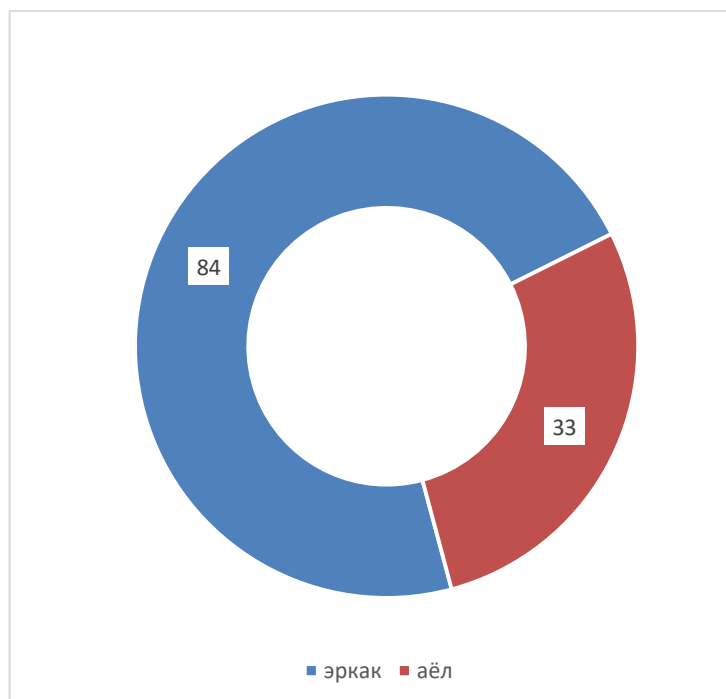


2.2-rasm. Jabrlanganlarni yoshi bo'yicha taqsimlanishi

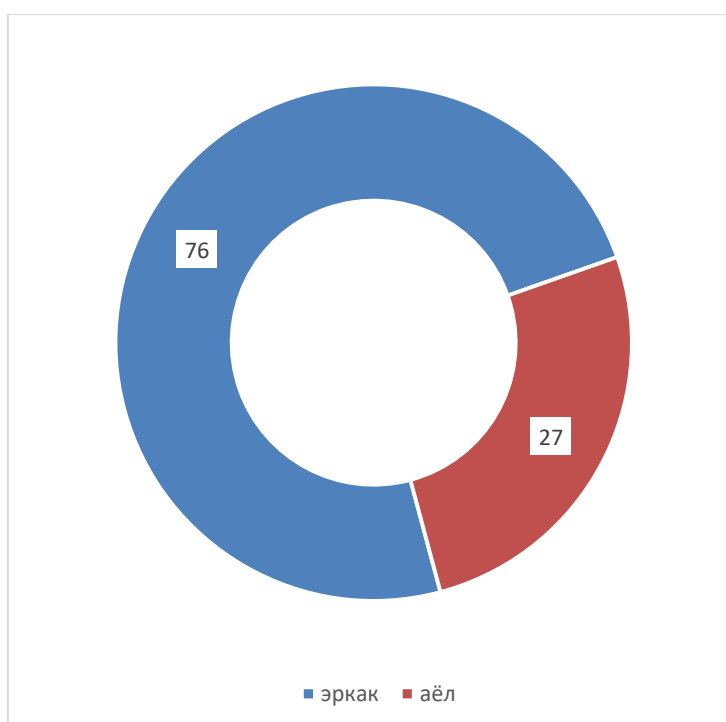


2.3-rasm. Jabrlanganlarni jinsi bo'yicha taqsimlanishi

Asosiy guruh



Taqqoslash guruhi



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



2.5-rasm. Yopiq abdominal travma bilan jabarlanganlarni yotqizish yo‘llari

Asosiy guruhning (117) yoshga oid xususiyatlari quyidagicha: 19-44 yosh guruhida 54 (46,1%), 45-59 yosh guruhida - 32 (27,3%), yosh guruhi 60 -75 yosh -24 (20,5%) va 75 yoshdan katta - 7 (6%) Bemorlar bo‘lgan. Nazorat guruhining (103) yosh xususiyatini tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, 65 (63,1%) patsient 19-44 yosh guruhida, 23 patsient (22,3%) 45-64 yoshli Bemorlarda, yosh guruhi 65-75 12 (11,6%) patsient va 75 yoshdan oshganlar 3 (3%) jabarlanganlar tashkil etgan.

2.1- jadval

Jabarlanganlarni travma sabablari bo‘yicha taqsimlanishi

Travma sabablari	Asosiy guruh (n -117)		Taqqoslash guruhi (n -103)		Jami	
	n -	%	n -	%	n -	%
Yo‘l-transport hodisalari	63	53,8	57	53,3	120	54,5
Qoringa to‘mtiq predmet orqali travma etkazilishi	16	13,6	14	14	30	13,6

Yuqoridan yiqilish	24	20,5	22	21,3	46	20,9
Maishiy travma	10	8,5	7	7	17	7,7
Noma'lum sababli travma	4	3,4	3	3	7	3,1
Jami	117	100	103	100	220	100

2.1-jadvalda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, Bemorlarning eng katta qismini shikastlanish sababi sifatida yo'l-transport hodisasi tashkil etgan. Shunday qilib, asosiy va nazorat guruhlarida ushbu ustunda mos ravishda 63 va 57 patsient, jami 120 (54,5%) jabrlanuvchi bo'lgan. Asosiy guruhdagi 16 nafar patsientda, nazorat guruhidagi 14 nafar patsientda jami jabrlanganlar sonining 30 nafari (27%) qorin bo'shlig'iga to'g'riq buyum bilan zarba sabab bo'lgan. Balandlikdan yiqilish bilan bog'liq jarohatlar asosiy guruhdagi 24 patsientda va nazorat guruhidagi 22 patsientda aniqlangan, bu 46 (42%) patsientni tashkil etgan. (2.2-jadval.)

2.2-jadval

Qorin yopiq travmasida qo'shma jarohatlar xarakteri

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

Muhim mezon sifatida travma olingan paytdan boshlab operatsiyagacha

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

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

Asosiy guruhda shoksiz jabrlanganlar soni 31 nafarni (26,5%) tashkil etgan.

2.3-jadval

Asosiy va taqqoslash guruhlarida operativ aralashuvlarni boshlanish vaqti

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

**Izoh: tadqiqot guruhlarida travma olingandan to operatsiya boshlangunicha vaqt o'rtasida sezilarli farq aniqlanmagan ($r>0.05$).*

Taqqoslash guruhida shok 67 (65%) holatda aniqlanmagan, I-II darajali shok 23 (22,3%), III darajali shok esa 13 (12,6%) holatlarda qayd etilgan. Ushbu ma'lumotlar (2.4-jadval) da keltirilgan.

2.4-jadval

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

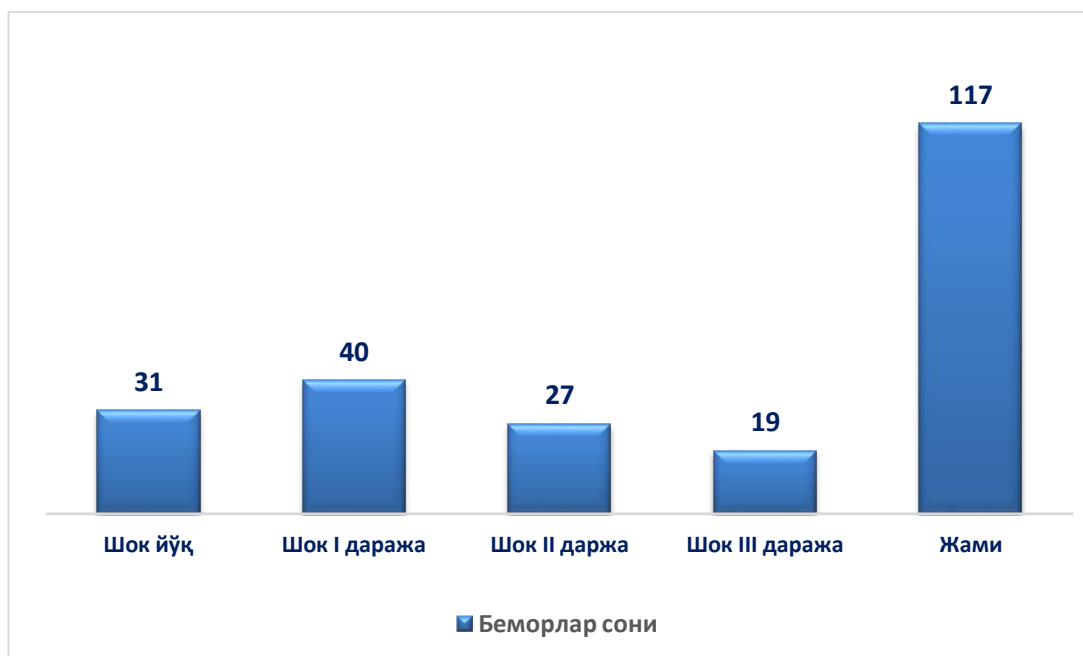
Og'irlik darajasi	OIS bo'yicha ballar	Asosiy guruh		Taqqoslash guruhi	
		n	%	N	%
Og'ir bo'lmagan travma (I daraja)	I	71	60,6	68	66,0
Og'ir travma (II daraja)	I-III	44	37,6	32	31,1
O'ta og'ir travma (III daraja)	III-IV	2	1,8	3	2,9

Jami		117	100	103	100
------	--	-----	-----	-----	-----

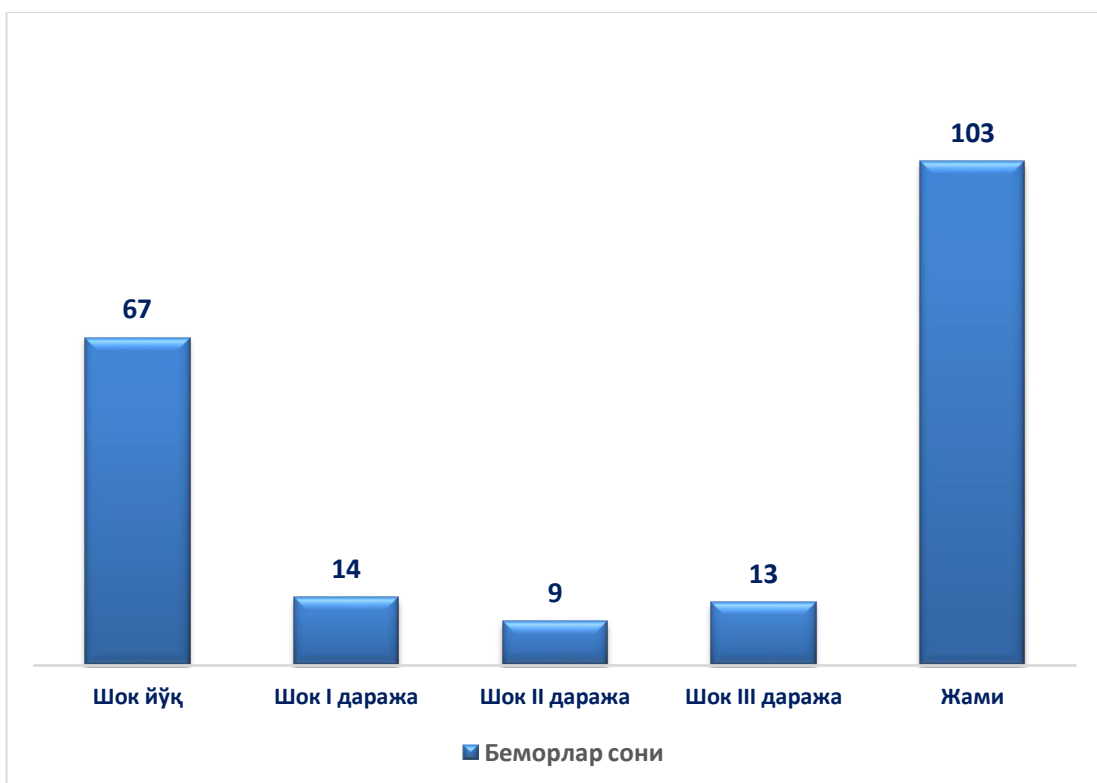
**Izoh: tadqiqot guruhlarida travmatik shokning uchrash sur'ati va og'irligi bo'yicha sezilari farqlar aniqlanmagan ($r > 0.05$).*

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

Asosiy guruh



Nazorat guruhi



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

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

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

2.5-jadval

Qorin bo'shlig'i a'zolarining ko'plab tranmalari bilan kelgan bemorlar xarakteristikasi

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

*- qo'shma shikastlanishlar bilan Bemorlar.

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

Shunday qilib, asosiy va taqqoslash guruhlarida jabrlanuvchilarning jinsi, yoshi, travma turi, shifoxonaga yotqizish muddati, abdominal va qo'shimcha shikastlanishlarning xarakteri, og'irlik darajasi bo'yicha taqqoslana olishi va qorin yopiq travmasi bilan jigar va taloq shikastlanishlarida turli xil xirurgik

davolash usullarining ta'sirini o'rganish uchun andoza sifatida xizmat qilishi mumkin.

2.2-§. Instrumental va laborator tekshirish usullari

Jabrlanuvchining ahvoli barqarorlashgandan so'ng, kerakli tekshirishlar hajmi o'tkazilgan (UTT, rentgen, KT, MRT). Qo'shma travma aniqlangan holatlarda va nostabil gemodinamika payti jabrlanganlar darhol operatsiya xonasiga yuborilgan. Operatsiya xonasida diagnostika choralari minimal hajmda amalga oshirilgan.

Arterial qonning kislorod bilan to'yinganligi spektrofotometrik usulda pulsoksimetrlar yordamida nazorat qilingan. Tadqiqot jarayonida barcha asboblarni metrologik jihatdan ta'minlangan.

Dastlabki ko'rikdan so'ng jabrlanuvchilarda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining obzor rentgenografiyasi va suyaklarining turli AFO rentgenologik tekshiruvdan o'tkazilgan. Biz Shimadzu kompaniyasining (Yaponiya) «Flexovision» statsionar qurilmasidan foydalandik.

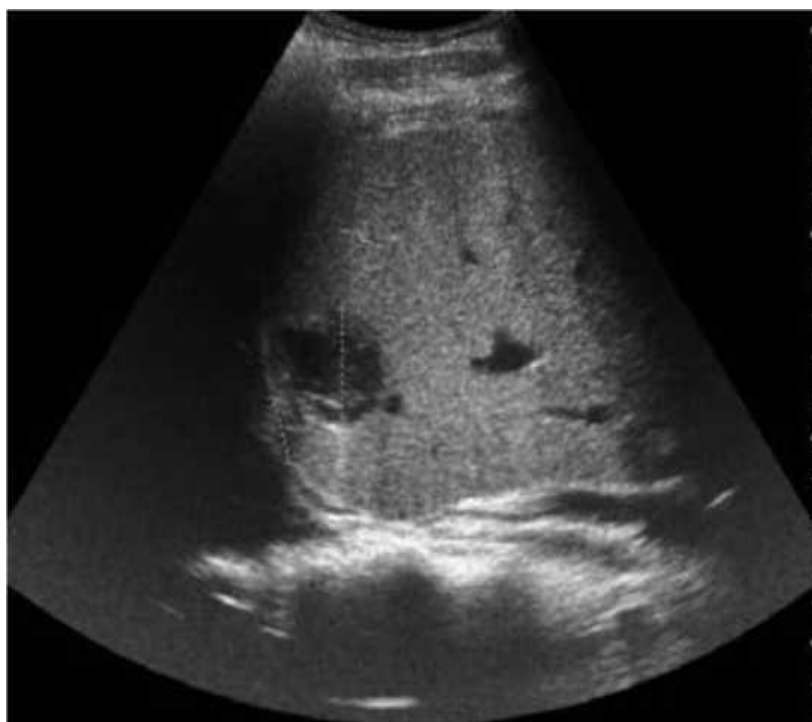
Keyinchalik patsientning ahvoliga va oldingi tadqiqotdan olingan ma'lumotlarga qarab ko'rsatmalarga muvofiq nazorat maqsadida tekshiruv o'tkazilgan.



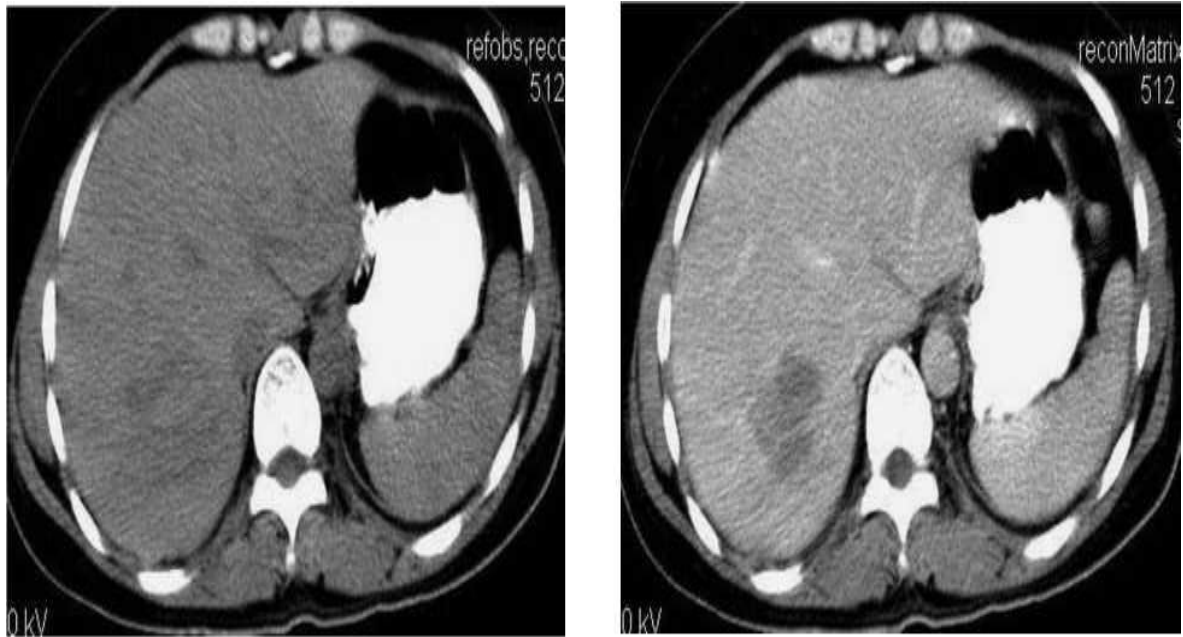
2.7-rasm. UTT ning dupleks rejimida olingan rangli dupleks skanirlash – patologik o'choq jigar o'ng bo'lagining gematomasidir



2.8-rasm. UTT ning dupleks rejimida olingan rangli dupleks skanirlash — jigar o'ng bo'lagi gematomasi

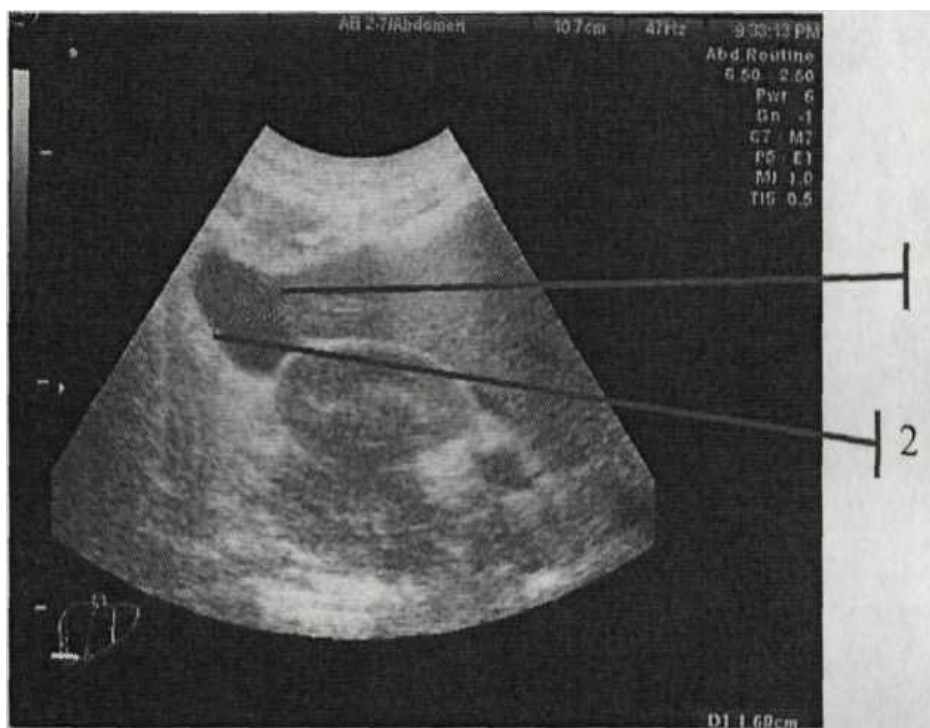


2.9-rasm. Jigar exogrammasi — jigarda markaziy gematoma



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

Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik mavjudligining belgisi qorin bo'shlig'i va tos bo'shlig'idagi parietal va visseral qorin parda qatlamlarining bir biridan ajralib turishi deb hisoblaganmiz [3;65]. Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlanganda, uning miqdori quyidagi usullar yordamida o'lchangan. Orasida erkin suyuqlik mavjud bo'lgan qorin parda varaqlari orasidagi masofa o'lchangan (2.10-rasm). Santimetrda hisoblangan qiymat 100 ga oshirilgan miqdori, shunday qilib ichki azolar bo'shlig'ida millilitrda ko'rsatilgan gomogen soyalanisli erkin suyuqlik miqdori olib tekshirilgan (2.10 rasm).



2.10-rasm. 1 – qorin pardaning visseral varag‘ini ko‘rinishi; 2 – qorin pardoning parietal varag‘ini ko‘rinishi

Ichki a‘zolardan parenximatoz a‘zolarning ya‘ni jigar va taloqni shikastlanish darajasini baholashda organlar shikastlanish mezonlari bo‘yicha a‘zo shikastlanishining og‘irligini ko‘rsatadigan tasnif qo‘llanilib kelingan (2.6-jadval).

Jigar va taloq shikastlangan Bemorlarda yirik a‘zo ichidagi tomirlar rangli doppler xaritalash (RDX) paytida kamida 3 sm chuqurlikda ko‘ringan, bu OIS shkalasi bo‘yicha a‘zolar shikastlanishining III darajasiga to‘g‘ri keladi. Shu bilan birga, a‘zo gematomalarining strukturasiga, a‘zo kapsulasidagi defekt va parenximaning yorilishi joyida chandiqlik hosil bo‘lishining mavjudligi, qorin bo‘shlig‘idagi erkin suyuqlik miqdori dinamikasiga e‘tibor qaratilgan. Konservativ davo olib borilgan barcha bemorlar uchun yotqizilgan paytdan boshlab birinchi kunida ikki marta UTT va keyin kunlik dinamik monitoring o‘tkazilganligini ta’kidlash lozim.

2.6-jadval

Jigar shikastlanishi uchun OIS klassifikatsiyasi

Shikastlanish darajasi	Shikastlanish turi	Shikastlanish morfologiyasi
I	Gematoma	Subkapsulyar, stabil, jigarining 10% dan kam yuzasini egallagan
	Yorilish (jarohat)	Chuqurligi 1 smdan kam
II	Gematoma	Subkapsulyar, stabil, jigarining 10-50% dan kam yuzasini egallagan Markaziy, stabil, diametri 10 smdan kam
	Yorilish (jarohat)	Chuqurligi 3 sm dan kam, uzunligi 10 smdan kam, qon ketish
III	Gematoma	Subkapsula holda , stabil, jigar travmasi 50% dan ortiq yuzasini egallagan Har qanday holdagi o‘lchamdagi subkapsulyar nostabil Subkapsulani yorilish va qon ketish bilan Markaziy stabil diametri 10 smdan ko‘p Diametri har qanday o‘lchamdagi markaziy nostabil
	Yorilish (jarohat)	Chuqurligi 3 smdan ortiq
IV	Gematoma	Yorilish va qon ketish bilan markaziy gematoma
	Yorilish (jarohat)	Jigar bo‘lagining 25 — 75% yoki bir bo‘lak chegarasida 1 dan 3 tagacha segmentlar travmasi
V	Yorilish (jarohat) Qon tomirlar shikastlanishi	Jigar bo‘lagining 75% dan ortiq yoki bir bo‘lak chegarasida 3 dan ortiq segmentlar travmasi Jigardan tashqari shikastlanishlar (pastki kovak vena, darvoza venasi, jigar arteriyalari, o‘t yo‘llari)
VI	Qon tomirlar shikastlanishi	Jigarning uzilishi

Tadqiqotimizning maqsad va vazifalariga mos kelgan holda jigar va taloqning shikastlanishlarida bemorlarda konservativ davolash olib borilishi lozim bemorlarda keyingi UTT shikastlanish va gemoperitoneum hajmini

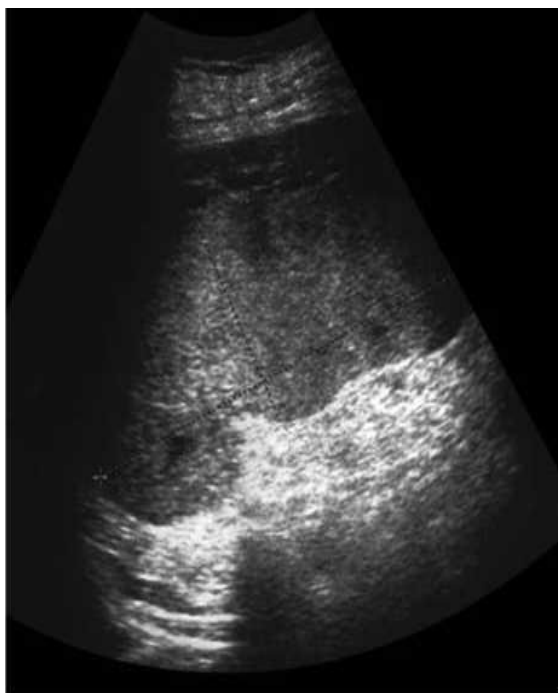
dinamik nazorat qilish maqsadida bajarilgan (2.7 jadval). Taloq shikastlanishini aniqlash maqsadida noinvaziv (UTT, KT) yoki invaziv (diagnostik peritoneal lavaj, videolaparoskopiya) diagnostik usullar qo'llanilgan. UTT erkin suyuqlik va qorin bo'shlig'i a'zolarini shikastlanishlarini aniqlashda yuqori spesifiklikka ega.

2.7-jadval

Taloq shikastlanishini aniqlash uchun OIS klassifikatsiyasi

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

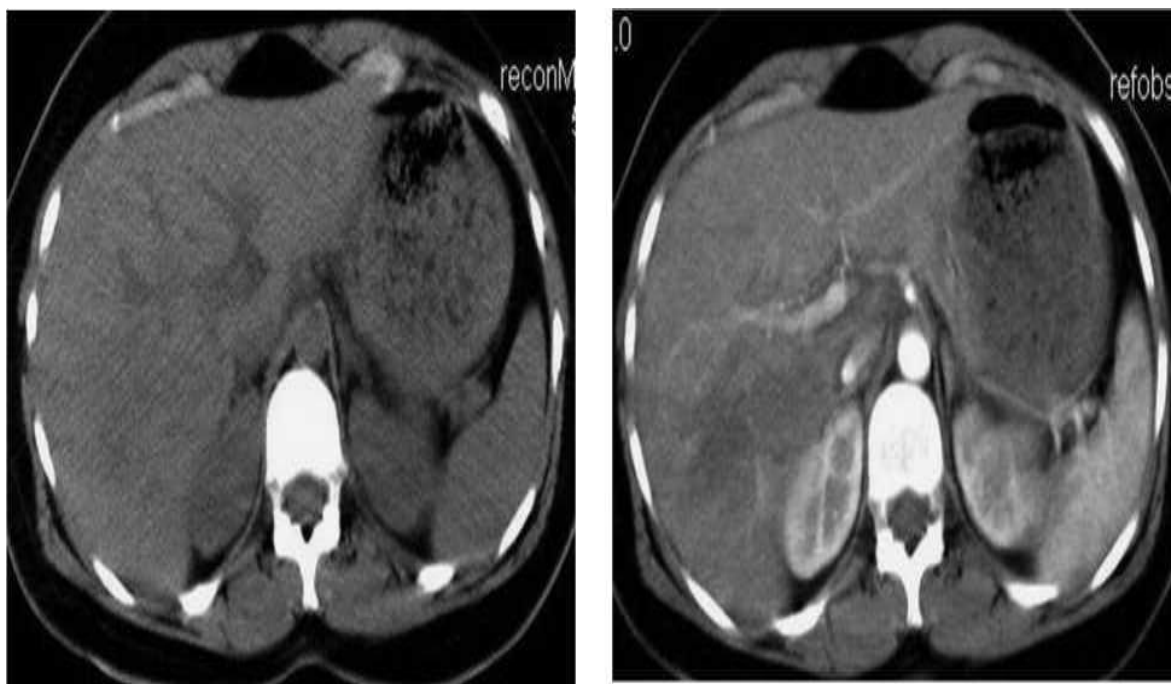
Taloq shikastlanishining ultratovushli belgilari qo'yidagilar: chap diafragma osti bo'shlig'ida erkin suyuqlikning aniqlanishi, a'zo konturlari aniqligining ko'rinmasligi va notekisligi, uning ichki devor o'lchamlarining kattalashganligi, parenximasidagi o'chog'li o'zgarishlar (2.11-rasm).



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

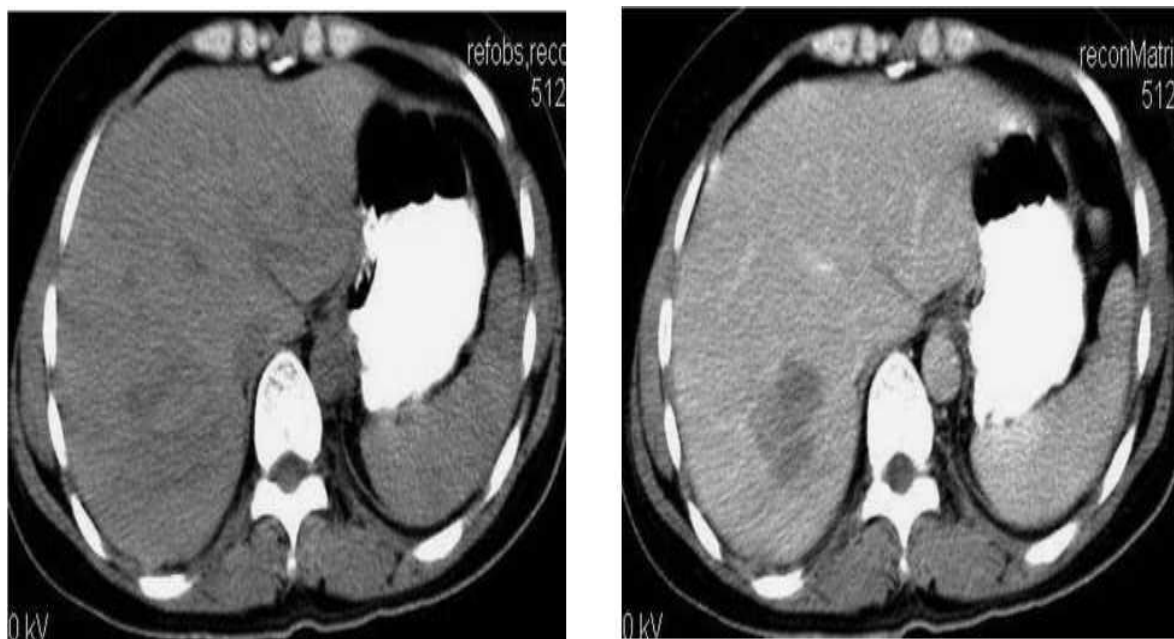
Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining yopiq travmasi bilan jabrlanganlarda parenximatoz a‘zolar yoki travmatik pankreatit travmasini klinik va UTT ma’lumotlari bo‘yicha inkor etishni iloji bo‘lmagan taqdirda Siemens Somatom Sensation 16 apparati yordamida kompyuter tomografiya o‘tkazilgan. KT o‘tkazishga ko‘rsatma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

Travmadan keyin birinchi soatlarda (6 soatgacha) gematoma tabiiy tomogrammada aniq zichligi pasaygan bir xil strukturali zona (suyuqlik qiymatlarigacha) bo‘lib ko‘rinadi. (2.13-rasmlar).



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

Keyinchalik (1 kungacha) qon laxtalari so‘rilishi bilan gematomaning densitometrik ko‘rsatgichlari oshib boradi va atrofidagi parenxima ko‘rsatgichlariga yaqinlashadi. Tasvirni kontrastli kuchaytirish usulidan foydalanish gematoma sohasini o‘rab turgan lat eyish zonasidan yanada yaqqol aniqlash imkonini beradi (2.14-rasm).



2.13-rasm. Kompyuter tomogramma tasvirida. Jigarning markaziy

qismidagi gomogen soyalanish ya'ni gematomasi (strelkalar). a –kontrast yordamida kuchaytirishsiz tasvir; b - kontrast bilan kuchaytirilgan tasvir



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

Taloqning yorilishi va subkapsulyar gematomasi.

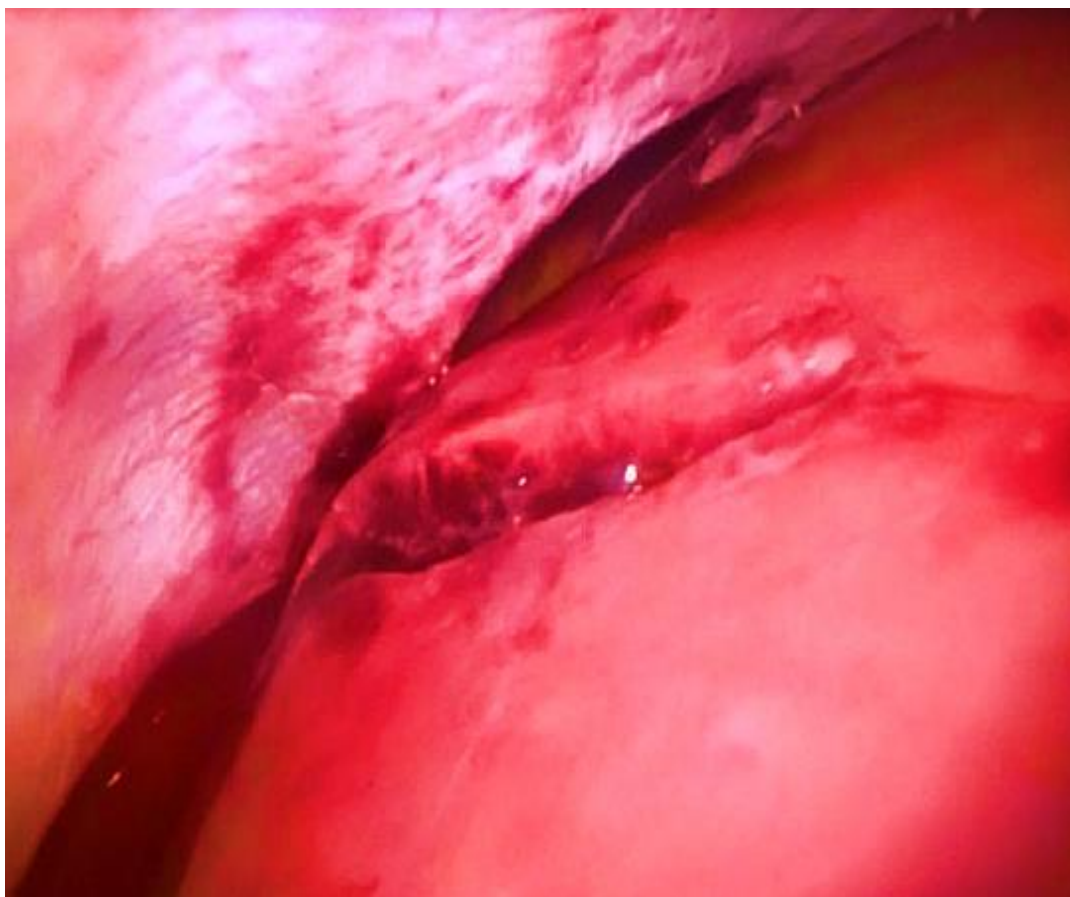
KT ga muqobil ravishda jabrlanganlarda Siemens Magnetom Amira 1,5T qurilmasida (AQSh) magnit-rezonansli tomografiya (MRT) o'tkazilgan.

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

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

2.4-§. Videolaparoskopiya

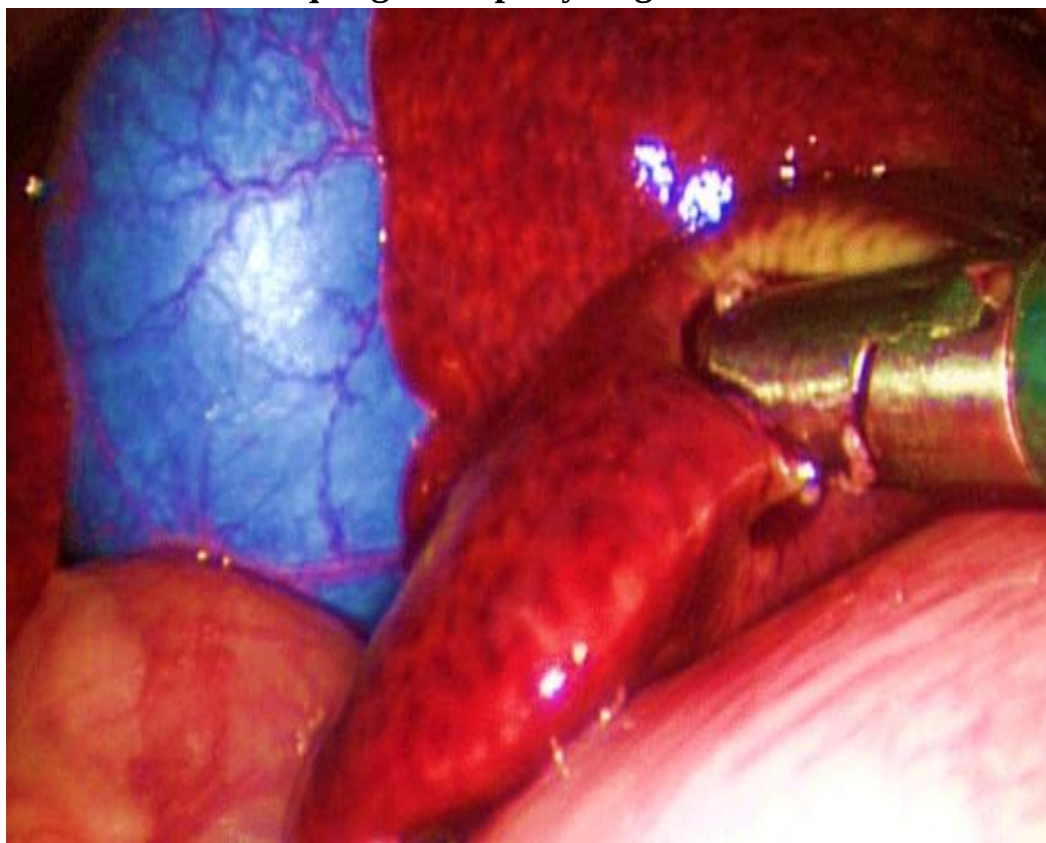
Ko'pchilik holatlarda laparotomiyaga ko'rsatma gu'mon bo'lib turgan vaqtda videolaparoskopiya bajarilgan. Shikastlanganlarda izolatsiyalangan travma va intensiv bo'lmagan qorinichi qon ketishlarida videolaparoskopiya yakuniy gemostaz usuli sifatida qo'llanilgan. Uni qo'llashga qarshi ko'rsatma nafaqat qorin oldingi devoridagi operatsiyadan keyingi chandiqlar va ichaklar pnevmatozi, balkim jabrlanganlarning og'ir nostabil holati hamdir. Videolaparoskopik tekshiruvlarda biz Karl Storz (Germaniya) laparoskopik qurilmalari va RZ Medizintechnik firmasining laparoskopik instrumental to'plamlaridan foydalandik (2.15-rasm. a.,b).



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



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



2.16-rasm. Kaogulyatsiya jigar shikastlanishi

Qorin bo'shlig'i a'zolarini reviziya qilishda jigar, taloq, oshqozon, ingichka va yo'g'on ichak, siylik qopi ko'rikdan o'tkazilgan, qorin parda orti gematomasi mavjudligi va uning lokalizatsiyasi baholangan.

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

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

2.5.1-§. Nazoratdagi bemorlarni konservativ davolash

1. Gemostatik terapiya:

Etamzilat 250 mg 4 marta sutkada

Sangera 100ml/ml 10 ml 2 marta sutkada

2. Yiringli asoratlar profilaktikasi:

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

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

Pantoprazol 40 mg 2 marta sutkada

4. Og'riq sindromini bartaraf etish:

Ketoprofen 60 mg 2 marta sutkada

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

Laparoskopik operatsiyalarda gemostaz usullari

Laparoskopik davolash manipulyatsiyalarini qo'llash haqidagi xulosa diagnostik laparoskopiya vaqti qabul qilingan. Shikastlanishlar IV — VIII segmentlar va II -III segmentlar sohasida joylashuvda xirurgik aralashuvni laparoskopik yo'l orqali amalga oshirishni iloji yo'qligi to'g'risida qaror qabul qilingandan keyin, qo'shimcha ravishda instrumentlarni kiritish uchun o'ng qovurg'a ostidan 2-3 troakorlar o'rnatilgan.

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

Vikril ipi bilan tikilgan, jarohatni tikishning iloji bo'lmagan holatlarda jarohat to'liq chuqurlikda oyoqchasi bilan olingan katta charvi yoki jigarining ajratib olingan yumaloq bog'lami yordamida tamponada qilingan. Gemostaz maqsadida «TaxoKomb» keng qo'llanildi. Shikastlanishlarda qon ketishini vaqtincha to'xtatish maqsadida taklif qilinadigan Baron – Pringl usulini qo'llash orqali biz jigarni ma'lum vaqtincha «o'chirish» va jigar-o'n ikki barmoq bog'lamiga turniket qo'yish usulidan foydalandik. Parenximaning turli yuzalaridan ko'plab mayda yorilishlar bilan ularga tegib turgan sohalarining to'liq ishemiyasi yoki ularning ezilishi bilan jarohatlar xirurgik yo'l bilan ishlov berish uchun ko'rsatmalar hisoblangan. Jigarning markaziy yorilishi va gematoma mavjudligida reviziya yaqin portal yoriqlardan biri orqali amalga oshirilgan. Bunda gemo- va o't oqishini to'liq bartaraf qilish gematoma bo'shlig'ini (tikmasdan) katta charvi yordamida tamponlash va drenajlash orqali amalga oshirilgan.

2.6-§. Ma'lumotlarga statistik ishlob berish

Olingan natijalarga statistik ishlovlar qo'llanilgan. O'rtacha qiymatlar va o'rtacha og'ish (σ) hisoblab chiqilgan. Barcha tanlab olingan ma'lumotlar Kolmogorov–Smirnov testi yordamida normal taqsimot uchun tekshirilgan. O'zgaruvchanlarni normal taqsimot bilan solishtirish uchun biz Studentning juftlashtirilgan t- mezonidan (bog'liq va mustaqil namunalar uchun) foydalandik. Taqsimlashda odatdagidan farq qilganda, bog'liq bo'lmagan namunalar uchun parametrik bo'lmagan.

III BOB.

JIGAR VA TALOQNING YOPIQ TRAVMALARI DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR

3.1-§. Jigar va taloqning yopiq travmalari diagnostikasi

Jabrlanganlarda bir nechta a'zo va sistemalar shikastlanib davom etayotgan ichki qon ketish payti klinik belgilarning yaqqol namoyon bo'lishi kuzatilgan. Ikkala guruhda ham barcha bemorlarning kagortasi qorin yopiq travmasida jigar va taloqning shikastlanishi bilan ko'proq uchraydigan klinik simptomatikasi va uchrash sur'ati 3.1-jadvalda keltirilgan.

3.1-jadval.

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

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

18,6% jabarlanganlarda hushining buzilishi oqibatida muloqotga kirishish qiyin bo'lgan va diagnostikada instrumental usullar afzal ko'rilgan. Qorin bo'shlig'i a'zolari travmasining turi va darajasiga bog'liq bo'lgan qorindagi og'riq 68,6% jabrlanganlarda aniqlangan. Shuningdek, ichak shikastlanishidagi kuchli og'riq peritonit belgilari bilan 16,5% holatlarda, gemorperitoneum hisobiga qorin pardaning ta'sirlanish simptomlari 25% jabrlanganlarda

kuzatilgan. O'tkir qon yo'qotilishida teri qoplamining oqarganligi 40,4%, hansirash 17,3%, taxikardiya ($YuUT > 100$), gipotoniya ($AQB < 100$) 40,4% holatlarda kuzatilgan. Reflektor parez oqibatida ichak peritaltikasi susayishi 18,2% holatlarda qayd etilgan. Qo'shma bosh miya travmalarida ko'ngil aynishi va qusish 30% holatlarda kuzatilgan.

Qorinning yopiq qo'shma travmasi bilan jabrlanganlar qabul bo'limiga murojat qilib kelgan payti birlamchi patsient holatining og'irligi, qorinichi qon ketish simptomlarining mavjudligi baholangan. Jigar va taloqning yopiq travmasida OIS shkalasi bo'yicha jabrlanganlarning og'irlik darajasi $2,3 \pm 0,45$ ballni tashkil etgan.

Jabrlanganlarning umumiy holatiga ta'sir ko'rsatadigan asosiy omillardan biri o'tkir qon yo'qotish bo'lgan. Shuning uchun OIS shkalasi bo'yicha shikastlanish darajasini aniqlashda Algover shok indeksi hisobga olingan. Algover shok indeksining qiymati yo'qotilgan qon hajmiga bog'liqligi aniqlangan. Ushbu ma'lumotlar 3.2-jadvalda keltirilgan.

3.2-jadval

Qon yo'qotishining og'irlik darajasiga qarab jabrlanganlarni taqsimlanishi

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

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

3.3-jadval.

Jigar va taloqning yopiq travmasida diagnostik usullar

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

Nostabil gemodinamika va shok belgilari bilan og'ir travma holatlarida biz ayrim usullarni afzalroq ko'rdik. Jarlanganlarining holati stabillashgach KT va MRT tekshirishlari zaruriyatga qarab va dinamikada lozim tekshirishlar qayta o'tkazilgan.

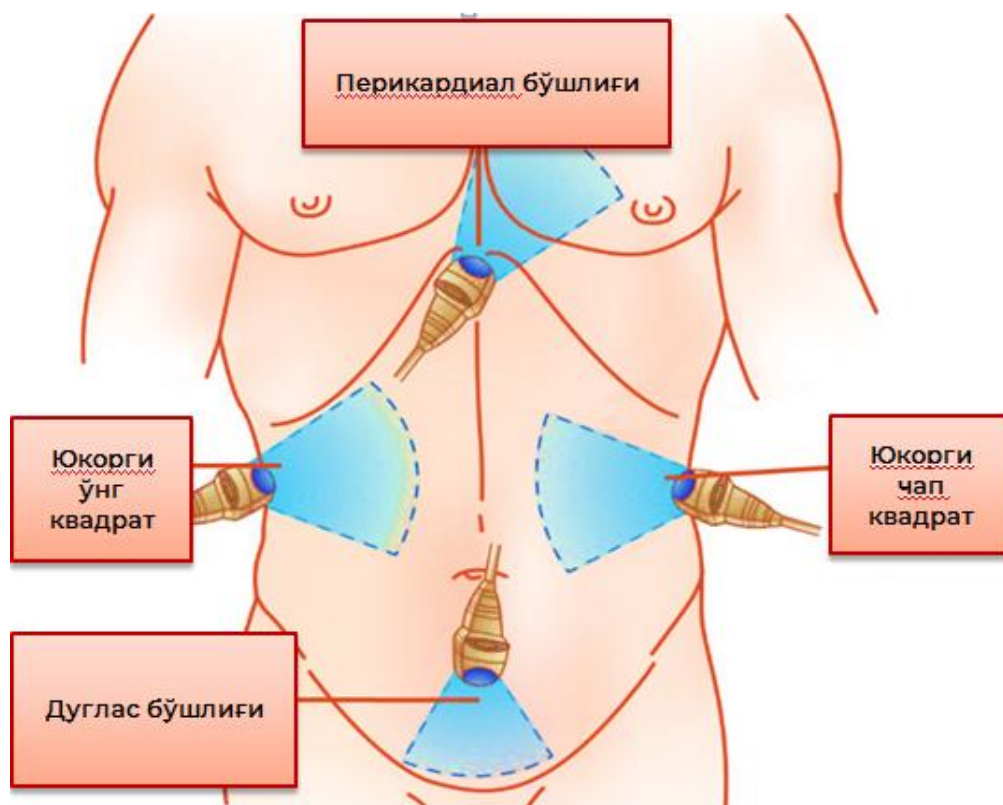
Shifoxonaga yotqizilgan paytdan boshlab diagnostika va xirurgik davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlashgacha bo'lgan turli vaqt, asosan DPL (qon kateter orqali bir necha soat o'tgach oqib chiqa boshlagan) dan keyin qorin bo'shlig'idan keladigan suyuqlik xarakterining o'zgarishi, qabul qilinganidan keyin klinik jihatdan rad etilgan. Tekshirish payti yo'l qo'yilgan xatolar bilan (qorin oldingi devorining kesilgan jarohatidan qorin bo'shlig'iga qon oqishi) bog'liq bo'lgan, aslida esa qori ichiga ketayotgan davom etuvchi qon ketish bo'lmagan va bu holatlar laparotomiya va autopsiya paytlari o'z tasdig'ini topgan.

UTT va FAST protokoli

Zamonaviy xirurgiya nuqtai nazaridan shikastlanish sindromlari qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishi suyuqlikning sifati va miqdorini farqlash imkonini beruvchi konsepsiya asosi sifatida FAST protokoli qabul qilingan (Focused Assessment with Sonography in Trauma – travmada maqsadli sonografik tekshirish). Qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik miqdori qorin parda qavatlarining ajralish darajasini aniqlashga asoslangan standart usul yordamida, suyuqlik hajmini aniqlaydi. Negativ holda ko'rsatilgan FAST xulosalari bo'lgan gemodinamik ya'ni qon bosim puls jihatdan beqaror tadqiqotimizdagi bemorlarimizda sezilarli diagnostik muammolariga olib kelgan. Quyidagi variantlari quyidagilardan iborat: DPL, ochiq usulda ya'ni eksplorativ laparotomiya va (ITR) intensiv reanimatsiyadan keyin noinvaziv tekshirish usullaridan kompyuter tomografiya o'tkazish kerak.

Ko'rsatilgan FAST tekshiruv xulosalari bayonnomasi 4 ta ko'rish oynani tekshirishdan iboratdir, tadqiqotimizdagi bemorlarimiz orqa tomoni bilan yotgan holatda bajarilsa maqsadga muvofiqdir. Bu oynalar yurakning perikardial, jigar yon tomoni, taloq atrofi va chanoq sohasidir (3.1-rasm). Tekshiruv 4 ta oynalaridan oynadan birortasida erkin suyuqlik koringudek bo'lsa, pozitiv, hech bir sohada suyuqlik aniqlanmasa negative deb xulosa qilinadi.

Kuzatuv jarayonida oynalarning birortasini etarli darajada ko'rishni imkoni bo'lmasa, tekshiruv noaniq hisoblanadi. Jabrlanganning ahvoli og'irlashsa darhol operatsiya xonasiga olib borilgan va laparoskopiya yoki laparotomiya operatsiyasi bajarilgan. O'ta og'ir holatda (III-darajali shok) jabrlanuvchi darhol operatsiya xonasiga olib borilib, shokga qarshi choralar ko'rilib, qisqa hajmda instrumental tekshirishlar, rentgen, torakopunksiya, laparotsentez o'tkazilgan.



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

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

3.2-§. Jigar va taloqning travmasida traditsion xirurgik usulni qo'llanilganda davolash natijalari

Jigar va taloqning travmasida biz tomondan taklif qilingan miniinvaziv diagnostika va davolash usulini tanlash algoritm rejasi, hamda shoshilinch operativ yondashuvga talab bo'lgan qorin bo'shlig'idagi qon diagnostikada aniqlanganda malum bir miqdorda bemorlarda biz tomondan taklif qilingan laparoskopik usulni amaliyotga joriy qilishdan oldin yordam ko'rsatilgan 103 nafar taqqoslash guruhimizdagi bemorlarimiz retrospektiv tahlil qilib chiqdik.

Tadqiqotimizda jigar yoki taloqning shikastlanishi quyidagilar ko'rsatgichlar orqali aniqlik kiritdik: klinik tekshiruv (palpasiya, perkussiya va aukultatsiya) paytida yoki qorin bo'shlig'ining UTT vaqtida – 58 nafar patsientda, 45 nafarida - DPL o'tkazilgandan keyin aniqlangan. 37 nafar

patsientda jigar shikastlanishi, 56 nafarida taloq jarohati aniqlangan. Yana 10 nafar patsientda jigar va taloqning qo'shma shikastlanishlari bo'lgan. Gemoperitoneum hajmi 60 dan 3200 ml gacha miqdorda bo'lgan.

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

3.4- jadval

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

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

3.5-jadval

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

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

Shifoxonaga yotqizilgan paytdan boshlab diagnostika va xirurgik davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlashgacha bo'lgan turli vaqt, asosan DPL (qon kateter orqali bir necha soat o'tgach oqib chiqa boshlagan) dan keyin qorin

bo'shlig'idan keladigan suyuqlik xarakterining o'zgarishi, qabul qilinganidan keyin klinik jihatdan rad etilgan. Tekshirish payti yo'l qo'yilgan xatolar bilan (qorin oldingi devorining kesilgan jarohatidan qorin bo'shlig'iga qon oqishi) bog'liq bo'lgan, aslida esa qori ichiga ketayotgan davom etuvchi qon ketish bo'lmagan va bu holatlar laparotomiya va autopsiya paytlari o'z tasdig'ini topgan.

Shuni ta'kidlash joizki, aksariyat bemorlar operatsiyadan oldingi davrda uzoq vaqt davomida gemodinamik jihatdan barqaror bo'lgan. Bunday hollarda operatsiya uchun ko'rsatmalar endigina laparotsentez kateteri orqali gemorragik suyuqlikning paydo bo'lishi yoki dinamik UTT paytida aniqlangan tasodifiy sonografik topilma (Bemorlarda beqaror gemodinamika yoki gemoglobin ko'rsatgichini pasayishi bo'lmasada) bo'lgan. Bemorlarning tadqiqot guruhida quyidagi ochiq operativ aralashuvlar amalga oshirilgan: taloqda a'zolari saqlovchi operatsiyalar - 26. Jigarda bajarilgan rezeksiyasi - 2 patsientda (IV- V darajali yorilishi). Jigar jarohatining koagulyatsiyasi - 4 patsientda (I darajali yorilishi) amalga oshirilgan.

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

3.6-jadval

Taqqoslash guruhida jigar va taloqning travmalarida traditsion yoki bo'lmasa laparotom operativ yondashuvning turlari (n=103)

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

	elektrokoagulyatsiya qilish		
	Splenektomiya	30	29,1
Jigar va taloq qo'shma travmasi (n= 10)	Jigar va taloq jarohatlarini elektrokaogulyatsiya qilish	3	2,9
	a. lienaiis ni bog'lash, jigar va taloq jarohatini elektrokaogulyatsiyasi va tikish	2	1,9
	Jigar jarohatini tikish, splenektomiya	5	4,9

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

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

Taqqoslash guruhimizdagi bemorlarida trditsion ya'ni laparotom yondashuvlarni to'g'ridan –to'g'ri natijalari va samaradorligini aniqlash va baholash

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

3.7-jadval

Taqqoslash guruhida operatsiyadan keyingi asoratlar (n= 103)

Asoratlar	Bemorlar soni
Pnevmoniya	21

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

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

Ko‘rinib turibdiki, ushbu asoratning rivojlanishi Bemorlarda og‘ir qo‘shimcha travma mavjudligi hamda oshqozon-ichak trakti yuqori qismi stressli shikastlanishning oldini olish uchun etarli choralar ko‘rilmaganligi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

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

1 patsientda operatsiyadan keyingi pankreatitning rivojlanishi oshqozon osti bezining lat eyishi bilan, 1 patsientda esa taloqni saqllovchi operatsiya payti taloq arteriyasini ajratish va bog‘lash paytida taloqni saqllovchi aralashuvlar paytida uning dum sohasidagi shikastlanishi bilan bog‘liq bo‘lgan. Bu Bemorlarning barchasida keyinchalik relaparotomiyaga ko‘rsatma bo‘lmagan. 2 patsientda operatsiyadan keyingi peritonitning rivojlanishi travma olgan payti bir vaqtning o‘zida kovak a‘zo travmasi bo‘lganligi va patsientning kech murojat qilganligi bilan bog‘lik bo‘lgan.

Oshqozon-ichak traktining parezlari operatsiya qilingan keksa Bemorlarda ko‘proq qayd etilgan. Ushbu asoratning rivojlanishiga 3 nafar patsientda massiv retroperitoneal gematomalarning mavjudligi sabab bo‘lgan.

Alohidalangan qorin travma bilan bemorlarning tadqiqotimiz guruhidagi javob berilgan bemorlar uchun davolanish muddati 8 dan 42 yotoq kunigacha bo‘lgan va o‘rtacha yotoq kuni $16,57 \pm 6,27$ tashkil etganiin kuzatdik.

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

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

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

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

Konservativ davo guruhiga kiritish mezonlari patsient ahvolidan og‘irligini xarakterlovchi klinik va laboratoriya tekshiruv ma’lumotlariga asoslanadi. Tadqiqotimizdagi 117 nafar bemorlarning umumiy sonidan tekshiruv natijasida 29 nafar (24,7%) Bemorlarda jigar va taloqning yopiq jarohatlarini konservativ davolash amalga oshirilgan. Ulardan 25 nafari erkak, 4 nafari ayol. Bemorlarning yoshi 19 yoshdan 77 yoshgacha bo‘lgan. Tadqiqot guruhimizdagi bemorlarimizning o‘rtacha yoshini oladigan bo‘lsak $40,03 \pm 17,1$ yoshni tashkil etadi.

Jigar bilan - 9 nafar, taloqning shikastlanishi bilan esa -19 nafar bemorlarda aniqlangan, yana shulardan 1 nafar patsientda ham jigar ham taloqning shikastlanishlari aniqlangan.

Jigar yoki bo‘lmasa taloqning shikastlanishi 20 nafar bemorlarda statsionarga yotqizayotgan vaqtida darhol aniqlangan: ichki azolarni noinvaziv tekshirish usuli UTT qilish vaqtida tadqiqotimizdagi bemorlarimizning 16 nafarida, yana 4 nafarida noinvaziv usulda tekshirish vaqtida ya’ni KT paytida

aniqlangan bo'lib chiqdi. Yana tadqiqotimizdagi bemorlarimizning 9 nafar bemorlarimizda ichki a'zolarining shikastlanishi haqida kerakli klinik ma'lumotlar aniq bo'lmaganligi sababli, ertasi kuni noinvaziv usulda tekshirish ya'ni UTT keyin a'zoning shikastlanishi aniqlanganligi aytib o'tildi.

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

UTT va kompyuter tomografiya I-II darajadagi shikastlanishi va qorin parda orti gematomasi aniqlangan. Umumiy holatning og'irligi OIS shkalasi bo'yicha I-II ballni tashkil etgan (E.Moore et.all. 1994). 17 (58,6%) holatda qorin bo'shlig'ining UTT va KT tekshiruvidan so'ng, paranebral to'qimalar sohasida gematoma shakllanishi aniqlangan. 7 (24,1%) holatda UTT va KT tekshiruvidan so'ng taloqning OIS shkalasi bo'yicha I -darajali engil shikastlanishi va qorin bo'shlig'inig chap yarmida 160-180 ml gacha qon aniqlangan. Gemodinamik ko'rsatkichlar barqaror bo'lgan. Eritrotsitlar, gemoglobin va gematokrit ko'rsatkichlarini nazorat qilish sezilarli o'zgarishlarsiz normal chegaralarda qolgan. Dinamik UTT va KT tekshirishlari davomida gemoperitoneum kuchaymagan va taloq parenximasida salbiy dinamika qayd etilmagan. Klinik jihatdan abscess gektik lixoradka, mezogastriya sohasidagi og'riqni bel sohalariga uzatilishi bilan namoyon bo'lgan. Laboratoriya tekshiruvlarida yuqori leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishini va qondagi amilaza miqdorining oshishi aniqlangan. Bir holatda abscess chap diafragma osti bo'shlig'ida joylashgan. Organlarni shikastlanish mezonlari bo'yicha a'zolar shikastlanishining og'irligiga ko'ra taqdidotimizdagi bemorlarimizning asosiy qismida taqsimot 3.9-jadvalda keltirilgan.

3.9-jadval

Organlarni shikastlanish mezonlari bo'yicha bemorlarning tadqiqotimiz guruhida a'zolar shikastlanishining og'irligi bo'yicha taqsimlanishi (n=29)

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

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

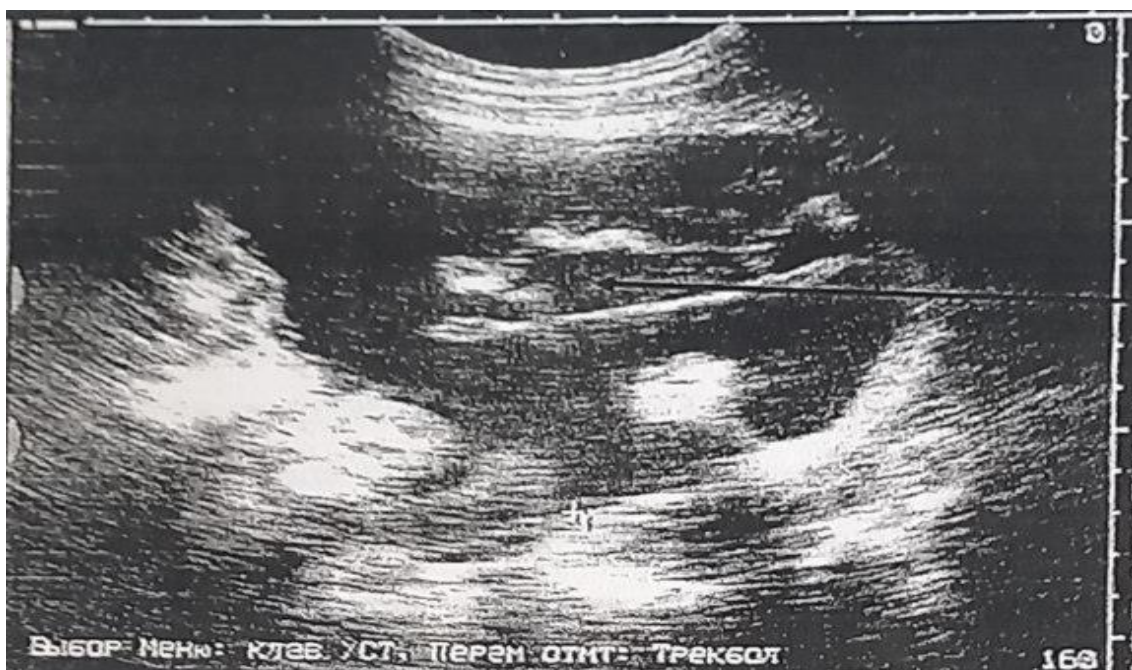
2 (6,8%) patsientda oshqozon-ichakdan qon ketish kuzatilib, bu bemorlarga FEGDS o'tkazilgan, bunda oshqozonning pilorik qismi va o'n ikki barmoq ichakda eroziyalar aniqlangan, argon plazmali koagulyatsiya orqali mahalliy gemostazga erishilgan. Invaziv tekshirish usularidan bo'lmish endoskopik tekshiruvdan so'ng tadqiqotimizdagi bemorlarga proton pompa blokatorlari buyurilgan. Tadqiqotimizdagi bemorlarimizda 1 (3,4%) nafar holatda shikastlanishdan 16-22 kun o'tgach, noinvaziv tekshirish usuli UTT, qilingandan so'ngra noinvaziv tekshirish KT tekshiruvi xulosasi bilan jabrlanganda pankreas yopiq shikastlanishidan keyin, paydo bo'lgan posttravmatik pankreatit rivojlanishi va qorin bo'shlig'i chegarasi aniq yiringli bo'shliq abssessi rivojlanish aniqlandi. Klinik jihatdan abssess gektik lixoradka, mezogastriya sohasidagi og'riqni bel sohalariga uzatilishi bilan namoyon bo'lgan. Laboratoriya tekshiruvlarida yuqori leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishini va qondagi amilaza miqdorining oshishi aniqlangan. Bir

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

Izolyatsiyalangan abdominal travma 10, qo'shma shikastlanish 19 Bemorlarda bo'lgan. Ko'p azolar shikastlanishi ya'ni qo'shma jarohatlar ichida eng ko'p uchraydigan jarohatlar ko'krak qafasining lat eyishi 5 nafar patsient va tana va boshning yumshoq to'qimalarining lat eyishi (yana 5 nafar patsientda) aniqlangan. Yana 3 nafar patsientda miya chayqalishi aniqlangan. Tadqiqotimizdagi bemorlarimizda 3 nafar aziyat chekkan ko'krak qafasining lat eyishi va miya chayqalishi ko'rinishidagi qo'shma shikastlanish, 2 nafar aziyat chekanlarda esa miya chayqalishi va tayanch sistema ya'ni skelet travmalari qollar va oyoqlarda shikastlanishlar aniqlangan. Shuning uchun tadqiqotimiz natijasiga ko'ra, qo'shma jarohatlar «og'ir» deb baholanmagan.

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

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

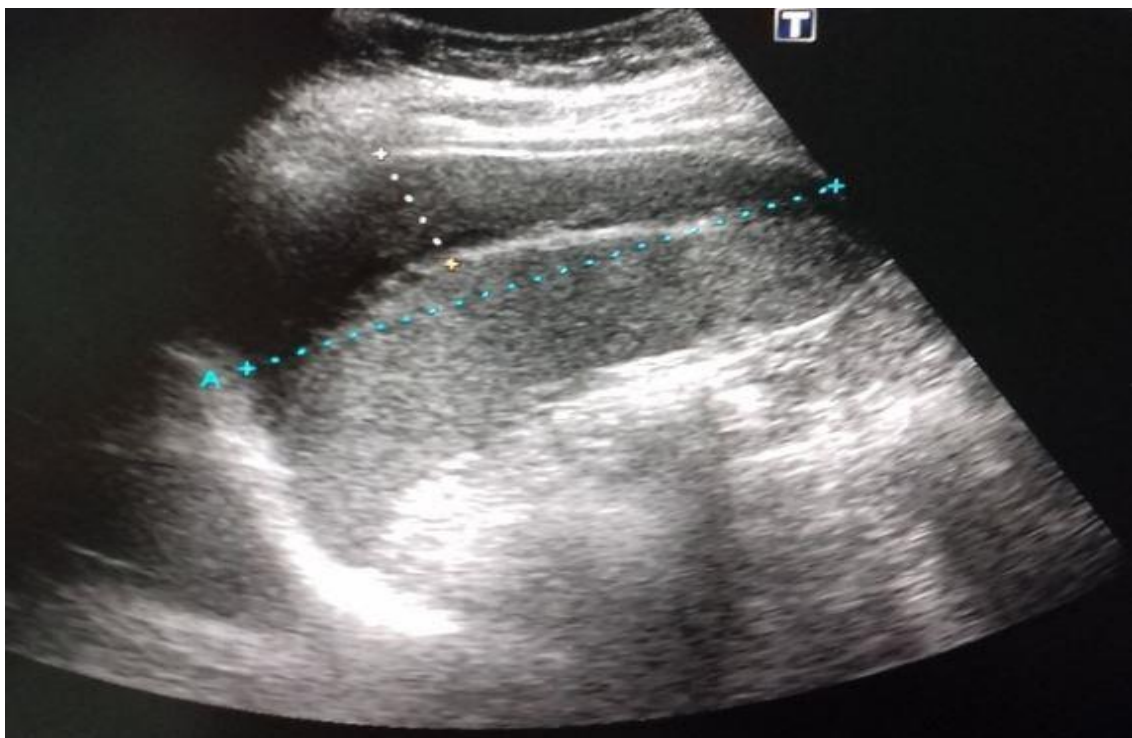


3.2-rasm. a.UTT jigar va o'ng buyrak o'rtasidagi erkin suyuqlik

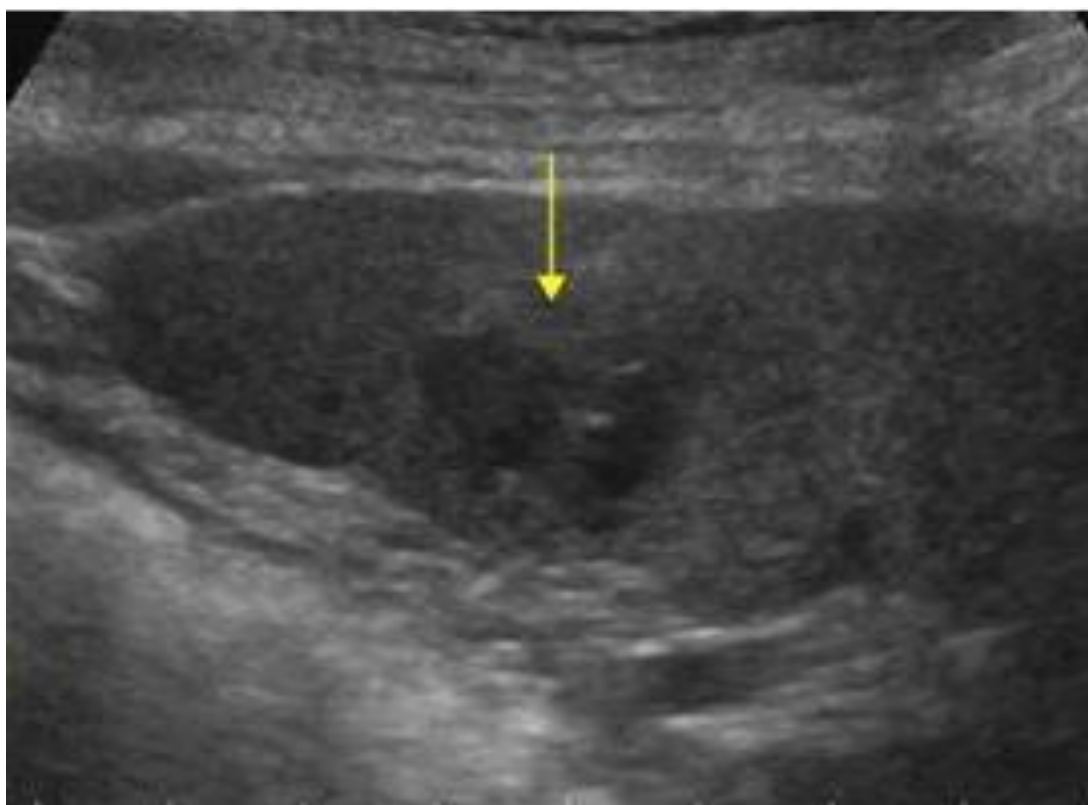


3.2-rasm. b. KT erkin suyuqlik.

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



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



3.4-rasm. Taloq gematomasi

Barcha 29 holatda jabrlanuvchilar dinamik kuzatuv olib bordik. Shulardan dinamik kuzatuv vaqti 6,12, 24 soatdan keyin yana takroriy noinvaziv tekshirish usuli UTT qayta qilindi, laborator va klinik ko'rsatgichlarga asoslanib yana 24-

48 soatdan keyin noinvaziv tekshirish usuli KT tekshiruvi o'tkazildi. Qorin parda tasirlanish simptomlari bo'lmaganligi, gomodinamik ko'rsatgichlardan: gemoglobin va eritrotsitlarning stabil ko'rsatgichlari hamda noinvaziv tekshirish usullari UTT va KT xulosasiga ko'ra 200 ml gacha bo'lgan gemoperitoneum muhim omillar deb hisoblangan. Konservativ davo olib borilgan 29 nafar jabrlanuvchilarda biz 3.10-jadvalda keltirilgan quyidagi asoratlarni kuzatdik.

3.10-jadval

Taloq yopiq travmasida konservativ davolashdash keyin kuzatilgan asoratlarni

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

Operatsiyadan keyingi davrda 2 (6,8%) patsientda biz posttravmatik pankreatit rivojlanishini kuzatdik. Bemorlar ahvolining stabillashuvi davolashdan keyin 4-7-chi kunlarda kuzatilgan. 1 (3,4%) jabrlanuvchida

pnevmoniya aniqlangan. Ushbu jabrlanuvchida qorin bo'shlig'i travmasidan tashqari ko'krak qafasining yopiq travmasi natijasida o'pkaning lat eyishi ham bo'lgan, ushbu patsientga konservativ davo o'tkazilgan. 1 (3,4%) patsientda travma tufayli reaktiv plevrit diagnozi aniqlangan.

2 (6,8%) patsientda oshqozon-ichakdan qon ketish kuzatilib, bu bemorlarga FEGDS o'tkazilgan, bunda oshqozonning pilorik qismi va o'n ikki barmoq ichakda eroziyalar aniqlangan, argon plazmali koagulyatsiya orqali mahalliy gemostazga erishilgan. Invaziv tekshirish usullaridan bo'lgan endoskopiya tekshiruvidan keyin barcha tadqiqotimizdagi bemorlarimizga proton pompa blokator guruhiga kiruvchi dori vositalari buyurilgan. 1 (3,4%) nafar holatda shikastlanishdan 17-21 kun keyin, noinvaziv tekshirish usuli UTT, keyin esa, KT tekshiruvi xulosasi bilan jabrlanganda pankreasning shikastlanishidan so'ng, keyinchalik posttravmatik pankreatit rivojlanishi va qorin bo'shlig'i absessi kuzatilgan xolatlar bo'lgan. Klinik jihatdan abscess gektik lixoradka, mezogastriya sohasidagi og'riqni bel sohalariga uzatilishi bilan namoyon bo'lgan. Laboratoriya tekshiruvlarida yuqori leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishini va qondagi amilaza miqdorining oshishi aniqlangan. Bir holatda abscess chap diafragma osti bo'shlig'ida joylashgan. U UTT nazorati ostida muvaffaqiyatli punksiya qilingan va shundan so'ng abscess bo'shlig'ini drenajlash va antiseptik eritmalar yordamida sanatsiya qilish maqsadida mikroirrigator abscess bo'shlig'iga o'rnatilgan.

Bir holatda parezga keng retroperitoneal gematomaning mavjudligi, boshqa holatda esa oshqozon osti bezining yopiq shikastlanishi tufayli posttravmatik pankreatit rivojlanishi sabab bo'lgan. Barcha holatlarda ichak parezi ichak motorikasini stimullovchi preparatlar qo'o'lanilishi natijasida bartaraf etilgan.

Shunday qilib, jigar va taloqning yopiq travmalari jami 117 jabrlanuvchidan 29 tasida (24,8%) UTT, KT va MRT dinamik nazorati ostidagi ma'lumotlariga asoslangan va ushbu kategoriyadagi jabrlanuvchi-larni

konservativ davolashda ijobiy samaradorlikka erishilib o'lim holati kuzatilmagan.

Izolyatsiyalangan abdominal travmasi bilan Bemorlarda yotoq kuni 7 kundan 24 kungacha bo'lgan. O'rtacha yotoq kuni $12,9 \pm 5,2$ tashkil etgan.

IV BOB.

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

4.1-§. Jigar va taloqning yopiq travmasida diagnostik laparoskopiya

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

A'zo travmasini adekvat baholashning texnik jihatdan ilojsizligi (masalan, yorilish jigar va taloqning darvoza sohasida joylashuvida).

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

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

Diagnostik laparoskopiyani o'tkazishda biz qorin bo'shlig'i a'zo va strukturalari shikastlanishida operativ aralashuv taktikasini aniqlagan Amerika xirurglar travmatologlar assotsiatsiyasi (1994) tomonidan to'ldirilgan Organ Injury Scale (OIS) (1986 y) bo'yicha klassifikatsiyadan foydalandik. Ushbu klassifikatsiya ochiq va yopiq travma belgilarini birlashtiradi.

4.1- jadval

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

A'zo travmasi	I daraja	II daraja	III daraja
Jigar gematomasi	2	2	-
Jigar yorilishi	18	6	-
Taloq gematomasi	2	1	-
Taloq yorilishi	3	5	2

Jigar va taloq yorilishi	-	-	1
Jami:	25	14	3

4.2-jadval

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

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

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

4.3-jadval

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

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

	bilan tugashi			
Barcha operatsiyalar		117	22	139

Bemorlarda nazorat maqsadida o'rnatilgan drenajdan ajraladigan suyuqlikning miqdori va xarakteri nazorat qilingan. Jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan Bemorlarni davolash taktikasi 4.3-jadvalda keltirilgan.

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

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

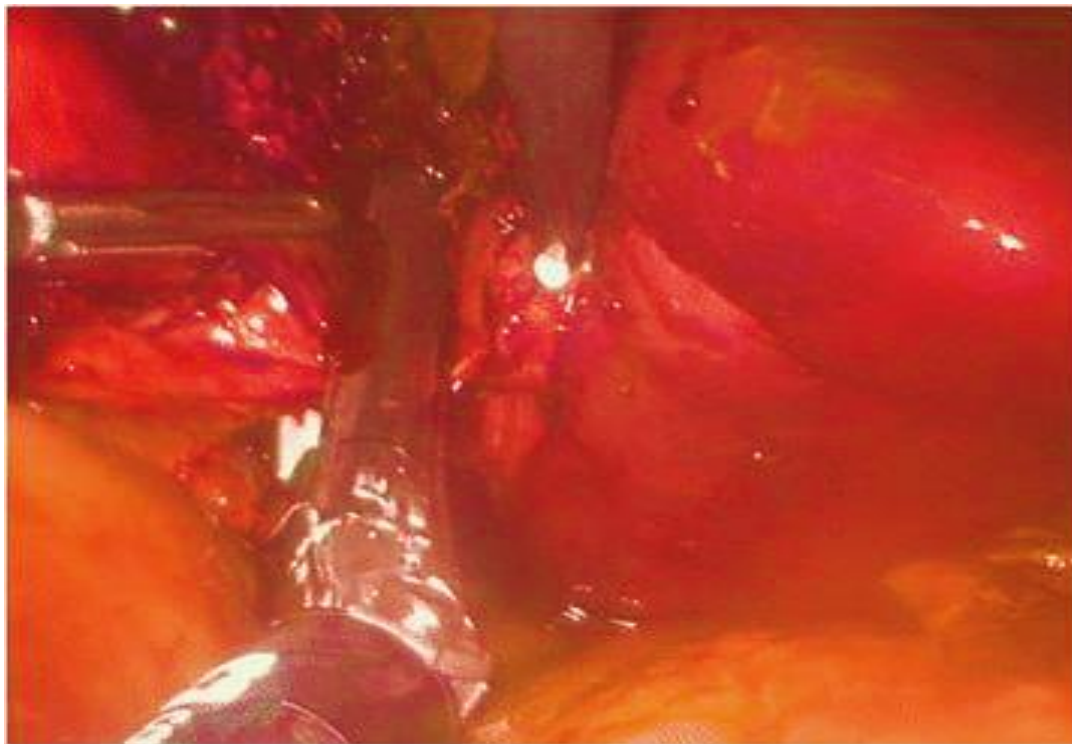
Shunday qilib, masalan, jigarning OIS shkalasi bo'yicha I darajali shikastlanishida jabrlanuvchi ahvolining o'ta og'irligi qo'shma og'ir travmatik miya shikastlanishi va tos suyaklarining sinishi mavjudligi sababli bo'lishi mumkin. Va aksincha, taloqning OIS shkalasiga bo'yicha III-IV darajali travmasi payti miya chayqalishining o'rta og'ir darajasi va II-III qovurg'aning sinishi bilan jabrlanuvchining ahvoli unchalik og'ir bo'lmasligi mumkin.

OIS shkalasi bo'yicha IV yoki undan yuqori darajalarda laparotomiya amalga oshirilgan. Effekt bo'lmagan hollarda biz atravmatik ignalar va iplar yordamida travmatik tikuvlarni qo'lladik. Kapsulaning ajralishi bilan yuzaki jigar jarohatlaridan qon ketish payti argon plazmali koagulyatsiyasi qo'llanilgan. Shuningdek, bu holatlarda «TaxoKomb» gemostatik plastinkalari ham qo'llanilgan.

Laparoskopiyaning amalga oshirayotganda, OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali jigar travmasi uchun hamda taloq, tutqich, yo'g'on va ingichka ichak va siydik qopini OIS shkalasi bo'yicha I-II darajali travmalarida laparoskopik xirurgik amaliyotini o'tkazish imkoniyatini ko'rib chiqdik.

Qon ketishini to'xtatish uchun turli modifikatsiyadagi elektrokoagulyatsiyadan keng foydalandik.

Bipolyar koagulyatsiya bilan tok patsientning butun tanasi bo'ylab o'tmaydi, balki to'g'ridan-to'g'ri xirurgik instrumentning qo'shni elektrodiga o'tadi (biz elektrodlarning turli xil modifikatsiyalari bilan ikki branshli qisqichdan foydalandik). Branshning bir tomoni faol elektrod, ikkinchisi esa neytral rolini bajargan.



B.

4.3-rasm. a,b. Jigar travmasida laparoskopik kaogulyatsiya

Oqimning to‘qimaga ta’siri natijasida uning lokal qizishi kuzatiladi va 3 mm dan oshmaydigan chuqurlikda koagulyatsiya ruy beradi. Usulning afzalligi koagulyatsiya chuqurligi va maydonini nazorat qilish imkoniyati va ostidagi biriktiruvchi to‘qimalarga zarar etkazmasligidir.

Laparoskopik usulda bajarilgan operatsiyalar 4.4-jadvalda keltirilgan.

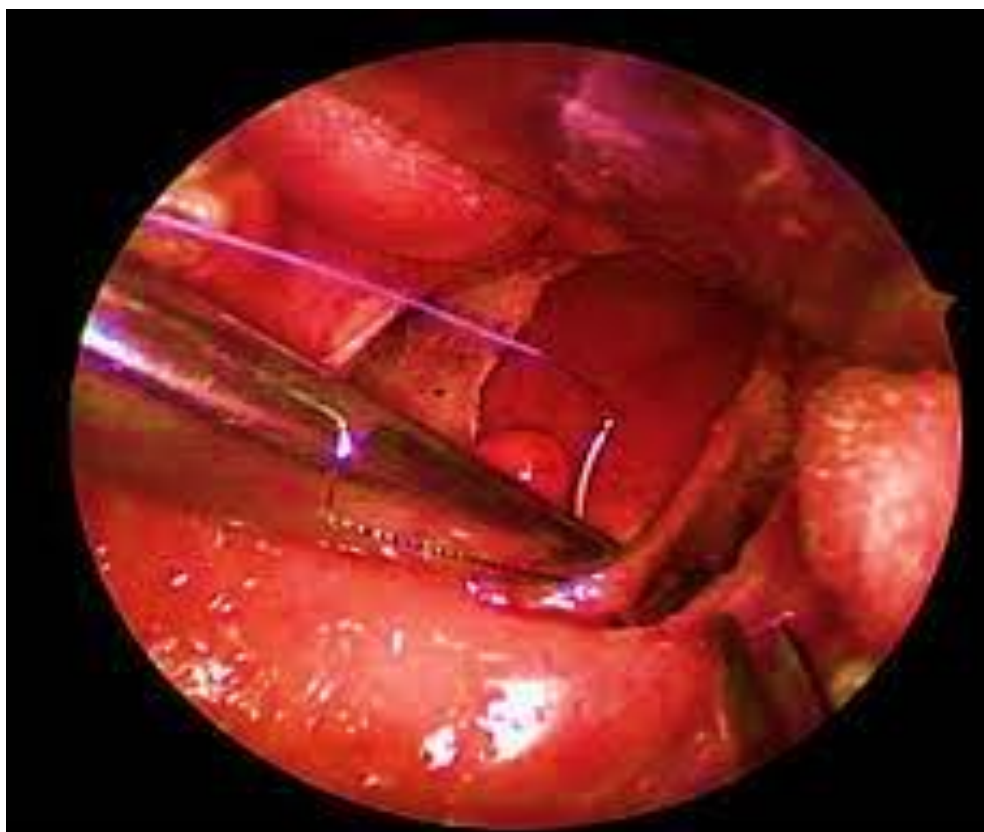
4.4-jadval

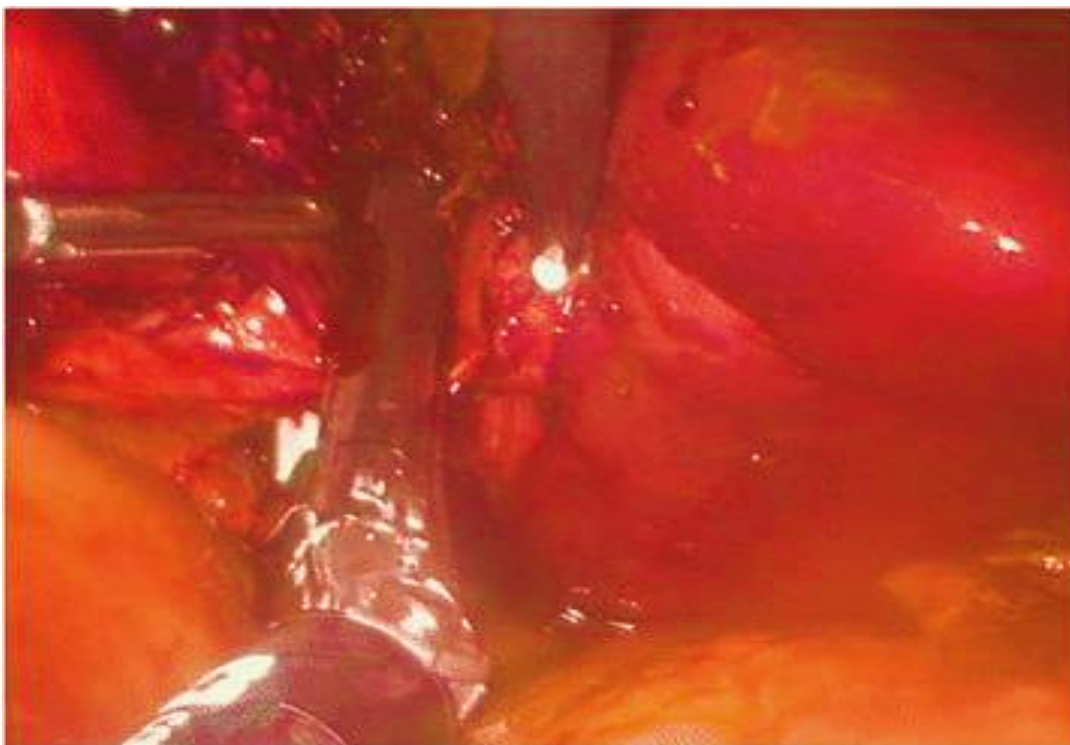
Asosiy guruhda jigar va taloqning yopiq travmalarida laparoskopik operatsiyalarning turlari (n=42)

Jami laparoskopik operatsiyalar (n=42)		Operatsiya soni	%
Jigar travmasi (n= 28)	Jarohat yuzasini argon-plazmali koagulyatsiyasi	9	21,4
	Yorilish liniyasini tikish va koa-gulyatsiya bilan xolesistektomiya	2	4,8
	Argonplazmali koagulyatsiya, yirik qon tomirlarga klips o‘rnatish bilan katta charvining bir tutami bilan peritonizatsiya qilish orqali jigar kapsulasi yoki o‘roqsimon bog‘lamga klips bilan fiksatsiya qilish, «TaxoKomb» ni katta charvi ostidan o‘rnatish	10	23,8
	Jigar jarohatini tikish, katta charvining bir tutami bilan oyoqchasida tikish orqali mustahkamlash	3	7,1
	Jigar jarohatini tikish bilan «Taxokomb» ni tamponada qilish	4	9,5
Taloq travmasi (n= 13)	Taloq jarohatini tikish katta charvining bir tutami bilan oyoqchasida tikish orqali mustahkamlash	3	7,1
	A. lienaiis ni bog‘lash bilan bir qut-bini rezeksiya qilish	2	4,8
	Argon-plazmali koagulyatsiya	4	9,5
	Argon-plazmali koagulyatsiya bilan «Taxokomb» ni fiksatsiya qilish	2	4,8
	Sharsimon elektrod orqali jarohat yuzasi elektrokoagulyatsiyasi	2	4,8

Jigar va taloqning qo'shma travmasi (n=1)	Jigar va taloq defektini argon-plazmali koagulyatsiyasi bilan «Taxokomb» ni fiksatsiya qilish	1	24
Jami		42	100%

Jigar jarohatining chuqurligi 1,5 sm dan ortiq bo'lganda, biz bunda koagulyatsiya qilingan yuzaga qo'shimcha ravishda katta charvining tutami fiksatsiya qilib, uni jigar kapsulasi yoki o'roqsimon bog'lamga klips orqali mustahkamlash kabi qon ketishini to'xtatish usulini qo'lladik. Ushbu usul OIS shkalasi bo'yicha II-III darajali jigar shikastlanishida 25-50% subkapsulyar gematomadan davom etayotgan qon ketishning 10 holatida qo'llanilgan. Shunday qilib, shu tarzda ishonchli gemostazga erishilgan. Yaxshiroq gemostaz uchun biz katta charvining tutami bilan peritonizatsiya qilish va uni jigar kapsulasiga yoki o'roqsimon bog'lamga klips orqali fiksatsiya qilish va «TaxoKomb» ni katta charvi tutami ostidan yorilish ustiga qo'yish kabi kombinatsiyadan foydalandik.





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

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

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

Relaparoskopiya bajarilib argon plazmali koagulyatsiya va «TaxoKomb» plastinkasi tamponadasi qo'llash orqali gemostazga erishilgan (4.5-jadval).

4.5-jadval

**Asosiy guruhdagi laparoskopik operatsiya qilingan Bemorlarda
operatsiyadan keyingi asoratlar**

	Bemorlar soni n=42	%
Qon ketish residi	2	4,8
O't oqishi	2	4,8
Oshqozon-ichak tizimidan qon ketish	1	2,4
Jami	5	12%

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

Laparoskopik operatsiyalar natijalari 4.6-jadvalda keltirilgan.

4.6-jadval

Laparoskopik operatsiyalar bajarilgan Bemorlarda natijalar

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

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

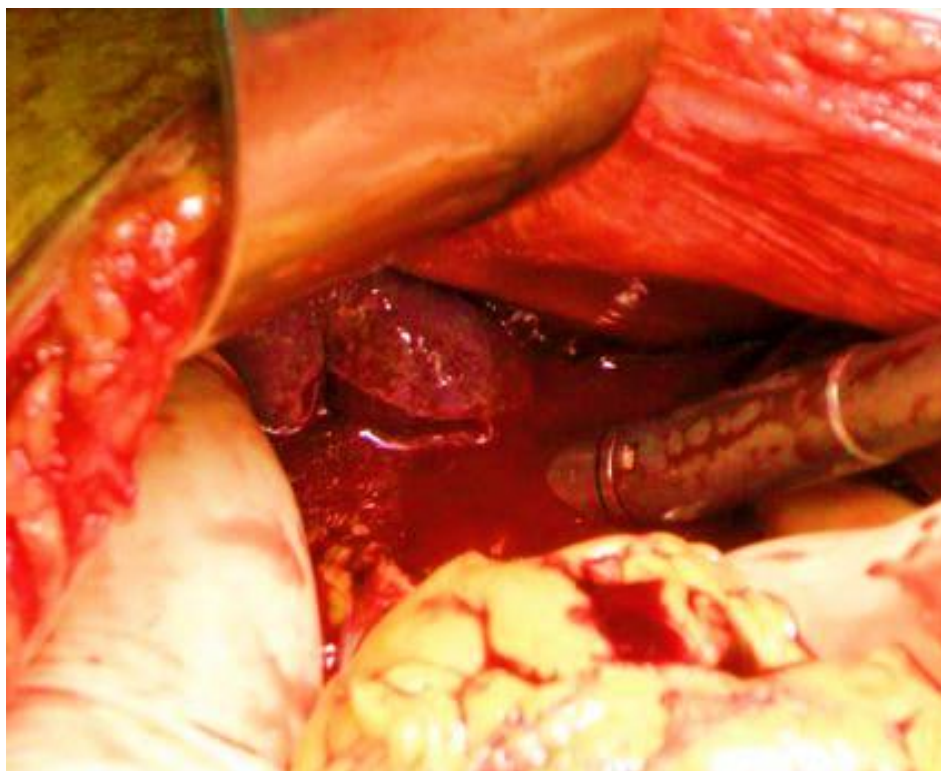
4.3-§. Jigar va taloqning yopiq travmasi bilan asosiy guruhdagi Bemorlarda laparotom kirish yo‘li orqali xirurgik aralashuvlar

Qorin bo‘shlig‘i yopiq travmasi bilan Bemorlarda laparotomiyaga ko‘rsatma sifatida quyidagilar hisoblanadi:

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

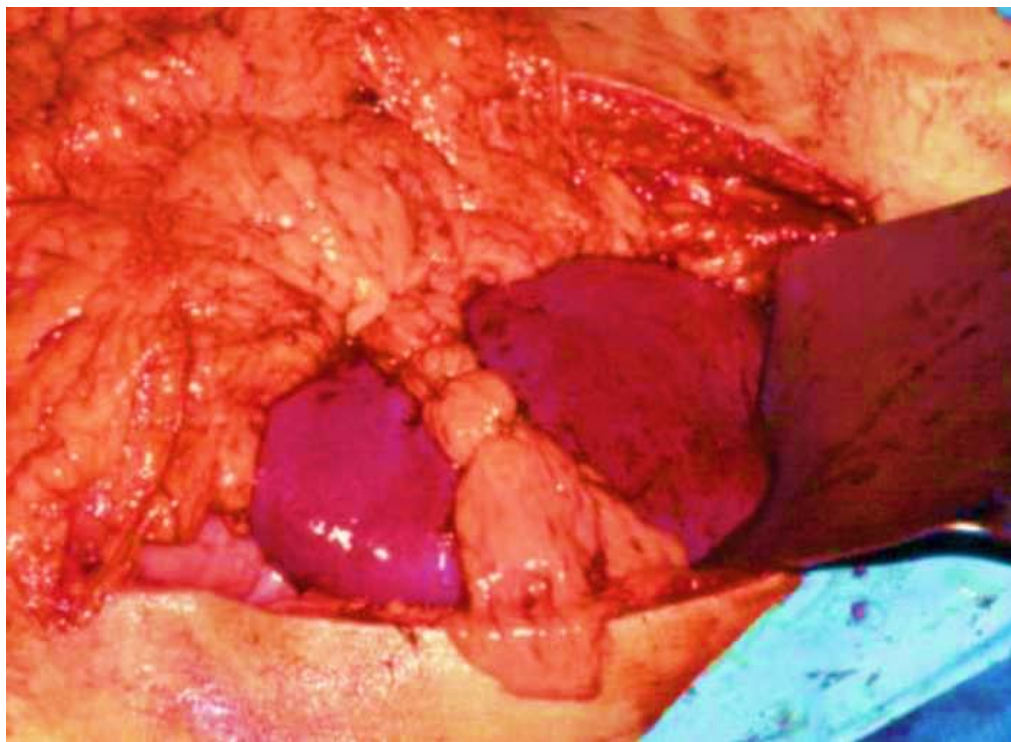
Ijobiy FAST natijalari bo‘lgan gemodinamik jihatdan barqaror Bemorlar ba’zida shikastlanishlarning xarakteri va darajasini yaxshiroq aniqlash va davolash strategiyalarini aniqlash uchun kompyuter tomografiyasi (KT) zarur bo‘lgan.

Shunday qilib, jami 42 patsientda (35,9%) laparotomiyali xirurgik aralashuvlar qo‘llanilgan (4.5-rasm).



4.5-rasm. Ochiq laparatom operatsiya (jigar yorilishi)

Taloq jarohatlari va yorilishlari sanchuvchi atravmatik ignada soʻriluvchi iplar (vikril 3.0-4.0) bilan P-simon choklari yordamida tikilgan. Choklar uchun «tayanch» sifatida katta charvining tutami qoʻllanilgan (4.6-rasm). OIS shkalasi boʻyicha taloqning III darajali shikastlanishida 2 patsientda (%) qutblardan birini rezeksiya qilishga muvaffaq boʻlingan. Taloq mobilizatsiya qilingach rezeksiya qilingan zonaga mos qon tomirlar oyoqchalari kesilib, soʻngra bogʻlangan. Shundan soʻng ishemiyaga uchragan sohaning chetidan 1 sm masofada rezeksiya chizigʻini joylashtirishga harakat qilib, qutb olib tashlangan. Qon oqayotgan tomirlar vikril 4.0,5.0 bilan bogʻlangan va yuqorida sanab oʻtilgan usullardan biri yordamida gemostaz amalga oshirilgan.



4.6-rasm. Taloq yopiq travmasi. Omentosplenopeksiya.

2 holatda taloq arteriyasini bogʻlash (videolaparoskopiya paytida klips oʻrnatish) yuqorida keltirilgan gemostaz usullari kombinatsiyasida amalga oshirilgan.

Bizning fikrimizcha bu, ayniqsa, taloq atrofidagi aʼzo va toʻqimalar bilan keng bitishmalar hisobiga yopishib ketganligi va qachonkim, aʼzolari saqlovchi boshqa operatsiyalarni amalga oshirish (va hatto radikal splenektomiyaning oʻzi ham) katta texnik qiyinchiliklar bilan bogʻliqligi jihatidan afzalliklarga ega.

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

- taloqni OIS shkalasi bo'yicha IV-V darajali shikastlanishi;
- qorin va qorin parda orti bo'shlig'i boshqa a'zolarining ko'plab shikastlanishlari;
- patologik o'zgargan taloqning shikastlanishi (splenomegaliya va b.q.);
- nostabil gemodinamika (sistolik AQB 80 mm sim. ust. past bo'lsa);
- qon ivish sistemasidagi buzilishlar;
- jabrlanuvchining yoshi 65 yoshdan oshgan bo'lsa;
- peritonit.

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

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

OIS shkalasi bo'yicha IV-V darajali jigar shikastlanishi bo'lgan 15 holatda qonni to'xtatish maqsadida biz «damage control» strategiyasini qo'lladik.

Jigarning markaziy yorilishi va gematoma mavjud bo'lsa, eng yaqin portal yoriqlaridan biri orqali kirish orqali reviziya amalga oshirilgan. Bunday holda o't- va gemostaz diqqat bilan amalga oshirilgan, gematoma bo'shlig'i katta charvi bilan tamponlangan (tikishsiz) va drenajlangan.

Operativ aralashuvlar bajarilgan Bemorlarda laparotom xirurgik aralashuvlarning natijalari 4.7-jadvalda keltirilgan.

4.7-jadval

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

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

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

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

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

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

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

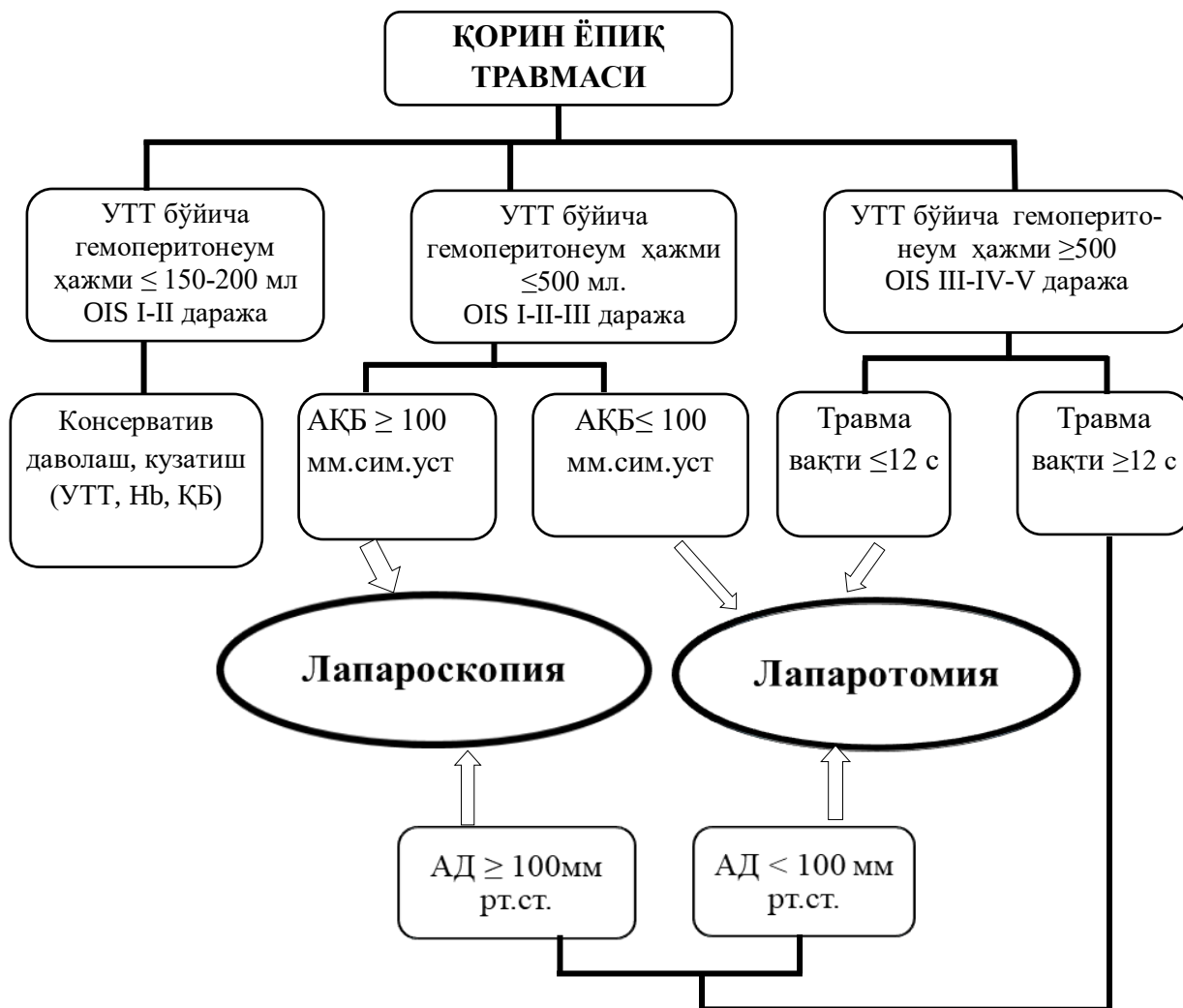
Bemorlar to‘g‘ridan to‘g‘ri operatsiya xonasiga laparotom xirurgik aralashuvni amalga oshirish uchun yuborilgan. Laparotomiya jarayonida jigar va taloqning shikastlanish darajasi va gemoperitoneum hajmiga qarab xirurgik davolash taktikasi va turi aniqlangan.

Davolash usullarini tanlash mezonlari, shuningdek, jigar va taloqning yopiq travmasi bilan jabrlanuvchilarni davolash natijalari bo‘yicha olingan ma’lumotlarga asoslanib, biz videolaparoskopiya va endolaparoskopik

operatsiyalar uchun talablar va qarshi talablarni kuzatuvlarimiz natijasida aniqladik.

42 (35,9%) holatda laparoskopiya tufayli eksplorativ laparotomiyadan voz kechish, 4 holatda diagnostik laparoskopiya ma'lumotlariga asosan aralashuv laparoskopik operatsiyalarni o'tkazmasdan yakunlangan va kuzatish va konservativ davolanish muvaffaqiyatli davom ettirilgan.

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



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

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

№1 klinik kuzatuv. Jabrlanuvchi A. A., 30 yoshda, kasallik tarixi №2367/456. YTH natijasida travma olgandan 70 minutdan so'ng 12.02.2021 yil kuni soat 13-30 da tez yordam mashinasida keltirilgan. Kuchli umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, kungil aynishi, chap qovurga osti va epigastral sohalaridagi og'riqqa shikoyat qilgan. Umumiy ahvoli og'ir. Teri qoplamasi oqimtir. Puls tezlashgan, YuUT – minutiga 100 marta, AQB 90/60 mm.sim.ust. Ob'ektiv: qorin yuqori sohalarida biroz mushaklar defansi, qorin parda ta'sirlanish belgilari, chap yonbosh soha bo'ylab perkussiyada to'mtoqlashuv aniqlanadi. Laborator ko'rsatkichlar: Nv 110 g/l. Erit 2,8x10¹²/l, Ht - 0,40.

Dastlabki diagnoz: bosh miya yopiq travmasi, qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq travmasi, qorinichi qon ketishi. Qorin bo'shlig'ida UTT 400 ml erkin suyuqlik aniqlangan. 12.05.12 yil kuni soat 13:55 videolaparoskopiya bajarilgan. Reviziya payti ingichka ichak tutqichida 0,8x0,2x0,1 o'lchamda chiziqli yorilish (OIS shkalasi bo'yicha I daraja) aniqlangan. Taloqning pastki qutbida 3x0,2x0,2 sm chiziqli (OIS shkalasi bo'yicha I daraja) aniqlangan. Taloqdagi yorilish argonoplazmali koagulyatsiya qilingan va tutqichdagi yoriq tugunli choklar yordamida tikilgan. Ishonchli gemostazga erishilgan va qorin bo'shlig'i drenajlangan. Patsientga 1, 2, 3 kunlarda dinamik UTT o'tkazilgan, qon ketish qayd etilmagan. N – 90, Erit - 2,7x10¹²/l, Ht - 0,40. Patsient statsionarda qabul qilinganidan so'ng 8-chi sutkada qoniqarli holatda uyiga javob berilgan.

Jabrlanuvchi Sh. Sh., 23 yoshda, kasallik tarixi №1890/945. YTH natijasida travma olgandan 1 soatdan keyin 18.02.2020 yil kuni soat 17-00 da og'ir ahvolda keltirilgan. Birlamchi ko'rik va instrumental tekshirish usullaridan (rentgen, UTT), qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi to'g'risida ma'lumotlar aniqlanmagan. Jabrlanganga 4, 6 soatdan keyin dinamik UTT o'tkazilgan va uning natijalarida ham patologiya aniqlanmagan. Ammo, patsient o'ng qovurg'a ostidagi og'riqdan shikoyat qilgan. Ob'ektiv tekshiruvda peritoneal simptomlar salbiy, jigar to'mtoqligi saqlangan. Qabul qilinganidan 12 soat o'tib nazorat UTT qorin bo'shlig'ining o'ng yonbosh kanali bo'ylab erkin suyuqlik va jigar osti bo'shlig'ida qorin parda varaqlarini 0,3 smga ajratuvchi qalinlikdagi erkin suyuqlik aniqlangan. Sistolik arterial bosim 100 mm.sim.ustunidan past bo'lgan. Laparotomiya qilishga qaror qilingan. Laparotomiya paytida 900 ml qon laxtalari bilan birgalikda aniqlangan, jigar VI segmenti sohasidagi yoriqqa yopishgan qon laxtalari ham aniqlangan. Jigardagi yoriqning o'lchamlari 6,0x0,4x0,3 (OIS shkalasi bo'yicha daraja III - IV daraja). Jigardagi jarohat tikilib, ustidan katta charvining tutami oyoqchasida fiksatsiya qilingan, qorin bo'shlig'i sanatsiya qilinib drenajlangan. Yo'qotilgan umumiy qon hajmi 1 100 ml (900 ml travmadan keyin va 200 ml

operatsiya davomida). Operatsiyadan keyingi davr qoniqarli o'tgan. Patsient operatsiyadan keyin 6-chi sutkada qoniqarli ahvolda uyiga javob berilgan.

IV bob bo'yicha qisqacha xulosa

Shunday qilib, jigar va taloqning yopiq shikastlanishi bilan jabrlanganlarni davolash natijalarini tahlil qilish asosida qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishining og'irligi va shikastlanish darajasini ob'ektiv baholashga qarab davolash usulini tanlashga tabaqalashtirilgan yondashuv aniqlangan.

OIS shkalasi bo'yicha IV va undan ortiq daraja va gemoperitoneum 500 ml dan ortiq bo'lgan III -darajali shok bilan darhol ochiq operatsiyani amalga oshirish talab qilinadi.

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

UTT ma'lumotlariga ko'ra qorin bo'shlig'i qon ketishining aniq klinik belgilarining yo'qligi va oz miqdordagi suyuqlik davolash-diagnostik videolaparoskopiya oqilona murojaat qilish imkonini asoslaydi. Video-laparoskopiyaning alohida ahamiyati diagnostika va davolash muolajalarni birlashtirish imkoniyatidadir.

V BOB.

JIGAR VA TALOQNING YOPIQ SHIKASTLANISHLARIDA LAPAROTOM USUL VA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNI TANLASHDA QUYIDAGI ALGORITMNING QIYOSIY NATIJALARI

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

Yopiq abdominal travma bilan o'rganilgan tadqiqot guruhlaridagi jabrlanuvchilarning davolash natijalarini solishtirdik. Ma'lumki, asosiy guruhga konservativ davo, videolaparoskopik aralashuvlar va ochiq usulda operatsiya bajarilgan yopiq travma bilan 117 nafar Bemorlar guruhi kiritilgan va taqqoslash guruhi esa laparoskopik usullar amaliyotga joriy etilishidan oldin retrospektiv tarzda tanlangan 103 nafar patsientdan iborat.

Asosiy va taqqoslash guruhlarida qorin bo'shlig'i a'zolari travmasining miqdoriy nisbati va gemostaz usullarining turlari amaliy jihatdan farq qilmagan.

Bemorlarning asosiy guruhi va taqqoslash guruhi o'rtasidagi eng ko'p farqlar operatsiyadan keyingi davrda namoyon bo'lgan. Shunday faktorlardan biri peristaltikani erta tiklanishi bo'lgan.

Asosiy guruhdagi 98 (83,7%) jabrlanuvchida operatsiyadan keyingi davrning birinchi kunida peristaltika tiklangan bo'lsa, taqqoslash guruhidagi jabrlanuvchilarda peristaltika birinchi kuni faqat 5 (20%) jabrlanuvchida tiklangan ($r < 0,05$).

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

5.1-jadval

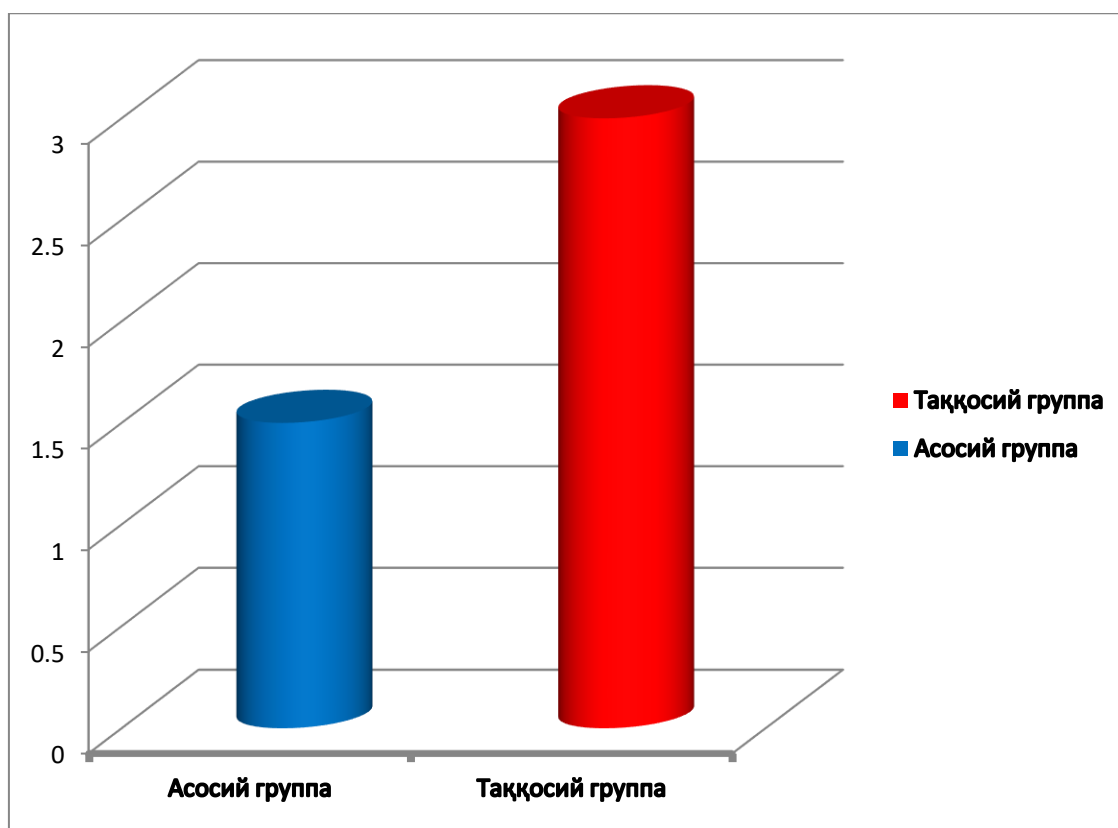
Tavsiya etilgan algoritm bo'yicha diagnostika va davolash taktikasini tanlash va an'anaviy laparotomiya texnikasini qo'llashning asosiy ko'rsatkichlarini qiyosiy xarakteristikasi

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

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

Asosiy guruhga konservativ davo, videolaparoskopik aralashuvlar va ochiq usulda operatsiya bajarilgan yopiq travma bilan 117 nafar Bemorlar guruhi kiritilgan va taqqoslash guruhi esa laparoskopik usullar amaliyotga joriy etilishidan oldin retrospektiv tarzda tanlangan 103 nafar patsientdan iborat.

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



5.1-rasm. Asosiy va taqqoslash guruhlardagi Bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limlarida bo‘lish muddati

Qorin old devorining kamroq shikastlanishi tufayli erta faollashuv asosiy guruhda operatsiyadan keyingi pnevmoniya, plevrit va operatsiyadan keyingi jarohatda yiringlash sonining kamayishiga yordam bergan.

Umumiy asoratlarning soni taqqoslash guruhidagi 37,9% dan asosiy guruhda 20,51% gacha kamaygan. O‘rganilayotgan kichik guruhlardagi asoratlarning umumiy sonidagi farqlarning ahamiyati sezilarli ($r < 0,05$).

5.2-jadval

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

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

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

Shuningdek, asosiy guruhda bilomalar soni 3,2% kamaygan. Asosiy guruhda oshqozon-ichakdan qon ketish 1,2% ga kam bo'lgan. Qayta qon ketish kabi asorat statistik ahamiyatga ega bo'lmagan va asosiy guruhda 0,85% va nazorat guruhida 1,9% tashkil etdi. Posttravmatik pankreatit asosiy guruhda 1,2% kam uchraygan. Bemorlarning statsionarda o'rtacha bo'lishi, an'anaviy laparotomiya texnikasidan foydalanganda asoratlar va o'limning umumiy ko'rsatkichlari va tavsiya etilgan diagnostika algoritmi va davolash taktikasini tanlash 5.3-jadvalda keltirilgan.

Shunday qilib, miniinvaziv laparoskopik diagnostika va jigar va taloqning yopiq shikastlanishini davolashda foydalangan holda diagnostika va davolash

taktikasini tanlash uchun tavsiya etilgan algoritm ushbu usulning an'anaviy diagnostik laparotomiyaga nisbatan shubhasiz afzalliklarini ko'rsatgan va bu operatsiyadan keyingi davrga o'zining sezilarli ta'sirini ko'rsatgan.

5.3-jadval

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

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

V bob bo'yicha qisqacha xulosa

Xulosa qilib aytish mumkinki, jigar va taloqning yopiq travmasi uchun biz tomonidan ishlab chiqilgan diagnostika va davolash taktikasi algoritmidan foydalanish xirurgik aralashuvlar natijalarini sezilarli darajada yaxshilagan, asoratlari va jabrlanganlarda o'limini kamaytirgan. jigar shikastlanishi bilan qorin bo'shlig'ining yopiq travmasida asoratlarning uchrash sur'atini va o'lim darajasini pasaytirishga erishilgan.

Qorin bo'shlig'ining yopiq travmasi bilan jabrlanuvchilarni davolashda differensial yondashuv taktikasini klinik amaliyotga joriy etish, bu eng 1 navbatda «arzimas» ochiq usulda ya'ni hozirgi tilimizdagi laparotomiya usulidan butunlay voz kechish, shuningdek erta aniq diagnostika va xirurgik davolashda juda kam invaziv texnologiyalardan qo'llab zamon talabi bilan xirurgik faollikni sezilarli darajada sonini kamaytirish va taqqiqotimizdagi bemorlarning ushbu toifasida ko'rsatilgan o'lim va uning asoratlari sonini kamaytirishdan iborat ekanligini aytib o'tmoqchimiz.

XOTIMA

Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, abdominal travma bilan Bemorlar guruhidagi yuqori o'lim va nogironlik nafaqat shikastlanishning og'irligi va ular diagnostikasining murakkabligi, balkim ko'p jihatdan Bemorlar og'irligini baholashda yagona yondashuvning yo'qligi, operativ taktika hamda operatsiyadan oldingi va keyingi davolash usullarini tanlash bilan bog'liqdir. Jigar va taloqning qo'shma va ko'p sonli shikastlanishlari ayrim hollarda yashirin klinik ko'rinish va diagnostikasi qiyin. Yuqoridagilarning barchasi jigar va taloq jarohati bilan jabrlanuvchilarga diagnostika muammosining dolzarbligini belgilaydi.

Hozirgi vaqtda ko'plab klinikalarda qorin bo'shlig'i yopiq jarohati bilan Bemorlarda gemoperitoneumning har qanday hajmi laparotomiya uchun mutlaq ko'rsatma hisoblanadi va taloq jarohatlarida eng keng tarqalgan davolash usuli splenektomiya hisoblanadi. Shunday qilib, jigar va taloqning shikastlanishlari uchun xirurgik taktikasini aniqlash hozirgi kunda qizg'in bahs-munozaralarga sabab bo'lmoqda. Binobarin, ushbu toifadagi Bemorlarda laparoskopik diagnostika, davolash maqsadidagi laparoskopiya va konservativ davoning roli va o'rni hali aniqlanmagan va uni amalga oshirish imkoniyati mezonlari ham ishlab chiqilmagan. Ushbu masalaga bag'ishlangan ishlarda Bemorlarni konservativ taktika va «an'anaviy» laparotomiya yordamida davolash natijalarining qiyosiy tahlili yo'q. A'zolari saqlash operatsiyalarining o'rni va roli masalasi muhokama qilinmoqda.

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

Bemorlarga RShTYoIM Samarqand filialining xirurgik bo'limlarida tibbiy yordam ko'rsatilgan. UTT barcha holatlarda qo'llanilgan. Bizning

ma'lumotlarimizga ko'ra, qorin bo'shlig'ining yopiq travmasida jigar shikastlanishlari diagnostikasida ultratovushning sezgirliги 88,6% ni tashkil etgan.

Parenximatoz a'zolarining shikastlanish darajasini baholash uchun OIS shkalasi bo'yicha a'zo shikastlanishining og'irligi tasnifi qo'llanilgan. Qorin bo'shlig'i a'zo va strukturalari shikastlanishining Organ Injury Scale (OIS) (1986g.) shkalasi bo'yicha klassifikatsiyasi orqali operativ aralashuv tanlash taktikasi aniqlangan.

Videolaparoskopiya jigar va taloqning shikastlanish darajasini ko'rish va aniqlash uchun ishlatilgan, ba'zi hollarda gemostazga amalga oshirish imkonini ta'minlagan. Jabrlanganlarda izolyatsiya qilingan jarohatlar va qorin bo'shlig'iga engil qon ketish holatlarida videolaparoskopiya gemostazning yakuniy usuli bo'lib xizmat qilgan.

Qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishi bilan qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik sindromi patsientda qorin bo'shlig'idagi suyuqlikning sifati va miqdorini farqlash va xirurgik davolash strategiyasini aniqlash imkonini beradigan klinik, UTT, KT va endoskopik belgilar yig'indisiga asoslangan holda aniqlangan. Konsepsiya protokolining asosi sifatida FAST protokoli (Focused Assessment with Sonography in Trauma - travmada maqsadli sonografik tekshiruv) qabul qilingan. FAST barcha klinik ahamiyatga ega qorin bo'shlig'i shikastlanishlari gemoperitoneum bilan bog'liq degan taxminga asoslangan.

Tadqiqotning dastlabki bosqichida jigar va taloqning yopiq travmalarida biz ishlab chiqqan diagnostik va davolash taktikasini tanlash algoritmi shuningdek, laparoskopik usullar yordamida gemoperitoneum diagnozi tasdiqlangan Bemorlarda ushbu usul amaliyotga tadbiiq etilguniga qadar jabrlanganlarga ichki azlardan jigar va taloqning shikastlanishi bilan murojat qilgan tadqiqotimizdagi bemorlarimizga ko'rsatilgan birinchi sflatli tibbiy yordamning samaradorligini tazlik bilan aniqlash va baholash maqsadida tadqiqotimizdagi 103 ta bemorlarni ko'rdik analiz qildik. 37 nafar patsientda jigar shikastlanishi, 56 nafarida esa taloq travmasi aniqlangan. Yana 10 nafar

patsientda jigar va taloqning qo'shma travmasi bo'lgan. Qorin bo'shlig'ida qon hajmi 60 ml dan 3200 ml gacha o'zgarib turganligini shohida bo'ldik kuzatish natijasida. Bemorlarimizning tadqiqot qismida quyidagi traditsion yo'ni ochiq laparotomik xirurgik yondashuvlar amalga oshirilgan: taloqda organi saqlab qolish operatsiyalar – 26 nafar bemorlarda. Taloq shikastlanishi bilan 32 nafar bemorlarda organlarni shikastlanish mezonlari bo'yicha a'zo shikastlanishining og'irligi 1 dan 3 gacha bo'lgan, splenopatiya klinikalari bo'lmagan va qorin bo'shlig'ida qon miqdori 500 ml gacha bo'lgan hajmda bo'shlig'ida qon aniqlangan. 14 nafar patsientda OIS shkalasi bo'yicha a'zolarning shikastlanish darajasi 4 tashkil etgan. Barcha bemorlarda traditsion ya'ni laparotomiya amalga oshirilgan. Jigardagi jarohatini tikish 31 nafar patsientda (1 - 4 darajali yorilish) bajarilgan. Jigar rezeksiyasi – 2 nafar patsientda (IV - V darajali yorilishida). Jigar jarohatining koagulyatsiyasi - 4 patsientda (I darajali yorilishida). 5 patsientda taloq jarohatini tikish orqali gemostaz bajarilgan; taloq arteriyasini bog'lash va taloq jarohatini tikish - 17 patsientda; taloq jarohatlarini koagulyatsiya orqali gemostaz - 4 Bemorlarda amalga oshirilgan. Boshqa barcha holatlarda – 30 Bemorlarda splenektomiya bajarilgan. Jigar va taloqning bir vaqtda shikastlanishi bilan 5 nafar patsientda splenektomiya va jigar yorilishini tikish, 2 nafar patsientda taloq arteriyasini bog'lash va jigar jarohatlarini koagulyatsiyasi, 3 nafar patsientda jigar va taloq jarohatlarini koagulyatsiya qilish amalga oshirilgan.

Keyinchalik ushbu guruhda pnevmoniya, qo'shimcha kasalliklarning dekompensatsiya bosqichi va operatsiyadan keyingi asoratlarni hamda o'tkazilgan laparotom aralashuvning og'irligi Bemorlar ahvolini yanada og'irlashtirib o'limga sabab bo'lgan. Operatsiyadan keyingi asoratlarni tahlil qilish natijasida olingan ma'lumotlar, keyinchalik OIS shkalasi bo'yicha III darajadan yuqori taloq shikastlanishi natijasida davom etayotgan qon ketishi mavjud Bemorlarda splensaqlovchi aralashuvlardan foydalanishimizdan voz kechishga sabab bo'lgan. Bemorlar kasalxonaga yotqizilgan vaqtdan boshlab operatsiyaga kech olingan va traditsion usulda ya'ni laparotomiya bajarilgan ularda allaqachon

mustaqil ravishda qon tuxtagani uchraganligi va xirurgik yondashuvlar ko'lamini aksariyat holatlarda koagulyatsiya yoki ko'rik paytida jigar yoki taloqning jarohatlarida davom etuvchi qon ketish bo'lmaganda yuzaki tikuvlarni tikish bilan cheklandik.

Konservativ davo guruhiga kiritish mezonlari sifatida bemorlar ahvolidagi og'irligini xarakterlovchi patsientning klinik va laboratoriya tekshiruv ma'lumotlariga asosan biz quyidagilarni belgilash orqali tasdiqladik: hushning mavjudligi; barqaror gemodinamika; kovak a'zo perforatsiyasi tufayli peritonitining yo'qligidir.

Gemodinamik ko'rsatkichlar barqaror bo'lgan. Eritrotsitlar, gemoglobin va gematokrit darajasini nazorat qilish sezilarli o'zgarishlarsiz normal chegaralarda qolgan. Dinamik UTT va KT tekshirishlari davomida gemoperitoneum ko'paymagan va taloq parenximasida salbiy dinamika qayd etilmagan. Ushbu kategoriyadagi jabrlanuvchilarni yaxshi natijalar va o'lim ko'rsatgichsiz konservativ davolash imkoni bo'lgan. Asoratlarni tahlil qilinganda, aksariyat holatlarda invaziv diagnostika va operativ davolash usullarini qo'llamasdan asoratlarni konservativ davolash imkoniyati mumkinligi aniqlangan. Izolyatsiyalangan abdominal travma bilan Bemorlarda yotoq kuni 7 dan 24 kungacha bo'lgan. O'rtacha yotoq kuni $12,9 \pm 5,2$ tashkil etgan. Bemorlarning tadqiqot guruhida quyidagi ochiq laparotomik xirurgik aralashuvlar amalga oshirilgan: taloqda a'zosaqlovchi operatsiyalar - 26. Taloq a'zosining shikastlanishi bilan 32 nafar bemorda organlarni shikastlanish mezonlari bo'yicha a'zo shikastlanishining og'irligi I darajadan III daragacha bo'lgan, splenopatiya klinikasi bo'lmagan va qorin bo'shlig'ida qon miqdori 500 ml gacha bo'lgan hajmda qorin bo'shlig'ida qon aniqlangan. 14 nafar patsientda organlarni shikastlanish mezonlari bo'yicha a'zolarning shikastlanish 4 darajani tashkil etgan. Barcha tadqiqotimizdagi bemorlarda operatsion yondashuv traditsion ya'ni laparotomiya usulida amalga oshirilgan. Sodir bo'lgan jigar jarohatini tikish 31 nafar patsientda (I - IV darajali yorilish) amalga oshirilgan. Jigar rezeksiyasi esa - 2 nafar patsientda (IV - V darajali yorilishida)

amalgaga oshirilgan. Jigar jarohatining koagulyatsiyasi - 4 patsientda (I darajali yorilishida). 5 patsientda taloq jarohatini tikish orqali gemostaz bajarilgan; taloq arteriyasini bog‘lash va taloq jarohatini tikish - 17 patsientda; taloq jarohatlarini koagulyatsiya orqali gemostaz - 4 Bemorlarda amalga oshirilgan. Boshqa barcha holatlarda – 30 Bemorlarda splenektomiya bajarilgan. Jigar va taloqning bir vaqtda shikastlanishi bilan 5 nafar patsientda splenektomiya va jigar yorilishini tikish, 2 nafar patsientda taloq arteriyasini bog‘lash va jigar jarohatlarini koagulyatsiyasi, 3 nafar patsientda jigar va taloq jarohatlarini koagulyatsiya qilish amalga oshirilgan.

Parenximatoz a‘zolarining shikastlanish darajasini baholash uchun OIS shkalasi bo‘yicha a‘zo shikastlanishining og‘irligi tasnifi qo‘llanilgan. Qorin bo‘shlig‘i a‘zo va strukturalari shikastlanishining Organ Injury Scale (OIS) (1986g.) shkalasi bo‘yicha klassifikatsiyasi orqali operativ aralashuv tanlash taktikasi aniqlangan.

Videolaparoskopiya jigar va taloqning shikastlanish darajasini ko‘rish va aniqlash uchun ishlatilgan, ba‘zi hollarda gemostazga amalga oshirish imkonini ta‘minlagan. Jabrlanganlarda izolyatsiya qilingan jarohatlar va qorin bo‘shlig‘iga engil qon ketish holatlarida videolaparoskopiya gemostazning yakuniy usuli bo‘lib xizmat qilgan.

Qorin bo‘shlig‘ining yopiq shikastlanishi bilan qorin bo‘shlig‘ida erkin suyuqlik sindromi patsientda qorin bo‘shlig‘idagi suyuqlikning sifati va miqdorini farqlash va xirurgik davolash strategiyasini aniqlash imkonini beradigan klinik, UTT, KT va endoskopik belgilar yig‘indisiga asoslangan holda aniqlangan. Konsepsiya protokolining asosi sifatida FAST protokoli (Focused Assessment with Sonography in Trauma - travmada maqsadli sonografik tekshiruv) qabul qilingan. FAST barcha klinik ahamiyatga ega qorin bo‘shlig‘i shikastlanishlari gemoperitoneum bilan bog‘liq degan taxminga asoslangan.

Tadqiqotning dastlabki bosqichida jigar va taloqning yopiq travmalarida biz ishlab chiqqan diagnostik va davolash taktikasini tanlash algoritmi shuningdek, laparoskopik usullar yordamida gemoperitoneum diagnozi

tasdiqlangan Bemorlarda ushbu usul amaliyotga tadbiq etilguniga qadar jabrlanganlarga ichki azolardan jigar va taloqning shikastlanishi bilan kelgan bemorlarga ko'rsatilgan tibbiy yordamning samaradorligini aniqlash va baholash maqsadida 103 ta Bemorlarni (taqqoslash qismi) guruhini aniq qilib tahlil qildik. 37 nafar patsientda jigar shikastlanishi, 56 nafarida esa taloq travmasi aniqlangan. Yana 10 nafar patsientda jigar va taloqning qo'shma travmasi bo'lgan. Qorin bo'shlig'ida qoning hajmi 60 mldan 3200 ml gacha bo'lgan holllarda o'zgarib turgan. Bemorlarimizning tadqiqot guruhida quyidagi taraditsion usulda ya'ni ochiq laparotomik xirurgik yondashuvlarni amalga oshirdik: taloqda a'zoni saqlovchi operatsiyalar – 26 nafar bemorlarimizda bajardik. Taloq shikastlanishi bilan murojat qilgan 32 nafar bemorlarimizda organlarni shikastlanish darajasi shkalasi bo'yicha a'zo shikastlanishining og'irligi 1darajadan 4 darajagacha bo'lgan, splenopatiya klinikalari bo'lmagan va 500 ml gacha bo'lgan hajmda qorin bo'shlig'ida qon aniqlandi. 14 nafar patsientda organlarni shikastlanish mezonlari bo'yicha a'zolarning shikastlanish 4 darajani tashkil etgan. Barcha bemorlarda traditsion usulda ya'ni laparotomiya opertasiyasi amalga oshirilgan. Jigar jarohatini tikish 31 nafar patsientda (I - IV darajali yorilish) bajarilgan. Jigar rezeksiyasi - 2 nafar patsientda (IV - V darajali yorilishida)amalga oshirilgan. Jigar jarohatining koagulyatsiyasi - 4 patsientda (I darajali yorilishida). 5 patsientda taloq jarohatini tikish orqali gemostaz bajarilgan; taloq arteriyasini bog'lash va taloq jarohatini tikish - 17 patsientda; taloq jarohatlarini koagulyatsiya orqali gemostaz - 4 Bemorlarda amalga oshirilgan. Boshqa barcha holatlarda – 30 Bemorlarda splenektomiya bajarilgan. Jigar va taloqning bir vaqtda shikastlanishi bilan 5 nafar patsientda splenektomiya va jigar yorilishini tikish, 2 nafar patsientda taloq arteriyasini bog'lash va jigar jarohatlarini koagulyatsiyasi, 3 nafar patsientda jigar va taloq jarohatlarini koagulyatsiya qilish amalga oshirilgan.

Keyinchalik ushbu guruhda pnevmoniya, qo'shimcha kasalliklarning dekompensatsiya bosqichi va operatsiyadan keyingi asoratlar hamda o'tkazilgan

laparotom aralashuvning og'irligi Bemorlar ahvolini yanada og'irlashtirib o'linga sabab bo'lgan. Operatsiyadan keyingi asoratlarni tahlil qilish natijasida olingan ma'lumotlar, keyinchalik OIS shkalasi bo'yicha III darajadan yuqori taloq shikastlanishi natijasida davom etayotgan qon ketishi mavjud Bemorlarda splensaqlovchi aralashuvlardan foydalanishimizdan voz kechishga sabab bo'lgan. Bemorlar kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab kech operatsiya qilingan va laparotomiya bosqichida ularda allaqachon mustaqil ravishda gemostazga uchraganligi va xirurgik aralashuv ko'lami aksariyat holatlarda koagulyatsiya yoki reviziya paytida jigar yoki taloqning jarohatlarida davom etuvchi qon ketish bo'lmaganda yuzaki tikuvlarni tikish bilan cheklanilgan.

O'rtacha yotoq kuni $14,1 \pm 8,6$ bo'lgan. Javob berish uchun quyidagi ko'rsatgichlar inobatga olingan holda: gematomaning diametrining kamayishi (dastlabki noinvaziv tekshirish usullaridan UTT yoki KT tekshiruviga nisbatan 2 marta o'tkazish); vaqt o'tishi bilan qorin bo'shlig'ida qoning miqdorini kamayishi (100 ml gacha yoki undan kam); a'zoni o'rab turuvchi kapsulasidagi defektni o'rnida chandiq paydo bo'lishi; xosil bo'lgan gematomaning so'rilishi. Qorin bo'shlig'ida qon, shuningdek, a'zodagi gematomalarning kamayishi dinamikasi har xil bo'lgan, bu tabiiy ravishda bo'lgan ularning turli o'lchamlari va hajmlari bilan bog'liq holda kechganligi aniqlandi. QYoT paytida jigar va taloqning jarohatlari bilan bemorlarni konservativ usulda davolash natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bir tomondan, masalan, bemorning hushi yo'qligi, olingan noinvaziv tekshirish usullaridan UTT yoki KT ma'lumotlarining etarli emasligi yoki ularni texnik jihatdan bajarishni imkonsizligi sababli konservativ usulda davolashda aniq ko'rsatmalarni yo'qligi kabi guruhning mavjudligi bo'lsa, boshqa tomondan, ulardagi stabil gemodinamika, noinvaziv tekshirish usullaridan UTT yoki KT paytida qorin bo'shlig'ida qoning hajmi 500 ml gacha qorin bo'shlig'ida qoni mavjudligi traditsion usul ya'ni laparotomiya operatsiyasi uchun aniq talab bo'la olmagan. Bunday holatlarni diagnostik usulda videolaparoskopiyanı bajarishga talab deb hisobladik. Tadqiqotimizda biz ko'rib chiqqan bemorlarning asosiy qismidagi 68 (58,3%) ta bemorlarda

miniinvaziv diagnostik laparoskopiya olib borilib va ularning 42 tasida bemorlarda (61,6%) kam invaziv diagnostik videolaparoskopiya keyinchalik davolash usuli maqsadidagi kam invaziv laparoskopiya usuli bilan qilingan. Jigar va taloqning yopiq travmasida qorin bo'shlig'iga qon ketishi shubha qilinganda diagnostik laparoskopiyani o'tkazish uchun ko'rsatmalar Bemorlarni tekshirish jarayonida olingan klinik va instrumental ma'lumotlarning quyidagi kombinatsiyasi bo'lgan: noinvaziv tekshirish usullaridan ultra tovush tekshiruv yordamida qorin bo'shlig'ida qoning hajmi 500 ml gacha erkin suyuqlik aniqlangan stabil gemodinamika, ammo qon ketish manbai aniqlanmagan bemorlar; 500 ml gacha bo'lgan qorin bo'shlig'ida qon bo'lganda qon ketish manbasini aniqlash va a'zo travmasi darajasini aniqlash kerak, chunki keyingi xirurgik taktikasi nafaqat qorin bo'shlig'ida qoni va uning hajmi, balki jigar yoki taloq travmasining darajasi bilan ham belgilanadi; noinvaziv tekshirish usullaridan ultra tovush tekshiruv yordamida qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlangan organlarni shikastlanish mezonlari bo'yicha III darajagacha a'zo shikastlanishi mavjud bo'lgan bemorlar hushining yo'qligidir .

Bizlar taqiqot vaqti bunday hollarda qorin ichidagi gomogen erkin suyuqlik tarkibini farqlash imkoni yo'qligi, va qorin ichida joylashgan kovak a'zoning yani mada ichaklar «o'tkazib yuborilgan" shikastlanish natijasida tarqalgan peritonit rivojlanish xavfi mavjudir. Natijada 68 ta bemorda kam invaziv diagnostik laparoskopiya usulida amaliyot bajarilgan 22 (32,6%)ta nafar aziyat chekanlar orasida xirurgik yondashuvlarni ko'ngildagidek tamomlash uchun qon ketishini kezatish kerak va yakuniy to'xtatish maqsadida konversiya yani qayta ochish va laparotomiyaga o'tish zarur degan xulosa qilindi. Agarda diagnostik laparotomiya usuli payti quyidagi jarayonlar aniqlansa traditsion usul ya'ni laparotomiya amaliyoti amalga oshirilgan: kovak a'zo travmasi va qorin pardani tasirlanishini mavjudligi; qorin bo'shlig'ida qon hajmi 500 ml dan ortiq bo'lsa; a'zolar shikastlanish darajasi organlarni shikastlanish mezonlari bo'yicha III darajasidan yuqori turishi; aniqlashni iloji bo'lmagan qon ketish manbai; davom etayotgan qorin bo'shlig'i qon ketishida endoskopik gemostazni amalga

oshirishning texnik jihatdan ilojiylik va qiyinligi; a'zo shikastlanish darajasini adekvat yani tanlangan usul darajada baholashning texnik jihatdan mumkin emasligi kata ahamiyatga ega.

Ichki azolardan yani parenximatoz azolar jigar yoki taloqning shikastlanishi bilan markazni xirurgiya bo'limiga yotqizilgan 42 (35,8%) ta nafar bemorlarda natijaviy yondashuvlar sifatida davolash maqsadida o'tkazilgan kam invazib laparoskopiyani usulini qo'llash zarur juda bo'lgandir. Tadqiqotimizdagi bemorlarning 28 ta nafar bemorlarda parenximatoz azo jigar va 13 nafar aziyat chekanlarda esa taloqning shikastlanishi topildi. Yana 1 nafar patsientda ham jigar ham taloqning yopiq qo'shma travmasi bo'lgan. Yuqorida aytilib o'tilganidek, qorin bo'shlig'i shikastlanishi tufayli jigar va taloqning jarohati bo'lgan tadqiqotimizdagi bemorlarda quyidagi mezonlarga javob beradigan diagnostik laparoskopiya bo'yicha laparoskopik gemostaz, qorin bo'shlig'ida qoni evakuatsiya qilish yoki qorin bo'shlig'ini drenajlash amalga oshirilgan: a'zo shikastlanish darajasi organlar shikastlanish mezonlari bo'yicha III chi darajadan ko'p bo'lmagan holda; qorin bo'shlig'ida qon hajmi 500 ml dan ko'p bo'lmagan shikastlangan a'zodan qon sizib turishi mavjud bo'lganda. Dinamik kuzatuv davomida laparoskopiya tugagandan so'ng barcha Bemorlarda o'rnatilgan dinamikada nazorat drenaj nay orqali ajraladigan suyuqlikning miqdori va xarakteri nazorat qilinib turildi. Natijada 29 nafar patsientda konservativ davo taktikasi tanlangan, 20 nafar patsientda zudlik bilan laparotomiya operatsiyasini o'tkazish to'g'risida qaror qabul qilingan, 68 nafar patsientda diagnostik laparoskopiya amalga oshirilgan, shundan 22 holatda laparotomiyaga o'tish zaruriyati bo'lgan; 42 holatda qon ketishini to'xtatish va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishini tiklash uchun davolash maqsadida laparoskopik operatsiyani o'tkazishga qaror qilingan va 4 patsientda esa diagnostik laparoskopiya Bemorlarni davolashda yakuniy bo'lgan.

Videolaparoskopiyaga qarshi ko'rsatmalarning biri sifatida jabrlanganlarning o'ta og'ir holati hisoblangan. Biz qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishida travma og'irligi va darajasi asosida xirurgik davolash usulini

tanlashga qiyosiy yondashganmiz. Qorin bo'shlig'i a'zolarini OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali shikastlanishlarida laparoskopik operatsiyalarni amalga oshirishni iloji bo'lgan. OIS shkalasi bo'yicha I-III darajali shikastlanishlarda esa laparotomiya bajarilgan.

Kapsulaning yorilishi bilan jigarning yuzaki yaralaridan qon ketish uchun argonplazmali koagulyatsiya qo'llanilgan. Bunday hollarda «TaxoKomb» gemostatik plastinasi ham ishlatilgan.

OIS bo'yicha jigarning bundan ham og'ir shikastlanishi aniqlanganda (II va undan yuqori daraja), laparoskopik gemostazning muvaffaqiyatsizligi yoki jigardan kuchli qon ketishining laparoskopik belgilari bo'lganda biz videolaparoskopiyadan laparotomiya operatsiyasiga o'tganmiz. Bu og'ir shikastlangan jabrlanuvchilarda operatsiya davomiyligining oshishi jabrlanuvchining ahvolini og'irlashtiradigan, jabrlanuvchining ahvoliga salbiy ta'sir ko'rsatishi va o'linga olib kelishi mumkinligi bilan izohlanadi. Endoskopik usulda jarohat yuzasiga «TaxoKomb» plastinkasi qo'llanilgan. Gemodinamik ko'rsatkichlar barqaror bo'lgan. Eritrotsitlar, gemoglobin va gematokrit darajasini nazorat qilish sezilarli o'zgarishlarsiz normal chegaralarda qolgan. Dinamik UTT va KT tekshirishlari davomida gemoperitoneum ko'paymagan va taloq parenximasida salbiy dinamika qayd etilmagan.

Ushbu kategoriyadagi jabrlanuvchilarni yaxshi natijalar va o'lim ko'rsatgichsiz konservativ davolash imkoni bo'lgan. Asoratlarni tahlil qilinganda, aksariyat holatlarda invaziv diagnostika va operativ davolash usullarini qo'llamasdan asoratlarni konservativ davolash imkoniyati mumkinligi aniqlangan. Izolyatsiyalangan abdominal travma bilan Bemorlarda yotoq kuni 7 dan 24 kungacha bo'lgan. O'rtacha yotoq kuni $12,9 \pm 5,2$ tashkil etgan. Javob berish uchun quyidagi ko'rsatkichlar inobatga olingan holda: gematomaning diametrining kamayishi (dastlabki noinvaziv tekshirish usullaridan UTT yoki KT tekshiruviga nisbatan 2 marta o'tkazish); vaqt o'tishi bilan qorin bo'shlig'ida qoning miqdorini kamayishi (100 ml gacha yoki undan kam); a'zoni o'rab turuvchi kapsulasidagi defektni o'rnida chandiq paydo bo'lishi; xosil bo'lgan

gematomaning so‘rilishi. Qorin bo‘shlig‘ida qon, shuningdek, a‘zodagi gematomalarning kamayishi dinamikasi har xil bo‘lgan, bu tabiiy ravishda bo‘lgan ularning turli o‘lchamlari va hajmlari bilan bog‘liq holda kechganligi aniqlandi.

QYoT paytida jigar va taloqning jarohatlari bilan bemorlarni konservativ usulda davolash natijalarini tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, bir tomondan, masalan, bemorning hushi yo‘qligi, olingan noinvaziv tekshirish usullaridan UTT yoki KT ma‘lumotlarining etarli emasligi yoki ularni texnik jihatdan bajarishni imkonsizligi sababli konservativ usulda davolashda aniq ko‘rsatmalarni yo‘qligi kabi guruhning mavjudligi bo‘lsa, boshqa tomondan, ulardagi stabil gemodinamika, noinvaziv tekshirish usullaridan UTT yoki KT paytida qorin bo‘shlig‘ida qoning hajmi 500 ml gacha qorin bo‘shlig‘ida qoni mavjudligi traditsion usul ya‘ni laparotomiya operatsiyasi uchun aniq talab bo‘la olmagan. Bunday holatlarni diagnostik usulda videolaparoskopiya bajarishga talab deb hisobladik. Bemorlarni 68 (58,1%) ta nafar bemorlarda kam invaziv diagnostik laparoskopiya bajarib va ularning 42 nafar aziyat chekanlarda (61,8%) kam invaziv diagnostik videolaparoskopiya keyinchalik davolash usuli maqsadidagi laparoskopiya usuli bilan bajardik.

Jigar va taloqning yopiq travmasida qorin bo‘shlig‘iga qon ketishi shubha qilinganda diagnostik laparoskopiya o‘tkazish uchun ko‘rsatmalar Bemorlarni tekshirish jarayonida olingan klinik va instrumental ma‘lumotlarning quyidagi kombinatsiyasi bo‘lgan: no invaziv tekshirish usulidan UTT yordamida qorin ichidagi 500 ml gacha suyuqlik aniqlanganda gemodinamika stabil to‘g‘ri aniq , ammo qon ketish joyi aniqlanmagan bemorlar; 500 ml gacha bo‘lgan qorin ichida qon ketish joyini topish va a‘zo travmasi darajasini tasvirlash kerak bo‘ladi, chunki kelib chiqadigan xirurgik usul nafaqat qorin Ichida qon va uning hajmi nacha ml ekanligi , balki jigar yoki taloq travmasining darajasi bilan ham belgilanadi; no invaziv tekshirish usuli UTT yordamida qorin ichida gomogen soya erkin suyuqlik aniqlangan organlarni shikastlanish mezonlari bo‘yicha 4 chi darajagacha a‘zo shikastlanishi mavjud Bemorlar hushining bo‘lmastligi.

Organlarni shikaslanish mezonlari bo'yicha 1-2 chi darajali taloqning shikastlanishida biz a'zosaqlovchi operatsiyalarni qo'lladik. 3 ta holatda parenximaning kichik (uzunligi 1,5 sm gacha, chuqurligi 0,5-0,7 sm gacha) yorilishlari aniqlangan, ulardan qon laxtalarini olib tashlaganidan keyin kichik qon ketish aniqlangan. Ushbu holatda taloq yorilishi OIS shkalasi bo'yicha I darajali deb hisoblangan. 5 holatda taloq travmasi OIS shkalasi bo'yicha II darajali deb baholanib, argonplazmali koagulyatsiya qo'llanilgan. Taloqning yorilishi 2 holatda OIS shkalasi bo'yicha II darajasi paytida argonplazmali koagulyatsiya qo'llanilib va yorilish liniyasi ustidan «TaxoKomb» plastinkasi fiksatsiya qilingan. Qorin bo'shlig'i yopiq travmasi bilan tadqiqotimizdagi bemorlarda traditsion ya'ni laparotomiyaga talab sifatida quyidagi belgilar qabul qilindi: Asosiy qismdagi 117 nafar kasallardan 20 nafari (17,1%) nostabil gemodinamika va qorin parda tasirlanish belgilar bilan o'ta og'ir ahvolda to'g'ridan to'g'ri operatsiya xonasiga keltirilgan, shokka qarshi chora-tadbirlar bilan bir qatorda minimal hajmda tekshirishlar amalga oshirilib, zudlik bilan laparotomiya qilinib qorin bo'shlig'i a'zolari reviziyasi davoi qon ketish manbai topilib davom etayotgan qon ketishni to'xtatish va kovak a'zo butunligini tiklash amalga oshirilgan.

QYoT paytida jigar va taloqning jarohatlari bilan bemorlarni konservativ usulda davolash natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bir tomondan, masalan, bemorning hushi yo'qligi, olingan noinvaziv tekshirish usullaridan UTT yoki KT ma'lumotlarining etarli emasligi yoki ularni texnik jihatdan bajarishni imkonsizligi sababli konservativ usulda davolashda aniq ko'rsatmalarni yo'qligi kabi guruhning mavjudligi bo'lsa, boshqa tomondan, ulardagi stabil gemodinamika, noinvaziv tekshirish usullaridan UTT yoki KT paytida qorin bo'shlig'ida qoning hajmi 500 ml gacha qorin bo'shlig'ida qoni mavjudligi traditsion usul ya'ni laparotomiya operatsiyasi uchun aniq talab bo'la olmagan. Bunday holatlarni diagnostik usulda videolaparoskopiya bajarishga talab deb hisobladik. Tadqiqotimizda biz bemorlarning asosiy qismidagi 68 (58,1%)nafari bemorlarda diagnostik laparoskopiya bajarib va ularning 42 nafari

bemorlarda (61,8%) diagnostik videolaparoskopiya keyinchalik davolash usuli maqsadidagi laparoskopiya usuli bilan bajarilgan.

Jigar va taloqning yopiq travmasida qorin bo'shlig'iga qon ketishi shubha qilinganda diagnostik laparoskopiya o'tkazish uchun ko'rsatmalar Bemorlarni tekshirish jarayonida olingan klinik va instrumental ma'lumotlarning quyidagi kombinatsiyasi bo'lgan:

Agar kam invaziv diagnostik laparotomiya bo'lgan payti quyidagi holatlar aniqlansa ochiq usul ya'ni laparotomiya amalga oshirilgan: kovak a'zo travmasi va peritoni mavjudligi; qorin ichida qon miqdori 500 ml dan ortiq; a'zolar shikastlanish darajasi organlar shikastlanish mezonlari bo'yicha 4 dan yuqori; aniqlashni iloji topolmagan gemoragiya ya'ni qon ketish joyi; davimli qorin ichi qon ketishida endoskopik gemostazni amalga oshirishning texnik jihatdan qiyindir; a'zo shikastlanish darajasini aniq darajada baholashning texnik jihatdan mumkin yuqligidir.

Jigar yoki taloqning shikastlanishi bilan klinikaga yotqizilgan 42 (35,9%) nafar bemorlarda yakuniy yondashuvlar sifatida davolash maqsadida o'tkazilgan laparoskopiya qo'llash zarur juda bo'lgan. Tadqiqotimizdagi 28 nafar bemorlarda jigar va 13 nafar patsientda esa taloqning shikastlanishi aniqlangan. Yana 1 nafar patsientda ham jigar ham taloqning yopiq qo'shma travmasi bo'lgan. Yuqorida aytilib o'tilganidek, qorin bo'shlig'i shikastlanishi tufayli jigar va taloqning jarohati bo'lgan tadqiqotimizdagi bemorlarda quyidagi mezonlarga javob beradigan diagnostik laparoskopiya bo'yicha laparoskopik gemostaz, qorin bo'shlig'ida qoni evakuatsiya qilish yoki qorin bo'shlig'ini drenajlash amalga oshirilgan: a'zo shikastlanish darajasi organlar shikastlanish mezonlari bo'yicha III chi darajadan ko'p bo'lmagan holda; qorin bo'shlig'ida qon hajmi 500 ml dan ko'p bo'lmagan shikastlangan a'zodan qon sizib turishi mavjud bo'lganda. Dinamik kuzatuv davomida laparoskopiya tugagandan so'ng barcha Bemorlarda o'rnatilgan dinamikada nazorat drenaj nay orqali ajraladigan suyuqlikning miqdori va xarakteri nazorat qilinib turildi. Natijada 29 nafar patsientda konservativ davo taktikasi tanlangan, 20 nafar patsientda zudlik bilan

laparotomiya operatsiyasini o'tkazish to'g'risida qaror qabul qilingan, 68 nafar patsientda diagnostik laparoskopiya amalga oshirilgan, shundan 22 holatda laparotomiyaga o'tish zaruriyati bo'lgan; 42 holatda qon ketishini to'xtatish va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishini tiklash uchun davolash maqsadida laparoskopik operatsiyani o'tkazishga qaror qilingan va 4 patsientda esa diagnostik laparoskopiya Bemorlarni davolashda yakuniy bo'lgan.

Shunday qilib, jami 42 (35,9%) patsientda laparotomik xirurgik aralashuvlar qo'llanilgan. OIS shkalasi bo'yicha I-II darajali taloq shikastlanishida azosaqlovchi operatsiyalar bajarilgan.

Davolash usullarini tanlash mezonlari, shuningdek, jigar va taloqning yopiq travmasi bilan jabrlanuvchilarni davolash natijalari bo'yicha olingan ma'lumotlarga asoslanib, biz videolaparoskopiya va videolaparoskopik operatsiyalar uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni aniqladik. Shu bilan birga, 29 nafar patsientga zudlik bilan laparotomiya, 20 nafar patsientga konversiya orqali laparotom operatsiyalar bajarilgan.

XULOSALAR

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

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

2. Laparoskopik usulda xirurgik operatsiyalar uchun talab va qarshi talablar aniqlangan bo'lib, organlar shikastlanish mezonlari bo'yicha 1dan 3 darajali jigar va taloq yopiq shikastlanishlari, patsientning umumiy ahvoli stabil va qon yo'qotish 500 ml gacha bo'lgan hollarda, laparoskopik usulda samarali operatsiya qilinishi mumkinligi isbotlandi. Jigar va taloqning OIS shkalasi bo'yicha III-IV darajali shikastlanishi laparoskopik operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lib, jabrlanganlarga zudlik bilan laparotomiya operatsiyasi o'tkazilishi lozim.

3. Qorin ichi yopiq travmasi bilan markazga kelgan 29 (24,8%) nafar aziyat chekkan tadqiqotimizdagi bemorlarda parenximatoz azolardan jigar va taloqning shikastlanishlari uchun taqqosiy diagnostika davolash va diagnostik amaliyotlarni muvaffaqiyatli konservativ usulida olib borish imkon bergan, 39,5% holatda kam invaziv laparoskopiya tufayli yana ham qayta eksplorativ laparotomiyadan qilmaslik va shuning natijada o'lim yani letallik

ko'rsatkichlarini 12,7% dan 1,9% gacha, hafli asoratlar soni esa 37,9% holatdan 21,51% pasayirib kutilgan natijaga erishdik.

4. Shikastlanishlarda jami 42 (35,9%) patsientda laparotomik xirurgik aralashuvlar qo'llanilgan. OIS shkalasi bo'yicha I-II darajali taloq shikastlanishida azosaqlovchi operatsiyalar bajarilgan.

Davolash usullarini tanlash mezonlari, shuningdek, jigar va taloqning yopiq travmasi bilan jabrlanuvchilarni davolash natijalari bo'yicha olingan ma'lumotlarga asoslanib, biz videolaparoskopiya va videolaparoskopik operatsiyalar uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni aniqladik. Shu bilan birga, 29 nafar patsientga zudlik bilan laparotomiya, 20 nafar patsientga konversiya orqali laparotom operatsiyalar bajarilgan.

AMALIY TAVSIYALAR

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

2. Agar UTT bo'yicha gemoperitoneum hajmi ≤ 500 ml bo'lsa, OIS shkalasi bo'yicha og'irlik holati I-II daraja va sistolik bosim ko'rsatkichlari 100 mm sim. ustunidan yuqori bo'lsa davolash taktikasini aniqlash uchun Bemorlarga diagnostik laparoskopiya o'tkazish tavsiya etiladi. davomli gemoragiya holatlarida noinvaziv tekshirish usuli UTT bo'yicha qorin bo'shlig'ida qon hajmi 500dan ortiq, organlar shikastlanish klassifikatsiyasiga ko'ra III-IV-V darajali og'irlik darajasi, sistolik bosim ko'rsatkichlari 100 mm. sim. ustunidan past Bemorlarda laparotomiyaga ko'rsatma bo'lib, etarli darajada reviziya o'tkazish va biror bir xirurgik usullar yordamida qon ketishini to'xtatish tavsiya etiladi.

3. Gemoragiya holatida 500 mldan kam bo'lgan umumiy axvoli og'ir tadqiqotimizdagi aziyat chekanlarda , asisiy bo'lgan vaqt mezonlari bo'yicha travma olingan vaqtdan boshlab 12 soatdan vaqt va sistolik qon bosimi 100 mm HG sim. ustunidan baland bo'lgan paytda kam invaziv diagnostik laparoskopiya o'tkazish orqali davolash taktikasi samarali hal qilishni tavsiya qiladigan bo'ldik.

4. Qorin yopiq travmasida parenximatoz azo jigar va taloqning shikastlanishi bilan tadqiqotimizdagi aziyat chekkan erta va aniq kam invaziv diagnostikasi va miniinvaziv davolash usullarini tanlash uchun ishlab chiqilgan tematika foydalanish instrumental va laboratoriya imkoniyatlaridan samarali foydalanish imkonini berdi, miniinvaziv xirurgik yondashuvlarning kerakli hajmini tanlash imkonini beradi va natijada jigar va

talofning kasliklari bilan qorin bo'shlig'ining yopiq travmasida asoratlar uchrash darajasi va letallik holatlarini kamaytirishga erishdik.

FOYDANANILGAN ADABIYOTLAR

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

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

3 Александров В.В., Маскин С.С., Иголкина Л.А. и др. Перспективы использования локального криогемостаза при травмах печени и селезенки // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - № 7. - С.45-51.

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

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

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

7 Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В. Сочетанная закрытая травма селезенки у взрослых: современный подход к диагностике

и лечению // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. 2021. Т. 10. № 2. С. 347-356.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

34 Масляков, В.В., Федоров, Э.Ф., Барсуков, В.Ю./ Выбор хирургической тактики при закрытых травмах селезенки в зависимости от

тяжести состояния в момент поступления – № 4 (56), 2020 Медицинские науки. Хирургия. –С.51-60.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

53 Умедов Х.А. монография. Жигар ва талоқнинг ёпиқ шикастланишларида миниинвазив диагностика ва даволаш усуллари. 2024 с.117

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

78 Derek J R., Juan D. et.al., Indications for the Appropriate Use of Damage Control Surgery and Damage Control Interventions in Civilian Trauma Patients. Journal of Endovascular Resuscitation and Trauma

Management Vol. 5, No. 1, 2021 Received: 28 October 2020; Accepted: 8 January 2021.P-13-23.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

105 Lin H.F., Chen Y.D., Chen S.C. Value of diagnostic and therapeutic laparoscopy for patients with blunt abdominal trauma: A 10-year medical center experience // Laparoscopy for blunt abdominal trauma //February 22. – 2018. – T. 13. – №. 2. – P.1-14.

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

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

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

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

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

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

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

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

114 Mahtam I., Shaikh N.A., Napar N.B., Bhatti Z.A., Soomro S. Conservative Management of Blunt Abdominal Trauma in Paediatric

Population—An Experience in Interior Sindh //Annals of Jinnah Sindh Medical University. – 2021. – T. 7. – №. 2. – P. 71-74.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

126 Tamellin E., Missed Injuries in Polytrauma Pateints after Teatiary Survay in trauma investive Care unat.Scandinavian Journal of Surgery 2016 (10594) P-241-247.

127 Champion H.R., Trauma score // Scandinavian Journal of Surgery 91: 2002. P.12–22,

128 Chi L.T., Hin T.F.,Kin L.Ch., Focused abdominal sonography for trauma in the emergency department for blunt abdominal trauma. Int J Emerg Med (2018) 1:P.183–187

129 Chen K., Pan Y., Zhang B., Maher H., Cai X.J. Laparoscopic versus open pancreatectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: a systematic review and meta-analysis // BMC Cancer. (2021) 21:382 – P. 2-12.

130 Victoria P., Alan A.,et.al., Intervention for Splenic Trauma: An International Consensus Survey. Critical Care & Emergency Surgery (2023) Received on: 31 December 2022; Accepted on: 11 March 2023; Published on: 29 April 2023 P-1-5.

131 Wu Y.Y., Qu J.L.,Jian P.G. Treatment strategy for hepatic trauma. Chinese Journal of Traumatology journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/CJT> 19 (2016) P.168-171.

132 Waheed K.B., Baig A.A., Raza A., Ul Hassan M.Z., Khattab M.A., Raza U. Diagnostic accuracy of Focused Assessment with Sonography for Trauma for blunt abdominal trauma in the Eastern Region of Saudi Arabia. //Saudi Med J. – 2018. – T. 39. – № 6. – P. 598-602.

133 Wen.Q.D., Ren Q.J., et.al., Establishment of a combat damage control surgery training platform for explosive combined thoraco-sbdominal injury., Chineses Journal of Fraumatology 25 (2022) P-193-200.