

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

МУСТАФАЕВ АХРОР ЛУКМАНОВИЧ

**ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЁПИҚ ЖАРОХАТЛАРИДА ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ
ШИКАСТЛАНИШИНИ ДИАГНОСТИКАДА ВА ДАВОЛАШДА
ЭНДОВИЗУАЛ ТЕХНОЛОГИЯЛАР**

**14.00.27 – Хирургия
14.00.40 – Шошилиш тиббиёт**

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

Самарқанд –2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Мустафаев Ахрор Лукманович

Қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатларида ошқозон ости беги шикастланишини
диагностикада ва даволашда эндовизуал технологиялар 3

Мустафаев Ахрор Лукманович

Эндовизуальные технологии в диагностике и лечении повреждений
поджелудочной железы при закрытых травмах живота 25

Mustafaev Akhror Lukmanovich

Endovisual technology and diagnosis and treatment of traumatic subcranial symptoms
in closed trauma..... 47

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works 54

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

МУСТАФАЕВ АХРОР ЛУКМАНОВИЧ

**ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЁПИҚ ЖАРОХАТЛАРИДА ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ
ШИКАСТЛАНИШИНИ ДИАГНОСТИКАДА ВА ДАВОЛАШДА
ЭНДОВИЗУАЛ ТЕХНОЛОГИЯЛАР**

**14.00.27 – Хирургия
14.00.40 – Шошилиш тиббиёт**

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

Самарқанд –2025

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2025.1.PhD/Tib5277 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертациянинг уч тилдаги (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) автореферати Илмий Кенгаш веб саҳифаси (www.sammu.uz) ва «Ziyonet» (www.ziyonet.uz) ахборот-таълим порталида жойлаштирилган.

Илмий раҳбарлар:

Даминов Феруз Асадуллаевич
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Атаджанов Шухрат Комилович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар:

Валиев Эркин Юлдашевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Давлатов Салим Сулаймонович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Беларус давлат тиббиёт университети (Беларус Республикаси)

Диссертация ҳимояси Самарқанд Давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражаларлар берувчи DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 рақамли бир марталик Илмий Кенгашнинг 2025 йил «_____» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

Диссертация билан Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№. _____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75;

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

Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмирина

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа
номзоди (PhD), доцент

З.Б. Курбаниязов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Бугунги кунда жароҳатлар, бу аҳоли саломатлигига, иқтисодиётга ва соғлиқни сақлаш тизимига сезиларли тасир кўрсатаётган долзарб тиббий ва ижтимоий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Технологияларнинг ривожланишига қарамай, жароҳатлар даражаси бир қатор соҳаларда ва ёш гуруҳларида юқори бўлиб қолмоқда. Замонавий жароҳатларнинг ўзига хос хусусияти бўлиб қайтарилмас, кўп сонли ва мураккаб комбинацияланган жароҳатлар сонининг кўпайиши, шунингдек ногиронликнинг юқори даражаси ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ошқозон ости безининг травматик шикастланиши қорин бўшлиғидаги барча жароҳатларнинг 2-5 % да учрайди¹. Қориндаги бирлашган жароҳатларда ошқозон ости безининг шикастланиши -4,2 - 10% ҳолларда учрайди². Бундай шикастланишнинг асосий сабаблари қорин бўшлиғининг тўмтоқ шикастланиши (йўл-транспорт ҳодисалари, баландликдан йиқилиш, спорт ёки иш билан боғлиқ жароҳатлар натижасида), шунингдек санчилган жароҳатлар (пичоқ ёки ўқ отувчи қуролдан жароҳат олиш). Клиник қийинчилик, биринчи навбатда, ошқозон ости безининг анатомик ва физиологик хусусиятларига боғлиқ: унинг қориннинг орти соҳасида жойлашиши, асосий томирларга ва бошқа муҳим органларга яқинлиги. Ошқозон ости безининг биргаликдаги жароҳатланиши қорин бўшлиғидаги жароҳатланишнинг энг мураккаб ва прогностик жиҳатдан ноқулай шаклларида биридир. Клиник кузатувларга кўра, ошқозон ости бези жароҳатланишининг 70-90 % да қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари ва қорин орти соҳасининг жароҳатланиши кузатилади - масалан, жигар, талоқ, ингичка ва йўғон ичак, ошқозон, ўн икки бармоқли ичак ва қон томир тузилмалари. Бу касалликнинг кечишини сезиларли даражада оғирлаштиради, ташхисни мураккаблаштиради ва салбий натижа хавфини оширади. Изоляция қилинган ошқозон ости бези жароҳатларида ўлим даражаси юқори-17,5 дан 32,3% гача, қўшма жароҳатларда еса 40-57% га етади³.

Бутун дунёда қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳатларида ошқозон ости безининг жароҳатланишини ташхислаш ва даволашни яхшилашга қаратилган бир қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Ошқозон ости бези жароҳатларини ерта аниқлаш алгоритмларини ишлаб чиқишга, жарроҳлик аралашуви кўрсаткичини оптималлаштиришга, жарроҳлик ёрдам ҳажмини танлашга ва жарроҳликдан кейинги асоратларнинг олдини олишга алоҳида еътибор қаратилмоқда. Замонавий тасвирлаш (УТТ, МСКТ, МРТ) ва лаборатория усуллари мавжудлигига қарамай, баъзи ҳолларда ташхис кечиктирилади ва даволаш усуллари танлаш мунозарали бўлиб қолади. Бундай беморларни бошқаришдаги ягона протоколларининг йўқлиги,

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>

² Сингаевский А.Б.и др. Возможности применения современных методов диагностики и лечения при травмах живота с повреждением поджелудочной железы // Вестн. Нац. мед.-хир. центра им. Н.И. Пирогова. – 2017. – Т. 12, №1. – С. 37-39.

³ Khalayleh H., Imam A., Cohen-Arazi O. et al. An analysis of 77 cases of pancreatic injuries at a level one trauma center: Outcomes of conservative and surgical treatments // Ann. Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2022. – Vol. 26, №2. – P. 190-198. doi: 10.14701/ahbps.21-144

шунингдек даволаш натижаларининг диагностика ва терапевтик ёндашувларни такомиллаштиришга қаратилганлиги, клиник кўринишларнинг юқори ўзгарувчанлиги ушбу тадқиқот учун асос бўлди.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, соғлиқни сақлаш тизимини жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, турли касалликларни самарали ташхислаш, даволаш ва олдини олиш сифатини оширишга қаратилган кенг қамровли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистон тараққиёт стратегиясининг етти устувор йўналишига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...бирламчи тиббий-санитария хизматида аҳолига малакали хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш...»⁴ каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда, жумладан, ошқозон ости беши жароҳатини қорин ёпиқ шикастланишларида ўз вақтида консерватив ёки жарроҳлик даволаш, диагностикаси ва тактикасини такомиллаштириш юзасидан тадқиқотларни амалга ошириш мақсадга мувофиқдир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги, 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ 6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармонлари, 2020 йил 2 октябрдаги ПҚ-4847-сон «Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2018 йил 25 январдаги ПФ-3494-сон «Тез тиббий ёрдам тизимини тезкор такомиллаштириш бўйича чора-тадбирлари тўғрисида»ги, ПФ-283-сон «Аҳолига шопилинч тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш тўғрисида» ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланиши-нинг устувор йўналишларига боғлиқлиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Диссертасия иши бир қатор мутахассисларнинг (Ермолов А. С. ва бошқ., 2016; Хубутия М.Ш. ва бошқ. 2017 йил, Агаханова К. Т. ва бошқ. , 2018; Kuza С.М., 2021) қорин ёпиқ жароҳатларида ошқозон ости беши жароҳатларини ташхислаш ва даволашни чуқур таҳлил қилган илмий изланишлари натижаларига асосланган. Бунга қўшимча тарзда, бугунги кунга қадар ошқозон ости беши жароҳатларини аниқлашда клиник лаборатория ва инструментал тадқиқот усулларининг инфорацион қиймати ва

⁴ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони

уларни турли клиник ҳолатларда қўллашнинг энг оқилона кетма-кетлиги аниқланмаган.

Америка травма жарроҳлари ассоциацияси (ASST) таснифи бўйича I–V даражали шикастланишларни жарроҳлик даволаш билан боғлиқ стандартлаштирилган алгоритмлар мавжуд эмас, эндовидеожарроҳлик ва анъанавий жарроҳлик даволаш усуллари қўллаш кўрсаткичлари ва тартиби, жарроҳлик аралашув ҳажми, жабрланганларни шифохонага ётқизиш вақти ҳам аниқ белгиланмаган.

ПТП ва унга ҳамроҳ бўладиган асоратларнинг ривожланишига йўл қўймаслик, уларга илгари тан олинган даволашнинг тегишли усуллари танлаш, шунингдек, ОБ жароҳатланганларни кейинги реабилитация қилишга қаратилган жарроҳликдан кейинги даврни бошқаришнинг баъзи масалалари ҳам яратилиши керак.

Ҳозирги кунга қадар ошқозон ости беши жароҳатларининг шикастланишдан кейинги кисталари ва ошқозон ости беши оқмалари каби ўзига хос асоратларини жарроҳлик йўли билан тузатишнинг мақбул вақти ва усуллари аниқланмаган. Кўриб чиқилган барча жиҳатлар кўплаб ҳал қилинмаган муаммолар мавжудлиги ва вазифанинг долзарблиги тўғрисида хулоса қилишга имкон беради. Ўзбекистонда шошилиш жарроҳлик касалликлари, хусусан, ООБШ бўйича самарали ташхис қўйиш ва даволаш бўйича бир қатор илмий тадқиқотлар ўтказилган (Хаджибаев Ф.Ш., Алижанов А.А., Атажанов Ш.К., 2022), аммо қорин бўшлиғининг ёпиқ травмасида учрайдиган ООБШни эрта ташхислаш ва даволашда эндовизуал технологиялар тамойиллари ишлаб чиқилмаган. ООБШларини даволаш мултидисциплинар ёндашувни талаб қилади ва агар керак бўлса, эндовизуал технологияларни ўз ичига олган турли хил жарроҳлик усуллари қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университети наъмунавий дастурнинг «Шикастланишлар, жарроҳлик касалликлари ва ўсмаларнинг олдини олиш, диагностика қилиш ва даволаш бўйича замонавий технологияларни яратиш ва жорий этиш» (Давлат рўйхати №012400287) бўйича режалаштирилган тадқиқот ишлари доирасида амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади эндовизуал технологиялардан фойдаланган ҳолда даволаш-ташхисот услубини такомиллаштириш орқали ошқозон ости беши жароҳати бўлган беморларда жарроҳлик йўли билан комплекс даволашнинг самарадорлигини оширишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

сўнгги йиллардаги касаллик тарихларининг ретроспектив таҳлиliga асосланган ҳолда тинчлик даврида қорин бўшлиғи шикастланишларида ошқозон ости беши жароҳатини тузилишини аниқлаш;

ошқозон ости бешининг шикастланишларини клиник кўринишининг хусусиятларини ва инвазив бўлмаган тадқиқот усуллари (ултратовуш,

МСКТ) ва миниинвазив (видеолапароскопия) тадқиқот усулларининг қийматини аниқлаш;

ошқозон ости безининг зарарланиш даражасига қараб (AAST I, II, III, IV, V) жарроҳлик усулида даволаш тактикасини аниқлаш;

ошқозон ости безининг ёпиқ жароҳатларида беморларни ташхислаш ва даволашда эндовидеохирургик техникасининг (видеолапароскопия) роли ва ўрнини аниқлаш ва унинг шикастланиш оғирлигига қараб (AAST I, II, III, IV, V) жарроҳлик йули билан ёрдам кўрсатиш учун диагностика ва даволаш алгоритмни ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Ўзбекистон Республикаси Республика шошилинч тез тиббий ёрдам илмий маркази ва унинг Самарканд, Бухоро, Наманган, Навоий, Хоразм ва Сурхандарё филиалларининг шошилинч жарроҳлик бўлимларида 2011-2021 йиллар давомида ошқозон ости беги ёпиқ жароҳати билан даволанган 125 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида касаллик тарихлари, физикал текширувлар, қоннинг лаборатор таҳлиллари, жумладан, қон умумий таҳлили, биокимёвий таҳлил; амилаза ва диастаза, сийдик умумий таҳлили кўрсаткичлари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Ушбу мақсадга муваффақиятли еришиш учун клиник ва биокимёвий қон ва сийдик таҳлиллари, рентгенография, ултратовуш тешируви, компьютер томографияси, эндовидеохирургик технологиялар ва статистик таҳлил усуллари қулланилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор тинчлик даврида қориннинг ёпиқ жароҳатларида учрайдиган ошқозон ости беги шикастланишларини эрта ташхислашда эндовизуал технологиялар, яъни ноинвазив (ультратовуш, МСКТ) ва кам инвазив (видеолапароскопия) усулларини жароҳатнинг оғирлик даражасини ўзгариши ҳисобига комплекс қўлланилиши исботланган;

ошқозон ости беги ҳамда ёндош аъзолар шикастланишининг оғирлик даражаларига кўра анъанавий очик лапаротомия усули билан жарроҳлик аралашуви ва эндовидеохирургик усуллари ўртасидаги танловни ўтказишда беморлар учун индивидуал ёндашув мезонлари асосланган;

қориннинг ёпиқ жароҳатларида AAST таснифига кўра ошқозон ости безининг I-II даражасидаги алоҳида шикастланишлари учраганда қорин бўшлиғи ва чарви халтасини эндовидеохирургик услубда мажбурий дренажлаш ҳисобига жарроҳлик аралашувини самарали яқунлаш усули такомиллаштирилган;

илк бор ошқозон ости безининг оғир шикастланишларида жароҳат четларини тикишдан ва тампонада қилишдан воз кечилган ҳолда хирургик қайта ишлов беришнинг авайловчи, атравматик синтетик ип билан аъзо атрофидаги томирларини тикиш ҳисобига гемостазни амалга ошириш тамойили исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ошқозон ости беги ёпиқ шикастланишларида жарроҳлик режаси ишлаб чиқилган алгоритми анъанавий жарроҳлик аралашувлар ва жарроҳлик аралашувларни эндовидеожарроҳлик технологиялар ёрдамида амалга ошириш

курсаткичларини аниқлаш имконини берган;

ошқозон ости беши шикастланишларининг даволаш натижаларини яхшилаш учун видеолапароскопиядан фойдаланиш курсатиб берилган;

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги илмий-тадқиқот ишида фойдаланилган замонавий, бир бирини тўлдирувчи ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, қўлланилган усулларнинг халқаро ҳамда маҳаллий муаллифлар маълумотлари билан таққосланганлиги, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, юқори технологияли шошилиш жарроҳлик ёрдамни ташкил этиш ва кўрсатишни янада такомиллаштириш ҳамда ошқозон ости беши шикастланган қорин бўшлиғининг ёпиқ травмаси билан оғриган беморларни даволаш самарадорлигини ошириш мумкинлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, ошқозон ости беши ёпиқ шикастланиши билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволаш жараёни ишлаб чиқилган диагностика ва даволаш алгоритми билан оптималлаштирилган бўлиб, жабрланганларни ташхислаш ва жарроҳлик даволаш учун эндовидеожарроҳлик усулларини кенг қўллаш билан изоҳланади, бу эса операциядан кейинги асоратлар ва ўлимлар, касалликларнинг сезиларли даражада камайишига олиб келиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.

Қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатларида ошқозон ости беши шикастланишини диагностикада ва даволашда эндовизуал технологиялар бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида (Ўзбекистон Республикаси ССВ ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 07.05.2025 й. 17/40-сон хулосаси):

биринчи илмий янгилик: илк бор тинчлик даврида қориннинг ёпиқ жароҳатларида учрайдиган ошқозон ости беши шикастланишларини эрта ташхислашда эндовизуал технологиялар, яъни ноинвазив (ултратовуш, МСКТ) ва кам инвазив (видеолапароскопия) усулларини жароҳатнинг оғирлик даражасини ўзгариши ҳисобига комплекс қўлланилиши исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали (22.03.2022 й. 8 н-р/519-сон буйруғи), Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд вилояти филиали (18.03.2022 й. 8 н-р/519-сон буйруғи) ва Тошкент шаҳар 7 ШКШ (18.03.2022 й. 8 н-р/519-сон буйруғи) билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: МСКТ биринчи навбатда ташхисни аниқлаш мақсадида ишлатилган. Бунда эса кузатилган асоратларни (посттравматик панкреатит ва посттравматик панкреонекроз) ҳамда ўлим хавфини камайтириш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини оширишга эришилган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ошқозон ости беши ёпиқ шикастланишида МСКТ 16

нафар беморларда ошқозон ости безининг зарарланиши аниқланди, бу эса қўшимча текширишларни (динамикада УТТ, рентген текширувларни) камайтиришга ёрдам берди ва сарфланадиган ўрта хисобда 826 000 сўмни иқтисод қилиш имконини берган. Хулоса: ООБЁТ қорин бўшлиғининг ёпик травмаси билан жабрланганлар сонининг 8,5% ни ташкил қилади. ААСТ таснифига кўра, II ва III даражали зарарланган беморлар устунлик қилди. Ошқозон ости безининг алоҳида шикастланиши фақат 18 нафар (14,4%) беморларда кузатилган, 107 нафар (85,6%) беморларда шикастланиш бошқа органлар ва тизимларнинг шикастланиши билан бирлаштирилган.

иккинчи илмий янгилик: ошқозон ости бези ҳамда ёндош аъзолар шикастланишининг оғирлик даражаларига кўра анъанавий очик лапоратомия усули билан жарроҳлик аралашуви ва эндовидеохирургик усуллари ўртасидаги танловни ўтказишда беморлар учун индивидуал ёндашув мезонлари асосланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали (22.03.2022 й. 8 п-г/519-сон буйруғи), Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд вилояти филиали (18.03.2022 й. 8 п-г/519-сон буйруғи) ва Тошкент шаҳар 7 ШКШ (18.03.2022 й. 8 п-г/519-сон буйруғи) билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: Консерватив дори терапияси усули ишлаб чиқилган, унинг мақсади ошқозон ости безининг ташқи секрециясини пасайтириш, шу билан иммунокомпетент хужайралар томонидан яллиғланиш воситаларининг ортиқча чиқарилишини камайтириш ва яллиғланиш воситаларини, интерлейкинлар ва ферментлар каби биологик фаол моддаларнинг самарадорлигини қон оқимида камайтириш. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ошқозон ости безининг ёпик шикастланишида синтетик самостатинларни “Октреотид” дори воситасини ишлатилганда асоратларни (посттравматик панкреатитни 62,7% то 35,2% гача, посттравматик панкреонекрозини 11,9% то 3,9% гача) ва улимларни камайтириб, ҳаёт сифатини оширишга ёрдам берган. Хулоса: ошқозон ости безининг травматик шикастланишини кўрсатадиган патогномоник клиник белгилар мавжуд эмас. Ёпик жароҳатлар билан умумий симптомлар устунлик қилади. Ошқозон ости бези шикастланишининг операциядан олдинги ташхисида ултратовушнинг сезгирлиги 65,8%, ўзига хослик - 74,2%, аниқлик - 75,4%, МСКТ сезгирлиги - 97%, ўзига хослик - 94%, аниқлик - 95,2%.

учинчи илмий янгилик: қориннинг ёпик жароҳатларида ААСТ таснифига кўра ошқозон ости безининг I-II даражасидаги алоҳида шикастланишлари учраганда қорин бўшлиғи ва чарви халтасини эндовидеохирургик услубда мажбурий дренажлаш ҳисобига жарроҳлик аралашувини самарали яқунлаш усули такомиллаштирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали (22.03.2022 й. 8 п-г/519-сон буйруғи), Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд вилояти филиали (18.03.2022 й. 8 п-г/519-сон буйруғи) ва Тошкент шаҳар 7 ШКШ (18.03.2022 й. 8 п-г/519-сон буйруғи) билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: диагностик лапароскопия пайтида кичик чарви халтаси

очилганда ошқозон ости безининг шикастланиш даражаси AAST таснифи буйича I - II даражаси аниқланганда ва корин бушлиги бошқа аъзоларида жароҳат топилмаганда, даволовчи лапароскопияга утиш тавсия этилади ва қорин бўшлиғини ҳамда, чарви халтасини лапароскопик усулида дренажлаш билан жарроҳлик амалиётини тугатиш тавсия этилади. Бу эса хасталикларнинг асоратларини олдини олишга асос бўлганлиги билан изоҳланган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қўйидагилардан иборат: диагностика ёки даволовчи лапароскопияни амалиётга жорий этиш, кераксиз лапаротомияларни қискартириш ва булимларда ётоқ кунларни (10 ётоқ кунлардан то 5 ётоқ кунгача) камайтириш имконини берди, бу эса сарфланадиган ўрта ҳисобда 1 125 000 сўмни тежаш имконини беради. Хулоса: жарроҳлик тактикасини танлашда дифференциал ёндашув безининг шикастланиш даражаси ва жабрланувчининг ҳолатига асосланади. I - II даражали ошқозон ости беши шикастланганда қорин бўшлиғи ва чарви халтасини лапароскопик дренажлаш билан чекланиш мумкин. III даражали шикастланишда қорин бўшлиғи ва чарви халтасини дренажлаш билан қон кетаётган томирни тикиш билан аниқ гемостазни қўллаш тавсия этилади. Ошқозон ости беши шикастланишининг IV даражасида дистал резекция, V даражали бўлса - панкреатодуоденал резекция қилиниши мумкин. Тампонлаш учун кўрсатмалар камдан-кам ҳолларда, фақат "Damage-control" даволаш тактикаси доирасида.

тўртинчи илмий янгилик: илк бор ошқозон ости безининг оғир шикастланишларида жароҳат четларини тикишдан ва тампонада қилишдан воз кечилган ҳолда хирургик қайта ишлов беришнинг авайловчи, атравматик синтетик ип билан аъзо атрофидаги томирларини тикиш ҳисобига гемостазни амалга ошириш тамойили исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали (22.03.2022 й. 8 н-р/519-сон буйруғи), Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд вилояти филиали (18.03.2022 й. 8 н-р/519-сон буйруғи) ва Тошкент шаҳар 7 ШКШ (18.03.2022 й. 8 н-р/519-сон буйруғи) билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: тадқиқот натижаларини амалиётга татбиқ этиш ошқозон ости беши ёпик жароҳати билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволаш сифатини ошириш, асоратлар сонини 86,6 дан 43,1 % гача, ўлимни эса 19,7 дан 5,6 % гача камайтириш имконини берди ва беморларда ҳаёт сифатини оширишга ёрдам бериши жарроҳлик ва тез тиббий ёрдам курсатиш ва клиник ординаторларининг ўқув курсларига киритилган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: ошқозон ости беши ёпик шикастланишларида эндовидеожарроҳлик усуллар билан жарроҳлик амалиётини ва эрта консерватив терапия бошлаш билан даволанган беморлар ва анъанавий жарроҳлик аралашувлар билан даволанган беморларни солиштирганда уларнинг шифохонада қолиш муддатини ўртача $17,4 \pm 2,9$ дан $14,3 \pm 2,0$ кунга қисқартирилиши натижасида, бир нафар бемор учун маблағларидан кунига 230500 сўмни ва ўрин кунларини 3 кунга қисқариши орқали 691500 сўмга ҳамда татбиқ қўламига нисбатан эса ($n=54$) 37341000 сўмни

иктисод қилиш имконини беради. Хулоса: такомиллаштирилган диагностика ва даволаш алгоритми асоратларни 86,6 дан 43,1% гача ва ўлим сонини 19,7 дан 5,6% гача камайтиришга имкон беради, шошилиш тиббий ёрдам талабларига жавоб беради ва жабрланганларга шошилиш ёрдам кўрсатадиган тиббиёт муассасаларининг амалий фаолиятида қўлланилиши мумкин.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқотда эришилган натижалар 2та халқаро ва 5та маҳаллий илмий-амалий конференцияларда муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 21 илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 4 та республика ва 3 та хорижий журналларда нашр этилган.

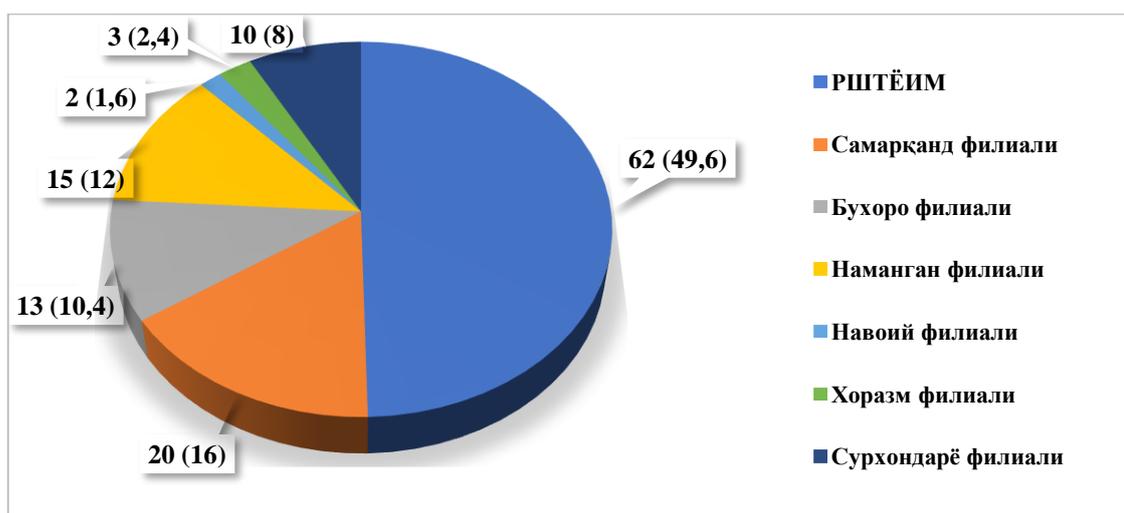
Диссертация тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўрт боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 118 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамиятлари очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиши, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Ошқозон ости беши шикастланишлари: диагностика ва даволашнинг замонавий жиҳатлари (адабиётларни кўриб чиқиш)”** номли биринчи бобда қорин ёпиқ травмасида ошқозон ости беши шикастланишининг учраш сони ва патогенезини, шунингдек, қорин бўшлиғининг ёпиқ травмасида ошқозон ости беши шикастланиши билан жабрланганларни консерватив терапия ва жарроҳлик даволашнинг ўрни ва ролини ўрганишга бағишланган муаммони тушунтиришни талаб қиладиган адабиёт манбаларининг таҳлили келтирилади.

Диссертациянинг **“Тадқиқотнинг материали ва усуллари”** номли иккинчи бобда Ўзбекистон Республикаси Мудофаа Вазирлиги ҳузуридаги марказий ҳарбий госпитал ва РШТЁИМ ва унинг туну кун ишлайдиган вилоят филиаллари жарроҳлик бўлимларида 2011-2021 йилларда ошқозон ости бешининг турли хил травматик жароҳатлари билан шифохонага ётқизилган ва таҳлилга асосланган 125 нафар беморларни даволаш натижалари келтирилган, бу қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳати билан касалланган 1470 нафар жабрланувчининг 8,5 фоизини ташкил этди (1 расмга қаранг).



Расм. 1. Тадқиқотга киритилган жароҳатланганлар сони, абс. (%).

РШТЁИМ ва унинг филиалларида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам натижаларини ўрганиш учун қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатларида ошқозон ости беши шикастланган беморларнинг 2 гуруҳи тузилди (2-расмга қаранг).



Расм. 2. Тадқиқотнинг лойиҳаси.

Назорат гуруҳига (1-чи) анъанавий жарроҳлик аралашувлар қўлланилган қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатларида ошқозон ости бези шикастланган 71 нафар жароҳатланганлар ўз ичига олган.

Асосий гуруҳга (2-чи) 54 нафар жароҳатланганлар киритилди. Уларда ошқозон ости бези шикастланишини ташхислаш ва даволашда эндовидеожарроҳлик технологияларидан фойдаланилган.



Расм. 3 Назорат гуруҳида жароҳатланганларни ООБЁШ этиологик омилларига қараб тақсимлаш, абс. (%).



Расм. 4 Асосий гуруҳда жароҳатланганларни ООБЁШ этиологик омилларига қараб тақсимланиши, абс. (%).

Беморлар орасида 111 нафар (88,8%) эркаклар ва 14 нафар (11,2%) аёллар учраган. Икки гуруҳдаги жароҳатланганларни шифохонага ётқизиш давомийлиги бир хил эди. Уларнинг катта қисми жароҳатдан кейинги дастлабки 6 соат ичида шифохонага ётқизилган: 1-гуруҳда 42 нафар (59,1%), 2-гуруҳда - 36 нафар (66,7%). Шу билан бирга, мос равишда 29 нафар (40,8%) ва 21 нафар (38,9%) беморлар “олтин соат” ичида етказилди.

ООБЁШнинг этиологик омиллари қуйидагилар эди: йўл-транспорт ҳодисаларидан жароҳатланганлар – 64 нафар (51,2%); баландликдан йиқилиш натижасида жароҳатланганлар 49 нафар (39,2%); қоринга тўғридан-тўғри зарба олганлар - 9 нафар (7,2%), массив жисмлар орасидаги сиқилишдан жароҳатланганлар - 3 нафар (2,4%). (3-расм ва 4-расмларга қаранг).

Йиғилган маълумотларни қайта ишлашда биз ошқозон ости беши шикастланиши оғирлигининг ААСТ таснифидан фойдаландик (Moore E.E. et al., 1990) (1-жадвалга қаранг).

Ошқозон ости беши шикастланишидан жароҳатланганлар учун уни бошқа органларнинг шикастланиши билан бирлаштириш одатий ҳол эди. Иккала гуруҳдаги беморлар орасида талоқ, жигар ва йўғон ичакнинг биргаликда шикастланиши бўлган беморлар бор эди. Умуман олганда, бошқа органлар ва тизимларнинг шикастланиш сонларига қараб 1- ва 2- гуруҳлардаги беморларни тақсимлашда сезиларли фарқлар топилмади, бу эса шу асосда таққосланадиган гуруҳларни кўриб чиқишга имкон беради.

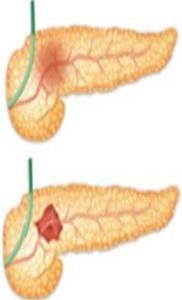
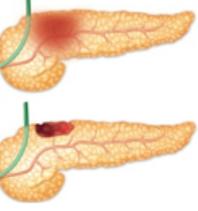
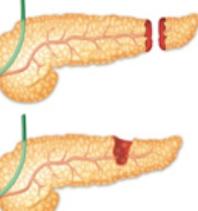
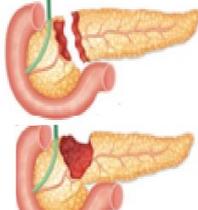
ООБ шикастланишига келсак, жабрланувчиларнинг 41 нафарида (32,8%) боши, 4 нафарида (3,2%) ошқозон ости беши бўйни, 24 нафарида (19,2%) ошқозон ости беши танаси, 56 нафарида (44,8%) ошқозон ости беши думи шикастланган, яъни безнинг боши ва думи кўпинча шикастланган. Ошқозон ости беши шикастланишининг клиник кўриниши 34 нафар (27,2%) беморларда травматик шок белгилари, 50 нафар (40%) беморларда ички қон кетиш, 41 нафар (32,8%) беморларда перитонит билан тавсифланган.

Ташхисни қўйиш босқичида шокдан чиқариш хонасида барча беморларда қоннинг умумий таҳлили, умумий сийдик таҳлили, баъзи беморларда қон биокимёвий таҳлилида амилаза ва сийдик таҳлилида диастазасининг миқдорини аниқланди. Қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати бўлган барча беморларда қорин бўшлиғининг рентгенографияси ёки рентгеноскопияси ўтказилди, пневмоперитонеумни аниқлаш учун лозим бўлса, ошқозон-ичак трактининг рентген-контрастли текшируви ўтказилди.

Операциядан кейинги яқин ва кечки даврда ривожланаётган ва шаклланган ошқозон ости беши оқмалари бўлган 19 нафар беморларда фистулография ўтказилди. Операциядан кейинги яқин ёки кеч даврда диагностика ёки даволаш мақсадларда 31 нафар беморларда “Olimpus” қурилмаси билан ЭФГДС ўтказилди.

1- жадвал

AAST (Moore E.E. et al., 1990), абс. (%) оғирлиги даражасига қараб ООБ шикастланганларни тақсимланиши

Шикастланишнинг оғирлиги	Шикастланишнинг табиати	Шикастланиш тавсифи	1- гуруҳ	2- гуруҳ	Жами
	Гематома	Ошқозон ости бези йулининг жароҳатланмаган жароҳат ёки ошқозон ости бези тўқималарининг оғир контузияси	4 (5,6)	9 (16,7)	13 (10,4)
	Ёрилиш	Ошқозон ости бези йулининг жароҳатланмаган жароҳат ёки тўқималарни йўқотмасдан қаттиқ ёрилиши			
	Гематома	Ошқозон ости безининг 1 дан ортиқ қисмини ёрилиши	30 (42,3)	13 (24)	43 (34,4)
	Ёрилиш	Ошқозон ости бези айланишнинг <50% кам булган ёрилиши			
	Ёрилиш	Дистал ёрилиш ёки ошқозон ости бези йулининг жароҳатланиши	28 (39,4)	21 (38,9)	49 (39,2)
	Ёрилиш	Проксимал (юқори тутқич венасининг ўнг томонида) ёрилиши ёки паренхиманинг шикастланиши	9 (12,7)	11 (20,4)	20 (16)
	Ёрилиш	Ошқозон ости бези бошининг массив эзилиши ва ёрилиши	-	-	-
Жами			71 (56,8)	54 (43,2)	125 (100)

Эслатма. *Кўп сонли ошқозон ости бези шикастланишларида оғирлик бир даражага ошади.

Қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин орти соҳаси ултратовуш текшируви 125 нафар (100%) ошқозон ости беzi ёпиқ шикастланган беморларда ўтказилди. Қорин бўшлиғи ва чарви халтасида эркин суюқликни аниқлаш, ошқозон ости беzi ва унинг атрофидаги органларнинг ҳажмини, эхоструктурасини ва эхозичлигини, ўт йўллариининг ҳолатини баҳолашга алоҳида эътибор берилди (5 ва 6-расм). 125 нафар беморларда жами 269 та ултратовуш текшируви ўтказилди.



Расм 5. Ошқозон ости беzi танасининг дистал қисмининг ёрилиши эхограммаси



Расм 6. Ошқозон ости беzi эхоструктурасининг гипоехоген тасвири-ошқозон ости беzi клетчаткасининг облитерацияси

Мультиспирал компьютер томографияси биринчи навбатда ташхисни аниқлаш мақсадида ишлатилган. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиш хусусиятини аниқлаш учун МСКТ фақат шошилинич вазиятларда, оғир комбинацияланган ва кўп ёпиқ травма бўлган 16 нафар беморларда амалга оширилди. (7-расм ва 8-расмларга қаранг).

ВЛСК текширув, шошилинич ултратовуш текшируви ёки МСКТ маълумотлари, қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланишини тўлиқ истисно қилмаган ҳолларда қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиши ташхисини аниқлаштириш учун шошилинич сабабларга кўра 54 нафар жабрланувчида ишлатилган. 22 нафар беморларда ошқозон ости безини текшириш имкони бўлди. 32 нафар беморларда ошқозон ости безини шикастланишининг билвосита белгилари (ретроперитонеал гематома ва ичак тутқичи гематомаси - 6 нафарда, чарви халтасида қон мавжудлиги - 4 нафарда, стеатонекроз - 4 нафарда, талок ёрилиши - 1 нафарда, қон кетишининг манбасини аниқлаш мумкин бўлмаган гемоперитонеум - 17 нафарда) кузатилди. Юқоридаги барча топилмалар лапаротомия ва қорин бўшлиғи органларини қайта кўриб чиқиш учун асос бўлиб чиқди.

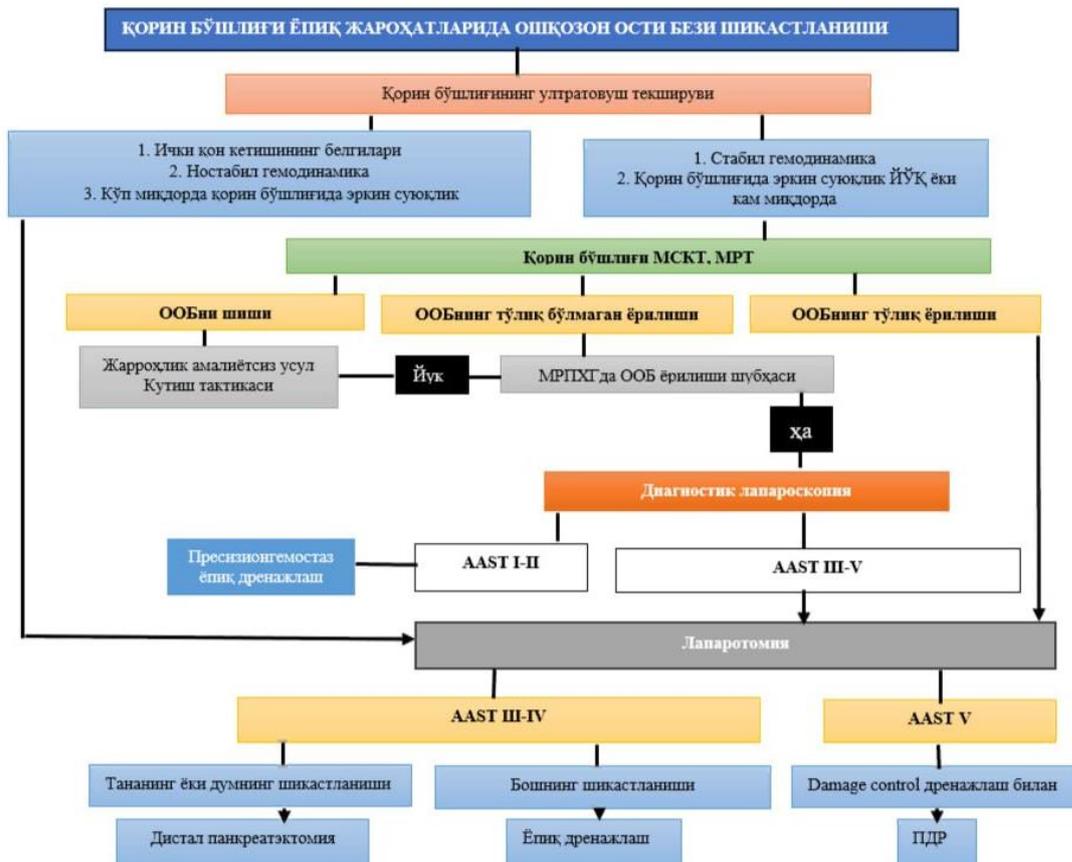


Расм. 7. МСКТ – бўйинча соҳасидаги 3-даражали ошқозон ости бези ёрилиши тасвири қориннинг ёпиқ шикастланиши



Расм. 8. МСКТ - тана ҳудудида ААСТ бўйича IV -даражали ошқозон ости бези ёрилиши тасвири қориннинг ёпиқ шикастланиши

Олинган маълумотларга асосланиб, ошқозон ости безининг ёпиқ шикастланиши учун диагностика тадбирлари схемаси ишлаб чиқилди ва амалга оширилди (9-расм). Ушбу алгоритм учун Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигидан патент олинди (DGU 13462).



9-расм. Ёпиқ ООБ шикастланиш учун диагностика тадбирлари схемаси (DGU 13462)

Ошқозон ости беши шикастланган 125 нафар беморларнинг 118 нафари (94,4%) операция қилинган, шундан 7 нафарида 1-гуруҳда, 4 нафарида 2-гуруҳда реллапаротомия қилинган. 7 нафар (5,6%) беморлар операция қилинмаган.

Диссертациянинг **“Клиник тадқиқотлар натижалари, ошқозон ости беши шикастланиши билан бўлган беморларни ташхислаш ва даволаш”** номли учинчи бобда ошқозон ости безининг травматик шикастланишида (ООБТШ) қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатларининг клиник кўриниши ҳам, қорин бўшлиғининг яққа ҳол қилинган травмасида ҳам, кушма шикастларда ҳам ўзига хос эмас ва асосан қон йўқотиш ҳажми ва шок даражаси, шунингдек травмадан кейинги панкреатитнинг оғирлиги билан белгиланади.

Кейинги диагностика ва даволаш тактикаси кўп жиҳатдан жабрланганларнинг қабул қилиш вақтидаги онги даражаси билан белгиланади. Шундай қилиб, 82 нафар (65,6%) беморлар, яъни кўпчилик эс- ҳуши жойидалигида келди, 20 нафар (16%) ҳушсиз, 12 нафар (9,6%) ступор ҳолатида эди. Мия шикастланиши билан оғриган 11 нафар (8,8%) беморларда кома кузатилди. ҚЎТда ОБТШ ва БТ билан жабрланганларни объектив текшириш пайтида симптомлар мажмуаси ҳам ўзига хос эмас.

Травматик ва геморрагик шок белгилари билан оғир аҳволда ётқизилган жабрланувчиларга алоҳида эътибор берилиши керак, бу шок-операцион хонасида зудлик билан диагностик ва даволаш чораларини кўришни талаб қилади. Жами 34 нафар (27,2%) беморлар травматик (30 нафар) ва геморрагик шок (4 нафар) ҳолатида ётқизилган. Икки гуруҳдаги шок даражаси бўйича жабрланганларнинг тақсимланиши ўхшаш эди.

Қабул қилиш вақтида БТ билан оғриган беморнинг аҳволи оғирлиги, асосан, бош мия жароҳатининг мавжудлигини аниқлайди. Мия шикастланишининг оғирлигини диагностика қилиш учун 67 нафар (53,6 %) жабрланувчида бош суягининг суяк тузилмалари синиши мавжудлиги ва табиатини аниқлаш учун бош суяги рентгенографияси қўлланилди. Усулнинг сезгирлиги 45% ни ташкил этди.

2-гуруҳ бош мия жароҳати билан оғриган 8 нафар беморларда бош мия шикастланишининг асосий диагностика усули сифатида спирал компьютер томографиясидан фойдаланилган. Шунини таъкидлаш керакки, бош мия жароҳати билан оғриган 3 нафар (37,5%) беморларда типик шикоятлар бўлмаган, спирал компьютер томографияси туфайли мия шикастланиши аниқланган.

67 нафар (53,6%) тос суяги синишига шубҳа қилинган беморларда тос суяқларининг рентгенографияси ўтказилди. 1-гуруҳдаги 58 нафар (81,7%) ва 2-гуруҳдаги 32 нафар (59,2%) беморларда БТ учун кўкрак қафасининг рентгенологик текшируви ўтказилди. Усулнинг сезгирлиги 55% ни ташкил этди. Шубҳали клиник кўринишга эга ҚЎТ ҳолатларида қорин бўшлиғи органларининг рентгенологик текшируви мос равишда 65 нафар (91,5%) ва 32 нафар (59,2%) беморларда ўтказилди. Ушбу усул 12 нафар (9,6%) субъектда қорин бўшлиғида эркин газни аниқлаш имконини берди, бу қорин бўшлиғининг ковак органининг ёрилиши белгиси эди.

2-гурухдаги 16 нафар (29,6%) беморларда қўлланилган кўп қисмли компьютер томографияси сўнгги пайтларда қорин бўшлиғи шикастланишларини ташхислашда тобора муҳим аҳамият касб этмоқда. МСКТ жабрланганларга барқарор ҳолатда, қоида тарихида, ултратовуш текшируви пайтида қорин бўшлиғи органларида аниқланган ўзгаришлар бўлмаганда ўтказилди. Текширувдан ўтган 10 нафар беморларда ошқозон ости бешида ўзгаришлар аниқланган. Номаълум давомийликдаги ҚЎТ билан оғриган бир беморда ошқозон ости беши паренхимасида йирингли-некротик ўзгаришлар бўлган. 5 нафар жабрланувчида МСКТ безга қўшни органлар ва тузилмаларнинг (талок, жигар, ингичка ичак тутқичи, диафрагма) зарарланишининг билвосита белгиларини аниқлади. Ушбу тадқиқот 1-гурухдаги беморларда ўтказилмаган. Умуман олганда, олинган маълумотларга асосланиб МСКТ сезгирлиги 97%, ўзига хослик - 94%, аниқлик - 95,2% ни ташкил этди.

Охириги ўн йилликда шошилиш жарроҳликда диагностик лапароскопия кенг қўлланилмоқди. Усул ташхис қўйиш ва зарарнинг хусусиятини аниқлаш учун вақтни қисқартиришга имкон беради. 1-гурухдаги беморларда диагностик лапароскопия ўтказилмаган, 2-гурухда эса 54 (100%) ҳолатда ўтказилган.

Жабрланганларнинг мутлоқ кўпчилигига - 114 нафар (91,2%) амилаза даражасини аниқлаш учун биокимёвий қон тести ўтказилди. ҚЎТда ОБТШ бўлган беморларда ўртача амилаза даражаси $187,4 \pm 42,6$ ш/б ни ташкил этди. Бундан ташқари, ушбу кўрсаткич аниқланган 86 нафар (68,8%) жабрланувчида амилаза миқдори меъёрда эди. Турли даражадаги ошқозон ости беши шикастланишлари учун бирламчи жарроҳлик аралашувларнинг кўлами ва турлари 2- жадвалда кўрсатилган.

Операциянинг тугатилишига алоҳида эътибор берилиши керак. 1-гурухнинг 32 нафар (45%) ва 2-гурухнинг 27 нафариди (50%) қорин бўшлиғи ва чарви халтасини дренажлаш қўлланилган, уларда бу жарроҳлик аралашув ҳажми жарроҳлик даволашнинг ягона босқичи бўлган. 2-гурух жабрланувчиларида дренажлаш 1-гурухга қараганда сезиларли даражада кўп ҳолларда қўлланилган ($p < 0,001$). Қорин парда орти соҳаси тўқималарини дренажлаш парапанкреатит ҳолатларида, шунингдек, катта қорин парда орти соҳаси гематомаларни санациясидан сўнг амалга оширилди ва мос равишда 6 нафар (8,4%) ва 4 нафар (7,4%) беморларда содир бўлди.

Жарроҳлик даволашнинг анъанавий усуллари қўлланилган 1-гурухдаги беморларда жарроҳлик амалиёти кўпинча оментобурсостома, шикастланган жойни тампонлаш ва холецистотомия билан яқунланади, кейинчалик такомиллаштирилган даволаш алгоритми жорий этилганлиги сабабли ундан воз кечишга қарор қилинди.

AAST бўйича шикастланиш даражасига қараб ҚЎТда ошқозон ости беzi шикастланишлари учун жарроҳлик аралашувларнинг тури ва ҳажми

Жарроҳлик амалиётнинг ҳажми	Гуруҳ	Ошқозон ости беzi шикастланишининг оғирлиги (AAST)				Жами	
		I	II	III	IV	абс.	%
Жарроҳлик амалиётнинг асосий босқичи							
Ошқозон ости безининг дистал резекцияси	1-чи	-	-	-	2	2	2,8
	2	-	-	-	2	2	3,7
Ошқозон ости безининг қон кетадиган томирини тикиш	1-чи	-	5	4	-	9	12,7
	2	-	2	1	-	3	5,6
Ошқозон ости безининг гематомасини очиш	1-чи	4	2	-	-	6	8,4
	2	2	1	-	-	3	5,6
Қорин бўшлиғини дренажлаш (операциянинг ягона босқичи сифатида)	1-чи	26	6	-	-	32	45
	2	20	5	2	-	27	50
Операцияни тугатиш турлари							
Қорин парда орти соҳаси тўқималарини дренажлаш	1-чи	2	1	2	1	6	8,4
	2	1	2	1	-	4	7,4
Оментобурсостомия	1-чи	2	1	-	2	5	7
	2	-	-	-	-	-	0*
Чарви халтасини тампонлаш	1-чи	14	3	5	3	25	35,2
	2	-	-	2	2	4	7,4**
Холецистостомия	1-чи	-	2	1	-	3	4,2
	2	-	1	-	-	1	1,8**

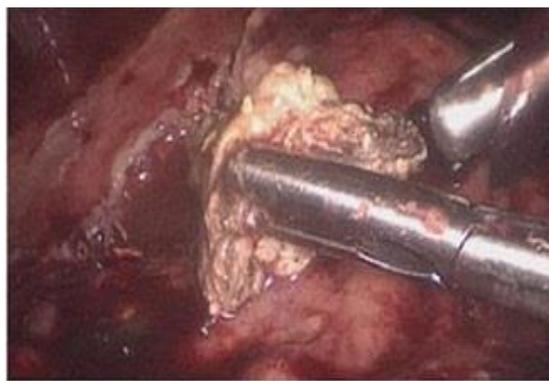
Эслатма. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$.

Шундай қилиб, 1-гуруҳдаги 5 нафар (7%) беморларда оментобурсостомия қўлланилган бўлса, 2-гуруҳда бир марта ҳам қўлланилмаган. Тампонлаш 1-гуруҳнинг 25 нафар (35,2%) беморларида, яъни 2-га қараганда сезиларли даражада тез-тез амалга оширилди, бу ерда “Damage-control” тактикаси доирасида ўта оғир аҳволда бўлган 4 нафар (7,4%) жабрланувчида қўлланилган. Панкреатитнинг олдини олиш ва даволашнинг консерватив усулларини такомиллаштириш туфайли яхшиланган даволаш тактикасининг бир қисми сифатида панкреатит хавфини камайтириш учун операцияни яқунлаш усули сифатида холецистостомиядан деярли бутунлай воз кечилди. 2-гуруҳда

холецистостомия 1-гурухга қараганда сезиларли даражада камроқ - мос равишда 3 нафар (4,2%) ва 1 нафар (1,8%) беморларда амалга оширилди.

Қорин бўшлиғи органларида энг кўп учрайдиган жарроҳлик аралашув спленектомия аутотрансплантация билан бўлган - кўп шикастланган 63 нафар (53,4%) беморларда, бу ОБТШ кўпинча талоқнинг шикастланиши билан бирга бўлганлиги билан боғлиқ эди. Камроқ ҳолларда жигарни тикиш ёки аргон плазма коагуляцияси – 35 нафар (29,6%) жароҳатланганларда, ингичка ичак яраларини тикиш - 9 нафар (7,6%), йўғон ичакнинг ёрилиши билан яраларини тикиш - 14 нафар (11,9%) да амалга оширилди, қорин парда орти соҳаси гематомасини очиш - 8 (6,8%). 4 (3,4%) беморда буйрак ёрилиши учун нефрэктомия (ҳар бир гуруҳда 2 та), яна 4 беморда (ҳар бир гуруҳда 2 та) буйрак ёрилиши тикилган.

Шу муносабат билан биз пост-травматик панкреатитни тадқиқотга киритилган асорат деб ҳисобладик, унда сезиларли клиник ва лаборатория ўзгаришлари кузатилди. 2-гурухда у 1-гурухга қараганда сезиларли даражада камроқ ҳолларда ривожланди: 55 нафар (62,7%) беморларга нисбатан 18 нафар (35,3%) беморларда, 2-гурухда ҳам панкреатик некроз билан касалланишнинг камайиш тенденцияси кузатилди (11, 12-расм), бу 2 нафар (3,9%) беморларда (1-гурухда 8 нафар (11,9%)), қорин бўшлиғи абсцесслар ва чарви халтаси абсцесслар кузатилди, мос равишда 2 (3,9%) ва 6 (8,9%) беморларда пайдо бўлган, парапанкреатик тўқималарнинг флегмонаси - 1 нафарда (1,9%) ва (4,5%). Ошқозон ости беши оқмалари 1-гурухда 4 нафарда кузатилган (6%), 1-ҳолатда ўз-ўзидан, 3 та ҳолатда жарроҳлик йўли билан ёпилган, 2-гурухдаги беморда эса 1 ҳолатда (1,9%) 2 ойдан кейин режали равишда жарроҳлик йўли билан бартараф этилган. Тўғридан-тўғри ошқозон ости безининг шикастланиши билан боғлиқ бўлган барча асоратларни умумлаштириб, айтишимиз мумкинки, 2-гурухда улар 1-гурухга қараганда сезиларли даражада камроқ бўлган - беморларда мос равишда 58 (86,6%) ва 22 (43,1%) ($p < 0,05$).



Расм. 11 ва 12. Ошқозон ости беши некрознинг интероператив тасвирлари

Клиникада қолиш муддати фақат тирик қолган беморлар учун баҳоланди. Шундай қилиб, 1-гурухдаги беморлар $17,4 \pm 2,9$ ётоқ куни, 2-гурухдаги беморлар - $14,3 \pm 2,0$ ётоқ кунигача даволанган ($p > 0,05$). 2-гурухдаги ётоқ кунларининг камроқ бўлиши ошқозон ости беши жароҳатларини тампонлашдан бош тортиш, оментобурсостомия, шунингдек, консерватив даволаш усулларини

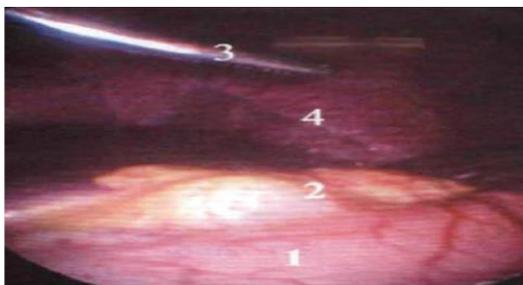
такомиллаштириш туфайли йирингли-септик характердаги операциядан кейинги асоратлар сонининг камайиши билан боғлиқ.

Ўлимларга келсак, 1-гурухда жабрланганларнинг 14 нафари (19,7%) ва 2-гурухда 3 нафар (5,6%) вафот этган.

Диссертациянинг “Ошқозон ости бези шикастланишларини эндовидеожарроҳлик диагностикаси ва даволаш натижалари” номли тўртинчи бобида эндовидеожарроҳлик технологиясидан фойдаланган ҳолда жарроҳлик аралашуви 54 нафар (43,2%) беморларда амалга оширилди. Ошқозон ости бези ёпиқ шикастланишини, агар бемор шокда бўлса ёки олдинги аралашувлардан кейин массив чандиқ жараёнига шубҳа бўлса, лапароскопик аралашув қарши кўрсатмади деб ҳисоблаймиз.

32 нафар (59,3%) беморларда катта миқдордаги геморрагик экссудат туфайли аралашув қийин кечди, бу эса очик жарроҳлик усулига утишни талаб қилди. Диагностика босқичида аниқланган ўзгаришларга қараб, биз терапевтик манипуляцияга ўтдик. Жарроҳлик аралашувининг энг кенг тарқалган тури ёпиқ панкреатоскопия (оментобурсоскопия) бўлиб, 22 нафар (40,7%) беморларда ошқозон-чамбар ичак бойлами орқали қорин бўшлиғига дренажларни ўрнатиш эди. Уни амалга ошириш шартлари чарви халтасида суюқликнинг мавжудлиги эди, бу пулсатсияни ўтказувчи симптомнинг йўқлиги, ошқозон-чамбар ичак бойламнинг шишиши, унинг қонга сингиб кетиши билан намоён бўлади, бу ошқозон девори ва йўғон ичак томирларини фарқлаш имконини беради.

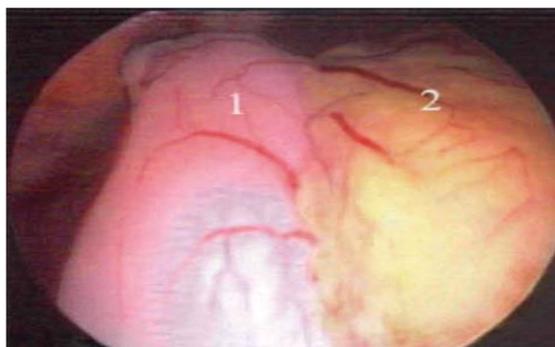
Биз ишимизда инфрагастрал панкреатоскопия техникасидан фойдаландик, унинг босқичлари қуйида тавсифланади. (13-20-расм)



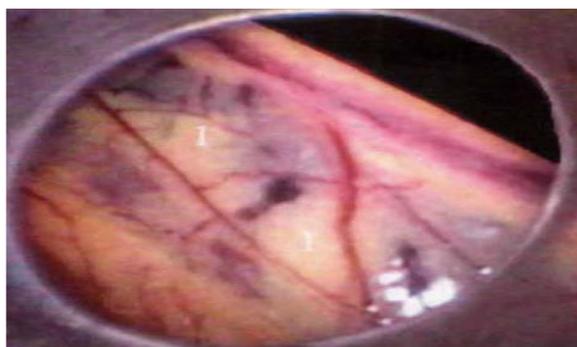
Расм. 13. Ошқозоннинг ўрта учдан бир қисмини ушлаш учун қисқични қўллаш (1 - ошқозоннинг олд девори; 2 – жигар-ошқозон бойламнинг бўртиб туриши; 3 - қисқич; 4 - жигар)



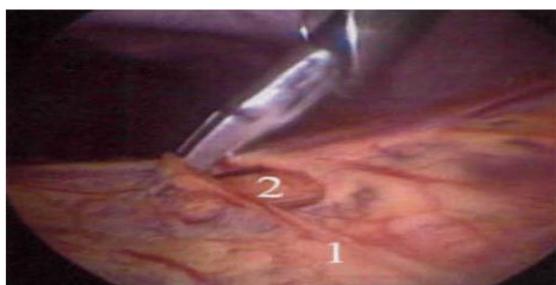
Расм. 14. Ошқозоннинг олд деворини ушлаш (1) қисқич (2) ва ошқозоннинг юқори ва ўрта чегарасида катта эгрилик соҳасида ушлаш.



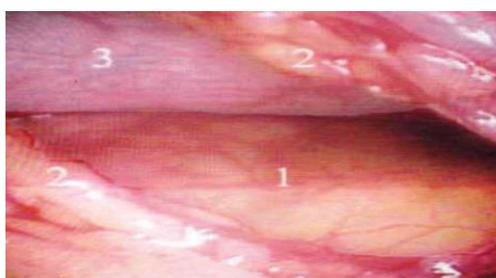
Расм. 15. Ошқозонни (1) қорин олд деворига тортиш ва ошқозон-чамбар ичак бойламини тортиш (2).



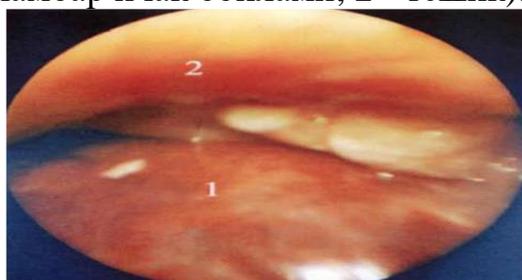
Расм. 16. Ошқозон-чамбар ичак бойламининг томирсиз зонаси (1).



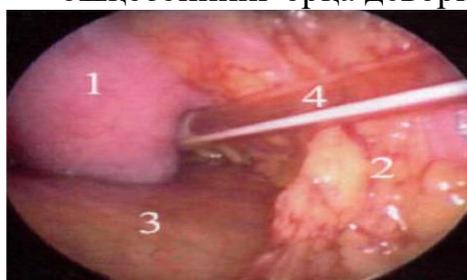
Расм. 17. Диссектор ёрдамида томирсиз жойда ошқозон-чамбар ичак бойламини очиш (1 - ошқозон-чамбар ичак бойламини; 2 - тешик).



Расм. 18. Чарви халтаси тешиги: (1 - ошқозон ости беzi; 2 - ошқозон-чамбар ичак бойламини бўлаги; 3 - ошқозоннинг орқа девори).



Расм. 19. AAST I даража бўйича ошқозон ости беzi танасининг шикастланиши (1 - ошқозон ости беzi қалинлашган, бўлаклари йўқ, без тўқималарининг диффуз геморрагик сўрилиши; 2 - ошқозоннинг орқа девори)



Расм. 20. Чарви халтаси бўшлиғидаги дренаж (1 - ошқозон; 2 - ошқозон-чамбар ичак бойламини; 3 - ошқозон ости беzi; 4 - дренаж трубкаси)

Ошқозон ости беши шикастланиши оғирлигининг даволаниш натижаларига таъсирини ўрганиш қизиқ. Кўпинча (12 нафар беморларда) биз ярани тикмасдан ва унинг четларини бир-бирига яқинлаштирмасдан, яранинг четида қон оқадиган томирларни тикиш билан претсизион гемостаз операциясидан фойдаландик. Ушбу операциянинг умумий асоратлари 34,7% ни, ўлим даражаси эса 8,6% ни ташкил этди. Жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқиш босқичида ушбу турдаги операция 1-гуруҳдаги 71 нафар беморларнинг 9 нафарида (12,7%) қўлланилган. Асоратланиш даражаси 40%, ўлим даражаси - 13,3%. 2- гуруҳда бу операция 54 нафар беморларнинг 3 нафарида (5,6%) амалга оширилди. Асоратланиш даражаси 25% ни ташкил этди, ўлим кузатилмади.

1-гуруҳда жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқиш босқичида ушбу турдаги операция 71 нафар беморларнинг 10 нафарида (14%) қўлланилган, асоратлар даражаси 70%, ўлим даражаси 30% ни ташкил этган. 2-гуруҳда 54 нафар беморларнинг 5 нафарида (9,2%) ушбу турдаги жарроҳлик қўлланилган, асоратлар даражаси 60%, ўлим даражаси 20% ни ташкил этган. Олинган маълумотлардан кўриниб турибдики, ошқозон ости беши ярасини тикишда прецизион гемостаз ва дренаж операциясидан кейин камроқ ижобий натижалар кузатилди. Ушбу операциялар натижаларидаги асоратларнинг камайиши ва ўлим даражаси бўйича фарқлар сезиларли. Бироқ бу барча ҳолатларда ошқозон ости беши ярасини тикиш операциясини қатъиян рад этиш учун асос сифатида қаралмаслиги керак. Баъзи ҳолларда ягона мумкин бўлган ҳолатлиги учун ундан фойдаланиш керак.

Ошқозон ости безининг дистал резексияси 4 нафар беморларда амалга оширилди. Кўрсаткич ошқозон ости беши танаси ёки думида, бўйин бўйлаб ошқозон ости безининг тўлиқ кўндаланг ёрилиши эди.

Жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқиш босқичида 1-гуруҳдаги 71 нафар беморларнинг 2 нафарида (2,8%) дистал панкреоэктомия қўлланилган. Асоратланиш даражаси 50% ни ташкил этди, 1 киши вафот этди, ўлим 50% ни ташкил этди. Бундай ҳолда ошқозон ости беши думини даволашнинг турли усуллари қўлланилган. 1 нафар беморда ярадаги Вирсунг йулини боғламасдан проксимал ошқозон ости беши думини тикиш амалга оширилди. Ушбу операциядан кейин 1 нафар беморда деструктив асоратлар билан травматик панкреатит ривожланди, 1 нафар бемор вафот этди. 2-гуруҳда дистал резексия 54 нафар беморларнинг 2 нафарида (3,7%) амалга оширилди. Ҳеч қандай асоратлар ёки ўлимлар кузатилмади.

Чарви халтасини тампонлаш 125 нафар беморларнинг 34 нафарида (27,2%) оментобурсостомия шакллланган, 18 нафарида (53%) асоратлар ривожланган, 10 нафари (29,4%) вафот этган.

Чарви халтасини тампонлаш учун кўрсатмалар бўлиб гемостазнинг бошқа усуллари самарасиз бўлганида, оғир травма, катта миқдордаги қон йўқотиш ва ностабил гемодинамикаси бўлган беморларда ошқозон ости беши шикастланиши ҳудудидан диффуз қон кетиш давом этиши бўлди.

Ошқозон ости беши шикастланган беморларда лапароскопия, панкреатоскопия ва лапаротомия пайтида терапевтик чораларни қўллаш натижалари 3 жадвалда келтирилган.

3 жадвал

Асосий гуруҳдаги беморларни даволаш мақсадида лапароскопия

кулланиши натижалари, n = 54

Дренажнинг тури ва ҳажми	Жарроҳлик амалиёти	Беморлар сони		
		абс.	%	
Лапароскопик усулида қорин бўшлиғини ва чарви халтасини дренажлаш	умумий сони	22	40.7	
	бир марталик диагностика ва даволаш лапароскопияси	22	40.7	
	Натижа	тузалиш	22	100
		ўлим	-	-
Лапаротомия, қорин бўшлиғини ва чарви халтасини дренажлаш	умумий сони	32	59.3	
	диагностик лапароскопиядан кейин лапаротомия	32	59.3	
	Натижа	тузалиш	9	28.1
		ўлим	4	12.5

3-жадвалдан кўриниб турибдики, 22 нафар (40,7%) беморларда чарви халтаси ва қорин бўшлиғини лапароскопик дренажлаш амалга оширилди. Вафот этганлар йўқ. Шунини таъкидлаш керакки, чарви халтаси лапароскопик усулида дренажлаш (панкреатоскопия) фақат ошқозон ости беши AAST I - II даражали шикастланиши учун амалга оширилди. Шунини таъкидлаш керакки, 32 нафар (59,3%) беморларда диагностик лапароскопиядан лапаротомияга (конверсия) ўтиш фақат тўғридан-тўғри панкреатоскопиясиз тадқиқот лапароскопиясидан сўнг амалга оширилди. Шунинг учун текширув лапароскопияси пайтида гемоперитонеум, айниқса кўп миқдорда геморрагик бўртиш, геморрагик имбибиция белгилари аниқланганда, фақат қорин бўшлиғини дренажлашнинг етарлиликка шубҳа туғилса, чарви қопини лапароскопик текшириш ва дренажлаш мумкин эмаслиги сабабли аниқланган аниқ патологик ўзгаришларда оптимал дренажлаш учун лапаротомия ўтказилди.

Даволаш лапароскопиядан сўнг ўлимлар кузатилмади ва лапаротомиядан кейинги умумий операциядан кейинги ўлим даражаси $p < 0,05$ ($p = 0,002$) да 12,5% (16 нафар беморлардан 4 нафари вафот этди).

9 нафар беморларда оғир деструктив жароҳатдан кейинги панкреатитдан ўлимнинг асосий сабаблари, 6 нафарида – оғир травматик ва геморрагик шок билан кечган жароҳатлар, 2 нафар беморларда – кўкрак қафаси ва бош мия қўшма жароҳатларининг қўплаб асоратлари бўлган.

ХУЛОСАЛАР

«Қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатларида ошқозон ости беши шикастланишининг диагностика ва эндовизуал технологиялар» мавзусидаги тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Бизнинг маълумотларимизга кўра, ООБЁТ қорин бўшлиғининг ёпиқ травмаси билан жабрланганлар сонининг 8,5% ни ташкил қилади. ААСТ таснифига кўра, II ва III даражали зарарланган беморлар устунлик қилди. Ошқозон ости безининг алоҳида шикастланиши фақат 18 нафар (14,4%) беморларда кузатилган, 107 нафар (85,6%) беморларда шикастланиш бошқа органлар ва тизимларнинг шикастланиши билан бирлаштирилган.

2. Ошқозон ости безининг травматик шикастланишини кўрсатадиган патогномоник клиник белгилар мавжуд эмас. Ёпиқ жароҳатлар билан умумий симптомлар устунлик қилади. Ошқозон ости беши шикастланишининг операциядан олдинги ташхисида ултратовушнинг сезгирлиги 65,8%, ўзига хослик - 74,2%, аниқлик - 75,4%, МСКТ сезгирлиги - 97%, ўзига хослик - 94%, аниқлик - 95,2%.

3. Жарроҳлик тактикасини танлашда дифференциал ёндашув бизнинг шикастланиш даражаси ва жабрланувчининг ҳолатига асосланади. I - II даражали ошқозон ости беши шикастланганда қорин бўшлиғи ва чарви халтасини лапароскопик дренажлаш билан чекланиш мумкин. III даражали шикастланишда қорин бўшлиғи ва чарви халтасини дренажлаш билан қон кетаётган томирни тикиш билан аниқ гемостазни қўллаш тавсия этилади. Ошқозон ости беши шикастланишининг IV даражасида дистал резекция, V даражали бўлса - панкреатодуоденал резекция қилиниши мумкин. Тампонлаш учун кўрсатмалар камдан-кам ҳолларда, фақат "Damage-control" даволаш тактикаси доирасида.

4. Такомиллаштирилган диагностика ва даволаш алгоритми асоратларни 86,6 дан 43,1% гача ва ўлим сонини 19,7 дан 5,6% гача камайтиришга имкон беради, шошилишч тиббий ёрдам талабларига жавоб беради ва жабрланганларга шошилишч ёрдам кўрсатадиган тиббиёт муассасаларининг амалий фаолиятида қўлланилиши мумкин.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

МУСТАФАЕВ АХРОР ЛУКМАНОВИЧ

**ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗАКРЫТЫХ
ТРАВМАХ ЖИВОТА**

14.00.27 – Хирургия, 14.00.40-Экстренная медицина

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

Самарканд – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан под № B2025.1.PhD/Tib5277.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.sammu.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научные руководители: **Даминов Феруз Асадуллаевич**
доктор медицинских наук, доцент

Атаджанов Шухрат Комилович
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **Валиев Эркин Юлдашевич**
доктор медицинских наук, профессор

Давлатов Салим Сулаймонович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Белорусский государственный медицинский университет**
(Республика Беларусь)

Защита состоится « ___ » _____ 2025 г. в ___ часов на заседании разового Научного Совета DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № _____). Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75.

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

Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмырина

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, кандидат медицинских наук, доцент

З.Б. Курбаниязов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. На сегодняшний день травматизм остаётся одной из актуальных медико-социальных проблем, оказывая существенное влияние на здоровье населения, экономику и систему здравоохранения. Несмотря на развитие технологий уровень травматизма остаётся высоким в ряде отраслей и возрастных групп. Характерной чертой современного травматизма считается увеличение числа необратимых, многочисленных и сложных сочетанных травм, а также высокая степень инвалидизации. По данным Всемирной организации здравоохранения, травматические повреждения поджелудочной железы встречаются от 2-5% всех абдоминальных травм¹. При наличии сочетанной травмы живота повреждения поджелудочной железы встречаются 4,2-10% случаев². Основными причинами таких повреждений являются тупая травма живота (в результате дорожно-транспортных происшествий, падений с высоты, спортивных или производственных травм), а также проникающие ранения (ножевые или огнестрельные). Клиническая трудность обусловлена, прежде всего, анатомо-физиологическими особенностями поджелудочной железы: её забрюшинным расположением, близостью к магистральным сосудам и другим жизненно важным органам. Сочетанные повреждения поджелудочной железы являются одной из наиболее сложных и прогностически неблагоприятных форм абдоминальной травмы. По данным клинических наблюдений, в 70–90% случаев травмы поджелудочной железы сопровождаются повреждениями других органов брюшной полости и забрюшинного пространства — таких как печень, селезёнка, тонкая и толстая кишка, желудок, двенадцатиперстная кишка, а также сосудистые структуры. Это существенно утяжеляет течение заболевания, затрудняет диагностику и повышает риск неблагоприятного исхода. Летальность при изолированной травме поджелудочной железы высокая — от 17,5 до 32,3%, а при сочетанных повреждениях она достигает 40-57%³.

Во всем мире проводятся ряд научных исследований, направленных на улучшение диагностики и лечения повреждений поджелудочной железы при закрытой травме живота. Особое внимание уделяется разработке алгоритмов раннего выявления повреждений поджелудочной железы, оптимизации показаний к оперативному вмешательству, выбору объема хирургической помощи и профилактике послеоперационных осложнений. Несмотря на наличие современных визуализационных (УЗИ, МСКТ, МРТ) и лабораторных методов, в ряде случаев постановка диагноза остаётся запоздалой, а выбор лечебной тактики дискуссионным. Отсутствие унифицированных протоколов ведения

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>

² Сингаевский А.Б. и др. Возможности применения современных методов диагностики и лечения при травмах живота с повреждением поджелудочной железы // Вестн. Нац. мед.-хир. центра им. Н.И. Пирогова. – 2017. – Т. 12, №1. – С. 37-39.

³ Khalayleh H., Imam A., Cohen-Arazi O. et al. An analysis of 77 cases of pancreatic injuries at a level one trauma center: Outcomes of conservative and surgical treatments // Ann. Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2022. – Vol. 26, №2. – P. 190-198. doi: 10.14701/ahbps.21-144

таких пациентов, а также высокая вариабельность клинических проявлений и исходов лечения стали основой настоящего исследования, целью которого является совершенствование диагностических и лечебных подходов.

В нашей стране в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению хирургической помощи. В связи с этим приоритетными направлениями стратегии развития страны на 2022-2026 годы являются «...мероприятия, направленные на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию комплекса мероприятий программ развития системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»⁴.

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документов принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Диссертационная работа основана на результатах научных исследований ряда специалистов (Ермолов А.С., и соавт., 2016; Хубутия М.Ш. и соавт., 2017 Агаханова К.Т., и соавт., 2018; Kuza С.М., 2021) содержащих углубленный анализ диагностики и лечения повреждений поджелудочной железы при закрытой травме живота. Тем не менее, и на сегодняшний день не определены информативность клиничко-лабораторных и инструментальных методов исследования в распознавании повреждений ПЖ и наиболее рациональная последовательность их применения в различных клинических ситуациях.

Отсутствуют стандартизованные алгоритмы, касающиеся хирургического лечения при повреждениях I–V степени по классификации Американской ассоциации хирургов по травме (AAST), нет четкого определения показаний и порядка применения как эндовидеохирургических, так и традиционных хирургических методов лечения, объема хирургического вмешательства, сроков госпитализации пострадавших.

⁴ Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы»

Нуждаются в дальнейшей разработке некоторые вопросы ведения послеоперационного периода, направленные на профилактику развития ПТП и сопутствующих ему осложнений, ранее их распознавание и выбор адекватных способов коррекции, а также последующая реабилитация пострадавших с травмой ПЖ.

До настоящего времени не определены оптимальные сроки и методы хирургической коррекции таких специфических осложнений травмы поджелудочной железы, как посттравматические кисты и панкреатические свищи. Все рассмотренные аспекты позволяют заключить об наличии многих нерешенных вопросов и актуальности задачи. В Узбекистане проведен ряд научных исследований, посвященных эффективной диагностике и лечению неотложных хирургических заболеваний, в частности, ОХЖ (Хаджибаев Ф.Ш., Алижанов А.А., Атажанов Ш.К., 2022), однако принципы эндовизуальных технологий ранней диагностики и лечения ОХЖ при тупой травме живота не разработаны. Лечение ОХЖ требует мультидисциплинарного подхода, и при необходимости целесообразно использовать различные хирургические методы, включая эндовизуальные технологии.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета по теме: «Создание и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения травм, хирургических заболеваний и опухолей» (Госреестр № 012400287).

Целью исследования явилось повысить эффективность комплексного хирургического лечения пострадавших с повреждениями поджелудочной железы при закрытой травме живота путем усовершенствования лечебно-диагностической тактики с применением эндовизуальных технологий.

Задачи исследования:

на основе ретроспективного анализа историй болезней за последние годы изучить структуру ППЖ при закрытых травмах живота мирного времени;

определить особенности клинической картины и проанализировать ценность неинвазивных (УЗИ, МСКТ) и миниинвазивного (видеолапароскопия) методов исследования при ППЖ;

определить тактику хирургического лечения в зависимости от степени повреждения поджелудочной железы (AAST I, II, III, IV, V) у военнослужащих;

определить роль и место эндовидеохирургической техники (видеолапароскопия) в диагностике и лечении пациентов с закрытой травмой поджелудочной железы и разработать лечебно-диагностический алгоритм с учетом степени её повреждения (AAST I, II, III, IV, V) ;

Объектом исследования явились 125 пациентов с закрытой травмой поджелудочной железы, проходивших лечение в отделениях хирургии РНЦЭМП

и его Самаркандском, Бухарском, Наманганском, Навоийском, Хорезмском и Сурхандарьинском филиалах в 2011-2021 годы.

Предмет исследования - истории болезни, физикальные обследования, лабораторные анализы крови и мочи (включая общий анализ крови, биохимический анализ), показатели амилазы и диастазы.

Методы исследования. Для успешного решения поставленной цели проанализированы клинико-биохимические анализы крови и мочи, рентгенография, ультразвуковое исследование, мультиспиральная компьютерная томография, эндовидеохирургические технологии и статистические методы анализа.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые доказана диагностическая значимость комплексного сочетания неинвазивных (УЗИ, МСКТ) и миниинвазивных (видеолапароскопия) методов обследования в диагностике повреждений поджелудочной железы при закрытой травме живота;

разработаны критерии индивидуального подхода для выбора между эндовидеохирургическими и традиционными методами хирургического лечения в зависимости от степени тяжести повреждения ПЖ и прилегающих органов;

обоснован оптимальный метод обязательного дренирования брюшной полости и сальниковой сумки с использованием эндовидеохирургического способа, для эффективного завершения хирургического вмешательства при изолированной травме ПЖ по классификации AAST I-II степени;

для достижения гемостаза был разработан принцип щадящей хирургической обработки повреждений ПЖ, заключающийся в прошивании кровоточащих сосудов вокруг раны атравматичной синтетической нитью и отказом от ушивания краёв раны и тампонирования зоны повреждения;

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработанный алгоритм хирургической тактики при закрытых травмах поджелудочной железы позволяет конкретизировать показания к выполнению традиционных хирургических вмешательств и хирургических вмешательств с применением эндовидеохирургических технологий;

для улучшения результатов лечения при травмах ПЖ рекомендовано использовать видеолапароскопию.

Достоверность результатов исследования обосновывается на современном, взаимодополняющем теоретическом подходе и методах, используемых в исследовательской работе, методологической корректности проведенного исследования, подборе достаточного материала, сравнении используемых методов с данными международных и отечественных авторов, подтверждении полученных результатов компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость определялась теоретической значимостью выводов и рекомендаций, которые послужили основой для изучения особенностей диагностики и лечения данного заболевания, выработки новых альтернативных методов диагностики и лечения.

В работе некоторые данные можно применять для улучшения обучающих программ по хирургическому лечению экстренной патологии ОБП в медицинских вузах, а также при обучении курсантов.

Практическая ценность результатов - изучение этиологии и механизма повреждений поджелудочной железы у пациентов с закрытой травмой живота позволило определить степень травматизации её при разных видах повреждений. Процесс диагностики и лечения пациентов с закрытой травмой поджелудочной железы оптимизирован путем разработанного лечебно- диагностического алгоритма, отличающегося широким использованием эндовидеохирургических способов для диагностики и хирургического лечения пострадавших, что способствовало существенному уменьшению частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Внедрение результатов исследования. По результатам исследований, проведенных по Эндовизуальные технологии в диагностике и лечении повреждений поджелудочной железы при закрытых травмах живота (заключение Научно-технического совета при МЗ Республики Узбекистан от 07.05.2025 г. № 17/40):

первая научная новизна: впервые доказана диагностическая значимость комплексного сочетания неинвазивных (УЗИ, МСКТ) и миниинвазивных (видеолапароскопия) методов обследования в диагностике повреждений поджелудочной железы при закрытой травме живота. Внедрение в практику: результаты внедрены в клиническую деятельность Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Бухарского филиала (приказ № 8 п-г/519 от 22.03.2022), Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Самаркандского филиала (приказ № 8 п-г/519 от 18.03.2022) и городской клинической больницы г. Ташкента №7 (приказ № 8 п-г/519 от 18.03.2022). Социальная эффективность: МСКТ проводилось с целью постановки точного диагноза. При этом достигается улучшение качество жизни пациентов за счет снижения количества ранних и поздних осложнений (посттравматического панкреатита и посттравматического панкреонекроза), а также рисков летального исхода. Экономическая эффективность: при использовании МСКТ повреждение поджелудочной железы при закрытой травме живота было обнаружено у 16 пациентов, что помогло сократить количество дополнительных обследований (УЗИ, рентгенологические исследования в динамике) и позволило сэкономить в среднем 826 000 сум. Заключение: ЗТПЖ составили 8,5% от числа пострадавших с закрытой травмой живота. По классификации AAST преобладали пациенты со II и III степенью повреждения. Изолированное повреждение железы отмечалось только у 18 (14,4%) пациентов, у 107 (85,6%) больных травма сочеталась с повреждениями другими органами и системами.

вторая научная новизна: разработаны критерии индивидуального подхода для выбора между эндовидеохирургическими и традиционными методами хирургического лечения в зависимости от степени тяжести повреждения ПЖ и прилегающих органов. Внедрение в практику: результаты внедрены в клиническую деятельность Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Бухарского филиала (приказ № 8 п-г/519 от 22.03.2022), Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Самаркандского филиала (приказ № 8 п-г/519 от 18.03.2022) и городской клинической больницы г. Ташкента №7 (приказ № 8 п-г/519 от 18.03.2022). Социальная эффективность: во время диагностической лапароскопии степень повреждения поджелудочной железы при вскрытии малого мешка Чарви определяется по I - II уровню классификации AAST, и при отсутствии повреждений в других органах роговичной полости рекомендуется провести лечебную лапароскопию и завершить операцию дренированием брюшной полости, а также, это объяснялось тем, что это было основой для профилактики осложнений у пациентов. Экономическая эффективность: внедрение в практику диагностической или лечебной лапароскопии, сокращение количества ненужных лапаротомий и сокращение количества дней лежания на диете (с 10 дней до 5 дней лежания), что позволяет сэкономить в среднем 1125 000 рублей из затраченных средств. Заключение: каких-либо патогномичных клинических симптомов, указывающих на травматическое повреждение поджелудочной железы, нет. При закрытых повреждениях преобладают симптомы общего характера. Чувствительность УЗИ в диагностике повреждения поджелудочной железы составляет 65,8%, специфичность – 74,2%, точность – 75,4%, чувствительность МСКТ – 97%, специфичность – 94%, точность – 95,2%. Интраоперационная ревизия сальниковой сумки остается единственным достоверным способом выявления повреждений поджелудочной железы.

третья научная новизна: обоснован оптимальный метод обязательного дренирования брюшной полости и сальниковой сумки с использованием эндовидеохирургического способа, для эффективного завершения хирургического вмешательства при изолированной травме ПЖ по классификации AAST I-II степени. Внедрение в практику: результаты внедрены в клиническую деятельность Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Бухарского филиала (приказ № 8 п-г/519 от 22.03.2022), Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Самаркандского филиала (приказ № 8 п-г/519 от 18.03.2022) и городской клинической больницы г. Ташкента №7 (приказ № 8 п-г/519 от 18.03.2022). Социальная эффективность: в случае поражения поджелудочной железы и повышения уровня амилазы или диастазы в биохимическом анализе крови пациентам было рекомендовано применять синтетический самостатин "октреотид" в суточной дозе 900-1200 МКГ. Это помогло улучшить качество жизни за счет снижения риска осложнений (посттравматического панкреатита и

посттравматического панкреонекроза) и смерти. Экономическая эффективность: снижение осложнений (посттравматический панкреатит с 62,7% до 35,2%, посттравматический панкреонекроз с 11,9% до 3,9%) и повышение качества жизни при применении синтетического препарата самостатина "октреотид" при закрытых поражениях поджелудочной железы. Заключение: дифференцированный подход к выбору оперативной тактики основывается на степени повреждения железы и состоянии пострадавшего. При повреждениях поджелудочной железы I-II степени достаточно ограничиться лапароскопическим дренированием брюшной полости и сальниковой сумки. При III степени повреждения рекомендовано применение прецизионного гемостаза с прошиванием кровоточащего сосуда с дренированием брюшной полости и сальниковой сумки. При IV степени повреждения ПЖ возможно выполнение дистальной резекции, а при V степени – панкреатодуоденальной резекции. Показания к тампонированию возникают редко, исключительно в рамках лечебной тактики «Damage-control».

четвертая научная новизна: для достижения гемостаза был разработан принцип щадящей хирургической обработки повреждений ПЖ, заключающийся в прошивании кровоточащих сосудов вокруг раны атравматичной синтетической нитью и отказом от ушивания краёв раны и тампонирования зоны повреждения. Внедрение в практику: результаты внедрены в клиническую деятельность Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Бухарского филиала (приказ № 8 п-г/519 от 22.03.2022), Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Самаркандского филиала (приказ № 8 п-г/519 от 18.03.2022) и городской клинической больницы г. Ташкента №7 (приказ № 8 п-г/519 от 18.03.2022). Социальная эффективность: внедрение результатов исследований на практике позволило повысить качество диагностики и лечения пациентов с закрытыми повреждениями поджелудочной железы, снизить количество осложнений с 86,6 до 43,1%, летальность с 19,7 до 5,6%, а также способствовать улучшению качества жизни пациентов. хирургическая и скорая помощь. Экономическая эффективность: по сравнению с пациентами, получавшими эндовидеохирургические методы хирургического вмешательства и начавшими раннюю консервативную терапию в случаях закрытых поражений поджелудочной железы, и пациентами, получавшими традиционные хирургические вмешательства, время пребывания пациента в стационаре сократилось в среднем с $17,4 \pm 2,9$ до $14,3 \pm 2,0$ дней, по сравнению с пациентами, получавшими лечение традиционными хирургическими вмешательствами. с сокращением средств на одного пациента на 100%. Заключение: усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при закрытой травме живота с повреждением поджелудочной железы позволяет снизить частоту осложнений с 86,6 до 43,1% и количество летальных исходов с 19,7 до 5,6% и вполне может быть внедрен в практическую деятельность медицинских учреждений, оказывающих экстренную помощь пострадавшим.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 10 научно-практических конференциях, в том числе, на 8 международных и 2 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, из них 8 журнальных статей, 7 из которых в республиканских и 1 в зарубежном журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитированной литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологии Республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «Травмы поджелудочной железы: современные аспекты диагностики и лечения (обзор литературы)» приведен анализ источников литературы, посвященных изучению частоты и патогенеза повреждения поджелудочной железы при закрытой травме живота, а также роль и место консервативной терапии и хирургического лечения пострадавших с повреждениями поджелудочной железы при закрытой травме живота требующие уточнения аспектов этой проблемы.

Во второй главе «Материал и методы исследования» Работа выполнена Центральном военном госпитале РУз. и в хирургических отделениях РНЦЭМП РУз и его филиалах, работающих в круглосуточном режиме, и основана на анализе результатов лечения 125 пострадавших с различными травматическими повреждениями поджелудочной железы, госпитализированных в клинику в 2011-2021 гг., что составило 8,5% от 1470 пострадавших с закрытой травмой органов брюшной полости. (Рис 1).

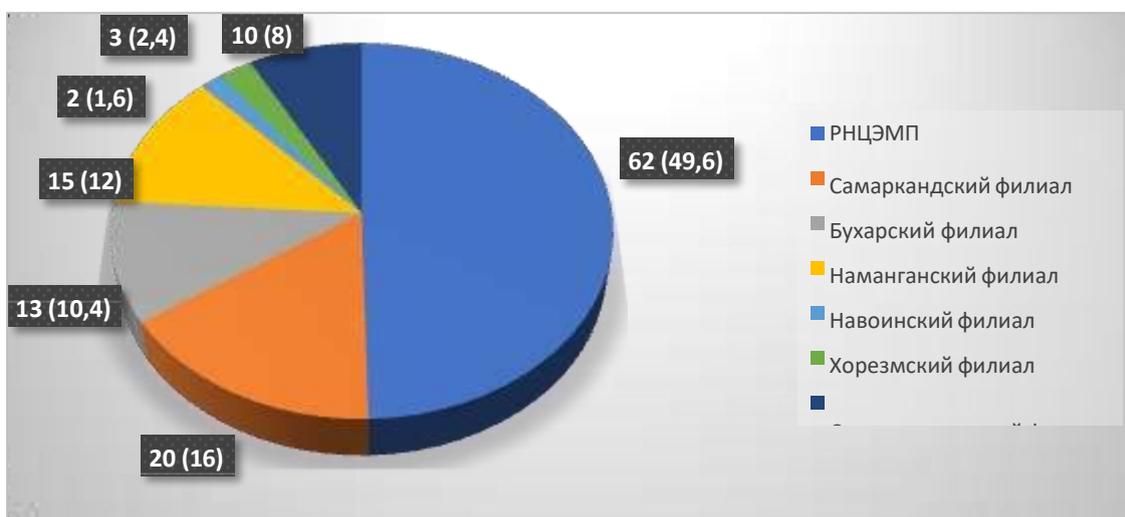


Рис. 1. Число пострадавших, включенных в исследование, абс. (%).

Для исследования результатов оказания специализированной медицинской помощи в РНЦЭМП и его филиалах были сформированы 2 группы пациентов с повреждением поджелудочной железы при закрытой травме живота (Рис 2).

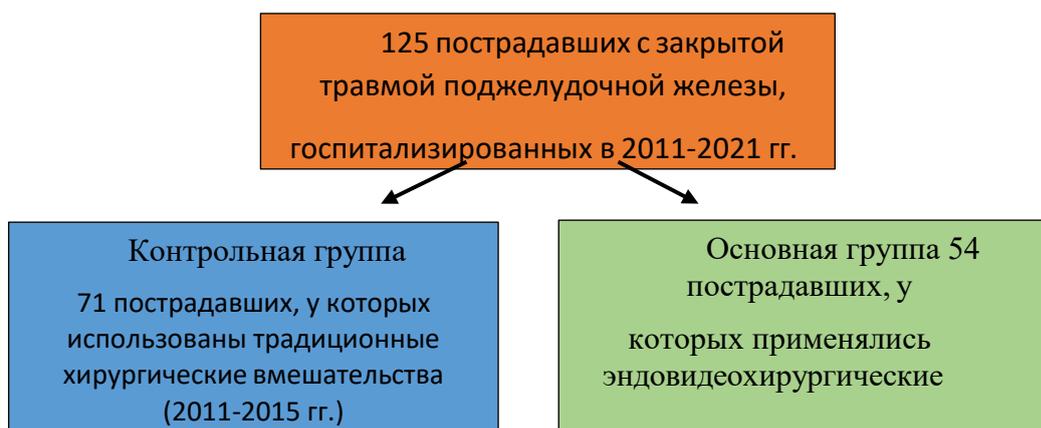


Рис. 2. Дизайн исследования.

В **контрольную группу** (1-я) вошли 71 пострадавший с закрытой травмой живота с повреждением поджелудочной железы, у которых использовали традиционные хирургические вмешательства.

В **основную группу** (2-я) включен 54 пострадавший с закрытой травмой живота, у которых в диагностике и лечении травм поджелудочной железы применялись эндовидеохирургические технологии.

Среди пациентов было 111 (88,8%) мужчин и 14 (11,2%) женщин.

Сроки госпитализации пострадавших в двух группах были сопоставимы. Подавляющее число из них госпитализировались в первые 6 часов после получения травмы: в 1-й группе таковых было 42 (59,1%), во 2-й – 36 (66,7%). При этом в рамках «золотого часа» были доставлены соответственно 29 (40,8%) и 21 (38,9%) пациентов.

Этиологическими факторами ЗТПЖ были дорожно-транспортные происшествия – у 64 (51,2%) больных, в результате падения с высоты травму получили 49 (39,2%), прямой удар в живот – 9 (7,2%), при сдавлении между массивными предметами – 3 (2,4%) (Рис. 3 и Рис.4).

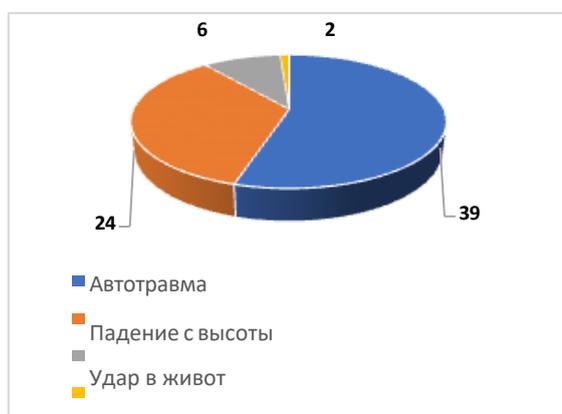


Рис. 3. Распределение пострадавших контрольной группы с ППЖ в зависимости от механизма травмы, абс. (%).

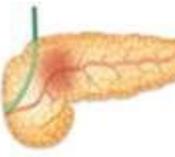
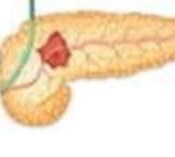
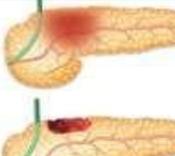
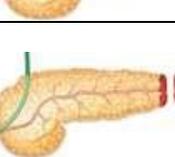
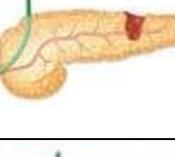
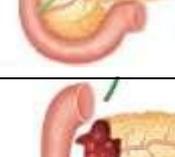


Рис. 4. Распределение пострадавших основной группы с ППЖ в зависимости от механизма травмы, абс. (%).

При обработке материала мы использовали классификацию тяжести повреждений поджелудочной железы AAST (Moore E.E. et al., 1990) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пострадавших с травмой ПЖ в зависимости от степени тяжести по AAST (Moore E.E. et al., 1990), абс. (%)

Степень тяжести травмы	Характер травмы	Описание травмы	1-я группа	2-я группа	Всего
		Гематома	4 (5,6)	9 (16,7)	13 (10,4)
		Разрыв			
I		Гематома	30 (42,3)	13 (24)	43 (34,4)
		Разрыв			
II		Разрыв	28 (39,4)	21 (38,9)	49 (39,2)
V		Разрыв	9 (12,7)	11 (20,4)	20 (16)
		Разрыв	-	-	-
Итого			71 (56,8)	54 (43,2)	125 (100)

Примечание. * При множественных травмах поджелудочной железы тяжесть повышается на одну степень.

Для пострадавших с травмой поджелудочной железы было характерно ее сочетание с повреждением других органов. Среди больных обеих групп были лица с сочетанным повреждением селезенки, печени и толстого кишечника. В целом же существенных различий в распределении больных 1-й и 2-й групп в зависимости от частоты повреждения других органов и систем не выявлено, что позволяет считать группы сопоставимыми и по этому признаку.

Что касается локализации повреждений ПЖ, то у 41 (32,8%) пострадавших была повреждена головка, у 4 (3,2%) – перешеек, у 24 (19,2%) – тело, у 56 (44,8%) хвост ПЖ, то есть наиболее часто повреждались головка и хвост железы.

Клиническая картина травмы ПЖ характеризовалась явлениями травматического шока у 34 (27,2%) больного, внутреннего кровотечения – у 50 (40%), перитонита – у 41 (32,8%).

На этапе верификации диагноза всем пациентам в шоковой палате выполняли клинические анализы клеточного состава крови, общий анализ мочи, у части больных определяли содержание амилазы крови и диастазы мочи.

Всем пострадавшим с закрытой травмой живота производили обзорную рентгенографию или рентгеноскопию живота, а при необходимости – и рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта с целью выявления пневмоперитонеума.

Фистулография выполнена 19 пострадавшим с формирующимися и сформированными панкреатическими свищами в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде.

ЭФГДС аппаратом фирмы «Olimpus» была предпринята у 31 больного с диагностической или лечебной целью в ближайшем или отдаленном послеоперационном периоде.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства при поступлении выполнено 125 (100%) пациентам с закрытым повреждением ПЖ. Особое внимание при этом уделяли обнаружению свободной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке, оценивали размеры, эхоплотность и эхоструктура ПЖ и окружающих органов, состояние желчевыводящих путей (Рис.5 и 6). 125 пациентам в общей сложности было проведено 269 УЗИ.



Рис.5. Эхограмма разрыв дистальной части тела ПЖ.

Рис.6. Неоднородное изображение эхоструктуры ПЖ - облитерация панкреатической клетчатки.

Мультиспиральная компьютерная томография использовалась преимущественно как метод уточняющей диагностики. В экстренном порядке для уточнения характера повреждений органов грудной клетки и брюшной полости МСКТ выполнена лишь у 16 больных с тяжелой сочетанной и множественной закрытой травмой. (Рис.7 и Рис. 8)



Рис.7 МСКТ –картина разрыва ПЖ 3-й степени в области перешейка при закрытой травме живота

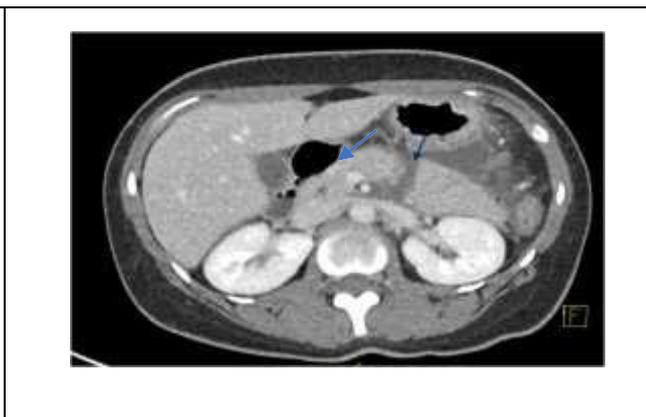


Рис. 8. МСКТ –картина разрыва ПЖ IV-й степени по AAST в области тела при закрытой травме живота

ВЛСК применялась у 54 пострадавших по экстренным показаниям с целью уточнения диагноза повреждения органов брюшной полости в тех случаях, когда данные клинического исследования, экстренного УЗИ или МСКТ не исключали полностью повреждение органов брюшной полости. Осмотреть железу удалось у 22 больных. У 32 пациентов имелись косвенные признаки повреждения железы (забрюшинная гематома и гематома корня брыжейки – у 6, наличие крови в сальниковой сумке – у 4, стеатонекрозы – у 4, разрыв селезенки – у 1, гемоперитонеум, уточнить источник кровотечения которого не удалось – у 17). Все перечисленные находки послужили основанием к проведению лапаротомии и ревизии органов живота.

Таким образом, признаки повреждения поджелудочной железы до операции диагностированы у 46 (36,8%) пострадавших с закрытой травмой, у остальных 79 (63,2%) – только при ревизии органов живота.

На основании полученных данных была разработана и внедрена схема диагностических мероприятий при закрытой травме ПЖ (рис 9). На данный алгоритм получен патент от Агентства интеллектуальной собственности РУз. (DGU 13462).



Рис 9 Схема диагностических мероприятий при закрытой травме ПЖ (DGU 13462).

Из 125 больных с травмами ПЖ оперированы 118 (94,4%), из них релапаротомия в 1-й группе выполнена у 7, во 2-й – у 4. Не оперированных пациентов было 7 (5,6%).

В третьей главе «Результаты клинических исследований, диагностики и лечения больных с повреждениями поджелудочной железы» При обследовании больных с ЗТБП с повреждением ПЖ специфичность клинических признаков изолированного и сочетанного повреждения не отличались друг от друга и характеризовались в основном кровопотерей, шоком и посттравматическим панкреатитом.

Дальнейшая диагностическая и лечебная тактика зависела от уровня сознания пострадавших. Так, 82 (65,6%) пациентов, т.е. большинство, поступили в ясном сознании, в состоянии оглушения были 20 (16%), в состоянии сопора – 12 (9,6%). Кома отмечалась у 11 (8,8%) больных с черепно-мозговой травмой.

Симптомокомплекс при объективном осмотре пострадавших с ТППЖ при ЗТЖ или СТ также неспецифичен.

Отдельное внимание необходимо уделять пострадавшим, которые поступают в тяжелом состоянии с признаками травматического и геморрагического шока, который требует проведения незамедлительных лечебно-диагностических мероприятий в условиях шоковой операционной. Всего в состоянии травматического (30) и геморрагического шока (4) поступили 34 (27,2%) пациента.

Распределение пострадавших по степени шока в двух группах было схожим. Тяжесть состояния пострадавшего с СТ при поступлении зависит от черепно-мозговой травмы. Определить переломы костных структур черепа

67 (53,6%) пациентам помогла рентгенография. Чувствительность метода составила 45%. У 8 пострадавших с черепно-мозговой травмой 2-й группы для диагностики применяли спиральную компьютерную томографию. У троих (37,5%) больных с черепно-мозговой травмой, несмотря на отсутствие жалоб, СКТ помогло выявить повреждение головного мозга.

У 67 (53,6%) человек заподозрили переломы костей таза после рентгенографии. Рентгенологическое исследование груди при СТ проведено у 58 (81,7%) пациентов I - ой и у 32 (59,2%) II – ой группе. Чувствительность данного метода составил 55%. Рентгенография брюшной полости осуществлена соответственно у 65 (91,5%) пациентов I - ой и 32 (59,2%) II – ой группе. Этот метод позволил у 12 (9,6%) обследованных обнаружить в брюшной полости свободный газ, признак разрыва полого органа.

Важную роль в диагностике все чаще играет мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Ее использовали у 16 (29,6%) пациентов 2-й группы. Делали это после УЗИ в случае отсутствия повреждений органов брюшной полости. У 1 пациента с закрытой травмой живота неопределенной давности были обнаружены гнойно-некротические изменения. У 5 человек при МСКТ были обнаружены косвенные признаки повреждения других органов и структур, включая диафрагму, печень, селезенку и брыжейку тонкой кишки. В

1 группе это исследование не проводилось. По результатам выявлено, что чувствительность МСКТ при ЗТПЖ 97%, специфичность 94%, а точность 95,2%.

В последние 10 лет в ургентной хирургии применяют диагностическую лапароскопию. Это сокращает время установления диагноза и позволяет более точно определить повреждения. Это лечение не проводилось в 1-й группе, но оно было проведено всем пациентам 2-й группы.

Кроме инструментальных методов диагностики необходимы лабораторные, в частности, определение уровня сывороточной амилазы. Биохимический анализ крови взят у 114 (91,2%) пострадавших. Средний уровень амилазы составил $187,4 \pm 42,6$ Е/л. У 86 (68,8%) содержание амилазы было в норме.

Данные об объеме и видах первичных оперативных вмешательств при разных повреждениях ПЖ представлены в таб. 2.

Таб. 2

Вид и объем первичных хирургических вмешательств при травмах ПЖ при ЗТЖ в зависимости от степени повреждения по AAST

Объем операции	Группа	Степень тяжести повреждения ПЖ (AAST)				Всего	
		I	II	III	IV	абс.	%
Основной этап операции							
Дистальная резекция ПЖ	1-я	-	-	-	2	2	2,8
	2-я	-	-	-	2	2	3,7
Прошивание кровотока сосуда ПЖ	1-я	-	5	4	-	9	12,7
	2-я	-	2	1	-	3	5,6
Вскрытие гематомы ПЖ	1-я	4	2	-	-	6	8,4
	2-я	2	1	-	-	3	5,6
Дренирование брюшной полости/сальниковой сумки (как единственный этап операции)	1-я	26	6	-	-	32	45
	2-я	20	5	2	-	27	50
Способы окончания операции							
Дренирование забрюшинной клетчатки	1-я	2	1	2	1	6	8,4
	2-я	1	2	1	-	4	7,4
Оментобурсостомия	1-я	2	1	-	2	5	7

	2-я	-	-	-	-	-	0*
Тампонирование сальниковой сумки	1-я	14	3	5	3	25	35,2
	2-я	-	-	2	2	4	7,4**
Холецистостомия	1-я	-	2	1	-	3	4,2
	2-я	-	1	-	-	1	1,8**

Примечание. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$.

Особое внимание следует уделить завершению операции. Дренирование брюшной полости и сальниковой сумки у 32 (45%) 1-й и у 27 (50%) – 2-й группы, так как операция была единственным этапом лечения. Дренирование у пострадавших 2-й группы использовано чаще, чем в 1-й ($p < 0,001$).

Дренирование забрюшинной клетчатки применено у 6 (8,4%) пациентов 1-й группы и 4 (7,4%) пациентов 2-й группы с парапанкреатитом и после санации обширных забрюшинных гематом.

В 1-й группе применяли традиционные методы хирургического лечения, операции нередко завершались формированием оментобурсостомы, тампонированием зоны повреждения от которых в последующем было решено отказаться из-за внедрения усовершенствованного лечебного алгоритма. Оментобурсостомия применена у 5 (7%) пострадавших 1-й группы, а во 2-й не использовали совсем. Тампонирование выполняли у 25 (35,2%) больных 1-й группы, а во 2-й - лишь у 4 (7,4%) пациентов в крайне тяжелом состоянии в рамках тактики «Damage-control». От выполнения холецистостомии как способа завершения операции с целью снижения риска возникновения панкреатита в рамках усовершенствованной лечебной тактики практически полностью отказались благодаря усовершенствованию консервативных методов профилактики и лечения панкреатита. Во 2-й группе холецистостомия выполнялась достоверно реже, чем в 1-й группе – соответственно у 3 (4,2%) и 1 (1,8%) больного.

У 63 (53,4%) пациентов с множественными травмами брюшной полости спленэктомия с аутотрансплантацией была наиболее распространенной хирургической процедурой, выполняемой на органах брюшной полости. Это было связано с тем, что повреждение селезенки часто сопровождалось повреждением поджелудочной железы. Реже выполнялись ушивание или аргоноплазменная коагуляция печени – у 35 (29,6%) пострадавших, ушивание ран тонкой кишки – у 9 (7,6%), ушивание ран толстой кишки при её разрывах – у 14 (11,9%), вскрытие забрюшинной гематомы – у 8 (6,8%). Нефрэктомия выполнена при разрывах почки у 4 (3,4%) больных (по 2 в каждой группе), ещё у 4 пострадавших (по 2 в каждой группе) осуществлено ушивание разрыва почки.

Мы рассматривали посттравматический панкреатит как одно из частых осложнений, при котором были отмечены заметные изменения как в клинических, так и в лабораторных исследованиях. По сравнению с 1-й

группой, во 2-й группе он проявлялся в значительно меньшем количестве случаев (18 (35,3%) против 42 (62,7%) пациентов). Во 2-й группе отмечалась также тенденция к снижению частоты встречаемости панкреонекроза (рис. 11, 12), который наблюдался у 2 (3,9%) больных (в 1-й группе у 8 (11,9%), абсцессов брюшной полости и сальниковой сумки, которые имели место соответственно у 2 (3,9%) и 6 (8,9%) пациентов, а также флегмоны парапанкреатической клетчатки – у 1 (1,9%) и (4,5%). Панкреатические свищи в 1-й группе наблюдались в 4 (6%) случаях, в 1-ом случае он закрылся самостоятельно, в 3-х случаях сделана операция, а у больного 2-й группы в 1-ом случае (1,9%) был устранен оперативным путем через 2 месяца в плановом порядке. Суммировав все осложнения, связанные непосредственно с повреждением ПЖ, можно говорить о том, что во 2-й группе их было достоверно меньше, чем в 1-й – соответственно у 58 (86,6%) и 22 (43,1%) больных ($p < 0,05$).

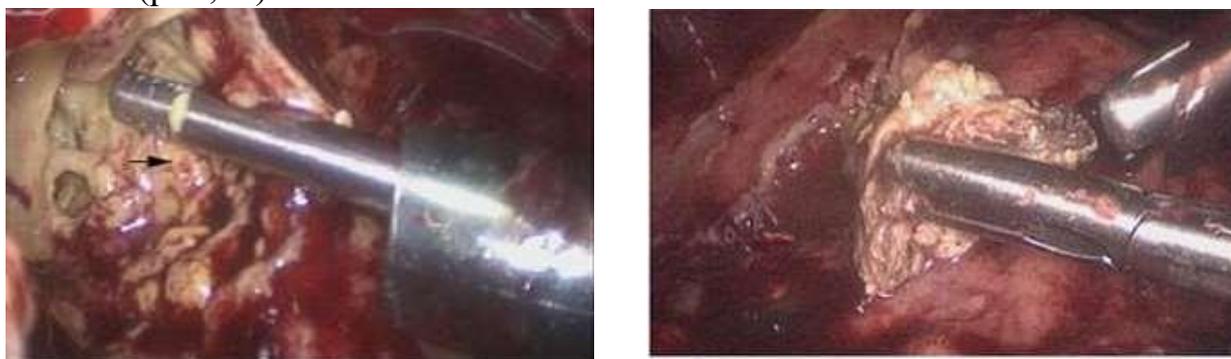


Рис.11 и 12 Интраоперационная картина панкреонекроза

Длительность пребывания в клинике оценивалась только для выживших пострадавших. Так, больные 1-й группы находились на лечении $17,4 \pm 2,9$ койко-дня, 2-й – до $14,3 \pm 2,0$ койко-дня ($p > 0,05$). Меньшее количество койко-дней во 2-й группе обусловлено уменьшением количества послеоперационных осложнений гнойно-септического характера благодаря отказу от тампонирования ППЖ, оментобурсостомии и совершенствованием консервативных методов лечения.

Что касается летальности, то в 1-й группе умерло 14 (19,7%) пострадавших, во 2-й – 3 (5,6%).

В четвертой главе «**Результаты эндовидеохирургической диагностики и лечения при повреждениях поджелудочной железы**» оперативное вмешательство с использованием эндовидеохирургической технологии выполнено 54 (43,2%) пациенту. Можно отметить, что при закрытой травме ПЖ лапароскопическое вмешательство противопоказано при шоковом состоянии, подозрении на массивный спаечный процесс после перенесенных операций.

У 32 (59,3%) больных вмешательство затруднялось из-за большого количества геморрагического экссудата, что потребовало конверсии доступа. В зависимости от выявленных изменений на диагностическом этапе переходили к лечебным манипуляциям.

Самым распространенным видом хирургического вмешательства была закрытая панкреатоскопия (оментобурсоскопия) с установкой дренажей в брюшную полость через желудочно-ободочную связку, которую выполнили у 22 (40,7%) пациентов. Условиями для её выполнения служили наличие жидкости в сальниковой сумке, что проявляется отсутствием симптома передаточной пульсации, отёк желудочно-ободочной связки, имбибиция ее кровью, что позволяет дифференцировать сосуды, стенку желудка и толстую кишку.

В своей работе мы использовали методику инфрагастральной панкреатоскопии, этапы которой описаны ниже. (Рис.13-20)

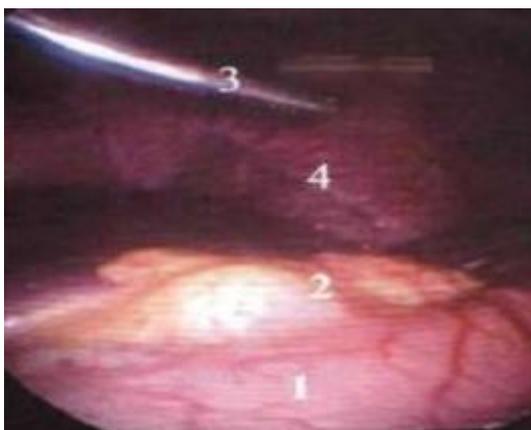


Рис. 13. Подведение зажима для захвата желудка в средней трети тела (1 – передняя стенка желудка; 2 – выбухание печеночно-желудочной связки; 3 – зажим; 4 – печень)



Рис. 14. Захват передней стенки желудка (1) зажимом (2) и большой кривизне на границе верхней и средней тела желудка.

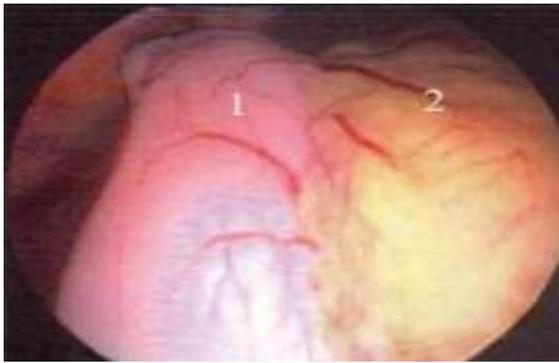


Рис. 15. Подтягивание желудка (1) к передней брюшной стенке и натяжение желудочно-ободочной связки (2).

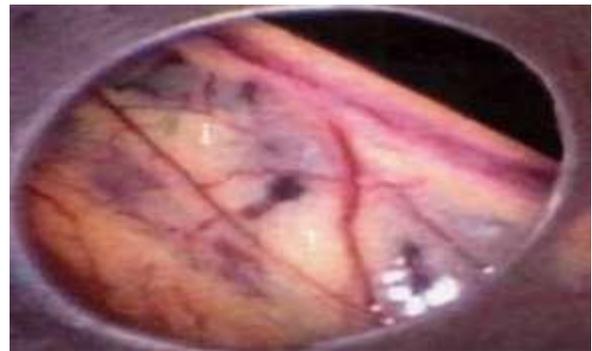


Рис. 16. Бессосудистая зона (1) желудочно-ободочной связки.

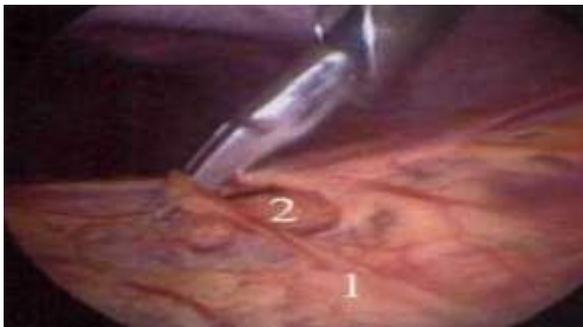


Рис. 17. Вскрытие желудочно-ободочной связки в бессосудистой зоне с помощью диссектора (1 – желудочно-ободочная связка; 2 – перфорационное отверстие).



Рис. 18. Просвет сальниковой сумки: (1 – ПЖ; 2 – фрагмент желудочно-ободочной связки; 3 – задняя стенка желудка).

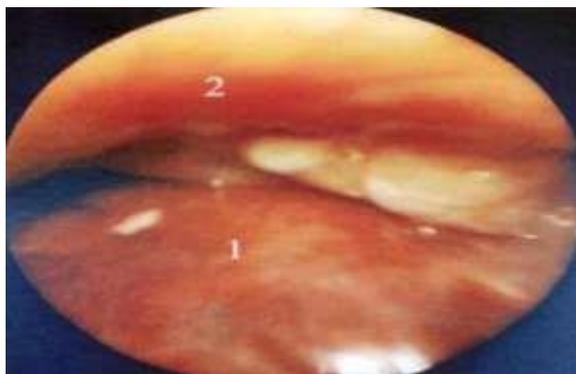


Рис. 19. Ушиб тела ПЖ по ААСТ I степени (1 – ПЖ утолщена, дольчатость отсутствует, диффузная).

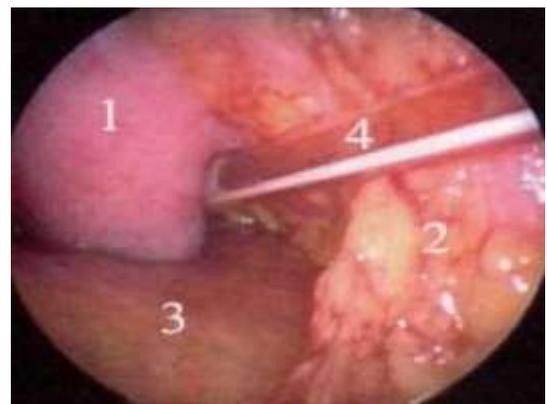


Рис. 20. Дренаж в полости сальниковой сумки (1 – желудок; 2 – желудочно-ободочная связка; 3 – ПЖ; 4 – дренажная трубка).

Представляет интерес, влияет ли степень тяжести на результаты лечения. При травме поджелудочной железы мы такую закономерность четко не прослеживали.

Наиболее часто (у 12 больных) нами использовалась *операция прецизионного гемостаза* с прошиванием кровоточащих сосудов в крае раны, без ушивания раны и сведения ее краев. Общая частота осложнений при этой операции составила 34,7%, общая летальность – 8,6%. На этапе разработки хирургической тактики этот тип операции применен у 9 (17,7%) из 71 больных 1-й группы. Частота осложнений составила 40%, летальность – 13,3%. Во 2-й группе эта операция выполнена у 3 (5,6%) из 54 пациента. Частота осложнений – 25%, летальных исходов не было.

Операция ушивания раны ПЖ с захватом в швы того или иного объема паренхимы и со сведением краев раны использована у 15 больных. Общая частота осложнений при этой операции – 66,6%, общая летальность – 20%.

На этапе разработки хирургической тактики в 1-й группе этот тип операции использован у 10 (14%) из 71 больных, частота осложнений – 70%, летальность – 30%. Во 2-й группе этот тип операции применялся у 5 (9,2%) из 54 пациента, частота осложнений составила 60%, летальность – 20%. Как видно из полученных данных, при ушивании раны ПЖ наблюдались менее благоприятные результаты, чем после операции прецизионного гемостаза и дренирования. Как было отмечено в главе 3, различия результатов этих операций по частоте осложнений и по уровню летальности носят достоверный характер. Однако это не следует расценивать как основание для категорического отказа от операции ушивания раны ПЖ во всех случаях. В некоторых ситуациях она должна использоваться, т.к. является единственно возможной.

Дистальная резекция ПЖ выполнена у 4 больных. Показанием служил полный поперечный разрыв ПЖ по перешейку, в теле или в хвосте ПЖ.

На этапе разработки хирургической тактики дистальная резекция поджелудочной железы использована у 2 (2,8%) из 71 больных 1-й группы. Частота осложнений составила 50%, умер 1, летальность – 50%. При этом использовались разные способы обработки культи ПЖ. У 1 пациента выполнено ушивание проксимальной культи ПЖ и без перевязки Вирсунгова протока в ране. Травматический панкреатит с деструктивными осложнениями после этой операции развился у 1 пациента, умер 1 больной. Во 2-й группе дистальная резекция выполнена у 2 (3,7%) из 54 больных. Осложнений и летальных исходов не было.

Показанием к тампонированию сальниковой сумки служило продолжающееся кровотечение диффузного характера из зоны повреждения ПЖ у пациентов с тяжелой сочетанной травмой, большим объемом кровопотери и нестабильной гемодинамикой, когда иные способы гемостаза были неэффективны.

Результаты применения лечебных мероприятий во время лапароскопии, панкреатоскопии и при лапаротомии у больных с травмой ПЖ представлены таб. 3.

Таб. 3

Результаты лечебной лапароскопии и исходы при травме ПЖЖ

у

больных основной группы, n=54

Вид и объем дренирования	Оперативное вмешательство		Число больных	
			абс.	%
Лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки	общее число		22	40,7
	однократная лечебно-диагностическая лапароскопия		22	40,7
	исход	выздоровление	22	100
		летальный исход	-	-
Лапаротомия, дренирование брюшной полости, сальниковой сумки	общее число		32	59,3
	лапаротомия после диагностической лапароскопии		32	59,3
	исход	выздоровление	9	28,1
		летальный исход	4	12,5

Как видно из таблицы 3, лапароскопическое дренирование сальниковой сумки и брюшной полости выполнено у 22 (40,7%) пациентов. Летальных исходов при этом не было. Следует отметить, что лапароскопическое дренирование сальниковой сумки (панкреатоскопия) выполнялось только при ушибе ПЖЖ AAST I- II степени. Необходимо отметить, что переход диагностической лапароскопии на лапаротомию (конверсия), выполненный у 32 (59,3%) больных, производили только после обзорной лапароскопии без прямой панкреатоскопии. Поэтому при выявлении в ходе обзорной лапароскопии признаков гемоперитонеума, особенно большого количества геморрагического выпота, геморрагической имбибиции, из-за невозможности проведения осмотра и дренирования сальниковой сумки лапароскопически, в случае сомнений в адекватности дренирования только брюшной полости при выявленных выраженных патологических изменениях, проводили лапаротомию с целью оптимального дренирования.

После лечебной лапароскопии летальных исходов не было, а общая послеоперационная летальность после применения лапаротомии составила 12,5% (умерли 4 из 16 пациентов) при $p < 0,05$ ($p = 0,002$).

Основными причинами летальных исходов у 9 больных был тяжелый деструктивный посттравматический панкреатит, у 6 – травмы с тяжёлым травматическим и геморрагическим шоком, у 2 – множественные осложнения сочетанных повреждений, груди, головного мозга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. По нашим данным ЗТПЖ составили 8,5% от числа пострадавших с закрытой травмой живота. По классификации AAST преобладали пациенты со II и III степенью повреждения. Изолированное повреждение железы отмечалось только у 18 (14,4%) пациентов, у 107 (85,6%) больных травма сочеталась с повреждениями другими органами и системами.

2. Каких-либо патогномоничных клинических симптомов, указывающих на травматическое повреждение поджелудочной железы, нет. При закрытых повреждениях превалируют симптомы общего характера. Чувствительность УЗИ в диагностике повреждения поджелудочной железы составляет 65,8%, специфичность – 74,2%, точность – 75,4%, чувствительность МСКТ – 97%, специфичность – 94%, точность – 95,2%. Интраоперационная ревизия сальниковой сумки остается единственным достоверным способом выявления повреждений поджелудочной железы.

3. Дифференцированный подход к выбору оперативной тактики основывается на степени повреждения железы и состоянии пострадавшего. При повреждениях поджелудочной железы I-II степени достаточно ограничиться лапароскопическим дренированием брюшной полости и сальниковой сумки. При III степени повреждения рекомендовано применение прецизионного гемостаза с прошиванием кровоточащего сосуда с дренированием брюшной полости и сальниковой сумки. При IV степени повреждения ПЖ возможно выполнение дистальной резекции, а при V степени – панкреатодуоденальной резекции. Показания к тампонированию возникают редко, исключительно в рамках лечебной тактики «Damage-control».

4. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при закрытой травме живота с повреждением поджелудочной железы позволяет снизить частоту осложнений с 86,6 до 43,1% и количество летальных исходов с 19,7 до 5,6% и вполне может быть внедрен в практическую деятельность медицинских учреждений, оказывающих экстренную помощь пострадавшим.

**ONE-TIME SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 ON
AWARDING ACADEMIC DEGREES AT THE SAMARKAND STATE
MEDICAL UNIVERSITY**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

MUSTAFAEV AKHROR LUKMANOVICH

**ENDOVISUAL TECHNOLOGY AND DIAGNOSIS AND TREATMENT OF
TRAUMATIC SUBCRANIAL SYMPTOMS IN CLOSED TRAUMA**

14.00.27 – Surgery, 14.00.40 – Emergency medicine

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
IN MEDICAL SCIENCES**

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under № B2025.1.PhD/Tib5277.

The dissertation was made at the Samarkand State Medical University.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.sammu.uz) and the Information and Educational Portal “Ziyonet” (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisors: **Daminov Feruz Asadullaevich**
Doctor of Medical Sciences, Docent

Atajanov Shukhrat Komilovich
Doctor of Medical Sciences, Docent

Official opponents: **Valiev Erkin Yuldashevich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Davlatov Salim Sulaimonovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Leading organization: **Belarusian State Medical University** (Republic of Belarus)

The defense will take place “_____” _____ 2025 at _____ hours at a meeting of the one-time Scientific Council DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 at Samarkand State Medical University (Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Amir Temur St. 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

The dissertation can be found at the Information Resource Center of Samarkand State Medical University (registered under No. _____). Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, st. Amira Temura 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75.

The abstract of the dissertation was sent out “_____” _____ 2025.
(mailing protocol register No. _____ dated “_____” _____ 2025).

N.N.Abdullaeva
Chairman of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

K.V.Shmirina
Scientific Secretary of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences, Docent

Z.B.Kurbaniyazov
Chairman of the Scientific Seminar under 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 was to increase the effectiveness of complex surgical treatment of victims with pancreatic injuries due to closed abdominal trauma by improving treatment and diagnostic tactics using endovisual technologies.

The object of the study were 125 patients with closed pancreatic trauma who were treated in the surgery departments of the Russian Scientific Center of Emergency Medicine and its Samarkand, Bukhara, Namangan, Navoi, Khorezm and Surkhandarya branches in 2011-2021.

The scientific novelty of the research is as follows.

for the first time the diagnostic value of a complex combination of non-invasive (ultrasound, MSCT) and minimally invasive (video laparoscopy) examination methods in diagnosing pancreatic injuries in blunt abdominal trauma has been proven;

criteria for an individual approach to choosing between endovideosurgical and traditional methods of surgical treatment depending on the severity of damage to the pancreas and adjacent organs have been developed;

the optimal method of mandatory drainage of the abdominal cavity and omental bursa using the endovideosurgical method has been substantiated for the effective completion of surgical intervention in case of isolated pancreatic injury according to the AAST classification of grades I-II;

to achieve hemostasis, a principle of gentle surgical treatment of pancreatic injuries has been developed, consisting in suturing bleeding vessels around the wound with an atraumatic synthetic thread and refusing to suture the edges of the wound and tamponade the damaged area;

Implementation of the research results. Based on the results of studies conducted on technology in diagnostics and treatment of pancreatic injuries in closed abdominal trauma (conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated 05/07/2025 No. 17/40):

first scientific novelty: for the first time, the diagnostic significance of a complex combination of non-invasive (ultrasound, MSCT) and minimally invasive (video laparoscopy) examination methods in diagnosing pancreatic injuries in closed abdominal trauma has been proven. Implementation into practice: the results have been implemented in the clinical activities of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Bukhara Branch (order No. 8 n-r / 519 dated 03/22/2022), the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Samarkand Branch (order No. 8 n-r / 519 dated 03/18/2022) and Tashkent City Clinical Hospital No. 7 (order No. 8 n-r / 519 dated 03/18/2022). Social efficiency: MSCT was performed to establish an accurate diagnosis. At the same time, the quality of life of patients is improved by reducing the number of early and late complications (post-traumatic pancreatitis and post-traumatic pancreatic necrosis), as well as the risk of death. Cost-effectiveness: when using MSCT, pancreatic injury in blunt abdominal trauma was detected in 16 patients, which helped to reduce the number of additional examinations (ultrasound, dynamic X-ray studies) and saved an average of 826,000 soums. Conclusion: blunt abdominal trauma accounted for 8.5% of the number of victims with blunt abdominal trauma. According to the AAST classification, patients with grades II

and III damage predominated. Isolated damage to the gland was noted only in 18 (14.4%) patients, in 107 (85.6%) patients the injury was combined with damage to other organs and systems.

the second scientific novelty: criteria for an individual approach were developed for choosing between endovideosurgical and traditional methods of surgical treatment depending on the severity of damage to the pancreas and adjacent organs. Implementation into practice: the results have been implemented in the clinical activities of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Bukhara branch (order No. 8 n-r / 519 dated 03/22/2022), the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Samarkand branch (order No. 8 n-r / 519 dated 03/18/2022) and Tashkent City Clinical Hospital No. 7 (order No. 8 n-r / 519 dated 03/18/2022). Social efficiency: during diagnostic laparoscopy, the degree of damage to the pancreas when opening the lesser Charvi's sac is determined according to levels I - II of the AAST classification, and in the absence of damage to other organs of the corneal cavity, it is recommended to perform therapeutic laparoscopy and complete the operation by draining the abdominal cavity, and also, this was explained by the fact that this was the basis for the prevention of complications in patients. Cost-effectiveness: introduction of diagnostic or therapeutic laparoscopy into practice, reduction in the number of unnecessary laparotomies and reduction in the number of days of lying on a diet (from 10 days to 5 days of lying down), which allows saving an average of 1,125,000 rubles of the funds spent. Conclusion: there are no pathognomonic clinical symptoms indicating traumatic injury to the pancreas. In case of closed injuries, general symptoms prevail. The sensitivity of ultrasound in diagnosing pancreatic injury is 65.8%, specificity - 74.2%, accuracy - 75.4%, the sensitivity of MSCT is 97%, specificity - 94%, accuracy - 95.2%. Intraoperative revision of the omental bursa remains the only reliable way to detect pancreatic injury.

the third scientific novelty: the optimal method of mandatory drainage of the abdominal cavity and omental bursa using the endovideosurgical method is substantiated for the effective completion of surgical intervention in case of isolated pancreatic injury according to the AAST classification of grades I-II. Implementation into practice: the results have been implemented in the clinical activities of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care of the Bukhara branch (order No. 8 n-r / 519 dated 03.22.2022), the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care of the Samarkand branch (order No. 8 n-r / 519 dated 03.18.2022) and Tashkent City Clinical Hospital No. 7 (order No. 8 n-r / 519 dated 03.18.2022). Social efficiency: in case of pancreatic damage and increased amylase or diastase levels in the biochemical blood test, patients were recommended to use the synthetic self-statin "octreotide" in a daily dose of 900-1200 MCG. This helped to improve the quality of life by reducing the risk of complications (post-traumatic pancreatitis and post-traumatic pancreatic necrosis) and death. Economic efficiency: reduction of complications (post-traumatic pancreatitis from 62.7% to 35.2%, post-traumatic pancreatic necrosis from 11.9% to 3.9%) and improvement of the quality of life when using the synthetic drug self-statin "octreotide" for closed pancreatic lesions. Conclusion: a differentiated approach to the choice of surgical tactics is based on the degree of damage to the gland and the condition of the victim. In case of pancreatic

damage of I-II degree, it is sufficient to limit ourselves to laparoscopic drainage of the abdominal cavity and omental bursa. In case of grade III damage, it is recommended to use precision hemostasis with suturing of the bleeding vessel with drainage of the abdominal cavity and omental bursa. In case of grade IV pancreatic injury, distal resection is possible, and in case of grade V – pancreatoduodenal resection. Indications for tamponade are rare, exclusively within the framework of the “Damage-control” treatment tactics.

fourth scientific novelty: to achieve hemostasis, a principle of gentle surgical treatment of pancreatic injuries was developed, consisting in suturing bleeding vessels around the wound with atraumatic synthetic thread and refusing to suture the edges of the wound and tamponade the damaged area. Implementation into practice: the results have been implemented in the clinical activities of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Bukhara Branch (order No. 8 n-r / 519 dated 03/22/2022), the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Samarkand Branch (order No. 8 n-r / 519 dated 03/18/2022) and Tashkent City Clinical Hospital No. 7 (order No. 8 n-r / 519 dated 03/18/2022). Social efficiency: implementation of research results in practice allowed to improve the quality of diagnosis and treatment of patients with closed injuries of the pancreas, reduce the number of complications from 86.6 to 43.1%, mortality from 19.7 to 5.6%, and also contribute to improving the quality of life of patients. surgical and emergency care. Cost-effectiveness: compared with patients who received endovideosurgical methods of surgical intervention and started early conservative therapy in cases of closed pancreatic lesions, and patients who received traditional surgical interventions, the patient's time of hospital stay was reduced on average from 17.4 ± 2.9 to 14.3 ± 2.0 days, compared with patients who received treatment with traditional surgical interventions. with a reduction in funds per patient by 100%. Conclusion: the improved treatment and diagnostic algorithm for closed abdominal trauma with pancreatic injury allows to reduce the incidence of complications from 86.6 to 43.1% and the number of fatal outcomes from 19.7 to 5.6% and can be well implemented in the practical activities of medical institutions providing emergency care to victims.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, summary, conclusions, practical recommendations, and quoted literature list. The volume of text material is 118 pages.

ЭЪЛОН КИЛИНГАН ИШЛАР РУЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Хаджибаев Ф.А., Атаджанов Ш.К., Ризаев К.С., Мустафаев А.Л. Современные технологии в диагностике и лечении травм поджелудочной железы (обзор литературы)// Вестник экстренной медицины. - Ташкент,2021.- Том 14, № 3.- С. 114-123. (14.00.00; №11).
2. Хаджибаев Ф.А., Атаджанов Ш.К., Мустафаев А.Л. Эндовизуальные технологии в диагностике и лечении закрытых травм поджелудочной железы // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.-Российская Федерация, 2022. Т. 14. № 2. С. 85–92. DOI: <https://doi.org/10.17816/mechnikov105058>.
3. Туляганов Д.Б., Атаджанов Ш.К., Мустафаев А.Л., Пулатов М.М., Магдиев Ш.А. Десятилетний опыт диагностики и лечения закрытых травм поджелудочной железы // Научно-практический журнал «Эндоскопическая хирургия» 2023;29(2):34–38. <https://doi.org/10.17116/endoskop20232902134>. (14.00.00; №155). (Scopus).
4. Khadjibaev F.A., Atadjanov Sh.K., Karabaev H.K., Mustafaev A.L. Results of treatment of closed pancreatic injuries in RSCFEMA and its branches // Journal Art of Medicine. 2022.- Issue-1 V-2.- P.138-148 (14.00.00; №3).
5. Мустафаев А.Л., Даминов Ф.А., Атаджанов Ш.К. Эндовизуальные Эндовизуальные технологии в диагностике и лечении повреждений поджелудочной железы при закрытых травмах живота // Вестник фундаментальной и клинической медицины. Бухара, 2025. Том 3 (17). С.179-183. (2025-йил 8 майдаги 370/6-сон ОАК буйруғи билан тасдиқланган).

II бўлим (II часть; part II)

6. Хаджибаев Ф.А., Атаджанов Ш.К., Карабаев Х.К., Мустафаев А.Л. Диагностика и лечение травматических повреждений поджелудочной железы// Вестник проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2021.- № 6,1(133).- С. 422-428.
7. Туляганов Д.Б., Хаджибаев Ф.А., Атаджанов Ш. К., Мустафаев А.Л., Магдиев Ш. А., Сапарбаева Г. К. Pancreatotomy in the diagnosis and treatment of patientswith closed abdominal trauma with damage to the pancreas// Сборник научных трудов научно-практической конференции «Джанелидзе-ские чтения – 2023» ГБУ Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе.- Российская Федерация. С.-230-234.
8. Атаджанов Ш. К., Карабаев Х К., Мустафаев А.Л., Пулатов М. М., Сапарбаева Г. К., Магдиев Ш. А. Диагностика и лечебная тактика пострадавших с повреждением поджелудочной железы при закрытой травме живота // Вестник проблемы биологии и медицины. Самарканд, 2022. №6.1 (141). С. 41-46.

9. Атаджанов Ш.К., Мустафаев А.Л. Лечебно-диагностическая тактика при закрытых повреждениях поджелудочной железы// Материалы XVI Республиканской научно-практической конференции « Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Роль и место миниинвазивных технологий в экстренной медицине».- Самарканд, 2021.- С.16.

Атаджанов Ш.К., Мустафаев А.Л. Анализ результатов диагностики и

10. лечения повреждений поджелудочной железы при закрытой травме живота// Материалы «XXVIII Международный конгресс ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. - Ростов На Дону, 2021. - С.72-73.

11. Мустафаев А.Л., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Мизамов Ф.О. Инновационные способы гемостаза при повреждениях поджелудочной железы// Материалы «XXVIII Международный конгресс ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. - Ростов На Дону, 2021. - С.80-81.

12. Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Мустафаев А.Л., Бутаева Н.Й. Хирургическая тактика при повреждении поджелудочной железы вследствие закрытой травмы живота//5 съезд врачей экстренной медицинской помощи «Вызовы современности и неотложная медицина» Москва, 2021.-С.75-76.

13. Мустафаев А.Л., Карабаев Х.К., Эшмирзаев Б.М., Умарова С.Н., Нажмиддинова Н.К. Сепсис и септический шок – грозное осложнение посттравматического панкреатита// V съезд врачей экстренной медицинской помощи «Вызовы современности и неотложная медицина» Москва, 2021.-С.83-84.

14. Мустафаев А.Л., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Юлдашева М.Н., Камолов С.Ж. Эндовизуальные технологии в диагностике и лечении повреждения поджелудочной железы при закрытой травме живота// V съезд врачей экстренной медицинской помощи «Вызовы современности и неотложная медицина» Москва, 2021.-С.85-86.

15. Мустафаев А.Л., Карабаев Х.К., Гиясова Д.И., Курбанова С.М., Э.К.Раджабова. Результаты мини -инвазивных технологий при остром деструктивном панкреатите// V съезд врачей экстренной медицинской помощи «Вызовы современности и неотложная медицина» г. Москва, 2021. С.86-87.

16. Мустафаев А.Л. Мизамов Ф.О. Карабаев Х.К. Острый посттравматический панкреатит// XVI научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им.Абуали ибни Сино” Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. - Душанбе, 2021.-. С. 97-98.

17. Мустафаев А.Л. Закрытая травма поджелудочной железы: Особенности диагностики и хирургической тактики// Материалы V съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи РУз и I конгресса евроазиатского сообщества экстренной медицины. - Ташкент, 2021. С. 100.

18. Мустафаев А.Л., Атаджанов Ш.К. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях поджелудочной железы// Научный журнал «Проблемы биологии и медицины». - Самарканд, 2021.-№ 6,1(133). -С. 571-572.

19. Мустафаев А.Л. Хирургия закрытых повреждений поджелудочной железы// Вестник хирургии Казакстана. Специальный выпуск №1 2022. С-184.
20. Мустафаев А.Л. Повреждения поджелудочной железы при закрытой травме живота мирного время// Вестник экстренной медицины. 2022, Том 15, №3-4.
21. Хаджибаев Ф.А., Атаджанов Ш.К., Карабаев Х.К., Мустафаев А.Л. Лечебно-диагностический алгоритм при закрытых повреждениях поджелудочной железы. Методические рекомендации. (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за. №8/20 от 10 января .2022г).
22. Хаджибаев Ф.А., Атаджанов Ш.К., Мустафаев А.Л., Кадыров Р.Х. Программа для диагностики и хирургического лечения повреждений поджелудочной железы при закрытой травме живота// Государственно патентное ведомство РУз. Свидетельство № DGU 13462 от 27.10.2021.