

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ЖУМАНАЗАРОВ АЗИЗБЕК УЛУГБЕКОВИЧ

ТАЛОҚ ЖАРОҲАТЛАРИДА ХИРУРГИК ТАКТИКАНИ ТАНЛАШ

14.00.27 – Хирургия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТ**

Андижон – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Жуманазаров Азизбек Улугбекович

Талоқ жароҳатларида хирургик тактикани танлаш..... 3

Жуманазаров Азизбек Улугбекович

Выбор хирургической тактики при травмах селезенки..... 29

Jumanazarov Azizbek Ulugbekovich

Choice of surgical tactics for spleen injuries..... 55

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works..... 58

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ЖУМАНАЗАРОВ АЗИЗБЕК УЛУГБЕКОВИЧ

ТАЛОҚ ЖАРОҲАТЛАРИДА ХИРУРГИК ТАКТИКАНИ ТАНЛАШ

14.00.27 – Хирургия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТ**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясида B2021.1.PhD/Tib1751 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.adti.uz) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Хакимов Мурод Шавкатович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Махмудзода Фаррух Исроил тиббиёт фанлари доктори, профессор Касимов Адхам Лутфуллаевич тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	Самарқанд давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил «__» _____ соат ____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижон давлат тиббиёт институти).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Диссертация автореферати 2025 йил «__» _____ куни тарқатилди.
(2025 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов

Илмий жаражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

М.Ф. Нишанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Б.Р. Абдуллажанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Тиббиёт фани ва технологиясининг жадал ривожланишига қарамай, талоқ жароҳатларини ташхислаш ва даволаш масалалари замонавий шошилиш жарроҳликнинг мураккаб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Қорин бўшлиғи жарроҳлигида талоқнинг очик ва ёпиқ жароҳатлари кўпинча оғир қон йўқотиш билан тавсифланади ва қорин бўшлиғи органларининг энг кўп учрайдиган шикастланишлари қаторига киради. Қорин бўшлиғининг паренхимал органлари орасида талоқ энг осон шикастланадиган орган ҳисобланади. Ушбу органнинг ёрилиши қорин бўшлиғи шикастланган қурбонларнинг 20-25 фоизида учрайди. Шикастланишлар таркибида ёпиқ жароҳатлар (47% дан 92% гача) устунлик қилади. Бундан ташқари, очик жароҳатлардан зарар кўриш частотаси 20% га этади ва ўлим даражаси 18 дан 41,8% гача. Талоқнинг тузилиши ва унинг паренхимасининг мўртлиги капсулага озгина зарар етказган тақдирда ҳам сезиларли қон кетишига олиб келади ва ишончли гемостазга эришишни имконсиз қилади, бунинг натижасида шикастланган органни жарроҳлик йўли билан даволаш кўп ҳолларда уни олиб ташлаш билан яқунланади. Шу билан бирга, талоқни сақлаш масаласи илмий адабиётларда фаол муҳокама қилинмоқда. Бироқ, жароҳат турига ва беморнинг умумий аҳволига қараб қайси даволаш стратегияси афзаллиги ҳали ҳам аниқ эмас.

Жаҳон амалиётида талоқни робот ёрдамида ва лапароскопик резекция қилишининг янги усулларини ишлаб чиқиш энг долзарб тадқиқотлар бўлиб қолмоқда, кўп детекторли КТ ёрдамида эрта артериал фазани тасвирлашнинг талоқнинг тўмтоқ жароҳати бўлган беморларда клиник натижаларга таъсири ҳамда тўмтоқ травма ва талоқ шикастланишининг мураккаблигини баҳолаш учун суюқ биопсия ва контрастли ультратовуш текширувининг диагностик аҳамияти тадқиқ қилинмоқда, талоқнинг тўмтоқ травмаси бўлган беморларда ангиоэмболизация самарадорлигини аниқлаш учун TraumaRegister DGU асосида ретроспектив когорт тадқиқоти ўтказилмоқда, колоноскопия ва бариатрик жарроҳлик вақтида талоқ шикастланишини даволаш тактикаси ишлаб чиқилмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари ташхислаш ва хирургик даволашнинг замонавий тамойиллари ва усулларини жорий этиш орқали талоқ жароҳатларини даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган¹. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан талоқнинг посттравматик шикастланиши билан оғриган беморларни тактик ва техник ёндашувларни такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий-

¹Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60 сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

ижтимоий аҳамияти туфайли шошилиш чирургиянинг, ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги ва 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармонлари, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 26 июлдаги ПҚ-5198-сон «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори, шунингдек, ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги. Тадқиқот иши республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Талоқнинг шикастланишлари энг кенг тарқалган клиник ҳолатлардан бири ҳисобланади. Травматик шикастланишлар орасида ички аъзоларга таъсир этувчи қорин соҳасидаги жароҳатлар ўртача 1,5–5% ни ташкил этади, шуларнинг катта қисми талоқ шикастланишларига тўғри келади, бу эса 10 дан 50% гача бўлган улушни ташкил этади (Kuwahara J.T., 2020; Padia S.A., 2020). Республикада талоқ шикастланишининг частотаси қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиши бўйича шошилиш қорин бўшлиғи жарроҳлик операциялари умумий сонининг 20-25% ни ташкил қилади (Хаджибаев А.М., 2021; Хаджибаев Ф.А., 2022). Талоқнинг травматик шикастланишлари кўпинча меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахслар орасида учрайди, уларнинг аксарият қисми – 70% гача – эркаклар ҳиссасига тўғри келади. Бу эса мавжуд диагностика ва даволаш усулларини такомиллаштириш зарурлигини ва долзарблигини белгилайди. Бу усуллар беморлар ҳаётини сақлаб қолиш ва унинг муносиб сифатини таъминлашга хизмат қилади (Гаврищук Я.В., 2019; Teuben M., 2019).

Талоқнинг шикастланишларини даволашда асосан жарроҳлик йўли билан – спленэктомия, органни сақлаб қолувчи операция усуллари қўлланилади. Шунингдек, консерватив усул ҳам мавжуд бўлиб, у беморни динамик кузатиш, зарурат туғилганда талоқ артериясини эмболизация қилиш имкониятини ўз ичига олади (Бесов В.А., 2017; Olthof D.C., 2020). Талоқ жароҳатларини даволаш усулларини танлаш, аввало, унинг шикастланиш даражасини аниқлашга боғлиқ бўлади. Бунда консерватив терапия асосан бошланғич босқичларда (I ва II даражали шикастланишлар) қўлланилиши мумкин (Александров В.В., 2021; Самохвалов И.М., 2023; Рева В.А., 2025). Бугунги кунгача талоқнинг травматик шикастланишлари натижасида беморларни оператив ёки консерватив усулда даволаш масалалари очиклигича қолмоқда. Спленэктомия ҳозирги кунгача талоқ ёрилишларида ва гематомаларида гемостазга эришиш мақсадида қўлланиладиган энг содда ва

ишончли усуллардан бири сифатида қолмоқда (Линев К.А., 2016; Агеева А.А., 2022). Холатларнинг 95% дан ортиғида спленэктомия қилинади ва атиги 5% ҳолларда жарроҳлар органларни сақлайдиган жарроҳлик аралашувларга мурожаат қилишади (Нишанов Ф.Н., 2019; Хақимов М.Ш., 2020). Талок шикастланишларида қўлланиладиган ангиоэмболизация усули – кам инвазив даволаш усулларида бири ҳисобланади. Ушбу усул ҳам диагностика, ҳам даволаш мақсадида амалга оширилади (Ruangvoravat L., 2024; Roh S., 2024). Шу билан бирга, ушбу амалиёт маълум камчиликларга ҳам эга: у талок фаолиятини тўлиқ сақлаб қолишни кафолатламайди, ҳар доим ҳам томир аномалияларини аниқлаш имконини бермайди, бу эса селектив эмболизацияни ўтказишни қийинлаштиради (Alomar Z., 2024; Zubaidah A., 2024; Follette C., 2024). Лапароскопик жарроҳликнинг ривожланиши анъанавий усуллар билан кесилган тўқималарни тиклашнинг ўрнини босадиган янги усулларни ишлаб чиқишга олиб келди. Бу усуллар кесилган тўқималарни тиклаш учун тигишлар ўрнига скобалардан фойдаланишни қамраб олади, бу эса лапароскопик операцияларнинг техник ёрдамини сезиларли даражада тезлаштиради ва содалаштиради. Кўплаб тадқиқотларга кўра, альтернатив усул сифатида адгезив моддаларни қўллаш мумкин, улар тўқималарни мустаҳкам боғланишни таъминлайди (Одишелашвили Г.Д., 2023; Липатов В.А., 2023). Цианоакрилат елим воситаси турли материалларнинг юқори адгезив хусусиятлари билан кенг тарқалган популярликка эга бўлди. Лекин, бу ёпиштирувчини талака травмаларида органни сақлаб қолиш мақсадида қўллаш бўйича қўшимча тадқиқотлар олиб бориш зарур.

Ўтказилган адабиёт маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, кўрилган сабъ-ҳаракатларга ва талок жароҳатларини ташхислаш ва даволашнинг турли усуллари жорий этишга қарамай, ушбу шароитларда ўлим даражаси 6-7% дан камаймаган, прогнозларга кўра, жароҳатлар кўпайиш тенденцияси кузатилмоқда, бу муаммонинг долзарблигини ва уни оптимал ҳал қилиш йўллари излашни белгилайди. Ҳозирги вақтгача, талок травмасида шикастланиш тури ва беморнинг умумий ҳолатига қараб қайси даволаш тактикаси афзал экани аниқланмаган, шунингдек, беморларни даволаш ва диагностика қилиш бўйича аниқ алгоритм ишлаб чиқилмаган, шикастланиш характери, жабрланган шахснинг ҳолати, комплекс шикастланишлар мавжудлиги ва бошқа омилларга кўра маълум диагностика тадбирларини қўллашга доир кўрсатмалар белгиланмаган. Юқорида келтирилган барча ҳолатлар катта илмий ва амалиёт аҳамиятига эга бўлиб, бу ҳолатлар илмий тадқиқот ўтказишга туртки бўлди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий ишлари режасига мувофиқ «Инсоннинг жарроҳлик касалликларини ташхислаш ва даволашда янги технологияларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш» мавзуси доирасида бажарилган (2022-2024 й.).

Тадқиқотнинг мақсади қорин бўшлиғи шикастланишларида тактик ва

техник ёндашувларни такомиллаштириш орқали талоқнинг посттравматик жароҳатлари билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

талоқ жароҳатларини хирургик даволашда анъанавий ёндашув самарадорлигини баҳолаш ва қониқарсиз натижаларнинг асосий сабабларини аниқлаш;

маҳаллий гемостаз усулини ишлаб чиқиш ва талоқ жароҳатларида цианакрилат елимининг клиник самарадорлигини аниқлаш;

талоқ жароҳатларини хирургик даволашда талоқ артериясини эмболизация қилиш усулларини клиник амалиётга жорий этиш;

талоқнинг “икки босқичли” ёрилишини башорат қилиш тизимини ишлаб чиқиш;

талоқ жароҳатларини даволаш чора-тадбирларининг оптимал алгоритминини таклиф қилиш ва ишлаб чиқилган даволаш тадбирлари мажмуасининг самарадорлигини қиёсий жиҳатдан тадқиқ қилиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2010 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда Тошкент тиббиёт академияси Кўп тармоқли клиникасининг Шошилинч жарроҳлик бўлимида талоқ жароҳати туфайли стационар равишда даволанган 119 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети қониқарсиз натижаларнинг ўзига хос сабабларини аниқлаш билан талоқ жароҳатларини даволашнинг мавжуд тактикаси самарадорлигини, шунингдек, такомиллаштирилган ёндашувлардан фойдаланган ҳолда ушбу тоифадаги беморларни даволаш натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, лаборатор, инструментал, махсус ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

талоқ жароҳатларида талоқ капсуласи бутунлигини тиклаш мақсадида цианакрилат елимини маҳаллий қўллаш ишончли гемостазга эришишни ва аъзони сақлаб қолишни таъминлаши асосланган;

талоқ шикастланишининг ҳамда бемор гемодинамик ҳолатининг оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда талоқ артериясини ўткир ёки сурункали эмболизацияси кўрсатмалари такомиллаштирилган;

артериал босим градиентини, интраабдоминал босим кўрсаткичларини ва энг юқори систолик қон оқими тезлигининг периферик қаршилиқ индексига нисбатини аниқлашга қаратилган талоқнинг “икки босқичли” ёрилишини башорат қилиш усули ишлаб чиқилган;

талоқ жароҳатларини уларнинг оғирлигига, гемодинамик кўрсаткичларга қараб оператив даволаш ҳамда гемостаз турини танлашни оптималлаштириш билан тавсифланувчи такомиллаштирилган тактик-ёндашувнинг клиник самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

талоқ жароҳатларида гемостатик мақсадда цианакрилат елим қўлланилиши талоқ тўқималарининг юқори даражада ёпишиши ва механик гемостаз учун мақбул шароитлар яратилиши туфайли ижобий натижага эришишга имкон бериши ҳамда талоқнинг сақланиш частотасини ошириши аниқланган;

талоқ артериясининг сурункали эмболизациясини ўтказиш талоқ шикастланишининг II ва III даражаларида консерватив терапия самарадорлигини оширишга, талоқ артериясининг ўткир эмболизациясидан фойдаланиш эса талоқ шикастланишининг IV ва V даражаларида интраоператив қон йўқотиш частотаси ва ҳажмини камайтиришга имкон бериши қайд этилган;

талоқнинг “икки босқичли” ёрилишини башорат қилишнинг ишлаб чиқилган усулидан фойдаланиш ушбу клиник ҳолатни ривожланиш эҳтимолини юқори даражада аниқлашга имкон бериши исботланган;

талоқ жароҳатларида бемор аҳволининг оғирлигига боғлиқ ҳолда оператив аралашув ҳажмини ва интраоператив гемостаз усулини танлашга табақалаштирилган ёндашувга имкон берувчи ишлаб чиқилган даволаш чоралари алгоритмининг клиник самарадорлиги исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларида фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар ҳамда статистик таҳлил жамланмаларининг тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, гемостаз усуллари ва талоқ жароҳатларини даволашда тактика танлашга ҳамда артериал босим градиентини, қорин бўшлиғи ичидаги босим кўрсаткичларини ва энг юқори систолик қон оқими тезлигининг периферик қаршилик индексига нисбатини аниқлашга асосланган талоқнинг “икки босқичли” ёрилиши механизмларига оид мавжуд тушунчаларни кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, тавсия этилган тактик ва техник ёндашувлар мажмуаси қорин бўшлиғи шикастланишларини хирургик даволаш натижаларини яхшилашга, ташрихдан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларини статистик жиҳатдан сезиларли даражада камайтиришга, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга, талоқ жароҳатлари билан оғриган беморларнинг оғирлигини баҳолашнинг ишлаб чиқилган тизимига, жарроҳлик даволаш усулларини оптималлаштиришга, ташрихдан кейинги асоратларнинг частотаси ва оғирлигини камайтиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Талоқнинг посттравматик жароҳатлари билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

биринчи илмий янгилик: талоқ жароҳатларида талоқ капсуласи бутунлигини тиклаш мақсадида цианакрилат елимини маҳаллий қўллаш ишончли гемостазга эришишни ва аъзони сақлаб қолишни таъминлаши асосланганлиги Тошкент тиббиёт академияси Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 22 августда 08-24/358-сон билан тасдиқланган “Талоқ жароҳатларини хирургик даволаш усулини танлаш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Тошкент шаҳар шошилиш тиббий ёрдам клиник шифохонасининг 2024 йил 4 сентябрдаги 131АҒ-сон ва Тошкент вилояти Янгийўл туман тиббиёт бирлашмасининг 2024 йил 10 сентябрдаги 3287-10-146-ТВ\2024-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 13 ноябрдаги 08/69-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: талоқ жароҳатларини хирургик даволашда ишлаб чиқилган гемостаз усулидан фойдаланиш ташрих кейинги асоратлар частотасини камайтириши натижасида реабилитация вақти тезроқ амалга ошиб, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: талоқ жароҳати билан оғриган 1 нафар беморнинг шифохонада 1 кунлик даволанишига дори-дармон, озиқ-овқат маҳсулотлари ва тиббий ашёлар учун жами 547000 сўм миқдоридаги давлат бюджети маблағлари сарфланади. Бир нафар беморни шифохонада бўлиш муддатини ўртача 2 кунга қисқартириш 1094000 сўм давлат бюджети маблағлари иқтисод қилинишига имкон беради. Хулоса: талоқ жароҳати билан оғриган беморларнинг шифохонада бўлиш муддатини ўртача 2 кунга қисқартириш ҳисобига тадқиқот кўлами бўйича (n=55) 60170000 сўм давлат бюджети маблағлари тежалишини таъминлайди.

иккинчи илмий янгилик: талоқ шикастланишининг ҳамда бемор гемодинамик ҳолатининг оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда талоқ артериясини ўткир ёки сурункали эмболизацияси кўрсатмалари такомиллаштирилганлиги Тошкент тиббиёт академияси Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 22 августда 08-24/358-сон билан тасдиқланган “Талоқ жароҳатларини хирургик даволаш усулини танлаш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Тошкент шаҳар шошилиш тиббий ёрдам клиник шифохонасининг 2024 йил 4 сентябрдаги 131АҒ-сон ва Тошкент вилояти Янгийўл туман тиббиёт бирлашмасининг 2024 йил 10 сентябрдаги 3287-10-146-ТВ\2024-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 13 ноябрдаги 08/69-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: талоқ жароҳатларида талоқ артериясининг ўткир ва сурункали эмболизациясидан фойдаланишнинг таклиф этилган усулларини қўллаш асоратлар частотасини камайтиришга, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилашга ва уларни реабилитация қилиш вақтини қисқартиришга имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: Тавсия этилган усулдан

фойдаланиш асоратларни олдини олиш имконини беради, кўшимча даволанишга бўлган эҳтиёжни камайтиради. Стационар даволаниш учун энг кам харажат ҳар бир кун учун 547000 сўмни ташкил қилгани ҳолда, шифохонада қолиш муддатлари қисқариши ҳисобига 1 нафар беморга 1 кунда 547000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинади. Хулоса: Тавсия этилган усул келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни камайтиради ва касалхонада бўлиш вақтини қисқартиради ҳамда тадқиқот кўлами бўйича ушбу усул қўлланилган 16 нафар беморларда 1 кун учун 8752000 сўм бюджет маблағлари тежаллади;

учинчи илмий янгилик: артериал босим градиентини, интраабдоминал босим кўрсаткичларини ва энг юқори систолик қон оқими тезлигининг периферик қаршилиқ индексига нисбатини аниқлашга қаратилган талоқнинг “икки босқичли” ёрилишини башорат қилишнинг ишлаб чиқилган усули Тошкент тиббиёт академияси Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 22 августда 08-24/358-сон билан тасдиқланган “Талоқ жароҳатларини хирургик даволаш усулини танлаш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Тошкент шаҳар шошилиқ тиббий ёрдам клиник шифохонасининг 2024 йил 4 сентябрдаги 131AF-сон ва Тошкент вилояти Янгийўл туман тиббиёт бирлашмасининг 2024 йил 10 сентябрдаги 3287-10-146-ТВ\2024-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 13 ноябрдаги 08/69-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: талоқнинг “икки босқичли” ёрилишини башорат қилишнинг ишлаб чиқилган усулини қўллаш амалга ошириладиган ташриҳ хажми ва усулини тўғри режалаштиришга, натижада асоратлар сонини камайтиришга ва даволаш сифатини оширишга имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: талоқ жароҳатлари билан оғриган 1 нафар беморнинг шифохонада 1 кунлик даволанишига дори-дармон учун жами 382000 сўм миқдоридagi давлат бюджети маблағлари сарфланади. Бир нафар беморни шифохонада бўлиш муддатини ўртача 2 кунга қисқартириш дори-дармон харажатлари ҳисобига 764000 сўм давлат бюджети маблағлари иқтисод қилинишига имкон беради. Хулоса: талоқ жароҳатлари билан оғриган беморларнинг шифохонада бўлиш муддатини ўртача 2 кунга қисқартириш дори-дармон харажатлари ҳисобига тадқиқот кўлами бўйича (n=55) 42020000 сўм давлат бюджети маблағлари тежалишини таъминлайди.

тўртинчи илмий янгилик: талоқ жароҳатларини уларнинг оғирлигига, гемодинамик кўрсаткичларга қараб оператив даволаш ҳамда гемостаз турини танлашни оптималлаштириш билан тавсифланувчи такомиллаштирилган тактик-ёндашувнинг клиник самарадорлиги исботланганлиги Тошкент тиббиёт академияси Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 22 августда 08-24/358-сон билан тасдиқланган “Талоқ жароҳатларини хирургик даволаш усулини танлаш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Тошкент шаҳар

шошилинич тиббий ёрдам клиник шифохонасининг 2024 йил 4 сентябрдаги 131АҒ-сон ва Тошкент вилояти Янгийўл туман тиббиёт бирлашмасининг 2024 йил 10 сентябрдаги 3287-10-146-ТВ\2024-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 13 ноябрдаги 08/69-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: талоқ жароҳатларини даволаш чораларининг ишлаб чиқилган оптимал алгоритми ва такомиллаштирилган ёндашувни қўллаш ташрихдан кейинги асоратлар частотасини камайтиришга, ҳаёт сифатини оширишга, шунингдек ўлим ҳолатлари частотасини пасайтиришга имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: Тавсия этилган алгоритм ва ёндашувдан фойдаланиш асоратларни олдини олиш имконини беради, қўшимча даволанишга бўлган эҳтиёжни камайтиради. Стационар даволаниш учун энг кам харажат ҳар бир кун учун 547000 сўмни ташкил қилгани ҳолда, шифохонада қолиш муддатлари қисқариши ҳисобига 1 нафар беморга 1 кунда 547000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинади. Хулоса: Тавсия этилган алгоритм ва ёндашувдан фойдаланиш тадқиқот кўлами бўйича ушбу ёндашувлар қўлланилган 55 нафар беморларда 1 кун учун 30085000 сўм бюджет маблағлари тежалади.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та ҳалқаро ва 4 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 132 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш қисмида** диссертация ишининг долзарблиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари ифодалаб берилган, олинган натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти келтирилган, иш натижаларини пробацияси ва эълон қилинганлиги, диссертациянинг ҳажми ва тузилиши ҳақида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг «**Талоқ жароҳатлари жарроҳлигининг долзарб масалалари**» деб номланган биринчи бобида замонавий адабиётларга шарҳ берилган. Бобда талоқ шикастланишлари бўйича статистик ва эпидемиологик маълумотлар берилган, талоқнинг функциялари ва бу органнинг организмнинг ҳаётий фаолиятини таъминлашдаги ўрни батафсил ёритилган, талоқ жароҳатларини замонавий диагностика усуллари ва даволаш тактикаси ҳақида маълумотлар берилган. Жарроҳлик амалиётида цианоакрилат элимдан

фойдаланиш имкониятлари тўғрисидаги адабиёт маълумотлари алоҳида кичик бўлим сифатида тақдим этилган. Замонавий маҳаллий ва хорижий адабиётларнинг танқидий таҳлили ўтказилди, бунда талоқ шикастланиши муаммоларини ҳал қилишнинг янги ёндашувларини янада ўрганиш ва ишлаб чиқишни талаб қиладиган мунозарали ва ҳал этилмаган масалалар кўрсатилган.

Диссертациянинг «**Клиник материалнинг умумий тавсифи ва тадқиқот усуллари**» деб номланган иккинчи бобида Тошкент тиббиёт кўп тармоқли клиникаси шошилиш жарроҳлик бўлимида талоқ жароҳати билан касалхонага ётқизилган ва турли жарроҳлик аралашувлар ўтказилган 119 нафар беморни текшириш ва жарроҳлик даволаш натижалари берилган. Академия 2010 йилдан 2021 йилгача Барча беморлар икки гуруҳга бўлинган: назорат гуруҳи - 2010 йилдан 2015 йилгача бўлган 119 бемор ва асосий гуруҳ - 2016-2021 йилларда жарроҳлик ёрдамига мурожаат қилган 55 бемор. Ушбу бўлиниш даволашнинг турли ёндашувлари билан боғлиқ, чунки даволаш чоралари ишлаб чиқилади ва такомиллаштирилади. Назорат гуруҳида талоқ жароҳатлари учун стандарт даволаш тактикаси қўлланилган. Асосий гуруҳда жарроҳлик аралашув доираси, беморни бошқариш тактикаси ва текшириш усуллари тақлиф қилинган алгоритмга мувофиқ амалга оширилди.

Тадқиқот гуруҳларида талоқ шикастланишига сабаб бўлган сабаблар баландликда, маиший, саноат ва йўл-транспорт ҳодисалари (ЙТХ) эди. (1-жадвал).

1-жадвал.

Талоқ жароҳатларининг пайдо бўлиш сабаблари бўйича тақсимланиши

Ўтказилган операциянинг табиати	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	Миқдор	%	Миқдор	%
Баландликдаги шикастланиш	10	15,6%	11	20,0%
Уй жароҳати	12	18,8%	8	14,5%
Иш жароҳати	11	17,2%	9	16,4%
Автомобиль жароҳати	31	48,4%	27	49,1%

Талоқ жароҳати билан оғриган беморларга шошилиш жарроҳлик ёрдами кўрсатиш учун оптимал даволаш ва диагностика тактикасини танлаш учун қорин бўшлиғи шикастланишининг даражаси ва оғирлигини объектив баҳолаш муҳимдир. Шу мақсадда Америка травматологлар-хирурглар ассоциацияси (ААСТ) томонидан ишлаб чиқилган талоқ жароҳатларининг таснифи қўлланилди. Жароҳатнинг даражасига кўра, изоляцияланган жароҳатлар билан беморларнинг сони кўшма жароҳатлар билан деярли бир хил. Кузатилган беморлар орасида асосан I ва II даражали жароҳатланиш ҳолатлари қайд этилган. (2-жадвал).

Беморларни ўрганиш усуллари умумий қабул қилинган усулларни ўз ичига олади, масалан, умумий қон ва сийдик тести кўринишидаги лаборатория тестлари, қон гуруҳи ва коагулограммани аниқлаш, шунингдек биокимёвий қон тестлари. Инструментал тадқиқотлар ЭКГ, қорин бўшлиғи органларининг ультратовуш текшируви, ультратовуш текшируви, кўкрак қафаси ва қорин

бўшлиғининг рентгенографияси, компьютер томографияси, магнит-резонанс томография, ангиография ва диагностик лапароскопияни ўз ичига олади.

2-жадвал.

Талоқ жароҳати билан оғриган беморларни зарарланиш даражасига кўра тақсимлаш.

Даражалари	Изоляция жароҳатлар		Кўшма жароҳатлар	
	назорат	асосий	назорат	асосий
I.	8 (12,5 %)	6 (10,9%)	3 (4,7%)	2 (3,6%)
II.	15 (23,4%)	15 (27,3%)	13 (20,3%)	11 (20,0 %)
III	5 (7,8%)	5 (9,0 %)	8 (12,5 %)	6 (10,9%)
IV	1 (1,5%)	-	10 (15,6%)	10 (18,2%)
V	0	-	1 (2,8%)	-
Жами	29	26	35	29

Диссертациянинг “Талоқ жароҳатларини анъанавий даволаш самарадорлигини клиник баҳолаш” деб номланган учинчи бобида назорат гуруҳидаги беморларни даволаш натижалари акс эттирилган.

Клиникага I даражали жароҳатлар билан ётқизилган беморлар аҳволи стабиллигига қараб муолажалар олдилар. Консерватив даво талоқнинг алоҳида шикастланиши ёки қорин бўшлиғи аъзолари ва ретроперитонеал бўшлиқнинг гемоперитонеум ҳажми 300 мл дан ортиқ бўлмаган шикастланишлари билан бирлашганда барқарор ҳолатда бўлган беморлар учун ўтказилди. Назорат гуруҳидаги 11 та бемордан 8 нафариди талоқнинг изолирланган шикастланиши, 3 нафариди эса кўшма жароҳатлар бўлган. Изолирланган талоқ жароҳати бўлган беморлар орасида 2 таси стабил ҳолатда ва қорин парда тасирланиш белгиларисиз консерватив даволанган. Яна 2 беморга талоқ коагуляцияси ўтказилди ва битта беморга лапароскопик усулда ўтказилган. 4 та ҳолатда спленэктомия қилинган.

Талоқ жароҳатининг кўшма жароҳати бўлган беморлар орасида 2 нафарига жигар ёрилиши ташхиси қўйилган. Биринчи беморда жигар жароҳатини тикиш билан талоқ коагуляцияси бажарилди. Иккинчи очик усулда спленэктомия ва жигар ёрилишининг коагуляцияси бажарилган. Учинчи беморда талоқнинг шикастланиши билан ингичка ичак тутқичининг ёрилиши билан ташхисланган. Шунингдек, унга очик усулда спленэктомия ва ингичка ичак тутқичининг жароҳатини тикиш ўтказилди.

I даражали талоқ жароҳатлар билан касалхонага ётқизилган барча беморлар орасида 5 беморда талоқ сақлаб қолинди, 2 беморда асоратлар кузатилган: бирида яра асорати, иккинчисида операциядан кейинги пневмония ривожланган. Ўлим ҳолатлари кузилмаган. Клиникага талоқнинг II даражали шикастланиши билан 28 нафар бемор ётқизилган, улардан 15 тасида изолирланган жароҳатлар, 13 нафариди эса талоқнинг кўшма жароҳатлари аниқланган.

Талоқнинг изоляцияланган жароҳатларида 1 беморга очик усул талоқ коагуляцияси бажарилган. Гемоперитонеум 300 мл дан ортиқ бўлган 1 беморга лапароскопик усулда Тахокомб қўлланилган. 2 нафар беморга талоқ

жароҳати тикилган; 11 нафар беморга спленэктомия қилинган.

Клиникага талоқнинг қўшма жароҳати билан ётқизилган 13 нафар беморнинг 7 нафарида жигарнинг жароҳати аниқланган. 1 та ҳолатда талоқ жароҳтига Тахокомб аппликация қилинган ва жигар жароҳати тикилган. Яна 1 нафар беморнинг катта чарви билан жароҳат тампонада қилинган ва жигар жароҳатини тикиш амалга оширилган. 2 нафар беморга спленэктомия ва жигар жароҳатини коагуляцияси ўтказилди. Яна 3 нафар беморга жигар жароҳати тикилган ва спленэктомия қилинган.

1 нафар ҳолатда талоқнинг ёрилиши ингичка ичак тутқичининг ёрилиши билан қўшилиб, ингичка ичак тутқичи жароҳатини тикиш билан спленэктомия амалиёти бирга бажарилган. 1 та ҳолатда ингичка ичакнинг ёрилиши қайд этилган (ингичка ичак жароҳатини тикиш билан спленэктомия); 1 нафар беморда ошқозон ости беzi танасининг ёрилиши, унинг канали шикастланмаган (кичик дренажи билан спенектомия қилинган); 1 нафар беморда ингичка ичак ва диафрагма ёрилиши билан талоқ шикастланган (спленэктомия ингичка ичак ва диафрагма жароҳатини тикиш билан амалга оширилган); 1 нафар беморда жигар ёрилиши, қорин орти гематома ва ингичка ичак ёрилиши ташхиси қўйилган (спленэктомия, жигар ва ингичка ичак жароҳатларини тикилган қилинган); 1 беморда ошқозон ости беzi дум кисми ёрилиши, қорин ости соҳаси гематомаси ва буйрак ёрилиши қайд этилган (спленэктомия, ошқозон ости безининг дистал резекцияси ва нефректомия қилинган).

Умуман олганда, талоқ жароҳатларининг II даражали шикастланишида 6 нафар беморда талоқ сақланиб қолган, 6 беморда умумий (1 ҳолатда пневмония, 1 ҳолатда реактив плеврит) ва жарроҳлик (1 беморда динамик ичак тутилиши, 1 ҳолатда ўткир панкреатит ва 2 ҳолатда яра асоратлари) ташхиси қўйилган. Ўлим ҳолати беморда 1 ҳолатда ошқозон ости беzi думининг ёрилиши, қорин орти соҳаси гематомаси ва буйрак ёрилиши билан биргаликда талоқ шикастланиши билан қайд этилган. Операциядан кейинги даврда жарроҳлик аралашувидан сўнг, 2 соатдан кейин ўткир миокард инфаркти кузатилди.

Клиникага талоқнинг III даражали шикастланиши билан 13 нафар бемор ётқизилган, улардан 5 нафари изолирланган жароҳатлар, 8 нафари қўшма талоқ жароҳати билан бирга келган.

Изолирланган талоқ шикастланиши билан қабул қилинган барча беморларга спленэктомия бажарилди.

Бир вақтнинг ўзида талоқ шикастланиши ташхиси қўйилган беморлар орасида 4 нафарида жигар жароҳати ташхиси қўйилган. Улардан 3 нафарига жигар жароҳатини тикиб, 1 нафар беморга жигар жароҳатини коагуляцияси билан спленэктомия қилинган. 1 беморда талоқ шикастланиши жигар ва ингичка ичакнинг ёрилиши билан бирга кузатилган. Жигар ва ингичка ичак жароҳатлари тикилган ва спленэктомия биргаликда бажарилган. 1 кузатувда талоқнинг шикастланиши ингичка ичак тутқичининг узилиб тушиши ва диафрагманинги ёрилиши билан кузатилган. Бу беморга спленэктомия билан

ингичка ичак резекцияси “ёнма-ён” энтеро-энтероанастомоз ва диафрагма жарохати тикилган. Яна бир беморда ошқозон ости беги танасининг канали шикастланмаган ҳолда ёрилиши, қорин орти соҳаси гематома билан ингичка ичак тутқичининг ёрилиши аниқланган. Унга спленэктомия, ингичка ичак тутқичини тикиш ва кичик чарви халтасини дренажлаш амалга оширилди. 1 беморда қорин орти соҳаси гематома ривожланиши билан жигар ва буйрак ёрилиши кузатилди. Шу беморга спленэктомия, жигар жарохатини тикиш ва чап томонлама нефректомия ўтказилган.

Талокнинг III даражали жарохати билан клиникага ётқизилган беморларнинг ушбу гуруҳида талокни ҳеч қандай ҳолатда сақлаб қолиш имкони бўлмади. Операциядан кейинги даврда 2 та ҳолатда яра асоратлари қайд этилган, 1 беморда ўткир посттравматик панкреатит ривожланган, 2 ҳолатда операциядан кейинги давр пневмония билан асоратланган. Барча кузатувларда қўшимча консерватив чоралар қўрилган ва қўшимча жароҳлик тузатишга эҳтиёж сезилмаган.

2 нафар беморда ўлим ҳолати кузилган. Бир бемор геморрагик шок туфайли 3 соатдан кейин спленэктомия ва жигар ярасини тикишдан сўнг операциядан кейин вафот этди. Ўлимнинг иккинчи ҳолати ҳам геморрагик шок туфайли спленэктомия, жигар ярасини тикиш ва нефректомиядан кейин операциядан 6 соат ўтгач содир бўлди.

Клиникага талокнинг IV даражали жароҳати билан 11 нафар бемор ётқизилди. Улардан битта бемор талокнинг изолирланган жароҳати, 10 нафари эса қўшма жароҳатлар билан клиникага ётқизилган.

Талокнинг изолирланган жароҳати бўлган беморга спленэктомия ўтказилди. Талок жароҳатининг қўшма жароҳат билан 5 нафар беморда жигар жароҳати қайд этилган. Барча беморларга жигар ярасини тикиш билан спленэктомия ўтказилди. Бир беморда талокнинг шикастланиши жигар ёрилиши ва қорин орти гематомаси билан қўшилиб кетган, бунинг учун жигар жароҳатини тикиш билан спленэктомия қилинган. 1 та ҳолатда йўғон ичакнинг ёрилиши аниқланган ва ўғон ичак жароҳатини тикиш амалга оширилган. 1 ҳолатда талок жароҳати ва ингичка ичак тутқичининг ёрилиши билан учараган. Спленэктомия билан бир қаторда ингичка ичак тутқичини тикиш амалга оширилган. Бир беморга жигар ва диафрагманинг ёрилиши ва ўт пуфагининг жойидан ажралиши ташхиси қўйилган. Беморга спленэктомия ва холецистектомия, жигар ва диафрагма жароҳати тикиш бажарилган. IV даражали қўшма жароҳати билан охириги бемор ошқозон девори ва ошқозон ости беги танасининг ёрилиши ва қорин орти гематомаси билан ётқизилган. Унга спленэктомия, ошқозон ярасини тикиш ва кичик чарви бушлигини дренажлаш амалга оширилди.

Умуман олганда, талокнинг IV даражали жароҳатланишида учраган беморларда органи сақловчи операцияни бажариш имкони бўлмади.

Операциядан кейинги даврда 3 нафар беморда жароҳат асоратлари яъни жароҳат иккиламчи битиши, 1 нафар беморда қорин парда орти гематомаси фониде жигар жароҳатини тикиш амалиётидан кейин ҳолатда, беморда қорин

бўшлиғи ички қон кетиши кузатилди, ва такрорий операцияни талаб қилди ва қон кетиш манбаи талоқ артерияси эканлиги аниқланди.

Умумий асоратлар орасида пневмония (2 та ҳолатда) ва реактив плеврит (1 та бемор) кузатилди ва шу беморга плевраль бўшлиғини пункция қилиш талаб этди. 2 та беморда ўлим ҳолати кузатилган. Биринчи беморда жигар жароҳатини тикиш ва спленэктомиядан сўнг геморрагик шок туфайли қайд этилди. Иккинчи бемор геморрагик шокда сўнг натижасида спленэктомия, жигар, диафрагма жароҳатларини тикиш ва холетсистектомиядан 8 соат ўтгач вафот этди. Талоқнинг V даражали жароҳати билан 1 та бемор жигар, ошқозон ости беши ва қорин ости гематомасининг ёрилиши билан бирга олиб келинган. Беморга спленэктомия, жигарнинг 3-4 сегментини резекция қилиш ва кичик чарви бўшлиғини дренажлаш амалга оширилди. Операциядан 8 соат ўтгач, беморда қорин бўшлиғи қон кетиши жарроҳлик асорати кузатилди, шундан кейин беморга қайта операция қилинди. Қон кетиш тўхтатилди, аммо бемор геморрагик шокдан вафот этди.

Назорат гуруҳида стандарт даволашдан сўнг талоқ 11 та беморда (17,2%±3,5%) сақлаб қолинган. Жами 21 та беморларда (32,3%±4,0%) асоратлар кузатилди, улардан 13 та (20,3%±3,7%) жарроҳлик асоратлари, 8 та (12,5%±3,0) умумий асоратлар 6 (9,4%±2,7%) беморда қайд этилди (3-жадвал).

3-жадвал

Контроль гуруҳида амалиётдан кейинги асоратлар характери ва частотаси.

Асоратлар	Сони	В %
Жароҳат асоратлари	8	12,5%±3,0%
Қорин ичи қон кетиш	2	3,1%±1,6%
Ўткир панкреатит	2	3,1%±1,6%
Динамик ичак тугилиши	1	1,6%±1,1%
Пневмония	6	9,4%±2,7%
Реактив плеврит	2	3,1%±1,6%

Биз олинган натижалар бир қатор камчиликларни кўрсатди, бу эса ушбу муаммони ҳал қилиш йўллари белгилаш имконини берди.

Шундай қилиб, талоқни ҳаётий муҳим орган сифатида олиб ташлаш яқин келажакда салбий оқибатларга олиб келиши ва беморларнинг ҳаёт сифатини пасайтириши мумкин.

Бобда талоқ жароҳатларини анъанавий даволашнинг умумий тамойиллари ва анъанавий даволаш билан бир гуруҳ беморларни даволаш натижалари мавжуд. Талоқ жароҳати билан беморларни ташхислаш ва даволаш тактикасидаги камчиликлар аниқланган. Назорат гуруҳидаги жарроҳлик даволашнинг клиник натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, умумий асоратлар сони беморларнинг 12,5 фоизида, ўлим эса беморларнинг 9,4 фоизида қайд этилган.

Талоқ шикастланишини анъанавий комплекс жарроҳлик даволашнинг қониқарсиз натижаларининг сабабларини ўрганиш бир қатор сабабларни

аниқлади: 1. Минимал инвазив аралашувлар имкониятларини ҳисобга олган ҳолда талокнинг шикастланиш даражасига қараб даволаш чоралари учун оптимал алгоритм мавжудмаслиги. 2. Беморнинг умумий аҳволининг оғирлигига қараб, жарроҳлик аралашувининг кўлами учун махсус кўрсатмалар йўқ. 3. Спленэктомияларнинг юқори частотаси ва жарроҳлик даволаш тактикасини танлашда дифференциал ёндашувнинг йўқлиги операциядан кейинги эрта ва кечки даврларда асоратларнинг юқори (32,3%) ва ўлим (9,4%) кўрсаткичларига олиб келди.

Ҳозирги вақтда талок жароҳатлари қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланишларини ташхислаш ва даволаш бўйича ягона протоколлар мавжуд эмаслигидир. Беморнинг аҳволининг оғирлигини баҳолашда ягона ёндашувнинг йўқлиги, жарроҳлик тактикасини танлаш ва операциядан олдинги ва кейинги даволаш усуллари қорин бўшлиғи шикастланиши билан оғриган беморлар гуруҳида ўлим ва ногиронликнинг юқори кўрсаткичларини қолдиради. кўплаб жароҳатлар ва уларни ташхислаш қийинлиги туфайли. Ушбу фикрларнинг барчаси бизнинг тадқиқотимизда асосий бўлиб, янги тадқиқотлар ўтказишнинг мақсадга мувофиқлигини асослади.

Диссертациянинг **“Талок жароҳатларини даволашда тактик ва техник ёндашувларни такомиллаштириш”** деб номланган тўртинчи бобида талок жароҳатларини даволашда такомиллаштирилган ёндашувлар тақдим этилган.

Бизнинг ишимизда биринчи марта талок жароҳатларини даволашда цианоакрилат елимдан фойдаланиш техникаси қўлланилди. Унинг ўзига хослиги шундаки, цианоакрилат елим турли сиртларга юқори даражада ёпишади. Талок жароҳатлари учун цианоакрилат елимдан фойдаланиш техникаси:

1. Шприцда 2 мл физиологик эритма ва цианоакрилат елимини 1:2 нисбатда аралаштирамиз.

2. Биз ушбу елимни шикастланган жойни устига серамиз орқали талок шикастланган жойга қўллаймиз.

3. 10-15 сониядан сўнг талокнинг яра юзасида цианоакрилат ёпиштирувчи зич плёнка ҳосил бўлади, бу бизга ишончли гемостазга эришишга имкон беради.

Лапароскопик операцияларда цианоакрилат елим қуйидаги схема бўйича қўлланилади:

1. Шприцда 2 мл физиологик эритма ва цианоакрилат елимини 1:2 нисбатда аралаштиринг.

2. Силикон дренаж (5 мм) 5 мм троакар орқали киритилади.

3. Силикон дренажининг 2 мм найчаси орқали цианоакрилат елимини юборилади ва жароҳат юзасига сепилади. 5 мм дренажнинг зичлиги 2 м дренажнинг охирида махсус кенгайтирилган майдон билан обтурация билан таъминланади (1-расм).



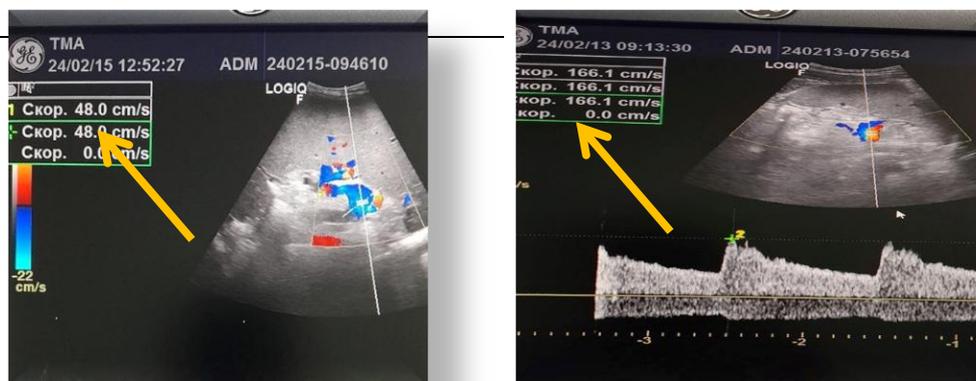
1-расм. Цианоакрилат елими ёрдамида гемостазни амалга ошириш учун керакли асбоб-ускуналар ва материаллар тўплами

Биз икки моментли талоқ ёрилишини башорат қилиш усулини ишлаб чиқдик.

1. Бемор касалхонага ётқизилганида ва даволаниш пайтида қон босими кўрсаткичларидаги фарқ 30 мм.сим.уст дан ошди.

2. Қорин бўшлиғи босими 20 мм.сим.уст дан юқори. (Жаҳон қорин бўшлиғи гипертензиясини ўрганиш жамияти маълумотларига кўра қорин бўшлиғи гипертензиясининг 3-босқичига тўғри келади.

3. Қачон систолик чўққиси қон оқими тезлиги ПСС (см/с) периферик қаршилиқ индекси (ИПК) нисбати 200 дан ортиқ. (2-расм).



2-расм. ПССнинг энг юқори систолик қон оқими тезлигининг периферик қаршилиқ индексига (ПРИ) нисбатини аниқлаш.

Агар юқоридаги мезонлардан икkitаси ёки ундан кўп бўлса, икки моментли талоқ ёрилиши ривожланишининг юқори хавфи прогноз қилинган.

Талоқ жароҳатлари учун гемостазнинг истикболли йўқналишларидан бири талоқ артериясининг асосий магистралини эмболизация қилишдир. Ушбу усул органни сақлаб қолган ҳолда қон кетишини тўхтатади.

Биз талоқ жароҳатлари билан олиб борган ишимизда талоқ артериясининг ўткир ва сурункали эмболизациясини талоқ жароҳатларини жарроҳлик даволашда қўллаш кўрсатмаларини асослаб бердик.

Талок артериясининг ўткир эмболизацияси операциядан олдинги даврда катта интраоператив қон йўқотишни камайтириш ва ретроперитонеал бўшлиғининг гематомаси олдини олиш учун IV ва V даражадаги талок шикастланишларида қўлланилади, чунки талок шикастланишининг бундай оғирлиги бўлган беморларда жараён мураккаблашади.

Талок жароҳатининг II ва III даражали оғирлиги ва беморнинг стабил гемодинамикаси бўлса, беморга талок артериясининг сурункали эмболизацияси бажарилади, бунинг натижасида беморда қон кетиш интенсивлигини камайтириш орқали маҳаллий гемостаз чораларининг самарадорлигини оширади.

I даражали талок жароҳати бўлган беморларни даволаш тактикаси қуйидагилардан иборат:

Стабил ҳолатда, қорин парда тасирланиш белгилари бўлмаса, шунингдек, талокнинг алоҳида шикастланиши ёки қорин бўшлиғи органлари ва қорин орти бўшлиғининг шикастланиши билан биргаликда шошилич жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган ҳолда, даволаш тактикаси:

- Гемоперитонеум ҳажми 300 мл гача бўлса, даволаш консерватив хисобланади.

-Агар гематома ўсса ва/ёки қорин бўшлиғида эркин суяқлик кўпайса, талокнинг лапароскопик электрокоагуляцияси амалга оширилади.

- Гемоперитонеум 300 мл дан ортиқ бўлса - лапароскопик коагуляция амалга оширилади

Икки моментли ёрилишини эҳтимолини тахмин қилганда, талок артериясининг лапароскопик электрокоагуляцияси ёки сурункали эмболизацияси тавсия этилади.

Стабил ҳолатда, перитонеал тасирланиш белгилари мусбат ёки шубҳали бўлса, даволаш тактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади:

Диагностик лапароскопия. Талокнинг алоҳида шикастланиши ёки қорин бўшлиғи органлари ва ретроперитонеал бўшлиқнинг шикастланиши билан биргаликда шошилич жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган ҳолда, лапароскопик коагуляция амалга оширилади.

- Қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг бошқа аъзоларининг шикастланиши билан биргаликда-талокнинг электрокоагуляцияси + кўшимча жарроҳлик аралашувлар.

Ностабил ҳолатда, перитонеал тасирланиш белгилари бўлмаса, даволаш тактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади :

Диагностик лапароскопия . Талокнинг алоҳида шикастланиши ёки қорин бўшлиғи органлари ва ретроперитонеал бўшлиқнинг шикастланиши билан биргаликда жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган ҳолда, талокнинг лапароскопик коагуляцияси амалга оширилади.

Ностабил ҳолатда, перитонеал тирнаш хусусияти белгилари ижобий ёки шубҳали бўлса, даволаш тактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади :

Диагностик лапароскопия. Талокнинг алоҳида шикастланиши ёки шошилич жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган қорин бўшлиғи

органлари ва ретроперитонеал бўшлиқнинг шикастланиши билан биргаликда - талокнинг лапароскопик коагуляцияси .

Қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг бошқа аъзоларига шикаст этказиш билан бирлашганда - талокнинг электрокоагуляцияси + кўшимча жарроҳлик аралашувлар.

II даражали талоқ жароҳати бўлган беморларни даволаш стратегияси қуйидагича:

Бемор холати стабил бўлса ва қорин парда тасирланиш белгилари бўлмаса

Талокнинг алоҳида шикастланиши ёки қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин парда орти соҳасини жароҳатлиниши билан биргаликда шошилич жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган ҳолда, даволаш тактикаси:

- 300 мл гача бўлган гемоперитонеум учун - талок артериясининг сурункали эмболизацияси + консерватив даво. (3-расм.)

Агар гематома ўсса ва/ёки қорин бўшлиғида эркин суюқлик кўпайса, талокнинг лапароскопик электрокоагуляцияси ёки цианоакрилат елимини қўллаш тавсия этилади .

- 300 мл дан ортиқ гемоперитонеум бўлса - талокнинг лапароскопик коагуляцияси ёки цианоакрилат елимини қўллаш.



А). СА эмболизациясидан олдин Б). СА эмболизациясидан кейин

3-расмда (а, б) СА (талок артерияси) сурункали эмболизацияси тасвирланган.

Беморда ахволи стабил бўлса ва қорин парданинг тасирланиш хусусияти ижобий ёки шубҳали белгилари бўлса, даволаш тактикалар:

Диагностик лапароскопия. Изоляция қилинган зарар бўлса - талокнинг лапароскопик коагуляцияси ёки цианоакрилат елимини қўллаш.

Бирлаштирилганда - талокнинг электрокоагуляцияси ёки цианоакрилат елимини қўллаш ва кўшимча жарроҳлик аралашувлар.

Ностабил шароитларда, қорин парда тасирланиш белгилари бўлмаса, даволаш тактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади:

Диагностик лапароскопия. Агар талокнинг алоҳида шикастланиши ёки қорин бўшлиғи органлари ва ретроперитонеал бўшлиқнинг шикастланиши билан биргаликда шошилич жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган

бўлса, даволаш стратегияси талокнинг лапароскопик коагуляцияси ёки цианоакрилат елимини қўллашдир.

Ностабил ҳолатда ва қорин парданинг тасирланиш белгилари мусбат ёки шубҳали белгилари.

Диагностик лапароскопия. Агар талокнинг алоҳида шикастланиши ёки қорин бўшлиғи органлари ва ретроперитонеал бўшлиқнинг шикастланиши билан биргаликда шошилич жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган бўлса, даволаш стратегияси талокнинг лапароскопик коагуляцияси ёки цианоакрилат елимини қўллашдир.

Қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг бошқа органларига шикаст этказиш билан бирлашганда - талокнинг электрокоагуляцияси ёки цианоакрилат елимини қўллаш + қўшимча жарроҳлик аралашувлар.

III даражали талок шикастланиши бўлган беморларни даволаш стратегияси қуйидагича:

Бемор стабил бўлса ва қорин парда таъсирланиш белгилари бўлмаса. Талокнинг алоҳида шикастланиши ёки қорин бўшлиғи аъзолари ва ретроперитонеал бўшлиқнинг шикастланиши билан биргаликда шошилич жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган ҳолда, даволаш тактикаси:

-Талок артериясининг сурункали эмболизацияси+талокнинг цианоакрилат елим билан лапароскопик қўлланилиши.

Бемор стабил бўлса ва қорин парданинг тасирланиш мусбат ёки шубҳали белгилари бўлса, даволаш тактикалар:

Диагностик лапароскопия. Талокнинг алоҳида шикастланиши ёки қорин бўшлиғи органлари ва ретроперитонеал бўшлиқнинг шикастланиши билан биргаликда шошилич жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган ҳолда, талокни цианоакрилат елим билан лапароскопик қўллаш.

Қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг бошқа органларига шикаст этказиш билан бирлашганда - талокни цианоакрилат елим билан қўллаш + қўшимча жарроҳлик аралашувлар.

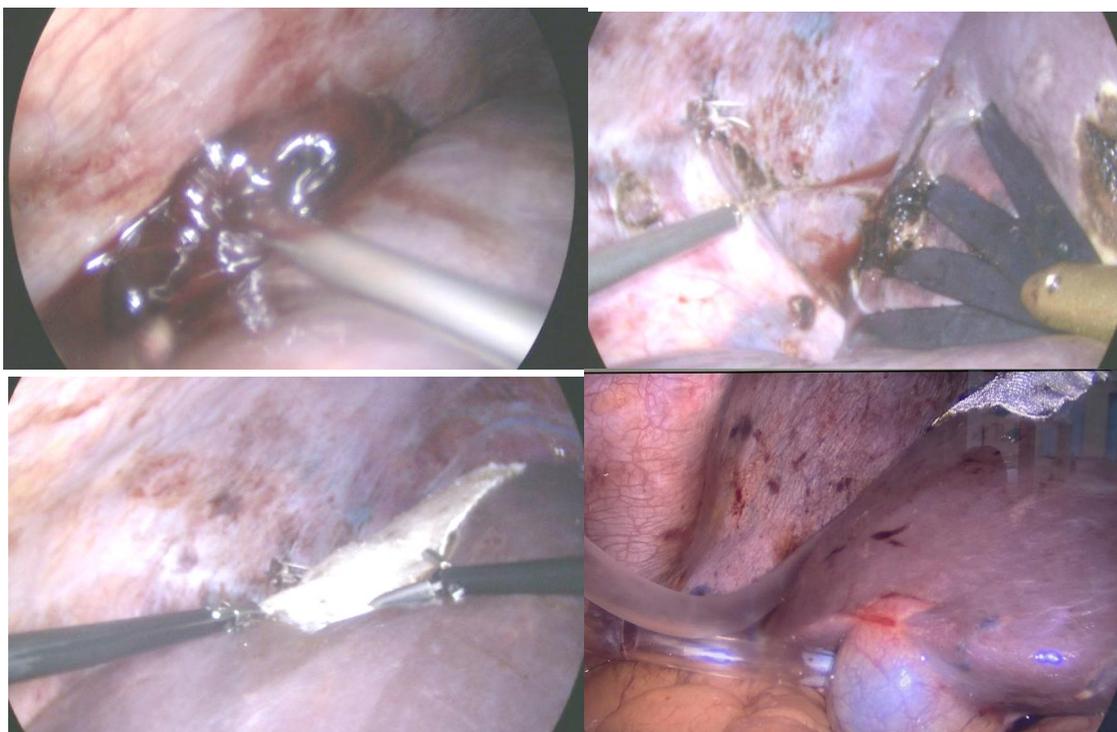
Ностабил ҳолатда, қорин парда тасирланиш белгилари манфий, даволаш тактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади:

Диагностик лапароскопия. Талокнинг алоҳида шикастланиши ёки қорин бўшлиғи органлари ва ретроперитонеал бўшлиқнинг шикастланиши билан биргаликда жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган ҳолда, талокни сияноклеарат елим билан лапароскопик қўллаш.

Ностабил ҳолатда ва қорин парданинг тасирланиш симптомлари мусбат ёки шубҳали белгилари.

Диагностик лапароскопия. Талокнинг алоҳида шикастланиши ёки қорин бўшлиғи органлари ва ретроперитонеал бўшлиқнинг шикастланиши билан биргаликда шошилич жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган ҳолда, талокни цианоакрилат елим билан лапароскопик қўллаш.

Қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг бошқа органларига шикаст этказиш билан бирлашганда-талокни цианоакрилат елим билан қўллаш + қўшимча жарроҳлик аралашувлар. (4-расм)



4-расм. Лапароскопик усулда цианоакрилат елимини жигарга қўллаш.

IV ва V даражали талоқ шикастланиши билан оғриган беморларни даволаш тактикаси қуйидагилардан иборат:

Стабил ҳолатда, қорин парда тасирланиш белгилари йўқлиги ёки мавжудлигидан қатъий назар, даволаш тактикаси қуйидагилардан иборат:

- талоқ артериясининг ўткир эмболизацияси. Спленэктомия, агар керак бўлса - қўшимча жарроҳлик аралашувлар.

Ностабил шароитларда, перитонеал тирнаш хусусияти белгиларининг йўқлиги ёки мавжудлигидан қатъий назар, даволаш тактикаси қуйидагилардан иборат:

-Спленэктомия, агар керак бўлса-қўшимча жарроҳлик аралашувлар. Ўта оғир аҳволда – damage control surgery тактикасидан фойдаланиш.

Диссертациянинг **“Талоқ жароҳатларини даволашда такомиллаштирилган ёндашув самарадорлигини клиник баҳолаш”** деб номланган бешинчи бобида асосий ва назорат гуруҳларидаги беморларни даволашнинг қиёсий клиник натижаларини беради.

Асосий гуруҳда I даражали жароҳатлар билан 8 нафар бемор бўлган. 6 та ҳолатда изоляцияланган жароҳат қайд этилган, 2 та ҳолатда-комбинацияланган. Беморларнинг аҳволи стабил ва гемоперитонеум ҳажми 300 мл гача бўлганида, 3 та ҳолатда ижобий клиник таъсир билан консерватив даво ўтказилди. Гемоперитонеум 300 мл дан ортиқ бўлган 1 нафар беморда лапароскопик спрей коагуляциясига ҳаракат қилинди. Бироқ, этарлича гемостаза эриша олмаганлиги сабабли, спленэктомия қилинди. Стабил бўлмаган гемодинамика ва изоляцияланган жароҳат билан 1 нафар беморга лапароскопик аргон коагуляцияси ўтказилди, иккинчи ҳолатда конверсияга ўтилди ва спленэктомия қилинди.

Талокнинг кўшма жароҳати билан иккала ҳолатда ҳам жигар ёрилиши қайд этилди, гемодинамика лабил бўлган. Бир беморга жигар жароҳатини тикиш билан талокқа спрей коагуляцияси, иккинчи беморга жигар жароҳатини тикиш билан спленэктомия қилинди.

Беморларнинг ушбу гуруҳида 5 та беморда талок сақланиб қолинди. Операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатлари қайд этилмади.

II даражали талок жароҳати билан қабул қилинган асосий гуруҳ беморлари 26 кишидан иборат эди. Уларнинг барчаси жароҳатлар учун турли хил жарроҳлик ва консерватив аралашувларни ўтказилди. 15 нафар беморда изоляцияланган, 11 нафарида эса кўшма жароҳатлар билан бирга келган.

Изоляцияланган ва гемоперитонеум ҳажми 300 мл гача бўлган 2 нафар беморларда стабил гемодинамикада, талокнинг икки моментли ёрилишининг юқори хавфи бўлган, талок артериясининг сурункали эмболизацияси амалга оширилди, кейин консерватив терапия ўтказилди, 1 ҳолатда фақат консерватив даво ўтказилди. Гемоперитонеумнинг ҳажми 300 мл дан ортиқ бўлганида, 3 та беморда цианоакрилат клей ёрдамида лапароскопик гемостаз ўтказилди, спрей коагуляцияси ёрдамида лапароскопик гемостаза уринишлари бу беморларга таъсир кўрсатмади.

Талокнинг изоляцияланган жароҳати ва ностабил гемодинамикаси билан 2 беморда цианоакрилат клейини лапароскопик аппликацияси амалга оширилди, 4 та ҳолатда гемостазга уринишлар самарасиз бўлди ва беморларга спленэктомия амалиёти бажарилди.

Талокнинг кўшма жароҳатлари билан 6 та ҳолатда жигар ёрилиши қайд этилган. Ушбу беморларга қуйидаги даволаш чоралари ўтказилди: жигар жароҳатини тикиш билан спленэктомия (2 та ҳолат), жигар жароҳатини коагуляцияси билан талок жароҳатини лапароскопик спрей билан коагуляцияси бажарилган (1 бемор), талок ва жигар жароҳатларини лапароскопик цианоакрилат клей гемостаз қилинди (1 бемор), жароҳатни спрей ва кўздан кечириш (1 бемор). жигарни жароҳатини тикиш билан цианоакрилат элим билан талок аппликацияси (1 та ҳолат). Бир беморда ретроперитонеал гематома билан ингичка ичак тутқичининг ёрилиши бор эди. Гемостаза цианоакрилат клей қўллаш орқали эришилди ва ичак тутқичининг ёрилиши тикланди. 2 та ҳолатда талок жароҳати билан ингичка ичакнинг ёрилиши билан кузатилди. Бу беморларга ингичка ичак жароҳатини тикилган ҳолда спленэктомия қилинган. 1 ҳолатда диафрагма ва ошқозоннинг ёрилиши қайд этилди. Талок жароҳатидан қон кетишини спрей коагуляция ёрдамида тўхтатилгандан сўнг, ошқозон ва диафрагма жароҳатини тикиш амалга оширилди. 1 беморда талок шикастланиши жигар, ингичка ичак ва ретроперитонеал гематоманинг ёрилиши билан кузатилди. Беморга спленэктомия ва жигар ва ингичка ичак жароҳатлари тикилди.

Умуман олганда, талокнинг II даражали шикастланишида 15 та ҳолатда талокни сақлаб қолишга эришилди, 1 ҳолатда яра асорати ривожланиши қайд этилди, 1 беморда эса операциядан кейинги 4-куни пневмония ривожланди. Ўлим ҳолатлари қайд этилмади. 11 та бемор III даражали талок жароҳати билан ётқизилган. 5 та ҳолатда изоляцияланган жароҳат, 6 та ҳолатда эса кўшма

жароҳат қайд этилган. Изоляцияланган ва ностабил гемодинамика билан 1 беморга талоқ артериясининг сурункали эмболизацияси ўтказилди, сўнгра талоқ жароҳатини цианоакрилат клей билан лапароскопик қўллаш (1 бемор); 1 ҳолатда спленэктомия қилинган. Изоляцияланган ва ностабил гемодинамикада 1 ҳолатда талоқ жароҳатини лапароскопик цианоакрилат клей билан аппликацияси қўлланилди, 2 нафар беморга спленэктомия амалиёти бажарилди.

Талоқнинг қўшма жароҳатларида 2 ҳолатда талоқнинг ёрилиши жигар шикастланиши билан кузилди (1 ҳолатда жигар ва талоқ жароҳатини лапароскопик цианоакрилат клейини аппликацияси амалга оширилди, иккинчи беморда жигар жароҳатини тикиш билан спленэктомия бажарилди). 1 беморда ингичка ичак ва жигарнинг ёрилиши қайд этилган, бу беморга спленэктомия билан бирга жигар ва ингичка ичакнинг ёрилиши тикилган. 1 та ҳолатда ошқозон ости беши думи ва ингичка ичак тутқичининг ёрилиши, ретроперитонеал гематомаси кузатилган. Беморга спленэктомия, ошқозон ости беши думини дистал резекция қилиш, клиникада тавсия этилган техника бўйича тери ости ёғ тўқималарига талоқ парчасини гетеротопик автотрансплантация қилиш билан ингичка ичак тутқичини тикиш амалга оширилди. 1 беморда талоқ шикастланиши буйрак ёрилиши билан бирга ретроперитонеал гематоманинг кузатилди билан, бу эса спленэктомия ва нефректомиyani талаб қилди. 1 та беморда диафрагма ёрилиши қайд этилган. Беморга талоқ жароҳати цианоакрилат клей билан аппликацияси ва диафрагма жароҳати тикилган. 11 бемордан 4 тасида талоқни сақлаб қолишга эришилди. 2 нафар беморда жароҳатлик асоратлари ривожланиши қайд этилган: 1 кузатувда операциядан кейинги даврда яра асорати ривожланган; 1 клиник ҳолатда қорин орти соҳасининг юмшоқ тўқималаридан қорин бўшлиғини қон кетиши кузатилди, бу спленэктомия ва нефректомиядан сўнг такрорий операцияга сабаб бўлди, қон кетиш, тампонлаш орқали гемостаз эришилди. 2 беморда операциядан кейинги пневмония ривожланди. Спленэктомия ва жигар жароҳатларини тикишдан кейин 1 та ҳолатда геморрагик шокдан ўлим ҳолати қайд этилди.

10 нафар беморда талоқнинг IV даражали жароҳати кузатилди. Барча ҳолатларда қўшма жароҳатлар билан келган. 4 та ҳолатда жигар ёрилиши кузатилган. 2 та клиник ҳолатда талоқ артериясининг ўткир эмболизацияси, сўнгра спленэктомия ва жигар жароҳатини коагуляцияси амалга оширилди. 1 та ҳолатда жигар жароҳатини тикиш билан спленэктомия қилинган. 1 беморда умумий ҳолатнинг ўта оғирлиги туфайли damage control қўлланилди. Беморга лапаротомия, жигар ва талоқ жароҳатларини тампонлаш билан қорин бўшлиғини санацияси қилиш амалга оширилди. Беморнинг аҳволини барқарорлаштиргандан сўнг, биринчи операциядан 8 соат ўтгач, жигар жароҳатини тикиш билан спленэктомия бажарилди. 1 ҳолатда жигар ва ингичка ичакнинг ёрилиши ва ретроперитонеал гематоманинг ривожланиши қайд этилган. Умумий ҳолатнинг ўта оғирлиги туфайли damage control қўлланилди. Беморга лапаротомия, жигар ва талоқ жароҳатларини тампонлаш ва ингичка ичак жароҳатини тикиш билан қорин бўшлиғини санацияси қилиш амалга оширилди. Бемор аҳволи стабиллашгандан сўнг 6 соат ўтгач, жигар жароҳатини тикиш билан спленэктомия амалага оширилди. 1 нафар беморда талоқ жароҳати

билан бирга жигар, ёЎгон ичак ва ошқозон ости безини шикастланмаган ҳолда ёрилиши кузатилган. Беморга спленэктомия, жигар жароҳатларини коагуляция қилиш, кичик чарви халтасини дренажлаш билан ёгон ичак жароҳатини тикиш амалга оширилди. 1 та кузатувда ингичка ичак ва диафрагманинг ёрилиши қайд этилган, бу эса талокни олиб ташлаш ва ингичка ичак ва диафрагма жароҳатларини тикишни талаб қилди. Бир беморда қорин парда орти гематомаси билан буйрак ёрилиши кузатилган. Беморга нефроэктомия билан спленэктомия амалга оширилди. 1 ҳолатда талок шикастланиши ошқозоннинг травматик ёрилиши билан кўшилиб, бу спленэктомия ва ошқозон жароҳатини тикишга сабаб бўлди. 1 беморда буйрак, буйрак усти безининг ёрилиши ва ретроперитонеал гематоманинг ривожланиши туфайли жарроҳлик аралашув доираси спленэктомия, нефректомия ва адреналектомия жарроҳлик амалиёти бажарилди. Талокнинг IV даражали жароҳатида ҳеч қайси ҳолатда талокни сақлаб қолиш имкони бўлмади. Операциядан кейинги даврда 2 та ҳолатда яра асоратлари қайд этилди. 2 беморда операциядан кейинги панкреатит ривожланган. Умумий асоратлардан 2 та беморда операциядан кейинги давр пневмония, 1 та ҳолатда реактив плеврит билан асоратланган.

2 нафар беморда ўлимга олиб келадиган натижалар кузатилди: 1 беморда жигар ва талок жароҳатларини тампонлаш ва ингичка ичак жароҳатини тикиш билан damage control қилишдан сўнг, улар 6 соатдан кейин жигар ярасини тикиш билан (геморрагик ва травматик шокдан) спленэктомия қилинган; спленэктомиядан кейинги иккинчи бемор, ингичка ичак ва диафрагма жароҳатини тикиш (геморрагик шокдан). Асосий гуруҳда V даражали талок жароҳатларини клиник кузатувларда учрамади.

Иккала гуруҳнинг клиник натижаларини қиёсий таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, умумий асоратлар сони асосий гуруҳда 6 (10,9±2,9%) ва назорат гуруҳида 8 (12,5±3,0%) ҳолатда қайд этилган (4-жадвал);

4-жадвал

Қиёсий гуруҳларда умумий асоратлар характери ва частотаси

Асоратлар	Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ	T – стьюдента
Пневмония	6 (9,4±2,7%)	5 (9,1±2,6%)	0,076
Реактив плеврит	2 (3,1±1,6%)	1 (1,8±1,2%)	0,650
Умумий	8 (12,5±3,0%)	6 (10,9±2,9%)	0,382

Назорат ва асосий гуруҳлардаги беморларни солиштирганда, назорат гуруҳидаги беморларда жарроҳлик асоратлари даражаси 20,3±3,7%, асосий гуруҳдаги беморларда эса 12,7±3,1% (t=1,584) ни ташкил этди (5 жадвал).

5-жадвал

Қиёсий гуруҳларда хирургик асоратларни характери ва частотаси.

Асоратлар	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	T – стьюдента
Жароҳат асоратлари	8 (12,5±3,0%)	4 (7,3±2,4%)	1,356
Қориничи қон кетиш	2 (3,1±1,6%)	1 (1,8±1,2%)	0,650
Ўткир панкреатит	2 (3,1±1,6%)	2 (3,1±1,7%)	-0,218
Динамик ичак тугилиши	1 (1,6±1,1%)	0	1,374
Умумий	13 (20,3±3,7%)	7 (12,7±3,1)	1,584

Назорат гуруҳидаги беморларга 2 та ҳолатда, асосий гуруҳидаги беморларга эса 1 та ҳолатда такрорий операциялар ўтказилди, бу мос равишда $3,1 \pm 1,6\%$ ва $1,8 \pm 1,2\%$ ҳолларда ифодаланган ($t=0,650$).

Назорат ва асосий гуруҳлардаги беморларнинг қиёсий натижалари 6-жадвалда келтирилган.

6-жадвал

Назорат ва асосий гуруҳлардаги беморларнинг қиёсий клиник натижалари

	Жарроҳлик асоратлари			Умумий асоратлар			Такрорий операциялар			Ўлим		
	Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ	т - Ст	Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ	т - Ст	Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ	т - Ст	Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ	т - Ст
I дар.	1 ($9,1 \pm 2,6\%$)	0	3450	1 ($9,1 \pm 2,6\%$)	0	3450	0	0	0	0	0	0
II дар.	4 ($14,3 \pm 3,2$)	1 ($3,8 \pm 1,8$)	2.852	2 ($7,1 \pm 2,4\%$)	1 ($3,8 \pm 1,8\%$)	1.119	0	0	0	1 ($3,6 \pm 1,7\%$)	0	2099
III дар.	3 ($23,1 \pm 3,9\%$)	2 ($18,2 \pm 3,5\%$)	0,935	2 ($15,4 \pm 3,3\%$)	2 ($18,2 \pm 3,5\%$)	-0,578	0	1 ($9,1 \pm 2,6\%$)	-3.450	2 ($15,4 \pm 3,3\%$)	1 ($9,1 \pm 2,6\%$)	1488
IV дар.	4 ($36,4 \pm 4,4\%$)	4 ($40 \pm 4,5\%$)	0,578	3 ($27,3 \pm 4,1\%$)	3 ($30 \pm 4,2\%$)	-0,466	1 ($9,1 \pm 2,6\%$)	0	3450	2 ($18,2 \pm 3,5\%$)	2 ($20 \pm 3,7\%$)	0,357
V дар.	1 (100 %)	0		0	0	0	1 (100%)	0		1 (100 %)	0	0
Жами	13 ($20,3 \pm 3,7\%$)	7 ($12,7 \pm 3,1\%$)	1584	8 ($12,5 \pm 3,0\%$)	6 ($10,9 \pm 2,9\%$)	0,382	2 ($3,1 \pm 1,6\%$)	1 ($1,8 \pm 1,2\%$)	0,650	6 ($9,4 \pm 2,7\%$)	3 ($5,5 \pm 2,1\%$)	1.157

Назорат гуруҳидаги ўлим ҳолатлари асосий гуруҳга қараганда 2 баравар кўп бўлиб, бу асосий гуруҳда 6 ($9,4 \pm 2,7\%$) ва асосий гуруҳда 3 ($5,5 \pm 2,1\%$) ҳолатни ташкил этди ($t=1,157$).

Шундай қилиб, консерватив ва жарроҳлик даволаш натижасида назорат гуруҳидаги 11 ($17,2 \pm 3,5\%$) беморда талоқ сақланиб қолди, бу асосий гуруҳдаги худди шу кўрсаткичдан 13 тага кам, яъни 24 ($43,6 \pm 4\%$) ҳолатда ($t=-4,630$) (6-жадвал.).

Бизнинг фикримизча, ўлим даражасида статистик жиҳатдан муҳим фарқнинг йўқлиги клиник кузатувлар сонининг этарли эмаслиги билан боғлиқ бўлиб, бу ўртача оғишнинг юқори бўлишига ёрдам беради. Бироқ, операциядан кейинги асоратлар частотасининг сезиларли даражада камайиши ва мутлақ ўлим даражасининг пасайиши биз таклиф қилаётган ишланмаларимизнинг клиник самарадорлигини баҳолашга имкон беради.

Шундай қилиб, олиб борилган тадқиқотлар талоқ жароҳатларини комплекс даволашда тактик ёндашувларни такомиллаштиришга имкон берди, бу охири-оқибатда беморларнинг бундай оғир гуруҳининг клиник натижаларини яхшилашга ёрдам берди. Қониқарсиз натижаларни танқидий таҳлил қилиш бизга асоратларнинг пайдо бўлишининг сабабларидан бири даволаш тактикасини танлашга дифференцилашган ёндашувнинг йўқлиги, талоқ ва бошқа қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиш даражасига қараб талоқ жароҳатларини даволаш бўйича мавжуд стандартларда жарроҳлик чораларининг йўқлиги деган хулосага келишимизга сабаб бўлди. Бизнинг илмий ишимиз ана шу муаммони ҳал қилишга қаратилган эди. Биз даволаш стратегиясини ишлаб чиқдик, унинг мақсади жарроҳлик тактикасини танлашга дифференциал ёндашув орқали талоқ жароҳати билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш эди, шунингдек, талоқ жароҳатларини

даволаш чораларининг оптимал алгоритмини ишлаб чиқдик ва таклиф қилдик. пировардида ушбу тоифадаги беморларни даволашнинг клиник натижалари яхшиланди, реабилитация вақтини тезлаштирди ва ўлим ҳолатларини камайтирди.

ХУЛОСА

1. Талоқ жароҳатларини даволаш усулини танлашда анъанавий ёндашув билан спленэктомияларнинг частотаси 82,8% ни ташкил этди, операциядан кейинги асоратлар улуши 20,3% ни ташкил этди ва 9,4% ҳолларда ўлим қайд этилди. Қониқарсиз натижаларни танқидий таҳлил қилиш, энг кўп учрайдиган сабаблар, минимал инвазив аралашувлар имкониятларини ҳисобга олган ҳолда, талоқнинг шикастланиш даражасига қараб даволаш чораларининг мақбул алгоритмининг йўқлиги эканлигини аниқлашга имкон берди; беморнинг умумий аҳволининг оғирлигига ва спленэктомияларнинг юқори частотасига қараб жарроҳлик аралашувининг ўзига хос кўрсаткичларининг йўқлиги.

2. Клиник амалиётга талоқ жароҳатларида цианоакрилат клейи ёрдамида паренхиматоз қон кетишини тез ва доимий тўхтатиш методини қўллаш туфайли лапароскопик операцияларга кўрсатмаларни кенгайтирди ва қориннинг ёпик жароҳатларида уларнинг самарадорлигини сезиларли даражада оширди.

3. Талоқ артериясининг сурункали эмболизацияси, қон оқимининг тезлиги ва талоққа қон оқимининг ҳажмининг пасайиши туфайли II ва III даражали талоқ шикастланишларида консерватив терапия самарадорлигини оширишга имкон берди; деярли барча ҳолларда қорин орти соҳаси гематоманинг ривожланиши билан кечадиган талоқ шикастланишининг IV ва V оғирлиги ҳолатларида талоқ артериясининг ўткир эмболизациясидан фойдаланиш артерия тромбозининг ривожланишига ёрдам берди, бу эса спленэктоми пайтида интраоперацион қон кетиш ҳажми ва частотани камайтиришга имкон берди.

4. Талоқнинг “икки моментли” ёрилишини прогноз қилиш усули, бу беморни касалхонага ётқизиш пайтида ва 30 мм.сим.уст.дан ортиқ даволаш пайтида қон босими қийматларидаги фарқни аниқлашни ўз ичига олади; қорин ичи босимининг 20 мм.сим.уст дан ортиқ ошиши ва юқори систолик қон оқими тезлигининг периферик қаршилик индексига нисбати қиймати 200 дан ортиқ, белгиланган мезонлар сонининг мавжудлигига қараб, талоқнинг “икки моментли” ёрилишини ривожланиш хавфини аниқлашга имкон беради ва керакли даволаш чора тадбирларни ўз вақтида амалга ошириш бизга клиник натижаларни яхшилаш имконини беради.

5. Беморлар аҳволининг оғирлигига қараб талоқ жароҳатларини даволаш тактикасини танлашга таклиф этилаётган дифференциал ёндашув операциядан кейинги асоратларни 20,3% дан 12,7% гача, операциядан кейинги ўлимни кўрсаткичини 9,4% дан 5,5% гача камайтириш имконини берди ва спленэктомиялар даражасини 82,8% дан 56,4% гача сезиларли даражада камайтиради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
ПРИ АНДИЖАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ
ИНСТИТУТЕ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ЖУМАНАЗАРОВ АЗИЗБЕК УЛУГБЕКОВИЧ

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАХ СЕЛЕЗЕНКИ

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

Андижан – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан за № B2021.1.PhD/Tib1751.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.adti.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziynet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель:	Хакимов Мурод Шавкатович доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Махмудзода Фаррух Исроил доктор медицинских наук, профессор Касимов Адхам Лутфуллаевич доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	Самаркандский государственный медицинский университет

Защита состоится «__» _____ 2025 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте по присуждению ученых степеней (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижанский государственный медицинский институт).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за №__). Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2025 года.
(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2025 года).

М.М. Мадазимов

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

М.Ф. Нишанов

Ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Б.Р. Абдуллажанов

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Несмотря на бурное развитие медицинской науки и технологий, вопросы диагностики и лечения травм селезенки остаются одной из сложных проблем современной ургентной хирургии. В абдоминальной хирургии открытые и закрытые травмы селезенки зачастую отличаются тяжелой кровопотерей и занимают одно из первых мест среди повреждений органов брюшной полости. Среди паренхиматозных органов брюшной полости селезенка является наиболее травмируемым органом. Разрывы этого органа встречаются у 20–25% пострадавших с травмой живота. В структуре травмы преобладают закрытые повреждения – от 47% до 92%; при этом частота повреждений при открытых повреждениях достигает 20%, летальность составляет от 18 до 41,8%. Строение селезенки, хрупкость ее паренхимы обуславливают значительное кровотечение даже при небольших повреждениях капсулы и делают невозможным достижение надежного гемостаза, вследствие чего хирургическое лечение поврежденного органа в большинстве случаев заканчивается удалением ее. Вместе с тем, вопрос о сохранении селезенки активно обсуждается в литературе. Однако до сих пор неясно, какая тактика лечения предпочтительна в зависимости от вида повреждения и общего состояния больного.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться исследования по разработке новых способов робот-ассистированных и лапароскопических резекции селезенки, изучается влияние ранней артериальной фазы визуализации с помощью мультidetекторной КТ на клинические результаты у пациентов с тупыми травмами селезенки, а также, диагностическая ценность жидкостной биопсии и ультразвуковой исследовании с контрастным усилением для оценки сложности тупой травмы и повреждения селезенки, проводится ретроспективное когортное исследование на основе регистра TraumaRegister DGU для определения эффективности ангиоэмболизации у пациентов с тупой травмой селезенки, разрабатывается лечебная тактика при повреждении селезенки во время колоноскопии и бариатрических операций.

Современные аспекты развития отечественного здравоохранения включают множество мер, направленных на улучшение результатов лечения травм селезенки за счет внедрения современных принципов и методов диагностики и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг¹. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения больных с посттравматическими повреждениями селезенки путем совершенствования тактических и

¹Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов

технических подходов, является одним из наиболее актуальных направлений неотложной хирургии и медицины в целом, что обусловлено высокой медицинской и социальной значимостью этой патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года и «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлениям Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» за № ПП-5198 от 26 июля 2021 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Повреждения селезенки являются одним из самых распространенных клинических ситуаций. Среди травматических повреждений встречаемость абдоминальных травм с поражением внутренних органов составляет в среднем 1,5–5%, при этом большинство из них приходится на травматические повреждения селезенки, что составляет от 10 до 50% (Kuwahara J.T., 2020; Padia S.A., 2020). В нашей Республике частота травм селезенки составляет 20-25% от общего числа операций в экстренной абдоминальной хирургии при травмах органов брюшной полости (Хаджибаев А.М., 2021; Хаджибаев Ф.А., 2022). Травматические повреждения селезенки в большей части случаев встречаются среди лиц трудоспособного возраста, чаще у мужчин – до 70%, что обуславливает актуальность и необходимость совершенствованию существующих методов диагностики и лечения, способствующих сохранению жизни пациентов и обеспечения её достойного качества (Гаврищук Я.В., 2019; Teuben M., 2019).

Лечение повреждений селезенки в основном хирургическое – спленэктомия, органосохранные методы оперативного вмешательства, также используется консервативный метод, который заключается в проведении наблюдения за пациентом в динамике, возможности проведения эмболизации селезеночной артерии (Бесов В.А., 2017; Olthof D.C., 2020). Выбор методов лечения травм селезенки зависит от определения степени её поражения, при этом консервативная терапия может проводиться в основном при начальных стадиях (I и II степени) (Александров В.В., 2021; Самохвалов И.М., 2023; Рева В.А., 2025). До сегодняшнего дня остаются открытыми вопросы проведения оперативного, либо консервативного ведения пациентов в результате травматических поражений селезенки. Спленэктомия остается одним из вмешательств, являющийся наиболее простым и надежным

способом с целью достижения гемостаза при разрывах и гематомах (Линев К.А., 2016; Агеева А. А., 2022). Более чем в 95% наблюдениях выполняется спленэктомия и лишь около в 5% случаях хирурги прибегают к органосохраняющим хирургическим вмешательствам (Нишанов Ф.Н., 2019; Хакимов М.Ш., 2020). Ангиоэмболизация селезеночной артерии является одним из малоинвазивных методов лечения, которую проводят при травме селезенки. Этот метод является как диагностическим, так и лечебным (Ruangvoravat L., 2024; Roh S., 2024). Несмотря на это, процедура имеет некоторые недостатки: она не обеспечивает полноценного спасения селезенки, не всегда позволяет определить наличие сосудистых аномалий, затрудняя проведение селективной эмболизации (Alomar Z., 2024; Zubaidah A., 2024; Follette C., 2024). Развитие лапароскопической хирургии способствовало поиску замены традиционных методов соединения разрезанных тканей швами, сшивающими скобами, которые значительно ускоряют и упрощают техническое сопровождение лапароскопических вмешательств. Согласно многочисленным исследованиям, альтернативой использования могут быть адгезивные вещества, обеспечивающие плотное сцепление ткани (Одишелашвили Г.Д., 2023; Липатов В.А., 2023). Цианоакрилатный клей получил большую популярность в связи с высокими адгезивными свойствами различных материалов. Но применения этого клея с целью сохранения органа при травмах селезенки требует дальнейших исследований.

Проведённый анализ литературных данных показал, что несмотря на предпринимаемые усилия и внедрение различных способов диагностики и лечения травм селезенки летальность при этих состояниях не снижается ниже 6-7%, согласно прогнозам, травматизм имеет тенденцию к росту, что обуславливает актуальность проблемы и поиск путей её оптимального разрешения. До сих пор неясно, какая тактика лечения предпочтительна в зависимости от вида повреждения и общего состояния больного при травме селезенки, не выработан четкий лечебно-диагностический алгоритм ведения больных, не определены показания к применению определенных диагностических мероприятий в зависимости от характера повреждения, состояния пострадавшего, наличия сочетанных повреждений и т.д. Все вышеизложенное представляет большой научный и практический интерес, что и побудило к проведению научного исследования.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии по проекту №01.07. 0069 «Разработка передовых технологий в диагностике, лечении и профилактике хирургических заболеваний человека» (2022-2024 гг.).

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с посттравматическими повреждениями селезенки путем совершенствования

тактических и технических подходов при абдоминальных травмах.

Задачи исследования:

оценить эффективность традиционного подхода к хирургическому лечению травм селезенки и определить основные причины неудовлетворительных результатов;

разработать методику локального гемостаза и определить клиническую эффективность цианакрилатного клея при травмах селезенки;

внедрить в клиническую практику методы эмболизации селезеночной артерии в хирургическом лечении травм селезенки;

разработать систему прогнозирования «двухмоментного» разрыва селезенки;

предложить оптимальный алгоритм лечебных мероприятий при травмах селезенки и в сравнительном аспекте изучить эффективность разработанного комплекса лечебных мероприятий.

Объектом исследования явились 119 больных с травмами селезенки, находившиеся на стационарном лечении в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в отделении экстренной хирургии за период с 2010 по 2021 годы.

Предметом исследования составляет анализ эффективности существующей лечебной тактики при травмах селезенки с определением конкретных причин неудовлетворительных результатов, а также улучшение результатов лечения данной категории пациентов с использованием усовершенствованных подходов.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использовались общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследований заключается в следующем:

обосновано, что местное применение цианакрилатного клея для восстановления целостности капсулы селезенки при ее повреждениях обеспечивает надежный гемостаз и сохранение органа;

уточнены показания к острой или хронической эмболизации селезеночной артерии в зависимости от тяжести повреждения селезенки и состояния гемодинамики больного;

разработана методика прогнозирования «двухмоментного» разрыва селезенки на основании определения градиента артериального давления, показателем внутрибрюшного давления, а также отношения пиковой систолической скорости кровотока к индексу периферического сопротивления;

доказана клиническая эффективность усовершенствованного тактического подхода, характеризующегося хирургическим лечением повреждений селезенки с учетом их тяжести, гемодинамических показателей и оптимизации выбора вида гемостаза.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

определено, что применение цианакрилатного клея с гемостатической

целью при травмах селезенки позволяет достичь положительного результата благодаря высокому уровню соединения тканей селезенки и создания оптимальных условий для механического гемостаза и увеличивает частоту сохранения селезенки;

установлено, что выполнение хронической эмболизации селезеночной артерии позволяет повысить эффективность консервативной терапии при II и III степенях травм селезенки, применение острой эмболизации селезеночной артерии позволяет снизить частоту и объем интраоперационной кровопотери при IV и V степени тяжести травмы селезенки;

доказано, что применение разработанного способа прогнозирования «двухмоментного» разрыва селезенки позволяет с высокой степенью вероятности определить возможность развития данной клинической ситуации;

обоснована клиническая эффективность разработанного алгоритма лечебных мероприятий при травмах селезенки позволяющий дифференцированно подходить к выбору объема хирургического вмешательства и способа интраоперационного гемостаза в зависимости от тяжести состояния больного.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением методологических подходов. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в расширение существующих представлений о способах гемостаза и выбор тактики при лечении травм селезенки, а также, механизмов “двухмоментного” разрыва селезенки на основании определения градиента артериального давления, показательной внутрибрюшного давления, а также отношения пиковой систолической скорости кровотока к индексу периферического сопротивления.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что рекомендованный комплекс тактических и технических подходов позволил улучшить результаты хирургического лечения при абдоминальных травмах, статистически достоверно снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности, улучшить качество жизни пациентов, а также разработанная система оценки тяжести больных с травмами селезенки, предложенный алгоритм лечебной тактики позволили оптимизировать процесс выбора тактики хирургического лечения, снизить частоту и тяжесть послеоперационных осложнений.

Внедрение результатов исследования. На основании результатов научных исследований по улучшению результатов лечения больных с

посттравматическими повреждениями селезенки:

разработаны методические рекомендации «Выбор метода хирургического лечения повреждений селезенки» (утверждена Экспертным советом Ташкентской медицинской академии №08-24/358 от 22.08.2024 года). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать процесс выбора тактики хирургического лечения, а также своевременно выполнить лечебные мероприятия, направленные на предупреждение «двухмоментного» разрыва селезенки, которые способствовали улучшению клинических результатов лечения данной категории больных.

полученные научные результаты внедрены в практическое здравоохранение, в частности, в практику Ташкентской городской клинической больницы экстренной медицинской помощи и Янгиюльского районного медицинского объединения Ташкентской области (заклучения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №08/69 от 13.11.2024 года). Внедрение результатов исследования в клиническую практику обеспечило уменьшить частоты послеоперационных осложнений с 20,3% до 12,7%, послеоперационной летальности – с 9,4% до 5,5% и достоверно повысит частоты сохранения селезенки с 17,2% до 43,6% случаев.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях в том числе на 2 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 6 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 132 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе диссертационной работы «Актуальные вопросы хирургии травм селезенки» приведен обзор современной литературы. В главе приведены статистические и эпидемиологические данные по травмам селезенки, подробно описаны функции селезенки и роль данного органа в обеспечении жизнедеятельности организма, приведена информация о современных диагностических подходах, тактике лечения травм селезенки. В

виде отдельной подглавы приведены литературные сведения о возможностях использования цианоакрилатного клея в хирургической практике.

Проведен критический анализ современной отечественной и зарубежной литературы с указанием дискуссионных и нерешенных вопросов, требующих дальнейшего изучения и разработки новых подходов к решению проблем травм селезенки.

Во второй главе «Общая характеристика клинического материала и методы исследований» детально изучены результаты обследования и хирургического лечения 119 пациентов с травмой селезенки, которые находились на стационарном лечении и были подвергнуты различным хирургическим вмешательствам в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2010 по 2021 годы.

Все больные были разделены на две группы: контрольная – 64 пациентов, поступивших в период с 2010 по 2015 годы и основная – 55 больных, обратившихся за хирургической помощью в 2016-2021 годы. Подобное деление связано с различными подходами к лечению по мере обработки и совершенствования лечебных мероприятий.

В контрольной группе использована стандартная тактика лечения при травмах селезенки. В основной группе объем хирургического вмешательства, тактика ведения больных и методы обследования осуществлялись по предложенному алгоритму.

Причинами развития травм селезенки были высотная, бытовая, производственная травмы. Наиболее чаще травмы селезенки развивались в результате дорожно-транспортных происшествий (табл. 1.).

Таблица 1.

Распределение травм селезенки по причинам их возникновения

Характер перенесенной операции	Контрольная группа		Основная группа	
	Кол-во	В %	Кол-во	В %
Высотная травма	10	15,6%	11	20,0%
Бытовая травма	12	18,8%	8	14,5%
Производственная травма	11	17,2%	9	16,4%
Автотравма	31	48,4%	27	49,1%

С целью выбора оптимальной лечебно-диагностической тактики для оказания неотложной хирургической помощи пациентам с травмами селезенки важное значение имеет объективная оценка тяжести повреждения и характера травмы живота. Для этого была использована классификация травм селезенки, разработанная Американской ассоциацией хирургов-травматологов (AAST). По характеру повреждения количество больных с изолированными повреждениями были практически идентичны количеству пациентов с сочетанными повреждениями. Среди наблюдавшихся больных наиболее чаще отмечены случаи повреждения I и II степеней (табл. 2.).

Методы исследования больных включали в себя проведение общего

анализа крови и мочи, определение группы крови и коагулограммы, а также биохимические исследования крови. Инструментальные исследования включали в себя ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, УЗДГ, обзорную рентгенографию грудной и брюшной полостей, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ангиографию и диагностическую лапароскопию.

Таблица 2.

Распределение больных с травмами селезенки по степени поражения

Степень тяжести	Изолированное поражение		Сочетанное поражение	
	Контрольная	Основная	Контрольная	Основная
I ст.	8 (12,5%)	6 (10,9%)	3 (4,7%)	2 (3,6%)
II ст.	15 (23,4%)	15 (27,3%)	13 (20,3%)	11 (20,0%)
III ст.	5 (7,8%)	5 (9,0%)	8 (12,5%)	6 (10,9%)
IV ст.	1 (1,5%)	-	10 (15,6%)	10 (18,2%)
V ст.	0	-	1 (2,8%)	-
Всего	29	26	35	29

В третьей главе «Клиническая оценка эффективности традиционного подхода в хирургическом лечении травм селезенки» представлены результаты лечения больных в контрольной группе.

Пациенты, поступившие в клинику с повреждениями I степени тяжести, получали лечение в зависимости от стабильности своего состояния. Консервативное лечение проводилось пациентам в стабильном состоянии с изолированным повреждением селезенки или при его сочетании с травмами органов брюшной полости и забрюшинного пространства при объеме гемоперитонеума не более 300 мл. Из 11 пациентов контрольной группы 8 больных были с изолированным повреждением селезенки, а 3 - с сочетанными повреждениями. Среди пациентов с изолированным повреждением селезенки 2 были в стабильном состоянии и без симптомов раздражения брюшины, им было проведено консервативное лечение. Еще 2 пациентам была проведена коагуляция селезенки, одному лапароскопическим способом. В 4 наблюдениях выполнена спленэктомия.

Среди пациентов с сочетанными повреждениями селезенки, у 2 был диагностирован разрыв печени. Первому пациенту была проведена коагуляция селезенки с ушиванием раны печени. Второму открытым способом была проведена спленэктомия и коагуляция разрыва печени. Диагноз третьего пациента сочетал в себе повреждение селезенки с разрывом брыжейки тонкого кишечника. Ему так же была проведена спленэктомия и ушивание раны брыжейки тонкого кишечника открытым методом.

Среди всех пациентов, госпитализированных с I степенью тяжести повреждений, селезенку удалось сохранить 5 больным, осложнения наблюдались у 2 пациентов: у одного развилось раневое осложнение, у второго - послеоперационная пневмония. Летальных случаев не отмечено.

С повреждениями селезенки II степени тяжести в клинику поступили 28 больных, среди которых в 15 наблюдениях были диагностированы

изолированные повреждения, а у 13 пациентов - сочетанные повреждения селезенки. При изолированном повреждении селезенки 1 больному была проведена коагуляция селезенки открытым методом; 1 пациенту, гемоперитонеум которого превышал 300 мл, была проведена аппликация Тахокомбом лапароскопическим методом; 2 больным выполнено ушивание раны селезенки; 11 пациентам осуществлена спленэктомия.

Среди 13 больных, поступивших в клинику с сочетанными повреждениями селезенки, у 7 из них был диагностирован разрыв печени. В 1 случае была проведена аппликация ранения селезенки Тахокомбом и ушивание раны печени. Еще 1 пациенту было проведено тампонирование раны сальником на ножке и ушивание раны печени. 2 больным произведена спленэктомия и коагуляция раны печени. Еще 3 пациентам была произведена спленэктомия с ушиванием раны печени.

В 1 наблюдении разрыв селезенки сочетался с разрывом брыжейки тонкого кишечника, ему была проведена спленэктомия с ушиванием брыжейки тонкого кишечника. В 1 случае отмечен разрыв тонкого кишечника (выполнена спленэктомия с ушиванием раны тонкого кишечника); у 1 больного отмечен разрыв тела поджелудочной железы без повреждения её протока (проведена спленэктомия с дренированием сальниковой сумки); у 1 пациента наблюдался повреждение селезенки с разрывом тонкого кишечника и диафрагмы (осуществлена спленэктомия с ушиванием ран тонкого кишечника и диафрагмы); в 1 наблюдении диагностирован разрыв печени, забрюшинная гематома и разрыв тонкого кишечника (произведена спленэктомия, ушивание ран печени и тонкого кишечника); у 1 больного отмечен разрыв хвоста поджелудочной железы, забрюшинная гематома и разрыв почки (выполнена спленэктомия, дистальная резекция поджелудочной железы и нефрэктомия).

В целом, при II степени тяжести 6 пациентам селезенка была сохранена, у 6 больных были диагностированы общие (в 1 случае пневмония, в 1 наблюдении реактивный плеврит) и хирургические (динамическая непроходимость кишечника у 1 пациента, 1 случай острого панкреатита и в 2 наблюдениях раневые осложнения). Летальность была отмечена в 1 случае у больного, поступившего с повреждением селезенки в сочетании с разрывом хвоста поджелудочной железы, забрюшинной гематомой и разрывом почки. После проведенного хирургического вмешательства в послеоперационном периоде через 2 часа развился острый инфаркт миокарда.

С повреждениями селезенки III степени тяжести в клинику поступили 13 пациентов, 5 из них с изолированными, 8 - с сочетанными повреждениями селезенки.

Всем больным, поступившим с изолированным повреждением селезенки, была проведена спленэктомия.

Среди пациентов, у которых было диагностировано сочетанное повреждение селезенки, у 4 был диагностирован разрыв печени. 3 из них была проведена спленэктомия с ушиванием раны печени, а 1 пациенту

выполнили спленэктомию с коагуляцией раны печени. У 1 больного травма селезенки сочеталась с разрывом печени и тонкого кишечника. Ему была проведена спленэктомия, ушивание ран печени и тонкого кишечника. В 1 наблюдении повреждение селезенки сочеталось с отрывом брыжейки тонкого кишечника и разрывом диафрагмы. Этому пациенту было проведено спленэктомия, резекция тонкого кишечника с энтеро-энтероанастомозом по типу “бок в бок” и ушивание разрыва диафрагмы. Еще у 1 пациента отмечен разрывом тела поджелудочной железы без повреждения протока, разрыв брыжейки тонкого кишечника с забрюшинной гематомой. Ему была выполнена спленэктомия, ушивание брыжейки тонкого кишечника и дренирование сальниковой сумки. У 1 больного наблюдался разрыв печени и почки с развитием забрюшинной гематомы. Пациенту была проведена спленэктомия, ушивание раны печени и нефрэктомия.

В данной группе больных, поступивших в клинику с повреждениями селезенки III степени тяжести, селезенку сохранить не удалось ни в одном случае. В послеоперационном периоде в 2 наблюдениях отмечены раневые осложнения, у 1 пациента развился острый посттравматический панкреатит, в 2 случаях послеоперационный период осложнился пневмонией. Во всех наблюдениях проведены дополнительные консервативные мероприятия и необходимости в дополнительной хирургической коррекции не отмечено.

Было отмечено 2 летальных случая. Один больной скончался после операции после спленэктомии и ушивания раны печени через 3 часа из-за геморрагического шока. Второй случай летальности так же произошел из-за геморрагического шока через 6 часов после операции после спленэктомии, ушивания раны печени и нефрэктомии.

С IV степенью тяжести повреждения селезенки в клинику поступили 11 пациентов. Из них с изолированным повреждением селезенки был госпитализирован один больной, а с сочетанными повреждениями - 10 пациентов. Больному с изолированным повреждением селезенки была проведена спленэктомия.

При сочетанном поражении у 5 пациентов отмечен разрыв печени. Всем выполнена спленэктомия с ушиванием раны печени. У одного больного повреждение селезенки сочеталось с разрывом печени и забрюшинной гематомой, по поводу чего ему была проведена спленэктомия с ушиванием раны печени. В 1 наблюдении был разрыв толстого кишечника, было выполнена спленэктомия и ушивание раны толстого кишечника. В 1 случае травма селезенки сочеталась с разрывом брыжейки тонкого кишечника. Кроме спленэктомии, ему было проведено ушивание брыжейки тонкого кишечника. У одного пациента было диагностирован разрыв печени и диафрагмы и отрывом желчного пузыря от ложа. Ему были удалены селезенка и желчный пузырь, а также проведено ушивание раны печени и диафрагмы. Последний пациент с сочетанным повреждением IV степени поступил с разрывами стенки желудка и тела поджелудочной железы и забрюшинной гематомой. Ему была проведена спленэктомия, ушивание раны

желудка и дренирование сальниковой сумки.

В целом, при IV степени тяжести травмы селезенки выполнить органосохраняющую операцию не удалось ни в одном наблюдении.

В послеоперационном периоде у 3 больных отмечены раневые осложнения, в 1 случае развилось внутрибрюшное кровотечение после выполнения спленэктомии и ушивания раны печени на фоне забрюшинной гематомы, что потребовало выполнения повторной операции, источником кровотечения которого явилась культя селезеночной артерии.

Среди общих осложнений наблюдалось пневмония (2 случая) и реактивный плеврит (у 1 пациента), что потребовало выполнения пункции плевральной полости.

Летальных случаев было 2. Первый летальный исход был отмечен у пациента после спленэктомии и ушивания раны печени из-за геморрагического шока. Второй больной скончался через 8 часов после спленэктомии, ушивания ран печени, диафрагмы и холецистэктомии в результате прогрессирования геморрагического шока.

С V степенью тяжести повреждения в клинику доставлен 1 пациент, у которого наряду с повреждением селезенки наблюдался разрывы печени, поджелудочной железы и забрюшинная гематома. Больному проведена спленэктомия, резекция 3-4 сегментов печени и дренирование сальниковой сумки. Через 8 часов после операции у пациента наблюдалось хирургическое осложнение в виде внутрибрюшного кровотечения, по поводу которого он был вновь оперирован. Кровотечение было остановлено, но пациент скончался от геморрагического шока.

В контрольной группе, после проведения стандартного лечения, селезенка была сохранена у 11 (17,2%±3,5%) пациентов. Всего осложнения наблюдались у 21 (32,3%±4,0%) пациента, из которых хирургических осложнений было 13 (20,3%±3,7%), а общих 8 (12,5%±3,0), летальность была зафиксирована у 6 (9,4%±2,7%) пациентов (табл. 3.).

Таблица 3.

Характер и частота послеоперационных осложнений в контрольной группе

Осложнения	Кол-во	В %
Раневые осложнения	8	12,5%±3,0%
Внутрибрюшное кровотечение	2	3,1%±1,6%
Острый панкреатит	2	3,1%±1,6%
Динамическая непроходимость	1	1,6%±1,1%
Пневмония	6	9,4%±2,7%
Реактивный плеврит	2	3,1%±1,6%

Полученные нами результаты показали ряд недостатков, что позволило наметить пути разрешения данной проблемы. Так удаление селезенки, как жизненно важного органа в ближайшем будущем может привести к неблагоприятному последствию и снижать качество жизни пациентов.

Глава содержит общие принципы традиционного лечения травм селезенки и результаты лечения группы больных с традиционным лечением.

Выявлены недостатки в диагностике и тактике лечения больных с травмой селезенки. Анализ клинических результатов хирургического лечения в контрольной группе показал, что количество общих осложнений наблюдалось у 12,5% больных, а летальность отмечено у 9,4% пациентов.

Изучение причин неудовлетворительных результатов традиционного комплексного хирургического лечения травмы селезенки позволил выявить ряд причин:

1. Отсутствует оптимального алгоритма лечебных мероприятий в зависимости от степени поражения селезенки с учетом возможностей малоинвазивных вмешательств.

2. Отсутствуют конкретные показания к объему оперативного вмешательства в зависимости от тяжести общего состояния больного.

3. Высокая частота спленэктомий и отсутствие дифференцированного подхода к выбору тактики оперативного лечения, привело к высокой частоте осложнений в раннем и позднем послеоперационном периодах (32,3%) и летальности (9,4%).

В настоящий момент нет единых протоколов диагностики и лечения повреждений органов брюшной полости у пострадавших при травмах селезенки. Отсутствие единого подхода к оценке тяжести состояния пациентов, выбору хирургической тактики, методам до- и послеоперационного ведения оставляют высокие показатели летальности и инвалидизации в группе пациентов с абдоминальной травмой, тяжесть которых обусловлена множественными повреждениями и трудностью их диагностики. Все эти моменты явились ключевым в наших исследованиях и обосновали целесообразность проведения новых исследований.

В четвертой главе «Усовершенствование тактических и технических подходов в лечении травм селезенки» представлены усовершенствованные нами подходы в лечении травм селезенки.

Применение цианакрилатного клея при лечении травм селезенки. Особенность его применения заключается в том, что цианакрилатный клей отличается высоким уровнем склеивания разных поверхностей. Техника использования цианакрилатного клея при травмах селезенки:

1. В шприце смешиваем 2 мл физиологического раствора и цианакрилатного клея в соотношении 1:2.

2. Данным раствором проводим аппликацию зоны травмы селезенки путем орошения поврежденного участка.

3. Через 10-15 секунд на раневой поверхности селезенки образуется плотная пленка из цианакрилатного клея, которая позволяет достичь надежного гемостаза.

При лапароскопических операциях цианакрилатный клей вводят по следующей схеме:

1. В шприце смешиваем 2 мл физиологического раствора и цианакрилатного клея в соотношении 1:2.

2. Силиконовый дренаж (5 мм) вводится через 5 мм троакар.

3. Трояк подводится к зоне травмы селезенки и через 2 мм просвет силиконового дренажа вводится цианакрилатный клей. Герметичность 5 мм дренажа обеспечивается путем ее obturation специально расширенным участком на конце 2 мм дренажа (рис. 1.).



Рис. 1. Необходимый набор для проведения гемостаза путем использования цианакрилатного клея.

Способ прогнозирования двухмоментного разрыва селезенки. Для прогнозирования двухмоментного разрыва селезенки и выбора дальнейшей лечебной тактика нами разработан способ его прогнозирования. Критериями риска развития данного осложнения были следующие показатели:

1. Разница в значениях артериального давления при поступлении пациента в стационар и на фоне проведенной интенсивной терапии более 30 мм.рт.ст.

2. Показатель внутрибрюшного давления более 20 мм.рт.ст. (это соответствует 3 степени абдоминальной гипертензии по данным Всемирного Сообщества по изучению интраабдоминальной гипертензии – (World Society of the Abdominal Compartment Syndrome)).

3. Значение коэффициента отношения пиковой систолической скорости кровотока ПСС (см/с) к индексу периферического сопротивления (ИПС), равному более 200 (рис. 2.).



Рис. 2. Определение коэффициента пиковой систолической скорости кровотока ПСС к индексу периферического сопротивления (ИПС).

При наличии двух и более вышеуказанных критериев прогнозировали высокий риск развития двухмоментного разрыва селезенки.

Одним из перспективных направлений гемостаза при повреждениях селезенки является эмболизация основного ствола селезеночной артерии. Этот прием позволит остановить кровотечение сохранив при этом орган.

В нашей работе при повреждениях селезенки нами были обоснованы показания к применению острой и хронической эмболизации селезеночной артерии в хирургическом лечении травм селезенки.

Острая эмболизация селезеночной артерии производилась при повреждениях селезенки IV и V степени тяжести и стабильной гемодинамике в предоперационном периоде с целью уменьшения и предупреждения массивной интраоперационной кровопотери, так как у пациентов с такой степенью тяжести повреждений селезенки процесс осложняется гематомой забрюшинного пространства.

При II и III степенях тяжести повреждения селезенки и стабильной гемодинамике больного выполняли хроническую эмболизацию селезеночной артерии с целью гемостаза, повышения эффективности проводимых локальных мер гемостаза за счет снижения интенсивности кровотечения.

На основании проведенных исследований нами разработан лечебный алгоритм при травмах селезенки в зависимости от степени тяжести и состоянии гемодинамики.

Тактика лечения пациентов с повреждениями селезенки I степени тяжести заключается в следующем:

При стабильном состоянии, если симптомов раздражения брюшины нет, а также при изолированном поражении селезенки или сочетании с травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующего экстренного хирургического вмешательства лечебная тактика заключается:

- При объеме гемоперитонеума до 300 мл - лечение консервативное;

- При нарастании гематомы и/или увеличения свободной жидкости в брюшной полости – выполняются лапароскопическая электрокоагуляция селезенки;

- При гемоперитонеуме более 300 мл – выполняются лапароскопическая коагуляция;

При прогнозировании возможности двухмоментного разрыва – лапароскопическая электрокоагуляция либо хроническая эмболизация селезеночной артерии.

При стабильном состоянии, если положительные или сомнительные симптомы раздражения брюшины, лечебная тактика включает:

Диагностическая лапароскопия. При изолированном поражении селезенки или сочетании с травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующего экстренного хирургического

вмешательства - лапароскопическая коагуляция;

-При сочетании с травматическим повреждением других органов брюшной полости и забрюшинного пространства - Электрокоагуляция селезенки + дополнительные хирургические вмешательства.

При нестабильном состоянии, если симптомов раздражения брюшины нет, лечебная тактика включает:

Диагностическая лапароскопия. При изолированном поражении селезенки или сочетании с травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующего хирургического вмешательства – лапароскопическая коагуляция селезенки.

При нестабильном состоянии, когда симптомы раздражения брюшины положительные или сомнительные лечебная тактика включает:

Диагностическая лапароскопия. При изолированном поражении селезенки или сочетании с травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующего экстренного хирургического вмешательства - лапароскопическая коагуляция селезенки;

-При сочетании с травматическим повреждением других органов брюшной полости и забрюшинного пространства - Электрокоагуляция селезенки + дополнительные хирургические вмешательства.

Тактика лечения пациентов с повреждениями селезенки II степени тяжести заключается в следующем:

При стабильном состоянии, а также отсутствии симптомов раздражения брюшины:

При изолированном поражении селезенки или сочетании с травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующего экстренного хирургического вмешательства лечебная тактика заключается:

- При объеме гемоперитонеума до 300 мл – Хроническая эмболизация селезеночной артерии + лечение консервативное (рис. 3.);



Рис. 3. Хроническая эмболизация селезеночной артерии (а - до эмболизации, б - после эмболизации).

- При нарастании гематомы и/или увеличения свободной жидкости в брюшной полости – лапароскопическая электрокоагуляция селезенки или аппликация цианакрилатным клеем;

- При гемоперитонеуме более 300 мл – лапароскопическая коагуляция селезенки или аппликация цианакрилатным клеем.

При стабильном состоянии и наличии положительных или сомнительных симптомов раздражения брюшины лечебная тактика заключается:

Диагностическая лапароскопия. При изолированном повреждении - лапароскопическая коагуляция селезенки или аппликация цианакрилатным клеем;

При сочетанных - Электрокоагуляция селезенки или аппликация цианакрилатным клеем и дополнительные хирургические вмешательства.

При нестабильном состоянии, если симптомов раздражения брюшины нет, лечебная тактика включает:

Диагностическая лапароскопия. При изолированном поражении селезенки или сочетании с травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующего экстренного хирургического вмешательства лечебная тактика заключается – лапароскопическая коагуляция селезенки или аппликация цианакрилатным клеем.

При нестабильном состоянии и положительных или сомнительных симптомах раздражения брюшины:

Диагностическая лапароскопия. При изолированном поражении селезенки или сочетании с травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующего экстренного хирургического вмешательства лечебная тактика заключается - лапароскопическая коагуляция селезенки или аппликация цианакрилатным клеем;

При сочетании с травматическим повреждением других органов брюшной полости и забрюшинного пространства - электрокоагуляция селезенки или аппликация цианакрилатным клеем + дополнительные хирургические вмешательства.

Тактика лечения пациентов с повреждениями селезенки III степени тяжести заключается в следующем:

При стабильном состоянии, а также отсутствии симптомов раздражения брюшины: При изолированном поражении селезенки или сочетании с травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующего экстренного хирургического вмешательства выполняется – хроническая эмболизация селезеночной артерии + лапароскопическая аппликация селезенки цианакрилатным клеем.

При стабильном состоянии и наличии положительных или сомнительных симптомах раздражения брюшины лечебная тактика заключается:

Диагностическая лапароскопия. При изолированном поражении селезенки или сочетании с травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующего экстренного хирургического вмешательства - лапароскопическая аппликация селезенки цианакрилатным клеем; При сочетании с травматическим повреждением

других органов брюшной полости и забрюшинного пространства - аппликация селезенки цианакрилатным клеем + дополнительные хирургические вмешательства.

При нестабильном состоянии, если симптомов раздражения брюшины нет, лечебная тактика включает:

Диагностическая лапароскопия. При изолированном поражении селезенки или сочетании с травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующего хирургического вмешательства – лапароскопическая аппликация селезенки цианакрилатным клеем.

При нестабильном состоянии и положительных или сомнительных симптомах раздражения брюшины:

Диагностическая лапароскопия. При изолированном поражении селезенки или сочетании с травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства, не требующего экстренного хирургического вмешательства - лапароскопическая аппликация селезенки цианакрилатным клеем;

При сочетании с травматическим повреждением других органов брюшной полости и забрюшинного пространства - аппликация селезенки цианакрилатным клеем + дополнительные хирургические вмешательства (рис. 4.).

Тактика лечения пациентов с повреждениями селезенки IV, V степени тяжести заключается в следующем:

При стабильном состоянии, вне зависимости от отсутствия или наличия симптомов раздражения брюшины тактика лечения заключается в следующем:

-Острая эмболизация селезеночной артерии. Спленэктомия, при необходимости - дополнительные хирургические вмешательства.

При нестабильном состоянии, вне зависимости от отсутствия или наличия симптомов раздражения брюшины тактика лечения заключается в следующем:

-Спленэктомия, при необходимости - дополнительные хирургические вмешательства. При крайнем тяжелом состоянии - применение приемов damage control.

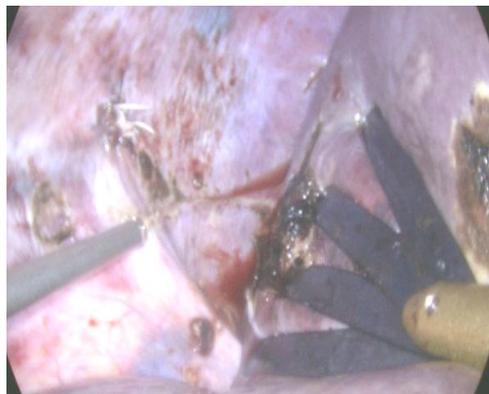




Рис. 4. Лапароскопическая аппликация цианакрилатным клеем разрыва печени.

В пятой главе «Клиническая оценка эффективности усовершенствованного подхода в лечении травм селезенки» приведены сравнительные клинические результаты лечения больных основной и контрольной групп. В основной группе было 8 пациентов с I степенью тяжести повреждений. В 6 случаях отмечено изолированное поражение, в 2 - сочетанное. При стабильном состоянии больных и объеме гемоперитонеума до 300 мл в 3 наблюдениях проведено консервативное лечение с положительным клиническим эффектом. У 1 больного при гемоперитонеуме более 300 мл выполнена попытка лапароскопической спрей-коагуляции. Однако из-за невозможности достичь адекватного гемостаза осуществлена спленэктомия. При нестабильной гемодинамике и изолированном поражении 1 пациенту выполнена лапароскопическая аргоновая коагуляция, во втором случае пришлось прибегнуть к конверсии и выполнить спленэктомию.

При сочетанном поражении в обоих наблюдениях отмечен разрыв печени, гемодинамика была лабильной. 1 больному произведена спрей-коагуляция селезенки с ушиванием раны печени, второму пациенту была выполнена спленэктомия с ушиванием раны печени.

В данной группе пациентов у 5 больных удалось сохранить селезенку. Послеоперационных осложнений и летальности не отмечено.

Пациенты основной группы, поступившие со II степенью тяжести травмы селезенки, составили 26 человек. Всем им были произведены различные хирургические и консервативные вмешательства по поводу травм. 15 больных были с изолированными поражениями, 11 - с сочетанными.

При стабильной гемодинамике у пациентов с изолированным поражением при объеме гемоперитонеума до 300 мл в 2 наблюдениях при высоком прогнозе двухмоментного разрыва селезенки произведена хроническая эмболизация селезеночной артерии с последующей консервативной терапией, в 1 случае осуществлена только консервативное лечение с положительным клиническим эффектом. При объеме гемоперитонеума более 300 мл 3 больным выполнен лапароскопический гемостаз путем использования цианакрилатного клея, в 3 наблюдениях

попытке лапароскопического гемостаза с использованием спрей-коагуляции эффекта не оказали, этим пациентам выполнена конверсия с спленэктомией.

При изолированном поражении селезенки и нестабильной гемодинамике 2 больным выполнена лапароскопическая аппликация цианакрилатным клеем, в 4 случаях попытки гемостаза оказались неэффективными. Этим пациентам произведена спленэктомия.

При сочетанном поражении в 6 наблюдениях отмечен разрыв печени. Этим больным осуществлены следующие лечебные мероприятия: спленэктомия с ушиванием раны печени (2 случая), лапароскопическая спрей-коагуляция раны селезенки с коагуляцией ран печени (1 пациент), лапароскопический гемостаз аппликацией раны селезенки и печени цианакрилатным клеем (1 больной), спрей-коагуляцией с ушиванием раны печени (1 наблюдение) и аппликация раны селезенки цианакрилатным клеем с ушиванием печени (1 случай). У 1 пациента отмечен разрыв брыжейки тонкого кишечника с забрюшинной гематомой. Гемостаз достигнут аппликацией цианакрилатным клеем, разрыв брыжейки кишечника был ушит. В 2 наблюдениях травма селезенки сочеталась с разрывом тонкого кишечника. Этим больным выполнена спленэктомия с ушиванием раны тонкого кишечника. В 1 случае отмечен разрыв диафрагмы и желудка. После остановки кровотечения из раны селезенки путем спрей-коагуляции выполнено ушивание ран желудка и диафрагмы. У 1 пациента травма селезенки сочеталась с разрывом печени, тонкого кишечника и забрюшинной гематомой. Больной выполнена спленэктомия, ушивание ран печени и тонкого кишечника.

В целом, при II степени травмы селезенки в 15 наблюдениях удалось сохранить селезенку, в 1 случае отмечено развитие раневого осложнения, у 1 пациента на 4-е сутки после операции развилась пневмония. Летальных исходов не отмечено. 11 больных поступили с III степенью травмы селезенки. В 5 наблюдениях отмечено изолированное поражение, в 6 - сочетанное поражение.

При изолированном поражении и стабильной гемодинамике 1 пациенту выполнена хроническая эмболизация селезеночной артерии, после чего произведена лапароскопическая аппликация раны селезенки цианакрилатным клеем (1 больной); в 1 наблюдении осуществлена спленэктомия. При изолированном поражении и нестабильной гемодинамике в 1 случае выполнена лапароскопическая аппликация раны селезенки цианакрилатным клеем, 2 пациентам произведена спленэктомия.

При сочетанном поражении в 2 наблюдениях разрыв селезенки сочетался с травмой печени (в 1 случае произведена лапароскопическая аппликация раны печени и селезенки цианакрилатным клеем, у второго больного произведена спленэктомия с ушиванием раны печени). У 1 пациента отмечен разрыв тонкого кишечника и печени, что потребовало выполнения, наряду со спленэктомией, ушивания разрыва печени и тонкого кишечника.

В 1 случае наблюдался разрыв хвоста поджелудочной железы и брыжейки тонкого кишечника с развитием забрюшинной гематомы. Больному произведена спленэктомия, дистальная резекция хвоста поджелудочной железы, ушивание брыжейки тонкого кишечника с гетеротопической аутоотрансплантацией фрагмента селезенки в подкожную жировую клетчатку по предложенной в клинике методике. У 1 пациента травма селезенки сочеталась с разрывом почки с развитием забрюшинной гематомы, что потребовало выполнения спленэктомии и нефрэктомии. В 1 наблюдении отмечался разрыв диафрагмы. Больному произведена аппликация раны селезенки цианакрилатным клеем и ушиванием раны диафрагмы.

Из 11 пациентов в 4 случаях удалось сохранить селезенку. У 2 больных отмечено развитие хирургических осложнений: в 1 наблюдении в послеоперационном периоде развилось раневое осложнение; в 1 клинической ситуации было внутрибрюшное кровотечение из мягких тканей забрюшинного пространства, что явилось причиной повторной операции после спленэктомии и нефрэктомии, кровотечение, гемостаз был достигнут тампонированием. У 2 пациентов развилась послеоперационная пневмония. Летальность отмечена в 1 случае после спленэктомии и ушивания ран печени от геморрагического шока.

IV степень травмы селезенки отмечено у 10 больных. Во всех наблюдениях было сочетанное поражение. В 4 случаях был разрыв печени. В 2 клинических ситуациях произведена острая эмболизация селезеночной артерии с последующей спленэктомией и коагуляцией раны печени. В 1 наблюдении выполнена спленэктомия с ушиванием раны печени. У 1 пациента из-за крайней тяжести общего состояния был применен принцип damage control. Больному произведена лапаротомия, санация брюшной полости с тампонированием ран печени и селезенки. После стабилизации состояния пациента через 8 часов после первой операции выполнена спленэктомия с ушиванием раны печени.

В 1 случае отмечен разрыв печени, тонкого кишечника и развитие забрюшинной гематомы. Из-за крайней тяжести общего состояния был применен принцип damage control. Пациенту произведена лапаротомия, санация брюшной полости с тампонированием ран печени и селезенки и ушиванием раны тонкого кишечника. Через 6 часов после стабилизации состояния выполнена спленэктомия с ушиванием раны печени. У 1 больного наряду с травмой селезенки, наблюдался разрыв печени, толстого кишечника и поджелудочной железы без повреждения протока. Была осуществлена спленэктомия, коагуляция ран печени, ушивание раны толстого кишечника с дренированием сальниковой сумки.

В 1 наблюдении отмечен разрыв тонкого кишечника и диафрагмы, что потребовало выполнения спленэктомии, ушивания ран тонкого кишечника и диафрагмы. У 1 пациента отмечен разрыв почки с забрюшинной гематомой. Была осуществлена спленэктомия с нефрэктомией. В 1 случае травма

селезенки сочеталось с травматическим разрывом желудка, что стало причиной для проведения спленэктомии и ушивание раны желудка. У 1 больного на фоне разрыва почки, надпочечника и развития забрюшинной гематомы объем хирургического вмешательства заключался в спленэктомии, нефрэктомии и адреналектомии.

При IV степени ни в одном случае сохранить селезенку не удалось. В послеоперационном периоде в 2 наблюдениях отмечены раневые осложнения, у 2 пациентов развился послеоперационный панкреатит. Из общих осложнений у 2 больных послеоперационный период осложнился пневмонией, в 1 случае - реактивным плевритом.

Летальных исходов отмечено у 2 пациентов: 1 больной после damage control с тампонируванием ран печени и селезенки и ушиванием раны тонкого кишечника, которому через 6 часов выполнена спленэктомия с ушиванием раны печени (от геморрагического и травматического шока); второй больной после спленэктомии, ушивания раны тонкого кишечника и диафрагмы (от геморрагического шока).

Клинических наблюдений с V степени тяжести травм селезенки в основной группе не было.

Проведенный сравнительный анализ клинических результатов обеих групп показал, что количество общих осложнений было отмечено в 6 (10,9±2,9%) случаях в основной группе и 8 (12,5±3,0%) - в контрольной/ Достоверных отличий не отмечено (табл. 4.).

Таблица 4.

Характер и частота общих осложнений в сравниваемых клинических группах

Осложнения	Контрольная группа	Основная группа	t
Пневмония	6 (9,4±2,7%)	5 (9,1±2,6%)	0,076
Реактивный плеврит	2 (3,1±1,6%)	1 (1,8±1,2%)	0,650
Всего	8 (12,5±3,0%)	6 (10,9±2,9%)	0,382

При сравнительном анализе хирургических осложнений отмечено значительное их снижение с 20,3±3,7% у пациентов контрольной группы до 12,7±3,1% у больных основной группы, однако статистически достоверных отличий не отмечено (табл. 5.).

Таблица 5.

Характер и частота хирургических осложнений в сравниваемых клинических группах

Осложнения	Контрольная группа	Основная группа	t
Раневые осложнения	8 (12,5±3,0%)	4 (7,3±2,4%)	1,356
Внутрибрюшное кровотечение	2 (3,1±1,6%)	1 (1,8±1,2%)	0,650
Острый панкреатит	2 (3,1±1,6%)	2 (3,1±1,7%)	-0,218
Динамическая непроходимость	1 (1,6±1,1%)	0	1,374
Всего	13 (20,3±3,7%)	7 (12,7±3,1)	1,584

Повторные операции были проведены пациентам контрольной группы в 2 (3,1±1,6%) случаях, а больным основной группы - в 1 (1,8±1,2%) наблюдении (t=0,650). Случаев летальных исходов в контрольной группе было в 2 раза больше, чем в основной группе (6 (9,4±2,7%) и 3 (5,5±2,1%) соответственно; (t=1,157)).

В результате проведенного консервативного и хирургического лечения селезенку удалось сохранить у 11 (17,2±3,5%) пациентов основной группы, тогда как этот показатель в основной группе 24 (43,6±4,5%) случая (t=4,630) (табл 6.).

На наш взгляд, отсутствие статистически значимого отличия по показателю летальности связано с недостаточным количеством клинических наблюдений, что способствует высокому показателю среднего отклонения. Однако, снижение частоты послеоперационных осложнений и уменьшение абсолютного показателя летальности, позволяет судить о клинической эффективности предложенных нами разработок.

Таблица 6.

Сравнительные клинические результаты пациентов контрольной и основной групп

	Хирургические осложнения			Общие осложнения			Повторные операции			Летальность		
	Контрольная группа	Основная группа	t	Контрольная группа	Основная группа	t	Контрольная группа	Основная группа	t	Контрольная группа	Основная группа	t
1 ст.	1 (9,1±2,6%)	0	3,450	1 (9,1±2,6%)	0	3,450	0	0	0	0	0	0
2 ст.	4 (14,3±3,2)	1 (3,8±1,8)	2,852	2 (7,1±2,4%)	1 (3,8±1,8%)	1,119	0	0	0	1 (3,6±1,7%)	0	2,099
3 ст.	3 (23,1±3,9%)	2 (18,2±3,5%)	0,935	2 (15,4±3,3%)	2 (18,2±3,5%)	0,578	0	1 (9,1±2,6%)	3,450	2 (15,4±3,3%)	1 (9,1±2,6%)	1,488
4 ст.	4 (36,4±4,4%)	4 (40±4,5%)	0,578	3 (27,3±4,1%)	3 (30±4,2%)	-0,466	1 (9,1±2,6%)	0	3,450	2 (18,2±3,5%)	2 (20±3,7%)	0,357
5 ст.	1 (100%)	0		0	0	0	1 (100%)	0		1 (100%)	0	0
Всего	13 (20,3±3,7%)	7 (12,7±3,1%)	1,584	8 (12,5±3,0%)	6 (10,9±2,9%)	0,382	2 (3,1±1,6%)	1 (1,8±1,2%)	0,650	6 (9,4±2,7%)	3 (5,5±2,1%)	1,157

Таким образом, проведенные исследования позволили усовершенствовать тактические подходы в комплексном лечении травм селезенки, что в конечном итоге, способствовали улучшению клинических результатов столь тяжелого контингента больных. Критический анализ неудовлетворительных результатов позволил нам прийти к заключению, что одним из причин возникновения осложнений является отсутствие дифференцированного подхода к выбору тактики лечения, отсутствие в

существующих стандартах лечения травм селезенки хирургических мероприятий в зависимости от степени поражения селезенки и других органов брюшной полости. Именно решению данной проблемы была направлена научная работа. Нами был разработан и предложен оптимальный алгоритм лечебных мероприятий при травмах селезенки, что в конечном итоге позволило улучшить клинические результаты лечения данной категории пациентов, ускорить сроки реабилитации и снизить частоту летальных исходов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. При традиционном подходе к выбору метода лечения при травмах селезенки частота выполнения спленэктомий составило 82,8%, удельный вес послеоперационных осложнений составил 20,3%, летальность отмечено в 9,4% случаях. Критический анализ неудовлетворительных результатов позволил определить, что наиболее частыми их причинами были отсутствие оптимального алгоритма лечебных мероприятий в зависимости от степени поражения селезенки с учетом возможностей малоинвазивных вмешательств; отсутствие конкретных показаний к объему оперативного вмешательства в зависимости от тяжести общего состояния больного и высокая частота спленэктомий.

2. Внедренный в клиническую практику метод остановки кровотечения при травме селезенки с использованием цианакрилатного клея, благодаря быстрой и стойкой остановки паренхиматозного кровотечения, позволил расширить показания к выполнению лапароскопических операций и значительно повысил их эффективность при закрытой травме живота.

3. Хроническая эмболизация селезеночной артерии, благодаря снижению скорости кровотока и объема притока крови к селезенке, позволила повысить эффективность консервативной терапии при II и III степенях травм селезенки; применение острой эмболизации селезеночной артерии при IV и V степени тяжести травмы селезенки, который практически во всех случаях сопровождается развитием забрюшинной гематомы, способствовало развитию тромбоза артерии, что позволило снизить частоту и объем интраоперационной кровопотери при выполнении спленэктомии.

4. Разницы в значениях артериального давления при поступлении пациента в стационар и на фоне проведенного лечения более 30 мм.рт.ст.; повышения показателя внутрибрюшного давления более 20 мм.рт.ст. и значении коэффициента отношения пиковой систолической скорости кровотока к индексу периферического сопротивления более 200 (при наличии 2 критериев и более) позволяет с высокой степенью вероятности прогнозировать «двухмоментный» разрыв селезенки, что дает возможность внести определенные коррективы в лечебный алгоритм при травмах селезенки.

5. Предложенный дифференцированный подход к выбору лечебной тактики при травмах селезенки в зависимости от тяжести состояния

пациентов, позволил снизить частоту послеоперационных осложнений с 20,3% до 12,7%, послеоперационной летальности – с 9,4% до 5,5% и достоверно снизить удельный вес спленэктомий с 82,8% до 56,4%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
AT THE ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

JUMANAZAROV AZIZBEK ULUGBEKOVICH

CHOICE OF SURGICAL TACTICS FOR SPLEEN INJURIES

14.00.27 – Surgery

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

ANDIJAN–2025

The theme of the dissertation of the doctor of philosophy degree (PhD) is registered in the Supreme attestation commission of the Republic of Uzbekistan for B2021.1.PhD/Tib1751.

The dissertation is carried out at the Tashkent Medical Academy.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.adti.uz) and on the Information and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor: **Khakimov Murod Shavkatovich**
doctor of medical sciences, professor

Official opponents: **Mahmudzoda Farrukh Isroil**
doctor of medical sciences, professor

Kasimov Adham Lutfullaevich
doctor of medical sciences, professor

Leading organisation: **Samarkand state medical university**

The dissertation will be defended on «____» _____ 2025 at ____ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan State Medical Institute (Registration number №____) (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of the dissertation sent out on «____» _____ 2025.
(mailing report №____ of _____ 2025).

M.M. Madazimov
Chairman of the scientific council on award
of scientific degrees, doctor of medical
science, professor

M.F. Nishanov
Scientific secretary of the scientific council
on award of scientific degrees,
doctor of medical science, professor

B.R. Abdullajanov
Chairman of the scientific seminar at the
scientific council for the awarding of academic
degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study is to improve the treatment results of patients with post-traumatic spleen injuries by improving tactical and technical approaches to abdominal injuries.

The object of the study were 119 patients with spleen injuries who were treated in hospital at the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy in the emergency surgery department for the period from 2010 to 2021.

The scientific novelty of the study is as follows:

it has been substantiated that local application of cyanoacrylate glue to restore the integrity of the spleen capsule when it is damaged ensures reliable hemostasis and preservation of the organ;

indications for acute or chronic embolization of the splenic artery have been clarified depending on the severity of the spleen injury and the patient's hemodynamic state;

a method of predicting a "two-stage" rupture of the spleen has been developed based on determining the arterial pressure gradient, intra-abdominal pressure indicators, and the ratio of peak systolic blood flow velocity to the peripheral resistance index;

the clinical effectiveness of an improved tactical approach characterized by surgical treatment of splenic injuries taking into account their severity, hemodynamic parameters and optimization of the choice of the type of hemostasis has been proven.

Implementation of research results. Based on the results of scientific research to improve the treatment outcomes for patients with post-traumatic spleen injuries:

methodological recommendations "Choosing a method for surgical treatment of spleen injuries" were developed (approved by the Expert Council of the Tashkent Medical Academy No. 08-24 / 358 dated 08/22/2024). The proposed recommendations made it possible to optimize the process of choosing a surgical treatment tactic, as well as timely perform therapeutic measures aimed at preventing a "two-stage" rupture of the spleen, which contributed to improving the clinical treatment outcomes for this category of patients.

the obtained scientific results were introduced into practical healthcare, in particular, into the practice of the Tashkent City Clinical Hospital of Emergency Medical Care and the Yangiyul District Medical Association of the Tashkent Region (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08/69 dated 11/13/2024). The implementation of the research results into clinical practice has reduced the incidence of postoperative complications from 20.3% to 12.7%, postoperative mortality from 9.4% to 5.5%, and has significantly increased the incidence of spleen preservation from 17.2% to 43.6% of cases.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the dissertation is 132 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙЎХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I часть (I бўлим; I part)

1. Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Жуманазаров А.У., Имамов А.А. Лечебная тактика при закрытых травматических повреждениях селезенки // Журнал “Новый день в медицине”. – Бухара, 2020. № 1 (29). С.93-97. (14.00.00. №22).

2. Жуманазаров А.У., Имамов А.А., Абсаттарова М.С. Талоқнинг травматик жароҳатланишидаги диагностик тактика // Журнал “Медицинский журнал молодых ученых”. – Ташкент, 2024. № 9 (03) С. 25-32. (ОАКнинг 337/6 сонли 2023 йил 5 майдаги қарори).

3. Хакимов М.Ш., Имамов А.А., Жуманазаров А.У., Исмаилова У.А., Арипов Ш.Ш. Современная тактика лечения при повреждениях селезенки // Журнал современной медицины. 2025, 2 (9); С. 4-7. (14.00.00, Журнал включен в перечень научных изданий по медицинским наукам ВАК Республики Узбекистан №355/6 от 7 июня 2024 года).

4. Khakimov M.Sh., Zhumanazarov A.U., Imamov A.A., Ismailova U.A. Traumatic injuries of the spleen, new methods of diagnosis and treatment // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(12): P.3366-3372 (14.00.00, №2).

5. Zhumanazarov A.U., Khakimov M.Sh., Matrizaev T.J. Traumatic injuries of the spleen, methods of diagnosis and treatment (literature review) // European journal of pharmaceutical and medical research. 2022, 9(12): P.06-13

II часть (II бўлим, II part)

6. Хакимов М.Ш., Жуманазаров А.У. «Выбор хирургического метода лечения при травмах селезенки». // Методические рекомендации. ТМА. Ташкент, 2024. 20 стр.

7. Хакимов М.Ш., Жуманазаров А.У. «Выбор хирургической тактики при повреждении селезенки» // Центр по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин. 09.01.2024 г., № DGU 32411.

8. Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Ашуров Ш.Э., Жуманазаров А.У. Лапароскопическая диагностика и лечение закрытой травмы селезенки// Сборник материалов международной научно-практической конференции «Современные научные исследования в медицине: актуальные вопросы, достижения и инновации» 13 май 2022г -Термез. С. 376.

9. Жуманазаров А.У. Диагностика и хирургическая тактика при травматических повреждениях селезенки // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Современные научные

исследования в медицине: актуальные вопросы, достижения и инновации» 13 май 2022г -Термез. С. 329.

10. Жуманазаров А.У., Абсаттарова М.С. Усовершенствование тактики ведения больных с повреждением селезенки при тяжелой сочетанной травме живота. // Сборник материалов «Инновационный подход к актуальным проблемам медицины» Республиканская научно-практическая конференция молодых ученых. 29 марта 2024 г. Андижан. С.308.

11. Хакимов М.Ш., Жуманазаров А.У., Арипов Ш.Ш., Бутаев Л.А., Шоназаров Ж.И. Применение лапароскопических органосохраняющих операций при повреждениях селезенки. // Сборник материалов «Актуальные проблемы общей хирургии и хирургических заболеваний» 5-6 декабря. 2024 г. Термез. С.264.

12. Khakimov M. S., Zhumanazarov A. U., Ismailova U. A., Aripov S. S. Features of diagnostic research methods in surgical tactics for treatment of spleen injuries // International scientific-online conference «Models and methods in modern science» France 2025, 4(4); P. 20-21. (<https://doi.org/10.5281/zenodo.15186652>)

13. Khakimov M. S., Zhumanazarov A. U., Ismailova U. A., Aripov S. S. Diagnostics and surgical tactics in traumatic injuries of the spleen // International scientific-online conference «Международная конференция академических наук» Russia 2025, 4(4); P. 24-25. (<https://doi.org/10.5281/zenodo.15186664>).

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табағи: 3,5. Адади 100 дона. Буюртма № 16/25.

Гувоҳнома № 851684.
«Тирограф» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.
Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.