

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК:616-001; 617.55(078.5); 616-089

РАХИМОВ НАРЗУЛЛО ОДИНАЕВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ СОЧЕТАННЫХ
ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГОЛОВЫ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

по специальностям

14.01.17 – Хирургия

14.01.18 – Нейрохирургия

Душанбе 2021

Работа выполнена на базе кафедр хирургических болезней №1, нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Махмадов Фарух Исроилович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Рахматуллаев Рахимжон** – доктор медицинских наук, директор Лечебно-Диагностический Центр «Вароруд»

Исмоилов Кудратулло Абдусаторович – кандидат медицинских наук, директор ГУП «Республиканский клинический центр патологии позвоночника»

Оппонирующая организация: ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Защита состоится «_____» _____ 2022 г. В «_____» часов на заседании диссертационного совета 6ДКОА – 025 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке (734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139) и на официальном сайте (www.tajmedun.tj) Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино

Автореферат разослан «_____» _____ 2021

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Юнусов И.А.

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации. Травмы занимают третье место в мире среди причин смерти, а у людей молодого возраста в структуре летальности – первое место. Данные литературы последних лет показывают, что доля сочетанной травмы в структуре травматизации составляет 30 – 70%, а в структуре закрытой сочетанной травмы органов брюшной полости – в пределах 10,2 – 36,4% (Ырысов К.Б. и соавт., 2015; Абакумов М.М. и соавт., 2017; Бойко И.В. с соавт., 2018; Hulme С.Н. etall., 2018).

Сочетание абдоминальных травм с черепно – мозговыми является наиболее опасным, поскольку, взаимно отягощая друг друга, сопровождаются большим числом осложнений, высоким уровнем летальности и инвалидизации.

Летальность среди пострадавших с закрытой сочетанной травмой органов брюшной полости и головы, по разным данным, доходит до 85% и, главным образом, определяется тяжестью анатомических повреждений и объемом кровопотери (Крылов В.В. и соавт., 2018; Zafar S N. etall., 2018; Ortega Zufirla etall., 2019).

В частности, сочетанные абдоминальные травмы наряду с тяжелыми черепно – мозговыми быстро приводят к тяжелому состоянию пострадавших и вызывают жизненно опасные осложнения. При этом пациенты требуют немедленного адекватного оперативного вмешательства как в брюшной полости, так порой и в головном мозге.

В лечебных учреждениях частота диагностических ошибок высока и колеблется от 20 до 45%, а при тяжелых повреждениях увеличивается до 73,1%. При этом количество неоправданных лапаротомий, при которых признаки продолжающегося кровотечения не выявлены, а повреждения органов брюшной полости не являются жизненно опасными, составляют 7-28,6%, а при тяжелой сочетанной травме возрастает от 50 до 80%. Кроме того, в 20-25% случаев выявляются повреждения органов живота, которые могли бы быть устранены не в экстренном порядке или вовсе не требовали хирургического вмешательства (Крылов В.В. и соавт., 2018; Zafar S N. etall., 2018; Ortega Zufirla etall., 2019).

Степень изученности научной задачи

В выборе тактики хирургического лечения определяющую роль играют ультразвуковое исследование, КТ головного мозга и диагностическая лапароскопия, позволяющие установить характер повреждения и возможность проведения хирургического лечения малоинвазивными методами.

По данным ведущих специализированных клиник, применение дифференциальной хирургической тактики и современных малоинвазивных технологий операционных вмешательств на органах брюшной полости и головы у пострадавших с сочетанными травмами уменьшило количество осложнений в целом.

До сих пор определение хирургической тактики у пострадавших при сочетанной травме органов брюшной полости и головы является предметом оживленных дискуссий. Не установлены четкие показания и противопоказания к проведению лечебных лапароскопических операций, не конкретизированы критерии для возможности их проведения.

Теоретические и методологические основы исследования

Учитывая появление новых технологических возможностей в современной хирургии, разработка новых методов операций и технических приемов, совершенствование ранее предложенных, обоснование тактики ведения больных с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы остаются актуальными для хирургической практики. Приведенные результаты убедительны и могут быть предложены в системе практического здравоохранения РТ.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Оптимизация хирургической тактики сочетанных травм органов брюшной полости и головы.

Объект исследования

Объектом исследования служили 60 пациентов с СТОБП и Г, проведено обследование и хирургическое лечение на базе кафедр хирургических болезней №1, нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» за период с 2012 по 2020 годы.

Предмет исследования

Предметом исследования являлись больные с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы

Задачи исследования:

Изучить частоту встречаемости сочетанных травм органов брюшной полости и головы в Республике Таджикистан.

Изучить динамику биохимических маркеров повреждения головного мозга и оценить их прогностическую значимость.

Оценить прогностическую значимость неотложной КТ головного мозга и результаты видеолапароскопической техники выполнения операций у больных с сочетанными травмами органов брюшной полости и головного мозга.

Разработать оптимальную тактику лечебно – диагностического процесса для оказания хирургической помощи пострадавшим с сочетанной травмой органов брюшной полости и головы в зависимости от области доминирующего и тяжести состояния пострадавших.

Методы исследования

Всем пациентам были проведены комплексные клиническо – лабораторные и инструментальные методы исследования. Изучали анамнез и клиническая картина заболевания (неврологический статус, сознание пострадавшего, степень поражения других органов). Кроме того, в динамике изучались проявления заболевания и признаки возможных осложнений (наличие картины шока, открытых переломов черепа и т.д.).

Отрасль исследования

Диссертация выполнена в соответствии с паспортом ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальностям 14.01.17 – Хирургия и 14.01.18 – Нейрохирургия: подпункт 3.1. Были изучены частота встречаемости сочетанных травм органов брюшной полости и головы в Республике Таджикистан и динамика биохимических маркеров повреждения головного мозга с оценкой их прогностической значимости. 3.3. Применение прямых и непрямых методов исследования – УЗИ, КТ и МРТ. 5.1. Анализ результатов хирургического лечения

пациентов с СТОБП и Г с применением миниинвазивных способов дает ряд преимуществ в практической медицине, в области хирургии и нейрохирургии.

Этапы исследования

Написание диссертации проводилось поэтапно. На первом этапе проводился литературный обзор по данной проблеме, были сформулированы цель и задачи диссертации. Далее проведен сбор материала по выбранной теме диссертации; написаны статьи, тезисы и главы диссертации. Результаты проведенного научного исследования позволили сформулировать концептуальные выводы касательно оптимизации тактики хирургического лечения пострадавших с сочетанной травмой органов брюшной полости и головы.

Основная информационная и исследовательская база

В работе была изучена информация из диссертаций, защищенные в Республике Таджикистан и в зарубежных странах (Россия, Европа), научные статьи журналов и конференции по хирургическому лечению сочетанных травм органов брюшной полости и головы. Исследования проводились на базе кафедр хирургических болезней №1, нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Достоверность результатов диссертации

Была разработана оптимальная тактика лечебно – диагностического процесса для оказания хирургической помощи пострадавшим с сочетанной травмой органов брюшной полости и головы в зависимости от области доминирующего органа и тяжести состояния пострадавших. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины.

Научная новизна исследования. На анализе статистических данных установлена частота встречаемости сочетанных травм органов брюшной полости и головы в Республике Таджикистан. Впервые оценена эффективность неотложной КТ и видеолапароскопии при сочетанных травмах органов брюшной полости и головы. Разработан способ инструментальной диагностики больных с кранио – абдоминальными травмами (**рационализаторское предложение №000302 от 2020 г.**). Разработан способ прогнозирования черепно-мозговых травм у больных с кранио – абдоминальными повреждениями (**патент №ТJ 1125 на изобретение от 2020 г.**). Разработан способ прогнозирования исходов черепно – мозговых травм у больных с кранио – абдоминальными травмами нейроспецифической энзимы (**рационализаторское предложение №3698/R742 от 2020 г.**). Разработан способ диагностики и прогноза черепно – мозговых травм у больных с кранио – абдоминальными травмами (**рационализаторское предложение №3683/R734 от 2020 г.**).

Теоретическая ценность исследования

Оптимизация диагностики и тактики хирургического лечения пострадавших с сочетанной травмой органов брюшной полости и головы будет способствовать ранней диагностике и прогнозированию исходов сочетанной черепно-мозговой травмы органов брюшной полости и головы.

Практическая ценность исследования.

Усовершенствована и внедрена схема диагностики и лечения пострадавших при сочетанной травме органов брюшной полости и головы, что обеспечивает более эффективное оказание помощи больным с закрытой сочетанной абдоминальной травмой. Определены границы использования эндовидеохирургических технологий при лечении повреждений органов брюшной полости у пострадавших при сочетанной травме органов брюшной полости и головы.

Предложены способы диагностики и прогноза черепно – мозговых травм у больных с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы.

Внедрение результатов исследования в практику.

Разработанные способы диагностики и прогнозирования исходов черепно – мозговых травм, а также алгоритм диагностики сочетанных травм органов брюшной полости и головы внедрены в клиническую практику хирургических отделений на базе кафедр хирургических болезней №1, нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Материалы диссертации используются на лекциях и практических занятиях кафедры хирургических болезней №1 и кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Положения, выносимые на защиту:

1. Анализ основных клинико – статистических показателей сочетанных травм органов брюшной полости и головы в Республике Таджикистан свидетельствует о схожести ряда параметров в целом по Республике и город Душанбе с наличием более массивных и тяжелых сочетанных повреждений в столице страны.

2. Биомаркеры S100 белок и NSE являются наиболее эффективными маркерами ранней диагностики и прогнозирования ЧМТ при сочетанных травмах органов брюшной полости и головы, которые имеют прямую корреляционную зависимость от тяжести черепно-мозговых травм и эффективности проведенного лечения. При своевременном и правильном применении биомаркеров с наибольшей вероятностью исход черепно – мозговых травм становится прогнозируемым.

3. Одними из узловых тактических моментов лечебно – диагностического процесса оказания хирургической помощи пострадавшим с сочетанной травмой органов брюшной полости и головы считаются своевременная дифференциация доминирующего органа, учет тяжести состояния пострадавших, что будет основано на анализе неотложной КТ и видеолапароскопии.

4. Применение дифференцированного подхода к больным с сочетанной травмой органов брюшной полости и головы, а также малоинвазивные технологии в значительной степени улучшают результаты лечения.

Личный вклад соискателя

Диссертантом определены основные идеи исследования. Автор самостоятельно проанализировал современную литературу по изучаемой проблеме, архивный материал клиники, лично участвовал в проспективном комплексном обследовании и лечении пациентов с сочетанными травмами

органов брюшной полости и головы. Автором самостоятельно выполнена статистическая обработка полученных данных.

Апробация диссертации и информация об использовании ее результатов. Основные положения диссертационной работы доложены на: 44th Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9th International Symposium (Seoul, Korea, 2019); конгрессе Российского общества рентгенологов и радиологов (Москва, 2019); международном конгрессе «Роль диагностического комплекса и рентгеноэндovasкулярных технологий на госпитальном этапе оказания скорой и неотложной медицинской помощи», объединенном с 19-й межрегиональной научно-практической конференцией с международным участием «Актуальные вопросы диагностической и интервенционной радиологии и хирургических технологий» (Владикавказ, 2019); Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery (Seoul, Korea, 2020); обсуждены и доложены на заседании межкафедральной экспертно – проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Опубликование результатов диссертации

По материалам диссертации опубликовано 10 научных работ, из них 3 в журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте РФ, получен 1 патент РФ на изобретение и 3 удостоверения на рационализаторские предложения.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 118 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной материалу и методам исследования, 2 глав собственных исследований, заключения, списка литературы. Работа иллюстрирована 19 таблицами, 19 рисунками. Указатель литературы включает 187 источников, в том числе 105 на русском и 82 на иностранном языках.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материал и методы исследования. Клинические исследования проводились среди 60 пациентов с СТОБП и Г, поступивших на базе кафедр хирургических болезней №1, нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период с 2012 по 2020 годы. Среди пострадавших мужчин было 39 (65,0%), женщин – 21 (35,0%). Большинство пострадавших составили лица молодого возраста от 18 до 40 лет – 46,7%, от 41 до 60 лет – 35,0%. Пациентов старше 60 лет было 18,3%. Больные в возрасте более 60 лет составили 18,3% наблюдений (таблица. 1).

Таблица 1. - Половозрастная характеристика пациентов с СТОБП и Г (n=60)

Возраст (в годах)	Основная группа				Контрольная группа			
	Муж.	Жен	Всего		Муж.	Жен.	Всего	
			Абс.	%			Абс	%
19-30	6	2	8	26,7	6	2	8	26,7
31-40	4	3	7	23,3	4	2	6	20,0
41-50	3	2	5	16,7	6	1	7	23,3
51-60	3	2	5	16,7	2	2	4	13,3
60 и >	2	3	5	16,7	3	2	5	16,7

Всего	18	12	30	100	21	9	30	100
-------	----	----	----	-----	----	---	----	-----

Травма ОБП и головы чаще всего сочеталась с повреждениями рядом находящихся органов и структур: ОБП + таз – 20,9%, ОБП + грудная клетка – 18,6%, ОБП + грудная клетка + таз – 13,8 %, ОБП + грудная клетка + верхняя конечность – 6,6%, ОБП + таз + нижняя конечность – 5,4% (таблица. 2).

Таблица 2. - Характеристика повреждений при сочетанных травмах органов брюшной полости и головы, с учетом степени травматического шока

Сочетание анатомических зон	Степень тяжести травматического шока							
	I		II		III		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Голова + живот + таз	8	13,3	12	20,0	1	1,7	21	35,0
Голова + живот + грудь	5	8,3	9	15,0	-	-	14	23,3
Голова + живот + грудь + таз	2	3,3	5	8,3	1	1,7	8	13,3
Голова + живот + грудь + ВК	4	6,7	4	6,7	1	1,7	9	15,0
Голова + живот + таз + НК	3	5,0	3	5,0	2	3,3	8	13,3
Итого	22	36,7	33	55,0	5	8,3	60	100

Закономерно, что тактика лечения повреждений других органов решалась совместно со смежными специалистами и с учетом цели и задач исследования тех пациентов, которые нуждались в расширенной по объему операции в грудной клетке и конечностях не были введены материалы.

Все больные с СТОБП и Г для объективного изучения результатов хирургического лечения были выделены в две большие группы. В первую группу вошли 30 (50,0%) пациентов с СТОБП и Г, у которых применялись современные способы диагностики и лечения. Во вторую группу были включены 30(50,0%) больных, у которых применялись традиционные методы диагностики и лечения.

Распространенность сочетанной травмы брюшной полости и головы в г. Душанбе составила 0,4 случая на 1000 человек, в целом по Республике Таджикистан этот показатель составил 0,2 случая на 1000 человек. Сопоставимыми являлись показатели числа случаев тяжелых форм ЧМТ, развитие травматического шока, количество пораженных органов брюшной полости, что указывает на наличие некоторых закономерностей, наблюдаемых при СТОБП и Г. В то же время, необходимо отметить повышенное число случаев госпитальной летальности, как в клиниках г. Душанбе, так и по всей стране.

Таблица 3. - Основные клинико-статистические показатели сочетанных травм брюшной полости и головы в клиниках города Душанбе и по всей Республике Таджикистан

Показатель	Душанбе	Республика Таджикистан
Распространенность на 1000 чел. населения	0,4	0,2
Частота среди сочетанных повреждений	24,7%	23,1%
Ушиб головного мозга тяжелой степени	31,2%	24,6%
Сдавление головного мозга	11,6%	8,3%
Комбинированный шок	83,0%	68,8%
Повреждение 2-х или более анатомических обл-ей.	45,8%	36,1%

Повреждение 2-х сегментов живота	64,9%	55,8%
Госпитальная летальность	14,1%	27,6%

Данные таблицы 3 свидетельствуют о более сложных и выраженных формах сочетанного повреждения, наблюдаемые при сочетанных травмах брюшной полости и головы в столице страны, что считается закономерным, т.к. ритм работы и жизни в городе Душанбе весьма напряжен. При этом анализ нашего материала показал, что самой частой причиной возникновения сочетанных травм брюшной полости и головы оказались дорожно – транспортные происшествия (ДТП), что составило 80% (n=48) пострадавших. Во время ДТП в 13,3% (n=8) наблюдениях страдали водители, а в 21,7% (n=13) – пассажиры.

Большое значение при СТОБП и Г имеет повреждение головного мозга. Расстройства сознания наблюдались у 47 (78,3%) больных, вследствие чего сложным представлялось выявление и оценка степени тяжести повреждений в других структурах. Отмечено превалирование числа случаев с повреждениями головного мозга – у 29 (48,3%) пациентов.

По характеру ЧМТ среди пациентов с СТОБП и Г наблюдалось заметное преобладание (>50% случаев) ЧМТ средней степени тяжести. Сложность в постановке своевременного диагноза у этой категории больных вносит компрессия головного мозга, что было отмечено у 4 (6,7%) пострадавших (таблица 4).

Таблица 4. - Причины компрессии головного мозга у пациентов с сочетанными травмами брюшной полости и головы (n=4)

Причины компрессии ГМ	Число больных	
	Абс.	%
Субдуральная гематома	2	50,0
Внутричерепная гематома	1	25,0
Вдавленный перелом и эпидуральная гематома	1	25,0
Всего	4	100,0

При обследовании больных с проведением ЭхоЭС и нейровизуализацию смещения срединных структур головного мозга были выявлены в 18 (30,0%) случаях. От общего количества всех повреждений, наблюдаемых у пострадавших с СТОБП и Г, разрывы печени наблюдались у 22 (36,7%) больных, а разрывы селезенки были отмечены у 6 (16,7%) больных. У большинства больных были выявлены повреждения тонко – и толсто кишечной брыжейки – 18 (30,0%) случаев.

Наиболее важным фактором, непосредственно влияющим на исход травмы, считается промежуток времени от момента получения сочетанной травмы до оперативного вмешательства. В связи с чем мы считали уместным распределить группу сравниваемых больных по указанному критерию.

Сроки начала оперативного вмешательства в группах сравнения представлены в таблице 5.

Таблица 5. - Сроки начала оперативного вмешательства (n=60)

Группы	Время от момента получения травмы до операции, час							
	До 1 часа		До 2 часов		До 6 часов		Более 6 часов	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная	14	46,7	11	36,7	3	10,0	2	6,7
Контрольная	16	53,3	10	33,3	3	10,0	1	3,3
P	>0,05		>0,05		>0,05*		>0,05*	
Всего	30	50,0	21	35,0	6	10,0	3	5,0

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *по точному критерию Фишера)

Первичная, до госпитальной помощи и способ транспортировки пострадавших с СТОБП и Г считаются принципиальными, что непосредственно влияет на профилактику осложнений, дальнейшую тактику лечения и прогноз заболевания (таблица 6).

Таблица 6. - Сроки доставки и вид транспортировки больных (n=60)

Время, час	СМП		Попутный транспорт		ЛПУ		Всего	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
0 – 3	43	71,7	7	11,7	1	1,7	51	85,0
3 – 6	1	1,7	3	5,0	2	3,3	6	10,0
6 и >	-	-	2	3,3	1	1,7	3	5,0
Итого	44	73,3	12	20,0	4	6,7	60	100

В 73,3% случаях пострадавшие были доставлены машинами скорой медицинской помощи, при этом 71,7% до 3 часов от момента получения повреждений. Попутным транспортом 20,0% (в 11,7% до 3-х часов, 5,0% - до 6-х часов и 3,3% в сроки более 6 часов), лишь 6,7% пациентов были переведены из лечебно-профилактических учреждений города Душанбе и районов республиканского подчинения.

Закономерно, что ДТП составляют основную часть пациентов с СТОБП и Г, что составило 66,7% и 63,3% случаев соответственно. Далее идут случаи повреждений, полученных на рабочем месте (в основной группе – 16,6% наблюдений, в контрольной – 13,3% наблюдений).

Сочетанная травма всегда сопровождается травматическим шоком, и при этом своевременная и правильная оценка степени шока считается одной из значимых критериев, определяющих дальнейшую тактику введения этой категории больных. Частота и тяжесть травматического шока представлена в таблице 7.

Таблица 7. - Частота и тяжесть травматического шока (по Keith) у больных с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы (n=60)

Степень шока	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=30)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Шок I степени	11	36,7	11	36,7	>0,05

Шок II степени	16	53,3	17	56,7	>0,05
Шок III степени	3	10,0	2	6,7	>0,05*
Всего	30	100,0	30	100,0	

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *по точному критерию Фишера)

Указанная классификация на наш взгляд является приемлемой и соответственно при оценке степени шока в приемное отделение были учтены основные параметры. Анализ нашего материала показал, что более половины пострадавших госпитализированы с травматическим шоком II степени (53,3% и 56,7% соответственно). Травматический шок III степени был отмечен у 10,0% больных основной группы и 6,7% – контрольной (таблица 8).

Таблица 8. - Оценка состояния больных с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы по шкале Глазго (n=60)

Сознание	Баллы	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=30)		р
		Абс.	%	Абс.	%	
Ясное и оглушение	11-15	18	60,0	16	53,3	>0,05
Сопор	9-10	8	26,7	6	20,0	>0,05*
Кома – I	7-8	4	13,3	5	16,7	>0,05*
Кома – II	4-6	-	-	3	10,0	
Всего		30	100,0	30	100,0	

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *по точному критерию Фишера)

Необходимо отметить, что СТОБП и Г имеют свои особенности, характеризующиеся доминирующей травмой, т.е. при поступлении эти пациенты требуют срочной и тщательной дифференциации доминирующей травмы органа. Выбор правильной поэтапной тактики лечения зависит от адекватного решения смежных специалистов. При необходимости по показаниям пациенты с СТОБП и Г оперированы одновременно как нейрохирургами, так и абдоминальными хирургами.

Адекватная лечебно-диагностическая тактика пациентов с СТОБП и Г основана на объективной оценке степени повреждения того или иного органа, т.е. как внутренних ОБП и ГМ, а также тяжести полученных повреждений. Для оценки характера повреждений применялась шкала FTS (Functional trauma score), предложенная учеными Украинской военно-медицинской академии (таблица. 9).

Таблица 9. - Тяжесть травматического шока (по шкале FTS) у больных с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы

Степень тяжести	Баллы	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=30)		р
		Абс.	%	Абс.	%	
I степени	1-3	18	60,0	16	53,3	>0,05
II степени	4-6	12	40,0	14	46,7	>0,05
III степени	7-9	-	-	-	-	

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

С учетом степени тяжести травмы, основанной на шкале FTS и степени повреждения органов брюшной полости, OIS у пострадавших с СТОБП и Г применен индивидуально – дифференцированный подход к этапности и объему вмешательства совместным консилиумом абдоминального хирурга и нейрохирурга (таблица 10).

Таблица 10. - Виды повреждения внутренних органов по (по шкале OIS) у больных с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы

Вид травмы	Степень по OIS	Основная (n=30)		Контрольная (n=30)		p
		Абс.	%	Абс.	%	
Травма печени	III-IV	13	43,3	9	30,0	>0,05
Травма селезенки	III-IV	6	20,0	4	13,3	>0,05*
Травма тонкой кишки	I-II	4	13,3	6	20,0	>0,05*
Травма брыжейки кишечника	I-II	7	23,3	11	36,7	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 с поправкой Йетса, *по точному критерию Фишера)

В целом, у пациентов основной группы в 43,3% (n=13) отмечено сочетание разной степени травмы печени и ЧМТ, когда этот показатель у больных основной группы был отмечен в 30,0% наблюдений. Вторым по частоте повреждений органов брюшной полости и головы составили травмы брыжейки кишечника, что составило 23,3% и 36,7% соответственно. К группе высокого риска отнесено также сочетание ЧМТ с травмой селезенки, что в наших наблюдениях встречалось у 20,0% и 13,3% пациентов соответственно. Такая травма, как тупая травма передней брюшной стенки, закономерно сопутствовала всем исследуемым пациентам.

С целью диагностики больных травм органов брюшной полости были применены УЗ – исследование, лапароцентез и лапароскопия

Наличие гемоперитонеума у больного с травмой ОБП в сочетании легкой степенью ЧМТ, закономерно может способствовать разной степени гипоксических изменениям в структурах ствола головного мозга, в результате чего возникают признаки дислокации головного мозга либо его компрессия. Указанные последствия относятся к псевдоцеребральным синдромам (псевдодислокационный и псевдокомпрессионный). Следует отметить, что эти синдромы очень хорошо поддаются патогенетически обоснованной инфузионной терапии, восполнениям ОЦК и остановке внутрибрюшного кровотечения.

При тяжелых ЧМТ в сочетании с повреждениями ОБП зачастую отмечается возникновение псевдоперитонеального синдрома и синдрома взаимного перекрытия.

Особенности клинической картины у пострадавших с СТОБП и Г представлены в таблице 2.13. ПсКС было отмечено в 11 (18,3%) случаях, ПсДС – в 14 (23,3%), и СВП – в 7 (11,7%) наблюдениях. СВО был отмечен в 19 (31,7%) пациентов с СТОБП и Г. Наличие псевдоперитонеального синдрома было отмечено у 9 (15,0%) пострадавших. Следовательно, при сочетанных повреждениях абдоминальных органов и головного мозга наблюдаются сложные патофизиологические и патоморфологические изменения, при которых возникает

необходимость в комплексной диагностике не только ЧМТ, но и травм абдоминальных органов.

С учетом разновидностей полученной травмы, ее характера и доминирования того или иного органа были проведены разные виды хирургических вмешательств (таблица. 11).

Таблица 11. - Оперативные вмешательства в сравниваемых группах

Вмешательства	Основная		Контрольная	
	Абс.	%	Абс.	%
Вмешательства при поражениях черепа и головного мозга				
ПХО раны	16	53,3	17	56,7*
Удаление костных отломков	9	30,0	8	26,7*
Диагностическая трепанация	-	-	13	43,3
Трефинация. Удаление субдуральной гематомы	13	43,3	-	-
Резекционная трепанация. Гемикраниоэктомия	7	23,3	-	-
Вмешательства при травмах органов брюшной полости				
ПХО раны	11	36,7	13	43,3*
Диагностическая лапароскопия	3	10,0	-	-
Лапароцентез	-	-	11	36,7
Эксплоративная лапаротомия	-	-	5	16,7
Лапароскопическая коагуляция ран печени + наложение П – образных швов	8	26,7	-	-
Лапароскопический гемостаз ран печени с помощью пластин Тахо-Комба	5	16,7	-	-
Лапароскопическая коагуляция ран селезенки с помощью Liga-Sur + пластин Тахо-Комба	4	13,3	-	-
Лапароскопическая резекция селезенки	2	6,7	-	-
Лапароскопический гемостаз кровотечения из брыжейки кишечника	7	23,3	-	-
Лапароскоп. гемостаз кровотечения из брыжейки кишечника + ушивание тонкого кишечника	4	13,3	-	-
Лапаротомия. Ушивание ран печени	-	-	9	30,0
Лапаротомия. Спленэктомия.	-	-	4	13,3
Лапаротомия. Ушивание брыжейки кишечника	-	-	4	13,3
Лапаротомия. Ушивание тонкого кишечника	-	-	4	13,3
Лапаротомия. Санация и дренаж брюшной полости	-	-	4	13,3

Примечание: * $p > 0,05$ – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , включая поправку Йетса)

Результаты лабораторного исследования

Результаты исследования S100 белка и NSE в сыворотке крови больных СТОБП и Г, показали, что имеется прямая корреляционная зависимость этих показателей с тяжестью ЧМТ и характером повреждений органов брюшной полости. Следует отметить, что молниеносное увеличение показателей S100 белка и NSE в сыворотке крови у больных КАТ прогнозировал неблагоприятный исход

заболевания. Поскольку период полувыведения S100 в сыворотке является коротким, теоретически оно будет соответствовать давности повреждения головного мозга. В связи с чем мы тщательно сопоставили кинетику S100 белка и NSE, у пациентов с КАТ в отделении реанимации и отметили, что даже небольшие изменения во времени резко изменяют уровни этих предикторов и что пик концентрации S100 белка и NSE в сыворотке, по – видимому, в неизменном вымывании составляет около 25–27 часов после получения травмы, что вполне соответствует данным литературы. Более того, отклонения от этой нормальной кривой, а также вторичные пики увеличения показателей, вероятно, говорят о продолжении процесса поражения головного мозга, т.е. прогрессировании гематомы. При этом, вторичные увеличения S100 белка и NSE считаются значимыми предикторами неблагоприятного исхода у больных КАТ.

В основном, у 6 больных с тяжелой ЧМТ вторичные пики увеличения показателей S100белка и NSE коррелировали с развитием правого или левого временного инфаркта, ухудшением неврологического статуса, который поройне обнаруживается при КТ. Последнее подтверждает, что указанные предикторы у больных с ЧМТ тесно связаны с патофизиологическими механизмами поражения головного мозга.

Одним из основных факторов достоверности прогноза является время забора крови после получения травмы, т.е. концентрация S100 белка и NSE в сыворотке крови имеет ограниченное применение для прогнозирования исхода, если время, прошедшее с момента травмы, неизвестно.

Мониторинг больного показателем S100 белка, с параллельным применением КТ, показал, что на 5-7 сутки после получения КАТ независимо от снижения этих показателей на 2-4 – е сутки отмечается вторичный пик увеличения, что, по сути, коррелирует с развитием правого временного инфаркта при КТ. При этом, начиная с 8-ых суток после проведения патогенетической обоснованной терапии, имеется картина снижения последнего до пределов нормы, что говорит о благоприятном исходе заболевания.

Аналогичная картина была отмечена и при исследовании показателей NSE, т.е. после снижения цифр на 2-4-есутки после получения травмы, на 5-7-есутки отмечено резкое увеличение пика, что, наверняка, также было связано с развитием ишемия и отёк головного мозга.

При интерпретации шаблона временного высвобождения S100 у больных с тяжелой ЧМТ выяснилось, что причина слабой начальной корреляции между ранним S100 и исходом, по – видимому, является результатом внечерепного вклада S100, «маскирующего» внутричерепное высвобождение

Однако тяжелая ЧМТ чревата повторными неврологическими статусами и вторичным повреждением головного мозга, приводящими к «вторичным пикам» S100.

Разработка способа диагностики и прогноза черепно-мозговых травм у больных с кранио-абдоминальными травмами

Сущность разработанного способа состоит в том, что пациентам с КАТ в качестве лабораторного теста для мониторинга проводится определение показателей S100 белка для выявления тяжести ЧМТ, определения показаний к

неотложной КТ и прогнозирования заболевания. При уровне анализа S100 белка в сыворотке от 2,16 мкг/л до 14,0 мкг/л исход заболевания считается неблагоприятным. При показателях белка ниже 2,16 мкг/л и динамическом ее снижении речь идет о положительном течении заболевания. Увеличение уровня показателя S100 белка в сыворотке крови говорит о нарастании гематомы, усугублении тяжести ЧМТ или вторичном патологическом прогрессе ЧМТ.

При этом положительными сторонами предложенного способа являются безопасность, неинвазивность, высокая чувствительность и специфичность ранняя лабораторная диагностика тяжести ЧМТ, отслеживание усугубления или положительного сдвига процесса, предотвращение осложненных форм заболевания и прогностическая эффективность.

Применение предложенной методики на ранних стадиях дало высокую чувствительность и специфичность для травмы ГМ. Одновременно метод, обладая четким определенным биокинетическим свойством, отслеживает усугубление процесса травмы мозга и положительную реакцию на лечение. При этом имеется возможность повторных исследований в динамике и раннего выявления особенно у пациентов со средней тяжестью ЧМТ.

Способ не имеет особых характеристик для хранения и на него не влияет гемолиз крови, что является весьма приемлемым в экстренных случаях. Анализ сыворотки крови на выявление S100B требует всего 18 минут, что может служить одним из критериев показания к выполнению неотложной КТ и ее мониторинга. S100B считается важным и полезным предиктором функционального исхода при ЧМТ средней и тяжелой степени, что имеет прямую корреляционную зависимость с развитием тяжелой вторичной травмы, такой как инфаркт мозга или прогрессирование гематомы, и тем самым можно предотвратить грозные осложнения заболевания и улучшить качество жизни этого тяжелого контингента больных.

Разработка способа прогнозирования исходов черепно-мозговых травм у больных с кранио-абдоминальными травмами нейроспецифической енолазы

Сущность разработанного способа состоит в том, что пациентам с КАТ в качестве лабораторного теста для мониторинга проводится определение показателей NSE для выявления тяжести ЧМТ, определения показаний к неотложной КТ и прогнозирования заболевания. При уровне анализа NSE белка в сыворотке от 2,16 мкг/л до 14,0 мкг/л исход заболевания считается неблагоприятным. При показателях ниже 2,16 мкг/л и динамическом ее снижении предполагается положительное течение заболевания. Увеличение уровня показателя S100 белка в сыворотке крови говорит о нарастании гематомы, усугублении тяжести ЧМТ или вторичном патологическом прогрессе ЧМТ.

При этом положительными сторонами предложенного способа являются безопасность, неинвазивность, высокая чувствительность и специфичность, ранняя лабораторная диагностика тяжести ЧМТ, отслеживание усугубления или положительного сдвига процесса, предотвращение осложненных форм заболевания и прогностическая эффективность.

Применение предложенной методики на ранних стадиях дало высокую чувствительность и специфичность для травмы ГМ. Одномоментно метод, обладая четким определенным биокинетическим свойством, отслеживает усугубление процесса травмы мозга и положительную реакцию на лечение. При этом имеется возможность повторных исследований в динамике и раннего выявления особенно у пациентов со средней тяжестью ЧМТ.

Способ не имеет особых характеристик для хранения и на него не влияет гемолиз крови, что является весьма приемлемым в экстренных случаях. Анализ сыворотки крови на выявление NSE требует всего 18 минут, что может служить одним из критериев показания к выполнению неотложной КТ и ее мониторинга. При уровне анализа S100 белка в сыворотке от 2,16 мкг/л до 14,0 мкг/л исход заболевания считается неблагоприятным. При показателях ниже 2,16 мкг/л и динамическом ее снижении, предполагается положительное течение заболевания. Увеличение уровня показателя S100β белка в сыворотке крови говорит о нарастании гематомы, усугублении тяжести ЧМТ или вторичном патологическом прогрессе ЧМТ.

При уровне анализа NSE в сыворотке от 162 мкг/л до 1050 мкг/л исход заболевания считается неблагоприятным. При показателях ниже 162 мкг/л динамическом ее снижении речь идет о положительном течении заболевания. Увеличение уровня показателя нейроспецифической енолазы в сыворотке крови говорит о нарастании гематомы, усугублении тяжести ЧМТ или вторичном патологическом прогрессе ЧМТ.

Преимущество S100 состоит в том, что он стабилен и относительно не подвержен срокам хранения, изменениям температуры и циклам замораживания – оттаивания, а это значительно облегчает обработку белка и даёт надежность анализов. Другое преимущество S100 заключается в том, что на него не влияет гемолиз в образце, это делает его надежным образцом для использования в острых условиях.

Установлено, что все ЧМТ увеличивают уровень S100 в сыворотке, но очаговые повреждения, такие как ушибы головного мозга и субдуральные гематомы имеют более высокие уровни по сравнению с диффузными повреждениями, а объемы ушибов имеют прямую корреляционную связь с уровнями S100 в сыворотке крови. Это также подчеркивает, что количество пораженной ткани гораздо важнее точного пространственного расположения при оценке повреждения головного мозга с использованием S100.

Вместе с тем также установлено, что S100 и NSE способны определить степень тяжести травмы, т.е. как показывает исследование, при легкой степени кранио – абдоминальных травм отмечается низкий уровень показателей S100 (0,52 мкг/л до 1,12 мкг/л) и NSE (74,0 – 121,0 мкг/л), при средней степени тяжести – S100 (1,12 мкг/л до 2,16 мкг/л) и NSE (121,0 – 162,0 мкг/л) и тяжелой – S100 (2,16 мкг/л до 14,0 мкг/л) и NSE (162,0 – 1050,0 мкг/л).

Таким образом, применение предложенных способов является достаточно простым, неинвазивным и наиболее информативным для ранней лабораторной оценки тяжести и прогнозирования исхода ЧМТ у больных с КАТ.

Результаты инструментальных методов исследования

Ключевым моментом при оказании поэтапной помощи пациентам с СТОБП и Г, считается постановка предварительного диагноза с выявлением доминирующего повреждения, определением тяжести травмы, тяжести состояния, а также наличия признаков продолжающегося внутрибрюшного кровотечения и степени кровопотери. В свою очередь, при доминировании травм органов брюшной полости пациентов разделили на 2 группы: больные с признаками продолжающегося внутрибрюшного кровотечения (1 – я группа) и пациенты, которые нуждались в УЗ-мониторинге, КТ и диагностической лапароскопии.

Проведение КТ и УЗ – исследований в динамике рекомендуется при обнаружении небольшого количества жидкости в абдоминальной полости, при наличии гематомы в паренхиматозных органах, а также при наличии свободного газа в абдоминальной полости. При этом УЗ – мониторинг и КТ в динамике показали увеличение интрапаренхиматозных гематом печени (n=4) и селезенки (n=2). Двухмоментный разрыв селезенки отмечен в 2 (6,7%) наблюдениях из 6 повреждений. У пациентов с повреждением печени, с продолжающимся внутренним кровотечением (n=9) и селезенки (n=4) на УЗ-исследовании было выявлено наличие свободной жидкости.

С целью изучения характера течения патологии в суб – и декомпенсированной стадии, нами исследовались основные интракраниальные факторы, которые могут оказывать воздействие на динамику повышенного артериального давления в остром периоде черепно-мозговой травмы: компрессия и смещение церебральных структур, гипертензионно-дислокационный синдром, нарушение гемодинамики и отек головного мозга, у больных с сочетанными повреждениями абдоминальных органов и головы. В 13 (43,3%) наблюдениях у пациентов основной группы обнаружены очаги ушиба и компрессии церебральных структур интрацеребральными гематомами, которые обуславливали дислокацию головного мозга от 3 до 5 мм. Состояние больных с дислокацией головного мозга >5,0 мм (n=4) оказалось более тяжелым, а промежуток времени их нахождения в бессознательном состоянии был более длительным (таблица 12).

Таблица 12. - Основные клинические показатели пациентов с ЧМТ в зависимости от смещения срединных структур (n=13)

Показатель	Среднее латеральное смещение, мм			P
	1-2	3-5	> 5	
Количество больных	5	4	4	
Средний балл по шкале Глазго	7,01±0,02	5,46±0,18 p ₁ <0,001	4,35±0,22 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,001
Средняя длительность комы, сутки	2,21±0,04	3,64±0,12 p ₁ <0,001	4,83±0,17 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,001
Средний объем патологического очага, см ³	72,3±2,6	87,6±6,21 p ₁ >0,05	89,9±3,1 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по Н-критерию Крускала-Уоллиса), p₁ – статистическая значимость различия показателей по

сравнению с таковыми при латеральном смещении на 1 – 2 мм, p_2 – по сравнению с таковыми при латеральном смещении на 3 – 5 мм (по U – критерию Манна – Уитни)

Необходимо подчеркнуть, что в 4 (30,7%) случаях потере сознания у больного предшествовал так называемый светлый промежуток, что является свойственным при оболочечных гематомах. В момент наступления светлого промежутка, последующее течение во многом зависело от прогрессирования церебрального отека, размеров гематомы, и от дальнейшего усугубления дислокации головного мозга. При этом наиболее важным фактором влияния считается размер интракраниальной гематомы, который напрямую зависит от размеров перифокального отека.

Известно, что исход ЧМТ во многом зависит от объема сдавливающего субстрата, т.е. гематомы. В этой связи можно констатировать, что компрессия головного мозга интракраниальными гематомами относится к числу основных патогенетических факторов при ЧМТ у пациентов с СТОБП и Г. Однако необходимо отметить, что само по себе только гематома не может быть пусковым механизмом ЧМТ, а вес объем травматического субстрата (очагушиба и размозжения, перифокальные отеки и ушибы) и ее локализация, что эффективно диагностируется с помощью КТ.

Мультиспиральное КТ-исследование проводилось всем 30 пациентам основной группы. При СТОБП и Г уровень сканирования начинался от виллизиевого круга и до верхних диафизарных отделов бедренных костей с применением контрастного вещества. При этом изучалось состояние паренхиматозных органов, определялся основной источник кровопотери, оценивалось состояние артериальных сосудов, а также наличие или отсутствие тромбозов. Неотложная КТ картина выявила следующие патологические признаки. Неотложные КТ исследования показали, что в 23,3% случаев наблюдений отмечены признаки ушиба головного мозга с различными по объему гематомами, субдуральные гематомы выявлены у 20,0%, вдавленный перелом черепа – у 13,3%, эпидуральные гематомы – у 10,0% и диффузное аксональное повреждение мозга – у 3,3% пациентов.

Наши материалы показали, что объем внутричерепного очага является достоверным фактором риска развития неблагоприятного исхода, т.е. объем гематомы и исход имели абсолютную корреляционную зависимость.

Видеолапароскопическое диагностическое исследование проводилось с целью верификации диагноза у больных со стертой клинической картиной травм паренхиматозных органов с неостанавливающейся внутренней кровопотерей, продолжающейся при нахождении пациента в коме, развитии шока либо находящегося в пьяном состоянии. Данное исследование позволяло уточнить диагноз и произвести оптимальный выбор доступа и тактики хирургического вмешательства.

Стоит подчеркнуть, что чувствительность МСКТ-исследования в диагностике травм абдоминальных органов достигает 97%, при повреждениях печени она составляет 95,3%, при повреждениях селезенки достигает уровня 98,8%, при этом при традиционном рентгенографическом исследовании пациентов с травмами внутренних органов данный показатель находится на уровне 10,2%. Стоит также отметить информативность видеолапароскопического исследования, которая составила 98,4%.

Таким образом, чем выше степень тяжести больного с сочетанными повреждениями, тем меньше времени следует уделять диагностическим процедурам и решать вопрос об оперативном способе гемостаза. В связи с этим

необходимым считается придерживаться следующей тактики обследования больного: в кратчайшие сроки определить угрожающие для жизни травмы внутренних органов и костно-суставного аппарата. При инструментальном исследовании рекомендуется следующий алгоритм (рисунок.1).

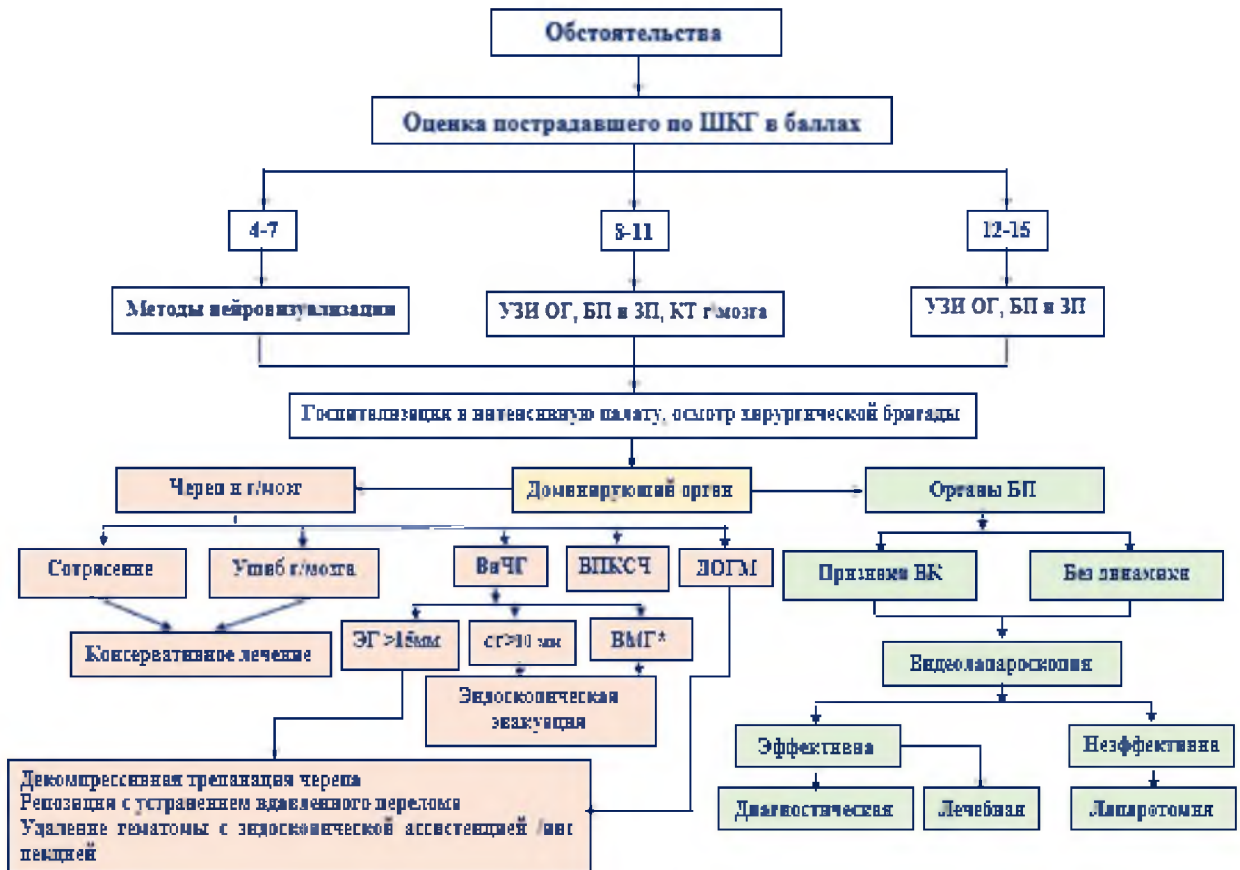


Рисунок 1. - Алгоритм диагностики и лечения больных с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы

Следует подчеркнуть, что все перечисленные процедуры стоит производить на фоне начатого лечения острых респираторных нарушений и противошоковой терапии.

Хирургическая тактика при сочетанных травмах органов брюшной полости и головы

Всем пациентам основной группы было выполнено лапароскопическое вмешательство на органах брюшной полости. Данный вид операции применялся при нетяжелых и тяжелых сочетанных повреждениях. Лишь 3 (10,0%) пациентам с шоком 3 степени из-за состояния видеолапароскопия была произведена под минимальным давлением карбоксиперитонеума. Мы оценивали возможность применения лапароскопического вмешательства больным с повреждениями печени I–III степени по шкале OIS, при повреждениях селезенки, брыжейки, кишечника, мочевого пузыря I–II степени по шкале OIS.

Наиболее приемлемой, на наш взгляд, является стратегия оказания помощи при СТОБП и Г, которую рекомендуют Е.К. Гуманенко с коллегами. Согласно данной стратегии больным с сочетанными повреждениями, внутренних органов в первые 6 часов от момента получения травмы проводится полноценное оперативное вмешательство в условиях многопрофильного специализированного клинического учреждения. Патогенетическим обоснованием предлагаемой тактики оказания помощи является уменьшение тяжести синдрома системного

воспалительного ответа при множественно органной недостаточности и предупреждение развития инфекционных осложнений за счет последовательной ликвидации угрожающих для жизни пациента последствий повреждений, эндотоксических очагов и чрезмерной антигенемии.

Принцип данной стратегии состоит из двух основных моментов: последовательное проведение неотложных, срочных и отсроченных хирургических вмешательств с применением одного анестезиологического пособия и уменьшение операционного риска благодаря сокращению длительности каждого хирургического вмешательства и уменьшения его инвазивности за счет использования миниинвазивных технологий и планирования оперативного лечения в несколько этапов. Было установлено, что использование предлагаемой стратегии способствует сокращению частоты летального исхода на 8,0% и уменьшение сроков госпитализации больного в 2 раза. Более раннее применение энтерального питания способствует сокращению числа послеоперационных осложнений.

Стоит подчеркнуть, что в 3 (10,0%) случаях лапароскопия оказалась диагностическим, а в остальных 27 (90,0%) – лечебным вмешательством.

Одними из важных моментов послеоперационного мониторинга ранних осложнений со стороны брюшной полости в нашем исследовании являлись: клиническое наблюдение, УЗ – и МСКТ – мониторинг, а также контроль за ВБД, который считается одним из ведущих прогностических критериев.

В 8 (26,7%) наблюдениях с травмами печени, при небольших разрывах паренхимы, по линии разрыва печени проведена лапароскопическая коагуляция печени с наложением П – образных швов. В 5 (16,7%) случаях удалось кровотечение из паренхимы печени остановить с помощью пластин Тахо-Комба.

При повреждении селезенки I – II степени по OIS мы проводили органосберегающие хирургические вмешательства. У 2 (6,7%) пострадавших были обнаружены разрывы паренхимы селезенки длиной до 1,5 см и глубиной до 0,5–0,7 см, во время удаления кровяных сгустков наблюдалось незначительное кровотечение, которое успешно было остановлено.

В 2 (6,7%) наблюдениях при разрыве селезенки II степени по OIS выполнялась также коагуляция с помощью аппарата Liga-Sug и дополнительным подведением пластин Тахо – Комба. После санации брюшной полости через создаваемую в левом подреберье контрапертуру устанавливались дренажные трубки в поддиафрагмальное пространство. Развитие повторного кровотечения не отмечалось. При повреждениях селезенки III степени по шкале OISy 2 (6,7%) пациентов удалось выполнить лапароскопическую резекцию селезенки.

Видеолапароскопия имела немаловажное значение также при травмах желудочно-кишечного тракта и брыжейки тонкого и толстого кишечника, что было отмечено у 11 (36,7%) пострадавших, эти повреждения чаще наблюдались при проникающих ранениях брюшной полости в сочетании с ЧМТ легкой и средней степени тяжести. Во всех этих случаях видеолапароскопия оказалась последним и эффективным методом операции.

В 4 (13,3%) наблюдениях при травме кишечника 1 – 2 ст. по шкале OIS выполнялось лапароскопическое восстановление целостности кишечной стенки с наложением на неё 1-2 швов. Операции выполнены 2 (6,7%) больным с объемом полусферных гематом подстрой стадии 60 – 80 см³ проводились методами нейроэндоскопическое удаление гематомы.

У 3 (10,0%) пациентов основной группы и 4 (13,3%) контрольной интраоперационно наряду с повреждениями сальника и брыжейки

диагностировали наличие гематом париетальной брюшины с переходом в забрюшинное пространство. Во всех 4 случаях контрольной группы лапаротомия выполнялась в связи с ложноположительными результатами обследования, которые были связаны с пропотеванием гематом и увеличением объема гемоперитонеума.

Указанные случаи мы считали «неоправданной» лапаротомией. В целом у этих 7 (11,7%) больных повреждений органов брюшной полости обнаружено, что увеличивает процент «неоправданных» лапаротомий до 13,3%, а летальный исход данного повреждения в контрольной группе до 3,3%.

Среди неспецифических послеоперационных осложнений наиболее часто в сравниваемых группах имело место развитие пневмонии – 3,3% и 13,3% случаев соответственно. Также, в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших лапароскопические вмешательства, были отмечены 2 (6,7%) случая специфического осложнения: рецидив кровотечения из ложа селезенки, что было остановлено при релапароскопии наложением пластин Тахо – Комба и абсцесс брюшной полости, которые также ликвидированы с помощью УЗ – контроля (таблица. 13).

Таблица 13. - Характер послеоперационных осложнений в сравниваемых группах

Характер осложнений	Основная группа (n=30)		Контрольная группа(n=30)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Специфические осложнения					
Рецидив кровотечения	1	3,3	3	10,0	>0,05
Абсцесс брюшной полости	1	3,3	-	-	
Нагноение п /о раны	-	-	2	6,7	
Неспецифические осложнения					
П /о пневмония	1	3,3	4	13,3	<0,05
Всего	3	10,0	9	30,0	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Касательно тактики ЧМТ, ведущим фактором, который непосредственно влияет на исход травмы, считали правильность оказания неотложной помощи на первичном этапе, её своевременность и оптимальность согласно принципу ABCDE.

Следует отметить, что в 19 (63,3%) случаях больные поступили в стационар в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, при этом они не получали неотложную помощь по принципу ABCDE, еще у 12 (63,1%) пациентов имелись признаки травматического шока II степени по шкале FTS.

Неблагоприятный исход был отмечен у 2 (10,5%) больных, при этом основными причинами являлись отёк головного мозга, острая кардиоваскулярная и респираторная недостаточность. В данной группе больных 3 (15,8%) пациентов выписаны с минимальной неврологической симптоматикой в виде умеренного гемипареза, с элементами дизартрии, психоэмоциональной лабильностью и 1 (5,2%) с грубой неврологией в виде глубокого гемипареза, элементами моторно – сенсорной афазии.

В 23 (76,6%) случаях больные из основной группы были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. При этом состояние больного оценивали по исчезновению неврологических симптомов и характеру

астеновегетативной симптоматической картины. В 4 (13,3%) случаях больные были выписаны с минимальными признаками неврологических нарушений – сохранялся умеренный гемипарез, признаки дизартрии, а также отмечалась психоэмоциональная лабильность. В 1 (3,3%) случае больной был выписан с грубой неврологической симптоматикой, у него имелся глубокий гемипарез, а также явления моторно-сенсорной афазии. Среди больных основной группы летальный исход был отмечен в 2(6,7%) случаях (таблица. 14).

Таблица 14. - Непосредственные результаты лечения в сравниваемых группах

Критерии	Основная группа (n=30)		Контрольная группа(n=30)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Удовлетворительное состояние	23	76,6	14	46,7	<0,05
Минимальные невролог. Симптомы	4	13,3	9	30,0	>0,05*
С грубой неврологией	1	3,3	3	10,0	>0,05*
Умерли	2	6,7	4	13,3	>0,05*

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , * по точному критерию Фишера)

Подводя итог, следует отметить, что обоснованное применение малоинвазивной технологии в хирургическом лечении пострадавших с СТОБП и Г считается методом выбора, так как при этом послеоперационное осложнение снижается до 10,0% (при традиционных вмешательствах 30,0%), а выписка больных в удовлетворительном состоянии достигает 76,6% (при традиционных вмешательствах этот показатель составляет 46,7%).

Таким образом, результаты выполненных оперативных вмешательств по поводу СТОБП и Г свидетельствуют о значительных преимуществах миниинвазивных хирургических вмешательств по отношению к открытым способам операции.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Анализ показателей заболеваемости сочетанных травм органов брюшной полости и головы за период с 2010 по 2020 годы позволил определить, что удельный вес в Республике Таджикистан составляет 0,4 на 1000 населения [1–А, 6–А].
2. Показатели S100 и NSE являются наиболее эффективными маркерами ранней диагностики и прогнозирования ЧМТ при кранио – абдоминальных травмах. Применение последних позволяет провести тщательную дифференциацию в сложных клинических ситуациях, таких как определение необходимости КТ – сканирования при легкой ЧМТ, мониторинг пациентов с ЧМТ без сознания, прогнозирование результата и мониторинг эффективности проведенного лечения [2–А, 4–А, 11–А, 13–А, 14–А].
3. Прогностическая значимость неотложной КТ и видеолапароскопии при сочетанных травмах органов брюшной полости и головы составляют 93,0% и 96,1% соответственно [8–А, 3–А, 5–А]
4. Оптимальной тактикой лечебно-диагностического процесса для оказания хирургической помощи пострадавшим с сочетанной травмой органов брюшной полости и головы в зависимости от области доминирующего и тяжести состояния пострадавших считается применение неотложной КТ и видеолапароскопии. [10–А, 7–А, 3–А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Сочетанные травмы органов брюшной полости и головы из – за скудности анамнеза, ограничения клинических методов исследования и необходимости определения доминирующего органа, представляют значительную сложность диагностики. В связи с этим в обследовании пациента должны участвовать смежные специалисты.
2. Проведение неотложной МСКТ считается оптимальным методом диагностики пациентов с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы, которое имеет определенные в практическом здравоохранении значимые преимущества.
3. Видеолапароскопия у больных с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы позволяет провести профилактику «напрасных» лапаротомий, миниинвазивно корригировать повреждения органов брюшной полости и тем самым снизить неудовлетворительные результаты лечения этого тяжелого контингента больных.

Список публикаций соискателя учёной степени кандидата наук.

Статьи в рецензируемых научных журналах.

- [1–А] Рахимов, Н.О. Диагностика сочетанных абдоминальных травм/ Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В. //Журнал «Здравоохранение Таджикистана». – 2019. – №2 (341). – С.44 – 51.
- [2–А] Рахимов, Н.О. Ранняя диагностика и прогнозирование исходов черепно-мозговой травмы у больных с кранио–абдоминальными травмами / Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Бердиев Р.Н., Давлатов М.В. //Журнал Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2020. – №4. – С.22–28.
- [3–А] Рахимов, Н.О. Влияние диагностических мероприятий на исход лечения больных с кранио-абдоминальными травмами / Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В. Бердиев Р.Н. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2021. - №1. – С.45–48.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

- [4–А] Рахимов Н.О. Эффективность лучевой диагностики сочетанных абдоминальных травм / Ф.И. Махмадов, Н.О. Рахимов, М.В. Давлатов// Мат-лы Конгресса Российского общества рентгенологов и радиологов. – Москва. – 2019. – С.112-113.
- [5–А] РахимовН.О. Алгоритм диагностики сочетанных абдоминальных травм / Ф.И.Махмадов, Н.О. Рахимов, М.В. Давлатов// Мат-лы Конгресса Российского общества рентгенологов и радиологов. – Москва. – 2019. – С.114–115.
- [6–А] Рахимов Н.О. Оптимизация хирургической тактики сочетанных травм органов брюшной полости головы / Н.О. Рахимов, М.Ю. Кахорова // Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования. – Душанбе. – 2020. – С. 253 – 254.
- [7–А] RakhimovN. O. Improvement of medical management outcomes of victims with dominant cranioabdominal trauma / F I Makhmadov, N.O Rakhimov, M.V Davlatov // 44th Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9th International Symposium. – Seoul. – 2019. – PP02–13.
- [8–А] Rakhimov, N.O. Integral diagnostics of cranio-abdominal injuries in polytrauma / F.I. Makhmadov, N.O.Rakhimov, M.V.Davlatov// 44th Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9th International Symposium. – Seoul. – 2019. – PP02-14.
- [9–А] Rakhimov N.O. Videolaparoscopy in the diagnosis and choice of tactics of combined cranio-abdominal injuries/ F.I. Makhmadov, N.O Rakhimov, M.V.Davlatov

// Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery. – Seoul. – 2020. – Poster No.: ACRLS2020Abs-031 [General Surgery].

[10–A] Rakhimov N.O. Place of minimally invasive technology in diagnostics and treatment of craniocerebral injuries/ F.I. Makhmadov, N.O. Rakhimov, M.V.Davlatov// 46th Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 10thInternational Symposium in Conjunction with the Korean Association of Robotic Surgeons Congress. – Seoul. – 2020. – P. 318.

Рационализаторские предложения

[1] Способ прогнозирования исходов черепно-мозговых травм у больных с кранио-абдоминальными травмами нейроспецифической енолазы / Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В.// Рационализаторское предложение №3698/R742 от 2020.

[2] Способ диагностики и прогноза черепно-мозговых травм у больных с кранио – абдоминальными травмами / Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В.// Рационализаторское предложение №3683/R734 от 2020 г.

[2] Способ инструментальной диагностики больных с кранио-абдоминальными травмами / Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В.// Рационализаторское предложение №000302 от 2020 г.

Патент на изобретение.

[1] Способ прогнозирования черепно-мозговых травм у больных с кранио – абдоминальными травмами / Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В.// Патент № 1125 TJ от 14.12.20 г.

Список сокращений и условных обозначений

ВБД	внутрибрюшное давление
ВМГ	внутричерепная гематома
ВЧГ	внутричерепная гематома
ВЧД	внутричерепное давление
ДТП	дорожно-транспортное происшествие
КАТ	кранио-абдоминальная травмы
КТ	компьютерная томография
МЗ и СЗН РТ	министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
МРТ	магнитно-резонансная томография
МСКТ	мультиспиральная компьютерная томография
ОБП	органы брюшной полости
ОЦК	объем циркулирующей крови

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ
АБЎАЛИИ ИБНИ СИНО»**

УДК:616-001; 617.55(078.5); 616-089

РАҲИМОВ НАРЗУЛЛО ОДИНАЕВИЧ

**БЕҲСОЗИИ ТАКТИКАИ ҶАРРОҲИИ ОСЕБҲОИ ОМЕХТАИ КОВОКИИ
ШИКАМ ВА САР**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии

номзади илми тиб аз рӯйи ихтисосҳои

14.01.17 – Ҷарроҳӣ

14.01.18 - Нейроҷарроҳӣ

Душанбе 2021

Таҳкикот дар пойгоҳи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1, нейрочаррхӣ ва осебҳои омехтаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

- Роҳбари илмӣ:** **Махмадов Фарух Исроилович** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
- Муқарризони расмӣ:** **Раҳматуллоев Раҳимҷон** – доктори илмҳои тиб, Директори Маркази ташҳиси тиббии «Вароруд»
- Исмоилов Қудратулло Абдусаторович** – номзади илмҳои тиб, Директори КВД "Маркази Ҷумҳуриявии клиники бемориҳои сутунмуҳра"
- Муассисаи тақриздиханда:** МДТ "Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон"

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ с.2022 соати ___ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-025 "МДТ" Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар суроғи (734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рудақӣ, 139) баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва сайти расмӣ (www.tajmedun.tj) МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ соли 2021 ирсол гардид.

Котиби илмии шӯрои диссертатсионӣ, д.и.т.

Юнусов И.А.

Муқаддима

Мубраммӣ ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Осебҳо дар ҷаҳон ба сифати сабаби марг ҷойи сеюмро ва дар байни аҳолии ҷавон дар сохтори фавт – ҷойи якумро ишғол мекунанд. Маълумотҳои адабиёти илмӣ солҳои охир нишон медиҳанд, ки ҳиссаи осебҳои омехта дар травматизатсия 30-70%, дар сохтори осебҳои омехтаи пӯшидаи ковокии шикам бошад 10,2-36,4%-ро ташкил медиҳанд (Бӯрысов К.Б. ва дигарҳо., 2015; Абакумов М.М. ва дигарҳо., 2017; Бойко И.В. ва дигарҳо., 2018; Hulme С.Н. etall., 2018). Омезиши осебҳои абдоминалӣ бо осебҳои косоҳонаи сару майна нисбатан бештар хатарнок аст, онҳо якдигарро вазнин месозанд, дорои оризаҳои сершуморанд, сатҳи баланди фавт ва маъҷубшавӣ доранд.

Фавт дар байни осебдидагони дорои осебҳои омехтаи пӯшидаи узвҳои ковокии шикам, тибқи маълумотҳои гуногун то ба 85% мерасад ва асосан бо вазнинии осебҳои анатомӣ ва андозаи талафи хун муайян карда мешаванд (Крылов В.В. ва дигарҳо., 2018; Zafar SN. etall., 2018; Ortega Zufirla. etall., 2019).

Аз ҷумла, осебҳои омехтаи абдоминалӣ дар қатори осебҳои вазнинии осебҳои косоҳонаи сару майна зуд ба ҳолати вазнинии осебдидагон оварда мерасонанд ва оризаҳои ҳаётан хатарнокро ба вуҷуд меоранд. Дар ин маврид беморон ба амалиёти ҷарроҳии таъҷилии муносиби ҳам ковокии шикам ва ҳам баъзан майнаи сар зарурат доранд.

Дар муассисаҳои таболатӣ басомади хатоҳои таҳхисӣ баланд буда, аз 20 то 45%-ро ташкил медиҳад ва ҳангоми осебҳои вазнин то 73,1% меафзояд. Дар ин ҳолат басомади лапаротомияҳои номуносиб, ки дар онҳо аломатҳои хунравии давомнок муайян карда нашудаасту осеби узвҳои ковокии шикам ҳаётан хатарнок нестанд, 7-28,6% аст, дар вақти осебҳои омехтаи вазнин вай аз 50 то 80% зиёд мешавад. Ғайр аз ин, дар 20-25%-и ҳолатҳо осебҳои узвҳои шикам муайян карда мешаванд, ки метавон онҳоро на ба тартиби таъҷилий бартараф кард ва ё умуман ба амалиёти ҷарроҳӣ зарурат надошта бошанд (Крылов В.В. ва дигарҳо., 2018; Zafar SN. etall., 2018; Ortega Zufirla. etall., 2019).

Дарачаи азхудшудани масъалаи илмӣ. Дар интиҳоб намудани тактикаи таболати ҷарроҳӣ нақши асосиро таҳқиқоти ултрасадоӣ ва ТК-и майнаи сар ва лапароскопияи таҳхисӣ мебозанд, онҳо имконият медиҳанд, ки таболати ҷарроҳӣ бо усули каминвазвӣ гузаронида шавад. Тибқи маълумотҳои клиникаҳои маъруфи махсус, истифода намудани тактикаи тафриқавии ҷарроҳӣ ва технологияҳои каминвазивии муосир дар узвҳои ковокии шикам ва сар дар осебдидагони дорои осебҳои омехта дар маҷмӯъ микдори оризаҳоро кам кард.

То ҳанӯз муайян кардани тактикаи ҷарроҳӣ дар осебдидагон ҳангоми осеби омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар мавзӯи баҳсангез мебошад. Нишондиҳандаҳо ва зидди нишондиҳандаҳои ҷарроҳии таболатии мушаххаси лапароскопӣ муқаррар ва меъёрҳо барои имконпазирии гузаронидани онҳо муайян карда нашудааст

Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот. Бо назардошти имкониятҳои технологияҳои нав дар ҷарроҳии муосир усулҳои нави ҷарроҳӣ ва тарзҳои техникӣ коркард шуда, усулҳои қаблан пешниҳодшуда такмил шуда, тактикаҳои мураккаби беморони гирифтори осебҳои узвҳои ковокии шикам ва

сар барои фаъолияти амалии ҷарроҳӣ актуалӣ боқӣ мемонад. Натиҷаҳои овардашуда боэътимоданд ва метавон онҳоро дар системаи нигоҳдории тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон тавсия кард.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Беҳсозии тактикаи ҷарроҳии осебҳои омехтаи ковокии шикам ва сар.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 60 нафар бемори дорои осебҳои омехтаи ковокии шикам ва сар (ООУКШ ва С) буд. Таҳқиқот ва табобати ҷарроҳӣ дар пойгоҳи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар давраи солҳои 2012-2020 гузаронида шуд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот беморони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва майнаи сар аст.

Вазифаҳои таҳқиқот:

Омӯзиши басомади дучоршавии осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Омӯзиши динамикаи маркерҳои биохимиявии осебҳои майнаи сар ва баҳо додан ба аҳамияти пешгӯйикунандагии онҳо.

Баҳо додан ба аҳамияти пешгӯйикунандагии ТК таъҷилии майнаи сар ва натиҷаҳои техникаи видеолапароскопии иҷроӣ ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва майнаи сар.

Коркарди тактикаи оптималии протсессии табобатӣ-ташхисӣ барои расонидани ёрӣ ба осебдидагони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва майнаи сар вобаста аз мавзеи бартаридошта ва вазнинии ҳолати осебдидагон.

Усулҳои таҳқиқот.

Дар ҳамаи беморон усулҳои комплекси клиникӣ-лабораторӣ ва инструменталии таҳқиқот гузаронида шуд. Анамнез ва манзараи клиникии беморӣ (мақоми неврологӣ, шуури осебдида, дараҷаи осеби дигар узвҳо) омӯхта шуданд. Ғайр аз ин, дар динамика зухуроти беморӣ ва аломатҳои оризаҳои имконпазир (мавҷуд будани манзараи шок, шикастагиҳои кушодаи косаҳои сар ва ғайра) омӯхта шуданд.

Соҳаи таҳқиқот. Соҳаи таҳқиқоти диссертатсия мувофиқи шиносномаи КОА-и назди Президенти ҚТ оид ба ихтисоси 14.01.17 – Ҷарроҳӣ ва 14.01.18 Ҷарроҳии асаб: зербанди 3.1. мувофиқат мекунад. Басомади дучоршавии осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва динамикаи маркерҳои биохимиявии осебҳои майнаи сар бо баҳогузорӣ ба аҳамияти пешгӯйикунанда омӯхта шуданд. 3.3. Истифодаи усулҳои мустаким ва ғайри мустакими таҳқиқот- ТУС, ТК ва ТМР. 5.1. Таҳлили натиҷаҳои табобати ҷарроҳии беморони дорои ООУКШ ва С бо истифода аз усулҳои каминвазивӣ дар тибби амалӣ, дар соҳаи ҷарроҳӣ ва ҷарроҳии асаб як қатор бартарихоро медихад.

Марҳалаҳои таҳқиқот. Диссертатсия марҳила ба марҳила таълиф шудааст. Дар марҳалаи 1-ум шарҳу тафсири сарчашмаҳои муносири илмӣ оид ба масъалаи мазкур гузаронида, мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот муайян карда шуд. Баъдан ҷамъовариҳои маводи ба мавзӯи интихобшудаи диссертатсия бахшидашуда гузаронида шуд: навиштани мақолаҳо, фишурдаҳо, бобҳои диссертатсия. Натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ гузаронидашуда имконият доданд, ки ҷиҳати

беҳсозии тактикаи табобати чарроҳии осебдидагони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар хулосаҳои концептуалӣ бароварда шуд.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот.

Дар таҳқиқот иттилооти диссертатсияҳои дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва кишварҳои хориҷӣ (Россия, Европа) ҷимояшуда, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо ва конференсияҳои бахшида ба табобати чарроҳии осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар омӯхта шуданд. Таҳқиқот дар пойгоҳи кафедраи бемориҳои чарроҳии №1, нейрочаррҳӣ ва осебҳои омехтаи МТД «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шуд.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Тактикаи оптималии протсессии табобат ва ташҳиси расонидани ёрии чарроҳӣ ба осебдидагони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар ва вазнинии ҳолати осебдидагон таҳия карда шуд. Коркарди оморӣ эътимоднокии натиҷаҳои ба даст овардашударо тасдиқ кард. Ҳама натиҷаҳои ҳосилшуда ва хулосаҳо дар заминаи принципҳои тибби истботшуда асоснок карда шудаанд.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Дар асоси таҳлили маълумотҳои оморӣ басомади дучоршавии осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муқаррар карда шуд. Бори нахуст самаранокии ТК-и таъҷилӣ ва видеолароскопия ҳангоми осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар баҳогузорӣ карда шуд. Усули ташҳиси инструменталии беморони гирифтори осебҳои кранио – абдоминалӣ (пешниҳоди ратсионализатории №000302 аз соли 2020) таҳия карда шуд. Усули пешгӯӣ кардани осебҳои косахонаи сару майна дар беморони гирифтори осебҳои кранио – абдоминалӣ (патенти №ТJ 1125 барои ихтироот аз соли 2020) таҳия карда шуд. Усули пешгӯӣ кардани осебҳои косахонаи сару майна дар беморони гирифтори осебҳои кранио – абдоминалӣ (пешниҳоди ратсионализатории №3698/R742 аз соли 2020) таҳия карда шуд. Усули ташҳис ва пешгӯӣ кардани осебҳои косахонаи сару майна дар беморони гирифтори осебҳои кранио – абдоминалӣ (пешниҳоди ратсионализатории №3683/R734 аз соли 2020) таҳия карда шуд.

Аҳамияти назарии таҳқиқот. Беҳсозии ташҳис ва тактикаи табобати чарроҳии осебдидагони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар барои ташҳиси барвақт ва пешгӯиҳои оқибатҳои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар мусоидат мекунад.

Аҳамияти амалии таҳқиқот: Такмил додан ва татбиқ намудани схемаи ташҳис ва табобати осебдидагон ҳангоми осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар, ки ба беморони дорои осебҳои пӯшидаи абдоминалӣ расонидани ёрии самараноктарро таъмин месозад. Сарҳади истифода намудани технологияҳои эндовидеочарроҳӣ- ҳангоми табобати осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам дар беморони мубтало ба осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар муайян карда шуд. Усулҳои ташҳис ва пешгӯӣ кардани осебҳои косахонаи сару майна дар беморони мубтало ба осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар пешниҳод карда шуд.

Татбиқ намудани натиҷаҳо дар амалия.

Усулҳои таҳияшудаи ташҳис ва пешгӯӣ кардани оқибатҳои осебҳои косахонаи сару майна, ҳамчунин алгоритми ташҳиси осебҳои омехтаи узвҳои

ковокии шикам ва сар дар фаъолияти клинӣи шуъбаи чарроҳӣ дар пойгоҳи кафедраи бемориҳои чарроҳии №1, нейрочаррҳӣ ва осебҳои омехтаи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» татбиқ шудаанд. Маводи диссертатсия дар лексия ва дарсҳои амалии кафедраи бемориҳои чарроҳии №1, нейрочаррҳӣ ва осебҳои омехтаи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» мавриди истифода қарор доранд.

Нуктаҳои ҳимояшавандаи диссертатсия.

1. Таҳлили нишондиҳандаҳои асосии клинӣ-омории осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз монанд будани як қатор параметрҳо дар маҷмӯъ дар ҷумҳурӣ ва дар шаҳри Душанбе бо мавҷуд будани осебҳои нисбатан шадидтар ва вазнинтари осебҳои омехта дар пойтахти кишвар гувоҳӣ медиҳанд.

2. Биомаркерҳои S100 сафеда ва NSE маркерҳои нисбатан самараноктари таъхиси барвақт ва пешгӯӣ кардани осебҳои косахонаи сару майна ҳангоми осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар ба ҳисоб мераванд, ки аз вазнинии осебҳои косахонаи сару майна ва самаранокии таъобати гузаронидашуда вобастагии мустақими коррелясионӣ доранд. Дар сурати сари вақт ва дуруст истифода кардани биомаркерҳо бо бо эҳтимоли зиёд оқибатҳои осебҳои косахонаи сару майна пешбинишаванда мегарданд.

3. Яке аз лаҳзаҳои калидии тактикаи таъобатӣ – таъхисии протсессии расонидани ёрии чарроҳӣ ба осебдидагони осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар ин сари вақт фарқ карда тавонистани усфи бартаридошта, ба ҳисоб гирифтани вазнинии ҳолати бемор ба ҳисоб меравад, ки ин дар заминаи таҳлили таъҷилии ТК ва видеолапароскопия асоснок карда мешавад.

4. Истифода кардани равиши тафриқавӣ нисбат ба беморони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар, ҳамчунин технологияҳои каминвазивӣ натиҷаҳои таъобатро хеле беҳтар кардаанд.

Саҳми шахсии докталаб. Диссертант идеяҳои асосии таҳқиқотро муайян кардааст. Муаллифи рисола иттилооти адабиётҳои муосири ба мавзӯи таҳқиқот дахлдор, маводи бойгонии клинӣро мустақилона таҳлил намуда, шахсан дар таҳқиқоти проспективии комплексӣ ва таъобати беморони мубтало ба осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар иштирок кардааст. Муаллифи диссертатсия қоркарди омории маълумотҳои ба даст овардашударо мустақилона анҷом додааст.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.

Нуктаҳои асосии таҳқиқот дар мавридҳои зерин гузориш шудаанд: 44th Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9th International Symposium (Seoul, Korea, 2019); дар конгресси Ҷамъияти россиягии рентгенолог ва радиологҳо (Москва, 2019); дар конгресси байналмилалӣ «Нақши комплекси таъхисӣ ва технологияи рентгеноэндоваскулярӣ дар марҳалаи госпитали расонидани ёрии таъҷилӣ ва фаврии тиббӣ», конференсияи якҷояи 19-уми илмӣ-амалии минтақавӣ бо иштироки намояндагони байналмилалӣ «Масъалаҳои актуалии радиологияи таъхисӣ ва интервенсионӣ ва технологияҳои чарроҳӣ» (Владикавказ, 2019); Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery (Seoul,

Korea, 2020); дар чаласаи комиссияи экспертии байникафедравии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” баррасӣ ва гузориш шудааст.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Дар доираи мавзӯҳои диссертатсия 10 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи тавсиянамудаи ҚОА – и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҷоп расидааст. 1- патенти ҶТ барои ихтироот ва 3 шаҳодатнома барои пешниҳодҳои ратсионализаторӣ гирифта шудааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 118 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, бобҳои мавод ва усулҳои таҳқиқот, 2 боби таҳқиқоти худии диссертант, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ иборат мебошад. Дар диссертатсия 19 ҷадвал ва 19 расм оварда шудааст. Феҳристи адабиёти истифодашуда аз 187 адад иборат мебошад, аз он 105 сарчашма бо забони русӣ ва 82 сарчашма бо забонҳои дигари хориҷӣ мебошанд. баррасии натиҷаҳои ба даст овардашуда,

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар заминаи таҳлили клиникии 60 бемори дорои ООУКШ ва С гузаронида шудааст, ки дар давраи солҳои 2012-2020 ба кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1, нейрочаррхӣ ва осебҳои омехтаи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дохил шудаанд. Дар байни онҳо мардҳои осебдида 39 (65,0%), ва занҳо – 21 (35,0%) буданд. Бештари осебдидагонро ҷавонони аз 18 то 40 сола – 46,7% ташкил доданд, аз 41 то 60-сола – 35,0% буданд. Беморони аз 60-сола боло 18,3% -ро ташкил доданд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. - Хусусиятҳои ҷинсӣ синусолии беморони гирифтори ООУКШ ва С (n=60).

Синну сол (бо сол)	Гурӯҳи асосӣ				Гурӯҳи назоратӣ			
	Мард	Зан	Ҳамагӣ		Мард	Зан	Ҳамагӣ	
			Мутл.	%			Мутл.	%
19-30	6	2	8	26,7	6	2	8	26,7
31-40	4	3	7	23,3	4	2	6	20,0
41-50	3	2	5	16,7	6	1	7	23,3
51-60	3	2	5	16,7	2	2	4	13,3
60 и >	2	3	5	16,7	3	2	5	16,7
Ҳамагӣ	18	12	30	100	21	9	30	100

Осебҳои омехтаи УКШ ва сар бештар аз ҳама бо узвҳо ва сохторҳои ҳамсоя омезиш ёфтаанд: Осебҳои узвҳои ковокии шикам (УКШ) + кос – 20,9%, УКШ + қафаси сина – 18,6%, УКШ + қафаси сина + кос – 13,8 %, УКШ + қафаси сина + андомҳои болоӣ – 6,6%, УКШ + кос + андомҳои поёнӣ – 5,4% (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. - Хусусиятҳои осебҳои хангоми осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар, бо назардошти дараҷаи вазнинии шоки травматикӣ.

Омезиши минтақаҳои анатомӣ	Дараҷаи вазнинии шоки травматикӣ.							
	I		II		III		Ҳамагӣ	
	Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%
Сар + шикам + кос	8	13,3	12	20,0	1	1,7	21	35,0
Сар + шикам + қафаси	5	8,3	9	15,0	-	-	14	23,3

сина								
Сар + шикам + қафаси сина + кос	2	3,3	5	8,3	1	1,7	8	13,3
Сар + шикам + қафаси сина + АБ	4	6,7	4	6,7	1	1,7	9	15,0
Сар + шикам + қафаси сина + АП	3	5,0	3	5,0	2	3,3	8	13,3
Ҳамагӣ	22	36,7	33	55,0	5	8,3	60	100

Қонунӣ ҳаст, ки тактикаи табобати осебҳои дигар узвҳо дар яққоягӣ бо мутахассисони ба ҳам наздик гузаронида шуд ва бо назардошти мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот он осебдидагоне, ки ба ҷарроҳии андозааш васеи қафаси сина ва андомҳо зарурат доштанд, мавод ворид карда нашуд. Ҳамаи беморони мубтало ба осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар бо мақсади омӯзиши объективии натиҷаҳои табобати ҷарроҳӣ ба ду гурӯҳи калон ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи якум 30 (50,0%) -и беморони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дохил карда шуданд, ки дар онҳо усулҳои муосири ташхис ва табобат иҷро карда шуд. Ба гурӯҳи дуюм низ 30 (50,0%) -и беморон дохил карда шуданд, ки дар онҳо усулҳои анъанавии ташхис ва табобат иҷро карда шуд.

Паҳншавии осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар ш. Душанбе 0,4 ҳолат дар 1000 одамро ташкил дод, Умуман, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ин нишондиҳанда ба 0,2 ҳолат дар 1000 одам баробар буд. Нишондиҳандаҳои миқдори ҳолатҳои шаклҳои вазнини осебҳои косахонаи сару майна, пайдо шудани шоки травматикӣ, миқдори узвҳои осебдидани ковокии шикам муқоисасаванда буданд, ки ин аз вучуд доштани баъзе қонунмандиҳо гувоҳӣ медиҳад, ки ҳангоми осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар ба мушоҳида мерасанд. Дар айни замон, зиёд шудани миқдори ҳолатҳои ғавти беморхонагиро ҳам дар клиникаҳои ш. Душанбе ва ҳам дар тамоми ҷумҳурӣ қайд кардан ба маврид мебошад.

Ҷадвали 3. – Нишондиҳандаҳои асосии клиникӣ- омории осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар клиникаҳои ш. Душанбе ва ҳам дар тамоми Ҷумҳурии Тоҷикистон

Нишондиҳанда	Душанбе	Ҷумҳурии Тоҷикистон
Паҳншавӣ дар 1000 нафари аҳоли	0,4	0,2
Басомад дар байни осебҳои омехта	24,7%	23,1%
Дараҷаи вазнини латҳурии майнаи сар	31,2%	24,6%
Фишор ёфтани майнаи сар	11,6%	8,3%
Шоки омехта	83,0%	68,8%
Осеб дидани 2 ё зиёда ноҳияҳои анатомӣ.	45,8%	36,1%
Осеб дидани 2 сегменти шикам	64,9%	55,8%
Ғавти беморхонагӣ	14,1%	27,6%

Маълумотҳои ҷадвали 3 аз шаклҳои нисбатан мураккабтар ва возеҳтари осебҳои омехта гувоҳӣ медиҳанд, ки ҳангоми осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар пойтахти ҷумҳурӣ ба мушоҳида мерасанд, ки қонунӣ ҳисобида

мешавад, зеро ритми кор ва зиндагӣ дар шаҳри Душанбе хеле пуршиддат аст. Дар ин маврид, таҳлили маводи мо нишон дод, ки сабаби аз хама бештар дучоршавандаи пайдошавии осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар ҳодисаҳои роҳу наклиёт (ХРН) буданд, ки 80% (n=48)-и осебдидагонро ташкил дод. Ҳангоми ҳодисаҳои роҳу наклиёт дар 13,3% (n=8) ҳолат ронандаҳо осеб дидаанд ва дар 21,7% (n=13) ҳолат – мусофирон.

Ҳангоми осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар осебҳои майнаи сар аҳамияти калон доранд. Ихтилоли шуур дар 47 (78,3%)-и беморон ба назар расид, ки дар натиҷаи ин ошкор кардан ва баҳо додан ба дараҷаи вазнинии осебҳо дар сохторҳои дигар мураккаб гашт. Бартари микдори ҳолатҳои осебҳои майнаи сар – дар 29 (48,3%) беморон ба қайд гирифта шуд.

Аз рӯи хусусияти осебҳои косахонаи сару майна дар байни беморони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар бартари назарраси (>50% ҳолат) осебҳои дараҷаи миёнавазнини косахонаи сару майна ба назар расид. Мураккаб будани гузоштани ташхиси муосир дар ин категорияи одамони осебдида ба компрессияи (фишорёбии) майнаи сар алоқаманд аст, ки он дар 4 (6,7%)-и осебдидагон ба мушоҳида расид (чадвали 4).

Чадвали 4. – Сабабҳои фишорёбии (компрессияи) майнаи сар дар осебдидагони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар (n=4)

Сабабҳои фишорёбии майнаи сар	Мик. беморон	
	Мутл	%
Хуномоси субдуралӣ	2	50,0
Хуномоси дохили майнаи сар	1	25,0
Шикастагии фишорёфта ва хуномоси эпидуралӣ	1	25,0
Ҳамагӣ	4	100,0

Ҳангоми таҳқиқ кардани беморон бо гузаронидани ЭхоЭС ва нейровизуализатсия бечо шудани сохторҳои мобайнии майнаи сар дар 18 (30,0%) ҳолат дида шуд. Аз микдори умумии ҳамаи осебҳо, ки дар осебдидагони осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар мавҷуд буданд, даридани чигар дар 22 (36,7%) бемор ва пора шудани испурч (талхадон) дар 6 (16,7%)-и беморон ба назар расид. Дар аксари бештари беморон осебҳои мисорикаи рӯдаи борик ва ғафс –18 (30,0%) ба назар расид.

Омили нисбатан муҳимтаре, ки бевосита ба натиҷаи осеб таъсир мерасонад, фосилаи вақти байни лаҳзаи пайдо шудани осеби омехта то амалиёти ҷарроҳӣ маҳсуб мешавад. Дар робита бо ин, мо тақсим кардани гурӯҳи муқоисашавандаро аз рӯи критерияҳои зерин мувофиқи мақсад мешуморем. Муҳлати сар шудани амалиёти ҷарроҳӣ дар гурӯҳи муқоисашаванда дар чадвали 5 оварда шудааст.

Чадвали 5.- Муҳлати сар шудани амалиёти ҷарроҳӣ (n=60)

Гурӯҳҳо	Муҳлати осеб бардоштан то лаҳзаи ҷарроҳӣ, соат.							
	То1 соат		То2 соат		То 6 соат		Зиёда аз6 соат	
	Мутл	%	Мутл	%	Мутл	%	Мутл	%
Асосӣ	14	46,7	11	36,7	3	10,0	2	6,7
Назоратӣ	16	53,3	10	33,3	3	10,0	1	3,3

Р	>0,05		>0,05		>0,05*		>0,05*	
Ҳамагӣ	30	50,0	21	35,0	6	10,0	3	5,0

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (бо критерияи χ^2 , * мувофиқи критерияи дақиқи критерияи Фишер)

Ёрии аввалияи то беморхонагӣ ва тарзи интиқоли осебдидагони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар принципалӣ ба ҳисоб меравад, ки бевосита ба профилактикаи оризаҳо, тактикаи минбаъдаи табобат ва пешгӯии беморӣ таъсир мерасонад (ҷадвали 2).

Ҷадвали 6.- Муҳлати расонидан ва намуди интиқолдиҳии беморон (n=60)

Вақт, соат	ЁСТ		Нақлиёти роҳ		МТП		Ҳамагӣ	
	Мутл	%	Мутл	%	Мутл	%	Мутл	%
0 – 3	43	71,7	7	11,7	1	1,7	51	85,0
3 – 6	1	1,7	3	5,0	2	3,3	6	10,0
6 и >	-	-	2	3,3	1	1,7	3	5,0
Итого	44	73,3	12	20,0	4	6,7	60	100

Дар 73,3% -и ҳолатҳо осебдидагон бо мошини ёрии таъҷили расонида шуданд, дар ин маврид 71,7% то 3 соати баъд аз лаҳзаи осеб дидан буд. Бо нақлиёти роҳ 20,0% (дар 11,7% то 3 соат, 5,0% - то 6 соат ва 3,3% зиёда аз 6 соат), танҳо 6,7%-и беморон аз муассисаҳои табобатӣ-профилактикии шаҳри Душанбе ва ноҳияҳои тобеи ҷумҳурии интиқол дода шуда буданд.

Қонунӣ мебошад, ки ҲРН қисми асосии осебдидагони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сарро ташкил медиҳад, вай мутаносибан 66,7% ва 63,3% ҳолат аст. Баъди ин ҳолатҳои осеби дар ҷойи кор гирифташуда (дар гурӯҳи асосӣ - 16,6% ва дар гурӯҳи назоратӣ - 13,3% ҳолат) меистад.

Осеби омехтара ҳамеша шоки травматикӣ ҳамроҳӣ мекунад ва дар ин ҳолат баҳодихии саривақтӣ ва дурусти дараҷаи шок яке аз критерияҳои муҳимтарин ба ҳисоб меравад, ки тактикаи минбаъдаи мувоқиқати ин категорияи беморонро муайян мекунад. Басомад ва вазнинии шоки травматикӣ дар ҷадвали 7 оварда мешавад.

Ҷадвали 7. - Басомад ва вазнинии шоки травматикӣ (тибқи Keith) дар беморони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар (n=60)

Дараҷаи шок	Гурӯҳи асосӣ (n=30)		Гурӯҳи назоратӣ (n=30)		p
	Мутл	%	Мутл	%	
Шоки дараҷаи I	11	36,7	11	36,7	>0,05
Шоки дараҷаи II	16	53,3	17	56,7	>0,05
Шоки дараҷаи III	3	10,0	2	6,7	>0,05*
Ҳамагӣ.	30	100,0	30	100,0	

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (бо критерияи χ^2 , * мувофиқи критерияи дақиқи критерияи Фишер)

Таснифи мазкур, ба андешаи мо, қобили қабул аст ва ҳангоми баҳогузорӣ ба дараҷаи шок дар шуъбаи қабул параметрҳои асосӣ ба ҳисоб гирифта шуда, ба критерияҳои дараҷаҳои шок мувофиқ аст. Таҳлил нишон дод, ки зиёда аз нисфи

осебдидагон бо шоки травмикии дараҷаи II (мутаносибан 53,3% ва 56,7%) бистарӣ шудаанд. Шоки травмикии дараҷаи III дар 10,0%-и беморони гурӯҳи асосӣ ва 6,7% –и гурӯҳи назоратӣ ба қайд гирифта шуд.(ҷадвали 8).

Ҷадвали 8. - Баҳодихии ҳолати беморони дорой осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар мувофиқи шкалаи Глазго (n=60)

Шуур	Баллҳо	Гурӯҳи асосӣ (n=30)		Гурӯҳи назоратӣ (n=30)		p
		Мутл	%	Мутл.	%	
Бошуурӣ ва беҳушӣ	11-15	18	60,0	16	53,3	>0,05
Сопор	9-10	8	26,7	6	20,0	>0,05 *
Кома – I	7-8	4	13,3	5	16,7	>0,05 *
Кома – II	4-6	-	-	3	10,0	
Ҳамагӣ		30	100,0	30	100,0	

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (бо критерияи χ^2 , * мувофиқи критерияи дақиқи критерияи Фишер)

Қайд кардан зарур аст, ки осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар хусусиятҳои хоси худро доранд, ки осеби асосиро муайян месозанд, яъне ин гуна беморон ҳангоми ба беморхона дохил гаштан ба дифференсиатсияи таъҷилӣ ва муфассали осеби асосии узв зарурат доранд. Интиҳоби тактикаи дуруст ва марҳиланоки табобат аз ҳаллу фасли муносиби мутахассисони соҳаҳои наздик вобаста аст. Ҳангоми зарурат тибқи нишондод беморони дорой осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар як замон ҳам аз тарафи ҷарроҳони асаб ва ҳам аз тарафи ҷарроҳони абдоминалӣ ҷарроҳӣ карда шуданд.

Тактикаи муносиби табобатӣ- ташхисии беморони дорой осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар заминаи баҳодихии объективии дараҷаи осеби ин ё он узв, яъне ҳам осебҳои дарунии косоҳонаи сару майна ва ҳам вазнинии осебҳои бардошташуда асос ёфтааст. Барои баҳо додан ба хусусияти осебҳо аз шкалаи FTS (Functional trauma score) истифода шуд, ки аз тарафи олимони Академияи ҳарбӣ-тиббӣи Украина пешниҳод шудааст (ҷадвали 9).

Ҷадвали 9. – Вазнинии шоки травмикӣ (аз рӯи шкалаи FTS) дар беморони дорой осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар

Дараҷаи вазнинӣ	Баллҳо	Гурӯҳи асосӣ (n=30)		Гурӯҳи назоратӣ (n=30)		p
		Мутл.	%	Мутл.	%	
Дараҷаи I	1-3	18	60,0	16	53,3	>0,05
Дараҷаи II	4-6	12	40,0	14	46,7	>0,05
Дараҷаи III	7-9	-	-	-	-	

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (бо критерияи χ^2).

Бо назардошти дараҷаи вазнинии осеб, ки дар заминаи шкалаи FTS ва дараҷаи осебҳои узвҳои ковокии шикам асос ёфтааст, OIS дар осебдидагони дорой осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар нисбат ба марҳилавӣ будан

ва ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ тавассути консилиуми якҷояи ҷарроҳи абдоминалӣ ва ҷарроҳи асаб равиши инфиродӣ- тафрикавӣ ба кор бурда шуд. (ҷадвали 10)

Ҷадвали 10. – Намудҳои осебҳои узвҳои дарунӣ (тибқи шкалаи OIS) дар беморони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар

Намуди осеб	Дараҷа тибқи OIS	Асосӣ (n=30)		Назоратӣ (n=30)		p
		Мутл	%	Мутл	%	
Осеби ҷигар	III-IV	13	43,3	9	30,0	>0,05
Осеби испурч	III-IV	6	20,0	4	13,3	>0,05*
Осеби рӯдаи борик	I-II	4	13,3	6	20,0	>0,05*
Осеби мисорикаи рӯдаҳо	I-II	7	23,3	11	36,7	>0,05

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (бо критерияи χ^2 , бо ислоҳи Йетс, * мувофиқи критерияи дақиқи критерияи Фишер)

Дар маҷмӯъ, дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 43,3% (n=13) якҷояшавии дараҷаҳои гуногуни осеби ҷигар ва осебҳои косоҳонаи сару майна ба мушоҳида расид, ҳол он ки ин нишондиҳанда дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 30,0% ҳолат ба қайд гирифта шуд. Аз ҷиҳати басомад дар ҷойи дуҷояи осебҳои узвҳои ковокии шикам ва саросебҳои масорикаи рӯдаҳо меистанд, ки мутаносибан 23,3% ва 36,7%-ро ташкил доданд. Ба гурӯҳи дорои хатари баланд ҳамчунин якҷояшавии осебҳои косоҳонаи сару майна бо осебҳои испурч дохил карда шуд, ки дар таҳқиқоти мо мутаносибан дар 20,0% ва 13,3%-и беморон ба қайд гирифта шуд. Чунин осеб, ба мисли осеби кунди девораи пеши сифокпарда, конунан дар ҳамаи беморони таҳқиқшуда ба назар расид.

Бо мақсади ташҳиси осебҳои узвҳои ковокии шикам ТУС, лапаросентез ва лапароскопия истифода шуд.

Мавҷуд будани гемоперитонеум дар беморони дорои осеби узвҳои ковокии шикам (УКШ) дар якҷоягӣ бо дараҷаи сабуки осеби косоҳонаи сару майна (ОКСМ), конунан метавонад ба пайдо шудани дараҷаҳои гуногуни тағйироти гипоксӣ дар сохтори танаи майнаи сар мусоидат кунанд, ки дар натиҷаи ин аломатҳои дислокатсияи майгнаи сар ва ё компрессияи он ба вучуд меояд.

Оқибатҳои зикршуда ба синдромҳои псевдосеребралӣ (псевдо дислокатсионӣ ва псевдо компрессионӣ) дохил мешаванд. Бояд қайд кард, ки ин синдромҳо тавассути таъбири инфузиони асосаш патогенетикӣ, пуррашавии ҳаҷми хуни гардишкунанда (ҲХГ) ва манъ кардани хунравии дохилибатнӣ хуб муолиҷа мешаванд. Ҳангоми осебҳои вазнини косоҳонаи сару майна бо осебҳои узвҳои ковокии шикам дар бештари ҳолатҳо пайдо шудани синдроми псевдо перитонеалӣ ва синдроми якдигарро пӯшонидан ба назар мерасад.

Хусусиятҳои манзараи клиникӣ осебдидагони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар ҷадвали 2.13 оварда шудааст. ПсКС 11 (18,3%) ҳолат, ПсДС – дар 14 (23,3%) ва СВП – дар 7 (11,7%) ҳолат ба мушоҳида расид. СВО дар 19 (31,7%) беморони грифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар ба назар расид. Мавҷудияти синдроми псевдоперитонеалӣ дар 9 (15,0%) осебдида ба қайд гирифта шуд. Ҳамин тавр, ҳангоми осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар тағйиротҳои мураккаби патофизиологӣ ва патоморфологӣ дида мешавад, ки дар ҳангом зарурати ташҳиси комплекси на танҳо

осебкосахонаи сару майна, балки осебҳои узвҳои абдоминалӣ низ ба миён меояд. Бо назардошти гуногун будани осеби бардошташуда, хусусияти он ва бартарӣ доштани ин ё он узв намудҳои гуногуни амалиёти ҷарроҳӣ андода шуд (ҷадвали 11).

Ҷадвали 11. -Амалиётҳои ҷарроҳӣ дар гурӯҳҳои муқоисашаванда.

Ҷарроҳӣ	Асосӣ		Назоратӣ	
	Мутл.	%	Мутл.	%
Ҷарроҳӣ ҳангоми осебҳои косохонаи сар ва майна				
Коркарди аввалияи ҷарроҳии ҷароҳат	16	53,3	17	56,7*
Гирифта партофтани устухонпорчаҳо	9	30,0	8	26,7*
Трепанатсияи ташхисӣ	-	-	13	43,3
Трефинатсия. Гирифта партофтани хуномоси субдуралӣ	13	43,3	-	-
Трепанатсияи резексионӣ. Гемикраниоэктомия	7	23,3	-	-
Ҷарроҳӣ ҳангоми осебҳои узвҳои ковокии шикам				
Коркарди аввалияи ҷарроҳии ҷароҳат	11	36,7	13	43,3*
Лапароскопияи ташхисӣ	3	10,0	-	-
Лапаросентез	-	-	11	36,7
Лапаротомияи эксплоративӣ	-	-	5	16,7
Коагулятсияи лапароскопии ҷароҳати ҷигар + гузоштани дарзи П – шакл	8	26,7	-	-
Гемостази лапароскопии ҷигар бо ёрии пластини Тахо-Комба	5	16,7	-	-
Коагулятсияи лапароскопии ҷароҳати испурч бо ёрии Liga-Sur + пластин Тахо-Комба	4	13,3	-	-
Резекцияи лапароскопии испурч	2	6,7	-	-
Гемостази лапароскопии хунравӣ аз мисориқаи рӯдаҳо	7	23,3	-	-
Гемостази лапароскопии хунравӣ аз мисориқаи рӯдаҳо + дӯхтани рӯдаи борик	4	13,3	-	-
Лапаротомия. Дӯхтани ҷароҳати ҷигар	-	-	9	30,0
Лапаротомия. Спленэктомия.	-	-	4	13,3
Лапаротомия. Дӯхтани мисориқаи рӯдаҳо	-	-	4	13,3
Лапаротомия. Дӯхтани рӯдаи борик	-	-	4	13,3
Лапаротомия. Санатсия ва дренажи ковокии шикам	-	-	4	13,3

Эзоҳ: * $p > 0,05$ – фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (бо критерияи χ^2 , бо ислоҳи Йетс).

Натиҷаҳои таҳқиқоти лабораторӣ

Натиҷаҳои таҳқиқоти S100 сафеда ва NSE дар зардоби хуни беморони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар нишон доданд, ки вобастагии мустақими коррелятсионии байни ин нишондиҳандаҳо бо вазнинии ОКСМ ва хусусияти осеби узвҳои ковокии шикам (УКШ) мавҷуд аст. Бояд зикр кард, ки раъдосо баланд шудани нишондиҳандаҳои S100 сафеда ва NSE дар зардоби хуни

беморони дорои осеби кранио-абдоминалӣ (ОКА) оқибати нохуби бемориро пешгӯӣ кард. Азбаски давраи хоричшавии инисфи S100 дар зардоби хун кӯтоҳ аст, аз ҷиҳати назариявӣ вай ба муҳлати осеби майнаи сар мувофиқат мекунад. Вобаста аз ин, мо кинетикаи S100 сафеда ва NSE –ро дар шӯбаи реаниматсия дар беморони дорои осеби кранио-абдоминалӣ ба таври ҷиддӣ муқоиса намуда, кайд кардем, ки ҳатто тағйироти ночизи вақт сатҳи ин предикторҳоро ҳамаҷумла тағйир медиҳад ва қуллаи концентратсияи S100 сафеда ва NSE дар зардоби хун, эҳтимолан дар шӯста бурдани бетағйир баъди осеббинӣ тақрибан 25-27 соатро ташкил медиҳад, ки қомилан ба маълумотҳои адабиётҳо мувофиқат мекунад. Илова бар ин, дур шудан аз ин қачхатаи муътадил, мумкин аст, ки аз идома доштани протсессии осеби майнаи сар, яъне пешрабии ҳуномос гувоҳӣ диҳад. Дар ин маврид, зиёдшавии дуҷумии S100 сафеда ва NSE предиктори (пешхабаре) муҳимми оқибати нохуб дар беморони гирифтори ОКА буда метавонад.

Асосан дар 6 бемори дорои осеби вазнини косоҳонаи сару майна қуллаи дуҷумии баландшавии S100 сафеда ва NSE бо пайдо шудани инфаркти муваққатии рост ё чап, бад шудани статуси неврологӣ мувофиқат кард, ки баъзан дар ТК ошкор карда намешаванд. ТК тасдиқ мекунад, ки предикторҳои зикршуда дар беморони дорои ОКСМ бо механизмҳои патофизиологии осеби майнаи сар алоқа доранд.

Яке аз омилҳои асосии эҳтимоднокии пешгӯӣ кардан ин замони ҷамъоварӣ кардани хун пас аз осеб дидан аст, яъне концентратсияи S100 сафеда ва NSE дар зардоби хун барои пешгӯӣ кардани натиҷа ба таври маҳдуд истифода мешавад, агар, замони аз лаҳзаи осеббинӣ сипаришуда номаълум бошад.

Мониторинги нишондиҳандаи S100 сафедаи бемор ҳамзамон бо истифода намудани ТК нишон дод, ки дар шабонарӯзи 5-7 баъди ОКА новобаста аз кам шудани ин нишондиҳандаҳо дар шабонарӯзи 2-4 қуллаи дуҷумии баландшавии он ба мушоҳида мерасад, ки ба пайдошавии инфаркти муваққатии дуҷуми ҳангоми ТК мувофиқат мекунад. Дар ин маврид, аз шабонарӯзи 8-уми баъди гузаронидани табобати аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснок сар карда, манзараи кам шудани вай то ҳадди меъёр ба назар мерасад, ки аз хуб будани натиҷаи беморӣ гувоҳӣ медиҳад.

Ҳамзамон мушоҳида карда шуд, ки бо таҳқиқоти нишондиҳандаи (ЭНС) баъди паст шудани паст шудани рақми дар шабонарӯзи 2-4 баъди гирифтани осеб, дар шабонарӯзи 5-7 дар ҳол баландшавии мутлақ аз эҳтмол дур нест пайдошавии ишемики ва варами майнаи сар бошад.

Ҳангоми шарҳ додани нусхаи озодшавии муваққатии S100 дар беморони дорои осеби вазнини косоҳонаи сару майна маълум карда шуд, ки сабаби қореллятсияи ибтидоии сусти байни S100 ва натиҷа, шояд натиҷаи саҳми хоричи косоҳонаи сар S100, озодшавии «махфии» хоричи косоҳонаи сар бошад.

Аммо оқибати осеби вазнини косоҳонаи сару майна статусҳои неврологӣ ва осебҳои такрорӣ майнаи сар мебошанд, ки ба «қуллаи такрорӣ» -и S100 оварда мерасонад.

Қорқарди усулҳои ташхис ва пешгӯии осеби косоҳона ва майнаи сар дар беморони дорои осеби кранио-абдоминали.

Моҳияти усули таҳияшуда аз он иборат аст, ки дар беморони дорои ОКА барои мониторинг ба сифати тести лабораторӣ бо мақсади муайян кардани

вазнинии ОКСМ нишондодҳо барои ТК-и таъҷилӣ ва пешгӯӣ кардани беморӣ, нишондиҳандаҳои S100 сафеда муайян карда шуданд. Дар ҳолати сатҳи таҳлили S100 сафеда дар зардоби хун аз 2,16 мкг/л то 14,0 мкг/л будан оқибати беморӣ нохуб ҳисобида мешавад. Ҳангоми нишондиҳандаҳои сафеда аз 2,16 мкг/л кам будан ва пастшавии динамики он сухан аз чараёни мусбати беморӣ меравад. Баланд будани сатҳи нишондиҳандаи S100 сафеда дар зардоби хун аз калоншавии хуномос, амиқтар шудани вазнинии ОКСМ ё пешравии такрории патологӣи ОКСМ дарак медиҳад.

Дар ин маврид тарафҳои мусбати усули пешниҳодшуда беҳатарӣ, беинвазивӣ, ҳассосияти баланд ва махсусияти ташҳиси барвақти лаборатории вазнинии ОКСМ, назорат кардани амиқшавӣ ё тағйироти мусбат дар протсесс, баргараф кардани шаклҳои оризаноки беморӣ ва самаранокии пешгӯйикунӣ ба ҳисоб мераванд.

Истифода намудани методикаи пешниҳодшуда дар марҳалаҳои барвақт барои осеби КСМ ҳассосият ва махсусияти баланд нишон дод. Ҳамзамон усул дорои хосияти дақиқу муайяни биокинетикӣ буда, амиқшавии протсесси осеби майна ва аксуламали мусбат ба табобатро пайгирӣ мекунад. Дар ин маврид имконияти таҳқиқоти такрории динамика ва барвақт ошкор кардани он махсусан дар беморони дорои вазнинии миёнаи ОКСМ мавҷуд аст.

Ин усул барои нигоҳдорӣ хусусиятҳои махсус дорад ва ба вай гемализи хун таъсир намерасонад, ки ин барои ҳолатҳои таъҷилӣ қобили қабул аст. Таҳлили зардоби хун барои ошкор намудани S100В танҳо ба 18 дақиқа зарурат дорад, ки ин яке аз меъёрҳои нишондод барои иҷро кардани ТК –и таъҷилӣ ва мониторинги он ба ҳисоб меравад. S100В предиктори муҳим ва муфиди натиҷаи функционалии ОКСМ-и дараҷаҳои миёна ва вазнин ба шумор меравад, ки ин бо пайдошавии осеби такрорӣ, ба монанди инфркти майна ё калоншавии хуномос иртиботи мустақими кореллятсионӣ дорад ва ба ин восита пешгирӣ кардани оризаҳои даҳшатноки беморӣ ва беҳтар кардани сифати ҳаёти ин гурӯҳи вазнини беморон иқонпазир мешавад.

Коркарди усули пешгӯӣ кардани оқибати осеби косоҳона ва майнаи сар дар беморони дорои осеби кранио-абдоминали бо енолазаи нейроспесифики

Моҳияти усули таҳияшуда аз он иборат аст, ки дар беморони дорои ОКА барои мониторинг ба сифати тести лабораторӣ вазнинии ОКСМ, нишондодҳо барои ТК-и таъҷилӣ ва пешгӯӣ кардани беморӣ муайян карда мешаванд. Дар ҳолати сатҳи таҳлили NSE сафеда дар зардоби хун аз 2,16 мкг/л то 14,0 мкг/л будан оқибати беморӣ нохуб ҳисобида мешавад. Ҳангоми нишондиҳандаҳои сафеда аз 2,16 мкг/л кам будан ва пастшавии динамики он сухан аз чараёни мусбати беморӣ меравад. Баланд шудани сатҳи нишондиҳандаи S100 сафеда дар зардоби хун аз калоншавии хуномос, амиқтар шудани вазнинии ОКСМ ё пешравии такрории патологӣи ОКСМ дарак медиҳад.

Дар ин маврид тарафҳои мусбати усули пешниҳодшуда беҳатарӣ, беинвазивӣ, ҳассосияти баланд ва махсусияти ташҳиси барвақти лаборатории вазнинии ОКСМ, назорат кардани амиқшавӣ ё тағйироти мусбат дар протсесс,

баргараф кардани шаклҳои оризаноки беморӣ ва самаранокии пешгӯйикунӣ ба ҳисоб мераванд.

Истифода намудани методикаи пешниҳодшуда дар марҳалаҳои барвақт барои осеби КСМ ҳассосият ва махсусияти баланд нишон дод. Ҳамзамон усул дорои хосияти дақику муайяни биокинетикӣ буда, амикшавии протсессии осеби майна ва аксуламали мусбат ба табобатро пайгирӣ мекунад. Дар ин маврид имконияти таҳқиқоти такрорӣ динамика ва барвақт ошкор кардани он махсусан дар беморони дорои вазнинии миёнаи ОКСМ мавҷуд аст.

Ин усул барои нигоҳдорӣ хусусиятҳои махсус дорад ва ба вай гемолити хун таъсир намерасонад, ки ин барои ҳолатҳои таъҷилӣ қобили қабул аст. Таҳлили зардоби хун барои ошкор намудани NSE танҳо ба 18 дақиқа зарурат дорад, ки ин яке аз меъёрҳои нишондод барои ҷро кардани ТК –и таъҷилӣ ва мониторинги он ба ҳисоб меравад. Ҳангоми сатҳи таҳлили S100 сафеда дар зардоби хун аз 2,16 мкг/л то 14,0 мкг/л буданбеморӣ нохуб ҳисобида мешавад. Дар ин маврид аз 2,16 мкг/л ва пастшавии динамики он нишонаи мусбат будани ҷараёни беморӣ мебошад. Баланд шудани сатҳи S100β сафеда дар зардоби хун аз калоншавии хуномос, амикшавии вазнинии ОКСМ ё пешравии дувумии патологияи ОКСМ дарак медиҳад.

Дар ҳолати сатҳи таҳлили NSE сафеда дар зардоби хун аз 162 мкг/л то 1050 мкг/л будан оқибати беморӣ нохуб шуморида мешавад. Дар сурати аз 162 мкг/л паст шудани нишондиҳандаҳо ва пастшавии динамикии он суҳан аз ҷараёни мусбати беморӣ меравад. Баланд шудани нишондиҳандаи сатҳи Neuron-specific enolase дар зардоби хуназ калоншавии хуномос, амиқтар шудани вазнинии ОКСМ ё пешравии такрорӣ патологияи ОКСМ дарак медиҳад.

Баргарафии S100 аз он иборат аст, ки вай устувор аст ва нисбатан ба муҳлати истифода, тағйир ёфтани ҳарорат ва сиклҳои яхкунонӣ- обшавӣ вобастагӣ надорад, инкоркарди сафедаро хеле осон мекунад ва таҳлилҳоро бо эътимод месозад. Баргарафии дигари S100 аз он иборат аст, ки ба вай гемолит дар намуна таъсир намерасонад, ин вайро барои истифода дар шароитҳои шадид намунаи бозътимод месозад.

Муқаррар карда шудааст, ки ҳамаи ОКСМ сатҳи S100 –ро дар зардоби хун баланд месозанд, аммо осебҳои лонавӣ, ба монанди зарбхӯрии майнаи сар ва хуномосҳои сбуралӣ дар муқоиса аз осебҳои диффузӣ сатҳи нисбатан баланд доранд, андозаи зарбхӯрӣ бо сатҳи S100 дар зардоби хун иртиботи мустақими кореллятсионӣ дорад. Ин низ тасдиқ мекунад, ки миқдори осебҳои бофтаҳо нисбат ба ҷойгиршавии дақиқи фазоӣ ҳангоми бо истифода аз S100ҳо додан ба осеби майнаи сар хеле муҳимтар аст.

Дар баробари ин, муқаррар карда шудааст, ки S100 ва NSE метавонанд дараҷаи вазнинии осебро муайян созанд, яъне тавре ки таҳқиқот нишон медиҳад, дар дараҷаи сабуки осебҳои кранио – абдоминалӣ сатҳи пасти нишондиҳандаҳои S100 (0,52 мкг/л то 1,12 мкг/л) ва NSE (74,0 – 121,0 мкг/л), дар дараҷаи вазнинии миёна – S100 (1,12 мкг/л то 2,16 мкг/л) ва NSE (121,0 – 162,0 мкг/л) дар дараҷаи вазнин – S100 (2,16 мкг/л то 14,0 мкг/л) ва NSE (162,0 – 1050,0 мкг/л) ба мушоҳида мерасад.

Ҳамин тавр, истифодаи усулҳои пешниҳодшуда барои баҳодихии барвакти лабораторӣ ва пешгӯӣ кардани оқибати ОКСМ дар беморони гирифтори ОКА ба қадри кофӣ сода, беинвазивӣ ва нисбатан иттилоотнок ҳастанд.

Натиҷаҳои усулҳои таҳқиқоти инструменталӣ

Лаҳзаҳои калидӣ ҳангоми расонидани ёрии марҳилавӣ ба беморони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар, гузоштани таъхиси пешакӣ бо ошкор намудани осеби асосӣ, муайян кардани вазнинии осеб, вазнинии ҳолати бемор, мавҷуд будани аломатҳои хунравии давомдори дохилибатнӣ ва дараҷаи талафи хун мебошад. Дар навбати худ, ҳангоми бартарӣ доштани осеби узвҳои ковокии шикам беморонро ба 2 гурӯҳ ҷудо кардем: 1- беморон бо аломати хунравии давомдори дохилибатнӣ ва бемороне, ки ба ТУ –мониторинг, ТК ва таъхиси лапароскопӣ зарурат доштанд.

Гузaronидани ТК ва ТУС дар динамика ҳангоми ошкор намудани миқдори ками моеъ дар ковокии шикам, дар сурати будани хуномос дар узвҳои паренхиматозӣ, ҳамчунин ҳангоми гази озод дар ковокии шикам тавсия карда мешавад. Дар ин маврид ТУ -мониторинг ва ТК дар динамика калон шудани хуномоси интрапаренхиматозии чигар (n=4) ва испурчо (n=2) нишон доданд. Порашавии дулаҳзагии испурч аз 6 осеб дар 2 (6,7%) ҳолат ба қайд гирифта шуд. Дар беморони дорои осеби чигар, бо аломати хунравии давомдори дохилибатнӣ (n=9) ва испурч (n=4) дар ТУС моеи озод муайян карда шуд.

Бо мақсади омӯختани хусусияти ҷараёни беморӣ дар марҳалаҳои суб – идекомпенсатсионӣ мо омилҳои асосии интракраниалиро таҳқиқ кардем, ки ба динамикаи фишори баланди шарёнӣ дар давраи шадиди ОКСМ таъсир расонида метавонанд: компрессия ва бечо шудани сохторҳои серебрялӣ, синдроми гипертензионӣ-дислокатсионӣ, ихтилоли гемосиркулятсия, осеби майнаи сар дар осебдидагони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам. Дар 13 (43,3%) ҳолат дар беморони гурӯҳи асосӣ лонаҳои зарбхӯрӣ ва фишорёбии сохторҳои серебрялӣ тавассути хуномосҳои интрасеребралӣ ба мушоҳида расид, ки дар асари аз 3 то 6 мм дислокатсия шудани майнаи сар ба амал омадааст. Ҳолати беморони дорои дислокатсия шудани майнаи сар >5,0 мм (n=4) нисбатан вазнинтар ва фосилаи вақти дар ҳолати беҳушӣ будани онҳо дарозтар буд (ҷадвали 12).

Ҷадвали 12. – Нишондиҳандаҳои асосии клиникӣ беморони дорои ОКСМ вобаста аз бечошавии сохторҳои мобайнӣ (n=13).

Нишондиҳанда	Бечошавии мобайнӣ латералӣ, мм			P
	1-2	3-5	> 5	
Миқдори беморон	5	4	4	
Балли миёна аз рӯйи шкалаи Глазго	7,01±0,02	5,46±0,18 p ₁ <0,001	4,35±0,22 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,001
Давомнокии миёнаи кома, шабонарӯз	2,21±0,04	3,64±0,12 p ₁ <0,001	4,83±0,17 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,001
Андозаи миёнаи лонаи патологӣ, см ³	72,3±2,6	87,6±6,21 p ₁ >0,05	89,9±3,1 p ₁ <0,05	<0,05

			$p_2 < 0,05$	
--	--	--	--------------	--

Эзоҳ: * p – фарқияти аз ҷиҳати омӯрӣ муҳимми нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (бо H -критерияи Крускала-Уоллиса), p_1 - фарқияти аз ҷиҳати омӯрӣ муҳимми нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз ҳамин гунна нишондиҳандаҳо ҳангоми бечошавии латкералӣ то 3-5 мм (бо U - критерияи Манн – Уитни).

Таъкид кардан ба маврид аст, ки дар 4 (30,7%) ҳолат пеш аз бехуш шудани бемор дар вай фосилаи ба истилоҳ равшан дида шуд, ки ин ба хуномосҳои пардаҳо хос аст. Дар лаҳзаи ба вучуд омадани фосилаи равшан, чараёни минбаъда аз бисёр ҷиҳат аз пешравии омӯси серебралӣ, андозаи хуномос, аз амиқшавии минбаъдаи дислокатсияи майнаи сар вобаста аст. Дар ин маврид, омили нисбатан муҳимтари таҳъсиркунанда андозаи хуномоси интракраниал ба ҳисобю меравад, ки мустақиман аз омӯси перифокалӣ вобастагӣ дорад.

Маълум аст, ки натиҷаи ОКСМ аз бисёр ҷиҳатҳо ба андозаи субстрати фишордиҳанда, яъне хкномос вобастагӣ дорад. Вобаста аз ин, гуфтан мумкин аст, ки фишорёбии майнаи сар ҳангоми ОКСМ дар беморони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар ба қатори омилҳои асосии патогенетикӣ дохил мешавад. Аммо бояд зикр намуд, ки худ ба худ танҳо хуномос наметавонад механизми калидии ОКСМ бошад, балки тамоми ҳаҷми субстрат (лонаи зарбхӯрӣ ва маҷақшавӣ, омӯси перифокалӣ ва зарбхӯриҳо) ва ҷойгиршавии он ба ҳисоб меравад, ки бо ёрии ТК ба таври самаранок ташҳис карда мешавад.

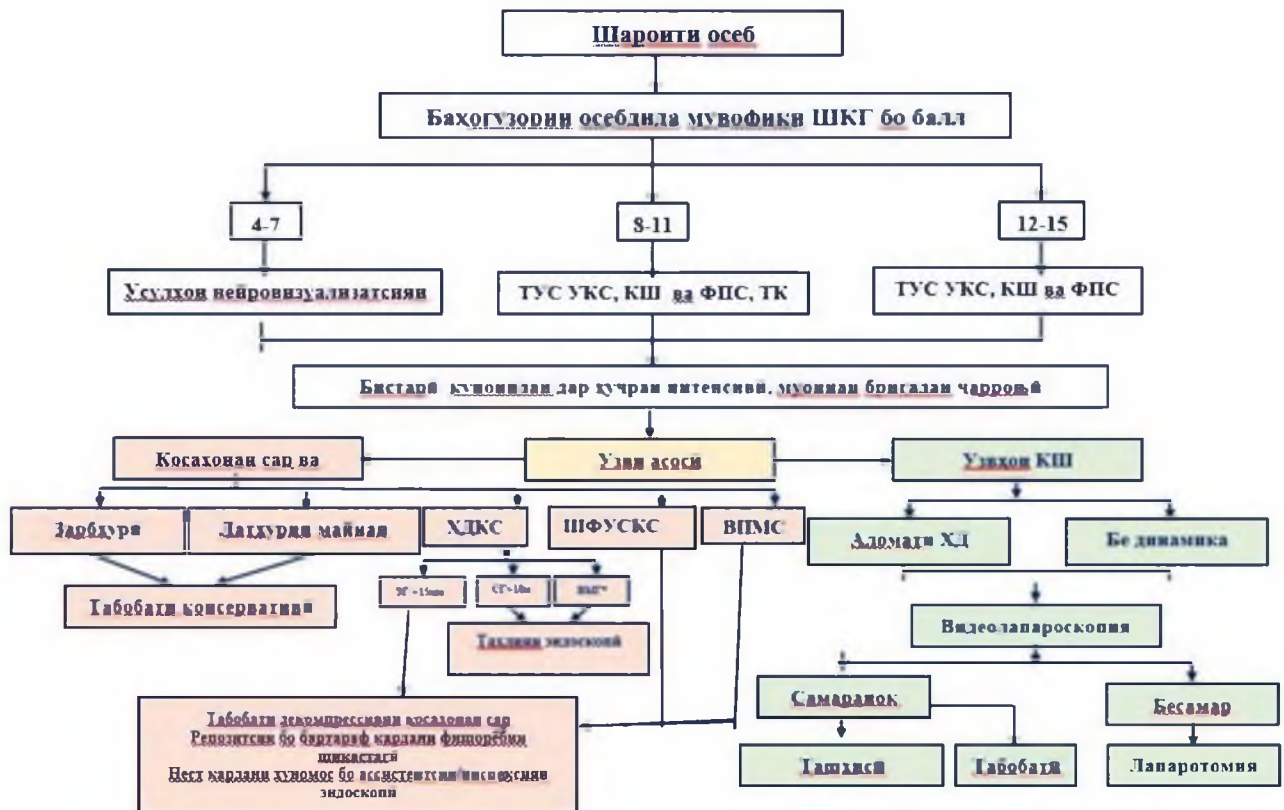
ТУС-и мултиспиралӣ дар ҳамаи 30 бемори гурӯҳи асосӣ гузаронида шуд. Ҳангоми осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар сатҳи сканиркунӣ бо истифода аз моддаи контрастӣ аз давраи виллизиевӣ сар шуда, то қисмҳои болоии диафизии устухонҳои рон иҷро карда шуд. Дар ин маврид ҳолати узвҳои паренхиматозӣ омӯхта, сарчашмаи асосии талафи хун муайян, ҳолати рағҳои шарёнӣ ва будан ё набудани тромбозҳо муайян карда шуд. ТК-и таъчилӣ муайян кард, ки дар 23,3%-и ҳолатҳо аломатҳои зарбхӯрии майнаи сар бо ҳаҷми гуногуни хуномос дида мешавад, хуномосҳои субдуралӣ дар 20%-и ҳолатҳо, фишорёбии шикастагии косахонаи сар дар 13,3%, хуномосҳои эпидуралӣ – дар 10,0% ва осебҳои паҳнфӯтаи аксоналии майнаи сар -дар 3,3% беморон муайян карда шуд.

Маводҳои мо нишон доданд, ки ҳаҷми лонаи дохили косахонаи сар омили боэътимоди ҳатари пайдо шудани натиҷаи нохуб аст, яъне хуномос ва натиҷаҳои дорои иртиботи мутлақӣ кореллятсионӣ ҳастанд.

Таҳқиқоти видеолапароскопии ташҳисӣ бо мақсади верификатсияи ташҳис дар беморони дорои манзараи номаълуми клиникаи осеби узвҳои паренхиматозӣ бо талафи хуни дарунии манънашаванда, ки ҳангоми дар ҳолати кома қарор доштани бемор давом мекунад, пайдо шудани шок ва ё дар ҳолати мастӣ қарор доштани вай гузаронида мешавад. Ин таҳқиқот имконият медиҳад, ки ташҳис дақиқ карда ва интихоби оптималии дастрасӣ ва тактикаи амалиёти ҷарроҳӣгузаронида шавад.

Таъкид кардан ба маврид аст, ки хассосияти ТМСК– таҳқиқот дар ташҳиси осебҳои узвҳои абдоминалӣ то 97% мерасад, ҳангоми осеб дидани ҷигар вай то 95,3%, ҳангоми осеб дидани испурҷ то 98,8% аст, дар ин маврид ҳангоми таҳқиқоти анъанавии рентгенографии беморони дорои осебҳои узвҳои дарунӣ ин нишондиҳанда дар сатҳи 10,2% қарор дорад. Бояд зикр кард, ки иттилоотҳои таҳқиқоти видеолапароскопӣ 98,4%-ро ташкил дод.

Ҳамин тавр, чӣ қадар ки дараҷаи вазнинии ҳолати бемори гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар баланд бошад, барои ташҳиси протсекураи ташҳисӣ ва ҳаллу фасл кардани масъалаи усули ҷарроҳии гемостаз ҳамон қадар вақт кам аст. Вобаста аз ин, чунин тактикаи таҳқиқоти бемор тавсия карда мешавад: дар кӯтоҳтарин муҳлат осебҳои барои ҳаёт хатарноки узвҳои дарунӣ ва дастгоҳи устухону буғумҳо муайян карда шавад. Ҳангоми таҳқиқоти инструменталӣ алгоритми зерин тавсия карда мешавад (расми 1).



Расми 1. - Алгоритми ташҳис ва табобати беморони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар.

Таъкид кардан зарур аст, ки ҳама протсекураҳои зикршударо дар заминаи табобати оғозкардашудаи ихтилолҳои шадиди респираторӣ ва табобати зидди шок гузаронидан лозим аст.

ТАКТИКАИ ҶАРРОҶӢ ҲАНГОМИ ОСЕБҶОИ Омехтаи Узвҳои Ковокии Шикам ва сар (ООУКШ ва с)

Дар ҳама беморони гурӯҳи асосӣ амалиётҳои ҷарроҳии лапароскопӣ дар узвҳои ковокии шикам иҷро карда шуд. Ин намуди ҷарроҳӣ ҳангоми осебҳои омехта сабук ва вазнин гузаронида шуд. Танҳо дар 3 (10,0%)-и беморони дорой дорой шоки дараҷаи 3 бинобар ин ҳолат видеолапароскопӣ тахти фишори минималии карбоксиперитонеум гузаронида шуд. Мо имконпазирии истифодаи амалиётҳои ҷарроҳии беморони дорой осебҳои дараҷаҳои I-III-и ҷағарро тибқи шкалаи OIS, ҳангоми осебҳои испурҷ, масориқо, рӯдаҳо, масона дараҷаҳои I-II аз рӯи шкалаи OIS гузаронидем. Ба андешаи мо. Стратегияи расонидани ёрӣ ҳангоми ООУКШ ва с қобили қабул аст, ки онро Гуманенко Е.К., бо ҳамкоронаш тавсия карданд. Мувофиқи ин стратегия беморон дорой осебҳои

омехта, узвҳои дарунӣ дар 6 соати авали баъди бардоштани осеб амалиёти ҷарроҳии мухаммал дар шароити муассисаи бисёрсоҳаи махсуси клиникӣ гузаронида шуданд. Асоси патогенетикии тактикаи паҳншударо расонидани ёри кам шудани вазнинии синдроми аксуламали системавии илтиҳобӣ ҳангоми норасоии узвҳои зиёд ва пешгирӣ кардани пайдошавии оризаҳои сироятӣ аз ҳисоби бартарафсозии мунтазами барои ҳаёти бемор таҳдидкунандаи оқибатҳои осебҳо, лонаҳои эндотоксикӣ ва антигенемияи барзиёд.

Принсипи ин стратегия аз ду лаҳзаи асосӣ иборат мебошад: пай дар пай гузаронидашудани амалиётҳои ҷарроҳии фаврӣ, таъҷилӣ ва таъхиркарда бо истифода аз воситаҳои анестезиологӣ ва кам кардани хатари ҷарроҳӣ бо шарофати кам кардани давомнокии ҳар як амалиёти ҷарроҳӣ ва кам кардани инвазивнокии он аз ҳисоби истифода кардани технологияҳои каминвазивӣ ва ба нақша гирифтани табобати ҷарроҳӣ дар якҷанд марҳала. Муқаррар карда шуд, ки истифода кардани стратегияи пешниҳодшуда барои кам кардани миқдори оқибатҳои фавтовар дар 8,0% ва кам кардани муҳлати бистаришавии беморон то 2 маротиба мусоидат мекунад. Нисбатан барвақтар истифода кардани ғизои интералӣ барои кам кардани миқдори оризаҳои баъдичарроҳӣ мусоидат мекунад.

Таъкид кардан лозим аст, ки дар 3 (10,0%) ҳолатҳо лапароскопия ташхисӣ ва дар ҳолатҳои боқимонда 27 (90,0%) – ҷарроҳии табобатӣ ба ҳисоб меравад.

Яке аз лаҳзаҳои асосии мониторинги баъд аз ҷарроҳӣ оризаҳои барвақтӣи ковокии шикам дар таҳқиқоти мо инҳо ба ҳисоб мераванд: муоинаҳои клиникӣ, УЗ-ва ТМСК-мониторинг, ҳамчунин назорати ВБД. Ки аз меъёрҳои асосии пешгӯикунанда ба ҳисоб меравад.

Дар 8 (26,7%) ҳолатҳои осебҳои ҷигар, ҳангоми даридани на чандон зиёди паренхима, дар хати порашавии ҷигар коагулятсияи лапароскопии ҷигар бо гузоштани дарзҳои П-шакл гузаронида шуд. Дар 5 (16,7%) ҳолатҳо хунравии паренхимаи ҷигарро бо ёрии пластини Тахо-Комба манъ кардан муяссар шуд.

Ҳангоми осеб дидани испурҷ дараҷаҳои I-II тибқи OIS мо амалиёти ҷарроҳии узвэҳтиёткунандаро гузаронидем. Дар 2 (6,7%) ҳолатҳои осебдидагон порашавии паренхимаи испурҷ то дарозии 1,5 см ва амикии он то 0,5-0,7 см ошкор карда шуд, ҳангоми бартараф кардани лаҳзаҳои хунин хунравии на чандон зиёд ба назар расид, ки бомуваффақият манъ карда шуданд.

Дар 2 (6,7%) ҳолат ҳангоми пора шудани испурҷ дараҷаи II мувофиқи OIS коагулятсия бо ёрии дастгоҳи Liga-Sug ва гузаронидани иловагии пластенси ТАХО-КОМБА иҷро карда шуд. Баъди санатсияи ковокии ишкам аз тариқи дар зерқабурғаи чап сохтани контрапертура найчаҳои дренажӣ дар фосилаи зер диафрагма гузошта шуд. Пайдо шудани хунравии такрорӣ дида нашуд. Ҳангоми осеб дидани испурҷ дараҷаи III мувофиқи шкалаи OIS дар 2 (6,7%) ҳолатҳои беморон муяссар шуд, ки резексияи лапароскопии испурҷ иҷро карда шавад.

Видеолапароскопия ҳангоми осебҳои роҳи ҳозима ва мисориқаи рӯдаҳои борик ва ғафс низ аҳамияти калон дорад, ки ин дар 11 (36,7%) ҳолатҳои осебдидагон бамушоҳида расид, ки ин осебҳо бештар ҳангоми ҷароҳатҳои нуфузкунандаи ковокии шикам дар якҷоягӣ бо ОКСМ-и дараҷаҳои сабук ва миёнаи вазнини ба мушоҳида расиданд. Дар ҳамаи ин ҳолатҳо видеолапароскопия усули охири ва самараноки ҷарроҳӣ буд.

Дар 4(13,3%)-и ҳолат хангоми осебдидани рӯдаҳо дараҷаҳои 1-2 тибқи шкалаи OIS барқарорсозии лапароскопии бутунии девораи рӯдаҳо бо гузоштани 1-2 дарз ба он иҷро карда шуд. Ҷарроҳӣҳо дар 2 (6,7%) бемори дорои хуномосҳои калони нимқурраҳои давраи зершадид 60-80 см³ бо усули несткунии нейроэндоскопии хуномос гузаронида шуд.

Дар 3(10,0%) бемори гурӯҳи асосӣ ва 4(13,3%)-и гурӯҳи назоратӣ ба таври интраҷарроҳӣ дар баробари осебҳои ҷарбпарда (сальник) ва мисорико вуҷуд доштани хуномоси шикампардаи парнеталӣ бо гузаштан ба фосилаи пасисифоқӣ таҳқиқ карда шуд. Дар ҳамаи 4 ҳолат гурӯҳи назоратӣ лапаротомия вобаста аз натиҷаҳои мусбати козиби таҳқиқот иҷро карда шуд, ки ба ҷазб шудани хуномос ва калон шудани андозаи гемоперитонеум алоқаманд буданд.

Ҳолатҳои зикршударо мо лапаротомияи «нодуруст» ҳисобидем. Дар маҷмӯъ, дар ин 7 (11,7%) бемор осеб дидани узвҳои ковокии шикам дида нашуд, ки фоизи лапаротомияи нодуруст то 13,3% зиёд мешавад, оқибатҳои фавтовари ин осеб дар гурӯҳи назоратӣ то 3,3% аст.

Дар байни оризаҳои номахсуси баъдичарроҳӣ бештар дар гурӯҳҳои муқоисашаванда пайдо шудани пневмония – мутаносибан 3,3% ва 13,3% ҳолат буд. Ҳамчунин, дар давраи баъд аз ҷарроҳӣ дар бемороне, ки амалиётҳои лапароскопиро аз сар гузаронидаанд, дар 2(6,7%) ҳолат оризаҳои махсус ба мушоҳида расид: ретсидиви хунравӣ аз лонаи испурч, ки хангоми релопароскопии гузоштани пластина Тахо-Комба ва абссеси ковокии шикам манъ карда шуд, ки онҳо низ бо ёрии ТУС-назорат аз байн бурда шуд (ҷадвали 13).

Ҷадвали 13. – Хусусиятҳои оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳҳои муқоисашаванда.

Хусусияти ориза	Гурӯҳи асосӣ (n=30)		Гурӯҳи назоратӣ (n=30)		P
	Мутл.	%	Мутл.	%	
Оризаҳои махсус					
Такроршавии хунравӣ	1	3,3	3	10,0	>0,05
Абтсесси ковокии шикам	1	3,3	-	-	
Фасодгирии п /о ҷароҳат	-	-	2	6,7	
Оризаҳои иномахсус					
П /о пневмония	1	3,3	4	13,3	<0,05
Ҳамагӣ	3	10,0	9	30,0	<0,05

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (бо критерияи дақиқи Фишер).

Вобаста аз тактикаи ОКСМ, омили асосӣ, ки бевосита ба натиҷаи осеб таъсир мерасонанд, дурустии расонидани ёрии таъҷилӣ дар марҳалаи аввал, саривақтӣ ва оптималӣ будани он мувофиқи принципи АВСДЕ.

Бояд зикр кард, ки дар 19 (63,3%) ҳолат беморон ба статсионар дар ҳолати вазнин ва ниҳоят вазнин дохил шуданд, дар ин маврид онҳо ёрии таъҷилиро аз рӯи принципи АВСДЕ нагирифтаанд, дар 12 (63,1%) бемор аломатҳои шохи травмикии дараҷаи II аз рӯи шкалаи FTS мавҷуд аст.

Натиҷаи нохуб дар 2 (10,5%) ҳолат бемор ба мушоҳида расид, дар ин маврид сабабҳои асосӣ омӯси майнаи сар, норасоии шадиди кардиоваскулярӣ ва респираторӣ ба ҳисоб мераванд. Дар ин гурӯҳи беморон 3 (15,8%) беморонро бо симптоматикаи минималии неврологӣ дар шакли гемипарези муътадил, боунсурҳои дизартрия, бесуботии психоэмотсионалӣ ва 1(5,2%) бо неврологияи дағал дар шакли гемипарези амиқ, унсурҳои афазияи моторӣ-сенсорӣ аз беморхона рухсат шуданд.

Дар 23 (76,6%) ҳолат беморони гурӯҳи асосӣ аз статсионар тдарҳолати қаноатбахш рухсат шудаанд. Дар ин маврид ҳолати беморон аз рӯи нест шудани симптомҳои неврологӣ ва хусусияти манзараи симптоматикаи астеновегетативӣ баҳогузорӣ карда шуд. Дар 4 (13,3%) ҳолат беморон бо аломатҳои минималии ихтилолҳои неврологӣ- боқӣ мондани гемипарези муътадил, аломатҳои дизартрия рухсат шуданд, ҳамчунин ноустувории психоэмотсионалӣ дида шуд. Дар 1 (3,3%) бемор бо симптоматикаи дағали неврологӣ рухсат шуд, дар он гемипарези амиқ ва зухуроти афазияи моторӣ сенсорӣ дида шуд. Дар байни беморони гурӯҳи асосӣ фавтият дар 2 (6,7%) ҳолат ба назар расид (ҷадвали 14).

Ҷадвали 14. –Натиҷаҳои бевоситаи таъобат дар гурӯҳҳои муқоисашаванда.

Критерия (меъёр)	Гурӯҳи асосӣ (n=30)		Гурӯҳи назоратӣ (n=30)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Ҳолати қаноатбахш	23	76,6	14	46,7	<0,05
Симптомҳои минималии неврологӣ	4	13,3	9	30,0	>0,05*
Бо симптомҳои дағали неврологӣ	1	3,3	3	10,0	>0,05*
Вафот карданд	2	6,7	4	13,3	>0,05*

Эзоҳ: p– фарқиати аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (бо критерияи дақиқи Фишер).

Дар охир, кайд бояд кард, ки истифодаи асосноки технологияҳои каминвазивӣ дар таъобати ҷарроҳии беморони гирифтори осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар усули интиҳоб ба ҳисоб меравад, зеро ки дар ин маврид оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ то 10,0% кам мешаванд (ҳангоми амалиётҳои анъанавӣ ин нишондиҳанда ба 30,0% баробар аст), дар ҳолати қаноатбахш рухсат додани беморон аз статсионар 76,6%-ро ташкил медиҳад (ҳангоми амалиётҳои анъанавӣ ин нишондиҳанда ба 46,7% баробар аст).

Ҳамин тавр, натиҷаҳои ҷарроҳии гузаронидашуда аз хусуси осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар ва бартарии назарраси амалиётҳои ҷарроҳии каминвазивӣ нисбат ба ҷарроҳии кушода дарак медиҳанд.

Хулоса

Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия

1. Таҳлили нишондиҳандаҳои гирифторшавӣ ба осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар давраи солҳои 2010-2020 имконият дод муайян карда шавад, ки вазни ҳолиси он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 0,4 ба 1000 нафар аҳолиро ташкил медиҳад [1–М, 6–М].
2. Нишондиҳандаҳои S100 ва NSE ҳангоми ОКА маркерҳои нисбатан самараноки ташхис ва пешгӯии ОКСМ ба ҳисоб мераванд. Истифода намудани онҳо имконият медиҳад, ки дифференсатсияи мукаммали ҳолатҳои мураккаби клиникӣ, ба монанди муайян кардани зарурати ТК – сканиркунӣ ҳангоми ОКСМ–и сабук, мониторинги беморони дорои ОКСМ – и беҳуш, пешгӯӣ кардани натиҷа ва мониторинги самаранокии гузаронидани табобат анҷом дода шавад [2–М, 4–М, 11–М, 13–А, 14–М].
3. Аҳамияти пешгӯйикунандаи ТК таъҷилӣ ва видеолапароскопия ҳангоми осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар мутаносибан 93,0% ва 96,1% -ро ташкил медиҳанд [8–М, 3–М, 5–М].
4. Тактикаи оптималии протсессии табобатӣ-ташхисӣ барои расонидани ёрии ҷарроҳӣ ба гирифторони осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар вобюста аз мавзеи бартаридошта ва вазнинии ҳолати осебдидагон ТК таъҷилӣ ва видеолапароскопия ба ҳисоб мераванд.[10–М, 7–М, 3–М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар бинобар кам будани маълумоти анамнез, маҳдудии усулҳои клиникӣ ва зарурати муайян кардани узви бартаридошта протсессии ташхисро хеле мураккаб месозанд. Дар робита аз ин, дар таҳқиқоти бемор бояд мутахассисони соҳаҳои наздик иштирок кунанд.
2. Гузаронидани ТМСК-и таъҷилӣ усули оптималии ташхиси беморони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар ба шумор меравад, ки дар нигоҳдории тандурустии амалӣ дорои бартарии назаррас аст.
3. Видеолапароскопия дар беморони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар имконият медиҳад, ки профилактикаи лапаротомияи «бефоида» пешгирӣ ва осебҳои узвҳои ковокии шикам ба таври каминвазивӣ ислоҳ карда, ба ин васила натиҷаҳои ғайри қаноатбахши табобати ин гурӯҳи вазнини беморон кам карда шавад.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои тиб

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- [1–М] Рахимов, Н.О. Диагностика сочетанных абдоминальных травм/ Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В. //Журнал «Здравоохранение Таджикистана». – 2019. – №2 (341). – С.44 – 51.
- [2–М] Рахимов, Н.О. Ранняя диагностика и прогнозирование исходов черепно-мозговой травмы у больных с кранио–абдоминальными травмами / Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Бердиев Р.Н., Давлатов М.В. //Журнал Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2020. – №4. – С.22–28.

[3–М] Рахимов, Н.О. Влияние диагностических мероприятий на исход лечения больных с кранио-абдоминальными травмами / Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В. Бердиев Р.Н. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2021. - №1. – С.45–48.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда

[4–М] Рахимов Н.О. Эффективность лучевой диагностики сочетанных абдоминальных травм / Ф.И. Махмадов, Н.О. Рахимов, М.В. Давлатов // Мат-лы Конгресса Российского общества рентгенологов и радиологов. – Москва. – 2019. – С.112-113.

[5–М] Рахимов Н.О. Алгоритм диагностики сочетанных абдоминальных травм / Ф.И. Махмадов, Н. О. Рахимов, М.В. Давлатов // Мат-лы Конгресса Российского общества рентгенологов и радиологов. – Москва. – 2019. – С.114–115.

[6–М] Рахимов Н.О. Оптимизация хирургической тактики сочетанных травм органов брюшной полости головы / Н. О. Рахимов, М.Ю. Кахорова // Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования. – Душанбе. – 2020. – С. 253 – 254.

[7–М] Rakhimov N. O. Improvement of medical management outcomes of victims with dominant cranioabdominal trauma / F.I. Makhmadov, N.O. Rakhimov, M.V. Davlatov // 44th Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9th International Symposium. – Seoul. – 2019. – PP02–13.

[8–М] Rakhimov, N.O. Integral diagnostics of cranio-abdominal injuries in polytrauma / F.I. Makhmadov, N.O. Rakhimov, M.V. Davlatov // 44th Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9th International Symposium. – Seoul. – 2019. – PP02-14.

[9–М] Rakhimov N.O. Videolaparoscopy in the diagnosis and choice of tactics of combined cranio-abdominal injuries / F.I. Makhmadov, N. O. Rakhimov, M.V. Davlatov // Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery. – Seoul. – 2020. – Poster No.: ACRLS2020Abs-031 [General Surgery].

[10–М] Rakhimov N.O. Place of minimally invasive technology in diagnostics and treatment of cranioabdominal injuries / F.I. Makhmadov, N.O. Rakhimov, M.V. Davlatov // 46th Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 10th International Symposium in Conjunction with the Korean Association of Robotic Surgeons Congress. – Seoul. – 2020. – P. 318.

Патент барои ихтироот

[1] Усули пешгӯӣ кардани натиҷаи ОКСМ дар беморони дорои ОКА / Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В. // Патенти № 1125 ТҶ аз 14.12. соли 2020.

Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ

[1] Усули пешгӯӣ кардани натиҷаи ОКСМ дар беморони дорои ОКА бо NSE / Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В. // Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ №3698/R742 аз соли 2020.

[2] Усули ташхис ва пешгӯӣи ОКСМ дар беморони дорои ОКА бо ОКА / Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В. // Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ №3683/R734 аз соли 2020 г.

[3] Усули ташхиси инструменталии беморони дорои ОКА /Махмадов Ф.И., Рахимов Н.О., Давлатов М.В. // Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ №000302 аз соли 2020г.

Рӯйхати ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

ФДБ	Фишори дохили батнӣ
ХДМ	Хуномоси дохили майна
ХДКС	Хуномоси дохили косахонаи сар
ВЧД	Фишори дохили косахонаи сар
ХРН	Ҳодисаи роҳу нақлиёт
ОКА	Осеби кранио-абдоминалӣ
ТК	Томографияи компютерӣ
ВТ ва ҚТ	Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
МРТ	Точикистон
ТМСК	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
УКШ	Томографияи магнитӣ-резонансӣ
	Томографияи мултиспиралии компютерӣ
	Кзвҳои ковокии шикам

АННОТАЦИЯ

Рахимов НарзуллоОдинаевич

«Оптимизация хирургической тактики сочетанных травм органов брюшной полости и головы»

Ключевые слова: сочетанные травмы органов брюшной полости и головы, маркеры ранней лабораторной диагностики, компьютерная томография, видеолапароскопия.

Цель исследования. Оптимизация хирургической тактики сочетанных травм органов брюшной полости и головы.

Методы исследования и использованная аппаратура. Проведено обследование и лечение 60 пациентов с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы. Среди пострадавших мужчин было 39 (65,0%), женщин – 21 (35,0%). Большинство пострадавших составили лица молодого возраста от 18 до 40 лет – 46,7%, от 41 до 60 лет – 35,0%. Пациентов старше 60 лет было 18,3%. Больные в возрасте более 60 лет составили 18,3% наблюдений. Всем пострадавшим кроме физикального осмотра было проведено исследование S100 и NSE, ультразвуковое исследование, мультиспиральная компьютерная томография, видеолапароскопия.

Полученные результаты и их новизна. На достаточном клиническом материале, включающем 60 пострадавших с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы, изучены клинические аспекты, разработан алгоритм диагностики и ведения пострадавших. На анализе статистических данных установлена частота встречаемости сочетанных травм органов брюшной полости и головы в Республике Таджикистан. Впервые оценена эффективность неотложной КТ и видеолапароскопии при сочетанных травмах органов брюшной полости и головы. Разработан способ инструментальной диагностики больных с кранио – абдоминальными травмами. Разработан способ прогнозирования черепно-мозговых травм у больных с кранио – абдоминальными повреждениями. Разработан способ прогнозирования исходов черепно-мозговых травм у больных с кранио-абдоминальными травмами нейроспецифической ферментозы. Разработан способ диагностики и прогноза черепно-мозговых травм у больных с кранио – абдоминальными травмами.

Рекомендации по использованию. Разработанные способы диагностики и прогнозирования исходов черепно-мозговых травм, а также алгоритм диагностики сочетанных травм органов брюшной полости и головы внедрены в клиническую практику хирургических отделений на базе кафедр хирургических болезней №1, нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуалииби Сино». Материалы диссертации используются на лекциях и практических занятиях кафедры хирургических болезней №1 и кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуалииби Сино». Сочетанные травмы органов брюшной полости и головы из-за скудности анамнеза, ограничения клинических методов исследования и необходимости определения доминирующего органа, представляют значительную сложность диагностики. В связи с этим в обследовании пациента должны участвовать смежные специалисты. Проведение неотложной МСКТ считается оптимальным методом диагностики пациентов с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы, которое имеет определенные в практическом здравоохранении значимые преимущества. Видеолапароскопия у больных с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы позволяет провести профилактику «напрасных» лапаротомий, миниинвазивно корригировать повреждения органов брюшной полости и тем самым снизить неудовлетворительные результаты лечения этого тяжелого контингента больных.

Область применения. Хирургия, Нейрохирургия.

АННОТАТСИЯИ

Раҳимов Нарзулло Одинаевич

«Беҳсозии тактикаи ҷарроҳии осебҳои омехтаи ковокии шикам ва сар» барои дарёфти дараҷаи илмӣ номзади илми тиб аз рӯи ихтисосҳои

14.01.17 – Ҷарроҳӣ, 14.01.18 - Нейроҷарроҳӣ

Калимаҳои калидӣ: осебҳои омехтаи ковокии шикам ва сар, маркерҳои ташҳиси барвакти лабораторӣ, томографияи компютерӣ, видеолапароскопия.

Мақсади таҳқиқот. Беҳсозии тактикаи ҷарроҳии осебҳои омехтаи ковокии шикам ва сар

Усулҳои таҳқиқот ва истифода аз дастгоҳҳо. Таҳқиқот ва табобати 60 бемори дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар гузаронида шуд. Ааст, Дар байни онҳо мардҳои осебдида 39 (65,0%), ва занҳо – 21 (35,0%) буданд. Беморони аз 60-сола боло 18,3% -ро ташкил доданд. Дар ҳамаи беморон бар иловаи муоинаи физикалии инчунин таҳқиқоти S100 ва NSE, ТУС (таҳқиқоти ултрасадоӣ), томографияи мултиспиралии компютерӣ, видеолапароскопия гузаронида шуд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағзониҳои онҳо. Дар асоси маводи кофииклиникии 60 нафар бемори дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ҷанбаҳои клиникӣ омӯхта, алгоритми ташҳис ва мувоқиқати осебдидагон таҳия карда шуд. Дар асоси таҳлили маълумотҳои оморӣ басомади дучоршавии осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муқаррар карда шуд. Бори нахуст самаранокии ТК-и таъҷилӣ ва видеолапароскопия ҳангоми осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар баҳогузорӣ карда шуд. Усули ташҳиси инструменталии беморони гирифтори осебҳои кранио – абдоминалӣ таҳия карда шуд. Усули пешгӯӣ кардани осебҳои косахонаи сару майна дар беморони гирифтори осебҳои кранио – абдоминалӣ таҳия карда шуд. Усули пешгӯӣ кардани осебҳои косахонаи сару майна дар беморони гирифтори осебҳои кранио – абдоминалӣ енолази нейроспесифики (ЕНС) таҳия карда шуд. Усули ташҳис ва пешгӯӣ кардани осебҳои косахонаи сару майна дар беморони гирифтори осебҳои кранио – абдоминалӣ таҳия карда шуд.

Тавсияҳои барои истифода. Усулҳои таҳияшудаи ташҳис ва пешгӯӣ кардани оқибатҳои осебҳои косахонаи сару майна, ҳамчунин алгоритми ташҳиси осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар дар фаъолияти клиникии шуъбаи ҷарроҳӣ дар пойгоҳи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1, нейроҷарроҳӣ ва осебҳои омехтаи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» татбиқ шудаанд. Маводи диссертатсия дар лексия ва дарсҳои амалии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1, нейроҷарроҳӣ ва осебҳои омехтаи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» мавриди истифода қарор доранд.

Осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар бинобар кам будани маълумоти анамнез, маҳдудии усулҳои клиникӣ ва зарурати муайян кардани узви бартаридошта протсессии ташҳисро хеле мураккаб месозанд. Дар робита аз ин, дар таҳқиқоти бемор бояд мутахассисони соҳаҳои наздик иштирок кунанд. Гузаронидани ТМСК-и таъҷилӣ усули оптималии ташҳиси беморони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар ба шумор меравад, ки дар нигоҳдории тандурустии амалӣ дорои бартарии назаррас аст. Видеолапароскопия дар беморони дорои осебҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам ва сар имконият медиҳад, ки профилактикаи лапаротомияи «бефоида» пешгирӣ ва осебҳои узвҳои ковокии шикам ба таври каминвазивӣ ислоҳ карда, ба ин васила натиҷаҳои ғайри қаноатбахши табобати ин гурӯҳи вазнини беморон кам карда шавад.

Соҳаи истифода. Ҷарроҳӣ, ҷарроҳии асаб.

ANNOTATION

Rakhimov Narzullo Odinaevich

“Optimization of surgical tactics of combined injuries of abdominal and headorgans”

Keywords: combined injuries of abdominal and head organs, early laboratory diagnostics markers, computed tomography, video laparoscopy

The purpose of the study. Optimization of surgical tactics of combined injuries of abdominal and head organs.

Research methods and used equipment. 60 patients with combined abdominal and head injuries were examined and treated. There were 39 (65.0%) men, 21 (35.0%) women among the injured. The majority of victims were young people from 18 to 40 years old - 46.7%, from 41 to 60 years old - 35.0%. Patients over 60 years old were 18.3%. Patients over 60 years of age were 18.3% of observations. In addition to the physical examination, all patients underwent a study of S100 and NSE, ultrasound, multi-spiral computed tomography, video laparoscopy.

The results obtained and their novelty. On a sufficient clinical material, including 60 patients with combined injuries of the abdominal and head organs, clinical aspects were studied, an algorithm for the diagnosis and management of victims was developed. On the basis of statistical data analysis has been established the frequency of combined injuries of abdominal and head organs in Tajikistan. The effectiveness of emergency CT and video laparoscopy in combined injuries of abdominal and head organs was first evaluated. A method of instrumental diagnosis of patients with craniobdominal injuries has been developed. A method of predicting traumatic brain injuries in patients with craniobdominal injuries has been developed. A method of predicting traumatic brain injury outcomes in patients with craniobdominalneurospecific enolase injuries has been developed. A method of diagnosing and predicting traumatic brain injuries in patients with craniobdominal injuries has been developed.

Usage Guidelines. The developed methods of diagnosing and predicting the outcomes of craniocerebral injuries, as well as the algorithm for diagnosing combined injuries of abdominal and head organs have been introduced into the clinical practice of surgical departments based on the departments of surgical diseases №1, neurosurgery and combined trauma of SEI “Avicenna TSMU”. The materials of the dissertation are used in lectures and practical exercises of the department of surgical diseases №1 and the department of neurosurgery and combined trauma of SEI “Avicenna TSMU”. Combined abdominal and head organ injuries due to the paucity of history, the limitation of clinical research methods, and the need to identify a dominant organ are present significant diagnostic complexity. In this regard, related specialists should participate in the examination of the patient. Carrying out emergency MSCT is considered the optimal method of diagnosing patients with combined injuries of abdominal and head organs, which has significant advantages defined in practical healthcare. Video laparoscopy in patients with combined injuries of abdominal and head organs allows preventing "vain" laparotomies, minimally invasively correcting abdominal organ injuries and thereby reducing unsatisfactory treatment results of this severe patient contingent.

Scope. Surgery, Neurosurgery