

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

СУЛТАНОВ ПУЛАТ КАРИМОВИЧ

**КАТАТРАВМАДА ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА
ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ - 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Султанов Пулат Каримович

Кататравмада қўшма жароҳатларни ташхислаш ва жароҳлик даволаш
усулларини такомиллаштириш..... 3

Султанов Пулат Каримович

Совершенствование диагностики и тактики хирургического лечения
сочетанных повреждений при кататравмах..... 19

Sultanov Pulat Karimovich

Optimization the diagnostics and tactics of surgical treatment of patients with
multiple trauma associated with falls from heights..... 37

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 41

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

СУЛТАНОВ ПУЛАТ КАРИМОВИЧ

**КАТАТРАВМАДА ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА
ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ - 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.2.PhD/Tib255 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказида бажарилган.

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

Илмий раҳбар: **Хаджибаев Абдухаким Муминович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: **Миннуллин Ильдар Пулатович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Хақимов Мурод Шавкатович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: **«И.И.Джанелидзе номли Санкт-Петербург тез ёрдам илмий-текшириш институти» давлат бюджет муассасаси (Россия Федерацияси)**

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «__» _____ куни соат 14⁰⁰ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (31-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2018 йил «__» _____ куни тарқатилди.
(2018 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Ф.Г. Назиров
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор, академик

А.Х. Бабаджанов
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

А.В. Девятов
Илмий даражалар берувчи
илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) Гарвард тадқиқот маркази билан биргаликда ўтказилган маълумотларига кўра, «2020 йилгача ўлимнинг асосий сабаблари шикастланиш, асосан йўл-транспорт жароҳатлари, баланд иморатлар қурилиши, табиий офатлар ва терроризм бўлиши мумкин. Ҳар йили тезкор тиббий ёрдамга муҳтож бўлган 37,3 миллион одам баландликдан қулаш натижасида жиддий жароҳат олади»¹. «Кўп муаллифлар политравма сабабларини йўл-транспорт ҳодисасидан кейин иккинчи ўринга баландликдан қулашни қўйишмоқда, бу барча оғир жароҳатларнинг 30-35% ташкил қилади, ва уларнинг сони доимий ошиб бормоқда»². Бу ҳолда «бош ва орқа мия, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғининг ички аъзолари, чанок ва қўл-оёқларда ҳукмрон қиладиган оғир шикастлар бевосита ўлим сабаби бўлади»³.

Сўнги ўн йилликларда шаҳар биноларининг баландлиги ва қурилишнинг катта ҳажми шикастланиш характери таъсир кўрсатган. Политравма кечишида турли хил аъзо ва тизимлар шикастларининг ўзаро таъсир кўрсатиш масаласи, ҳамда полиорган дисфункциясида бир-бирини оғирлаштиришига олиб келадиган тавсия қилинаётган тизимлар баҳосини аниқлашда жарроҳликда ўзаро келишув йўқ. Патогенез, жигар жароҳати ташхиси, эрта ташхис ва даволаш масалалари бўйича политравмалар даволанишида қулай кечишга олиб келадиган баъзи томонлар мунозарали бўлиб қолмоқда. Шу муносабат билан юқори баландликка боғлиқ шикастлар тарқалишини аниқлаш, унинг асосий омилларини ўрганиш, оғирлик даражасини баҳолашда ташхис мезонини ишлаб чиқиш, тезкор тиббий ёрдам кўрсатиш ва политравма билан шикастланганларнинг қайта тикланиш масалалари тадқиқоти долзарб ҳисобланади.

Ҳозирги босқичда давлат дастурларига мувофиқ тиббий хизмат сифатини тартибга солиш ва такомиллаштириш бўйича соғлиқни сақлаш тизимида ислохотлар амалга оширилмоқда. Аҳоли соғлиғини сақлаш ва сифатли тиббий ёрдам кўрсатишга, хусусан, тезкор тиббий ёрдамни такомиллаштириш соҳасига алоҳида аҳамият берилмоқда. Тезкор тиббий ёрдам амалиётига политравманинг оғирлик даражаси асосида эрта ташхис, тезкор ёрдам кўрсатиш ва даволаш замонавий самарали усуллари киритилган, бу шикастланганлар орасида ўлим ва ногиронликни камайишига олиб келган. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлар бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари

¹ World Health Organization. Injuries: fact sheet no. 7. World Health Organization website. 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs11/en>, accessed March 12.

² de Melo BV, Siqueira FG, Di Tano TS, Silveira PO, de Lima MB. Application of videothoracoscopy in trauma--experience of a service. // Rev Col Bras Cir. 2015 Sep-Oct;42(5):295-8.

³ Shipulin PP, Baïdan VI, Baïdan VV, Koziar ON, Mart'iniuk VA, Severhin VE, Kiriliuk AA, Poliak SD, Aheev SV, Ahrakhari A. Treatment of post-traumatical coagulated hemothorax. Videothoracoscopy or open surgery. // Klin Khir. 2012 Mar;(3):40-2.

белгиланган¹. Бу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, кататравмада кўшимча шикастларнинг ташхиси ва жарроҳлик даволаш тактикасини такомиллаштириш ҳисобига аҳоли ҳаёти сифатини яхшилаш муҳим йўналишлардан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилинч тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 16 мартдаги ПҚ-2838-сон «Ихтисослаштирилган шошилинч тиббий ёрдам фаолият тизимини ва материал техник базасини мустахкамлашга оид чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ва 2018 йил 25 январдаги ПҚ-3994-сон «Шошилинч тиббий ёрдам тизимини жадал такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни бажаришга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг V «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. «Баландликдан шикастланган жароҳатнинг табиати кўп жиҳатдан бошқа механик шикастларнинг генезидан фарқланади. Автотранспорт шикастларидан фарқ қилиб, баландликдан қулашда организмнинг чайқалиши натижасида таъсир жойидан узоқда бўлган ички аъзолар ҳам жароҳатланади»². «Бунда кўшма шикаст билан жароҳатланганларнинг ҳар бешинчисида қориннинг ёпиқ шикасти учрайди, операцион фаоллик 88% ни ташкил қилади. Қориннинг кўшма шикастланиши оқибатида ўртача ўлим кўрсаткичи 58% га, ишга яроқсизлик муддати ва ногиронлик даражаси эса 25-80% га етади. Ташхиснинг бошланғич босқичида зарурий тиббий чоралар билан беморнинг аҳволини баҳолаш эътиборга лойиқдир»³.

«Жароҳат жиддийлигини интеграл тизим шкаласи билан баҳолаш мумкин, бу эса оператив амалиётларнинг босқичлилигини аниқлашга имкон беради»⁴. «Адабиётларда жароҳатнинг жиддийлигини аниқлашда TRISS шкаласи ёпиқ жароҳатларда, ASCOT тизими - очик шикастларда самарадор бўлиб, политравмаларда APACHE I ва II шкалаларининг сезгирлиги паст бўлган»⁵. Бинобарин, оғир кўшма, қорин, кўкрак қафаси ёпиқ шикастларида

¹ Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах.

² Broska CA Júnior, Botelho AB, Linhares AC, DE-Oliveria MS, Veronese G, Naufel CR Júnior, Batista LC, Diogo MAK. Profile of thoracic trauma victims submitted to chest drainage. // Rev Col Bras Cir. 2017 Jan-Feb;44(1):27-32.

³ Kocher GJ, Sharafi S, Azenha LF, Schmid RA. Chest wall stabilization in ventilator-dependent traumatic flail chest patients: who benefits? // Eur J Cardiothorac Surg. 2017 Apr 1;51(4):696-701.

⁴ Kocher GJ, Sharafi S, Azenha LF, Schmid RA. Chest wall stabilization in ventilator-dependent traumatic flail chest patients: who benefits? // Eur J Cardiothorac Surg. 2017 Apr 1;51(4):696-701.

⁵ Kocher GJ, Sharafi S, Azenha LF, Schmid RA. Chest wall stabilization in ventilator-dependent traumatic flail chest patients: who benefits? // Eur J Cardiothorac Surg. 2017 Apr 1;51(4):696-701.

самарали тафтиш қилиш вақти чегаралангани туфайли инструментал усулларни қўллаш кетма-кетлигини аниқлаш керак. Шу билан биргаликда, травматик шок олдини олишга қаратилган, гемостазиологик, инфузион ва бошқа даволаш чора-тадбирлар бажарилиши зарур. Жарроҳлик тактикаси лапароскопик текширувнинг даволаш-ташхислаш алгоритмига мувофиқ аниқланади.

Адабиётда келтирилган маълумотлар таҳлили беморларни даволашда ижобий ривожланиш бўлишига қарамай, кўп тактик муаммолар мавжуд бўлиб, уларнинг асосийларидан бири стандартлаштирилган даволаш тактик алгоритмнинг мавжуд эмаслиги эканлигини кўрсатди. Шу сабабли, аъзолар ва турли анатомик соҳа тизимларининг шикастланиш ҳавф мезонини аниқлаш позициясидан кататравма механогенезини ўрганиш кўшма шикастларнинг жиддийлик даражасини ва ўзига хослик характерини ҳамда касаллик клиник ўтишини тадқиқот қилиш зарурати пайдо бўлади. Шу билан бирга, жароҳатланган аъзодаги морфофункционал ўзгариш динамикасини аниқлашда жигар шикасти экспериментал моделини яратиш усули тақозо қилинади. Бундан ташқари, жарроҳлик тактика мезонларини танлашда босқичлар ва оператив амалиётларга аниқлик киритилмаган. Бу эса, даволаш-ташхислаш тактикасини ўрганишни давом эттириш ва такомиллаштириш заруратини белгилаб беради.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқотлари Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг НТП-11-сон «Ташхис қўйишнинг янги технологияларини ишлаб чиқиш, профилактика, тиббиётда касалликларни даволаш йўли билан аҳоли соғлигини яхшилаш» (2015-2017 й.й.) ва АТСС-41 «Кўшма ва полтиравмали беморларга юқори технологик жарроҳлик ёрдами кўрсатишни такомиллаштириш» (2012-2016 й.й.) илмий-тадқиқот иши режаларига биноан бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади: ишлаб чиқилган шошилич тиббиёт ёрдам кўрсатиш алгоритмлари асосида ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

кататравма билан шикастланган беморларнинг аъзо ва турли анатомик соҳалари жароҳатларини ҳавф мезони позициясидан кататравманинг частотаси ва механогенезини ўрганиш, ҳамда такомиллаштирилган инициал ташхис алгоритминини танлаш;

турли анатомик соҳаларида кўшма шикастларнинг алоҳидалиги характери ва жиддийлигини, ҳамда кататравмадаги травматик касалликларни клиник кечишини ўрганиш;

механик жароҳатланган аъзоларнинг морфофункционал ўзгариш динамикасини аниқлаш мақсадида жигар шикасти экспериментал моделини такомиллашган усулини ишлаб чиқиш;

кўшма кататравмада ISS (Injury Severity Score) шкаласи асосида жарроҳик тактикаси мезонларини танлаш, оператив амалиётларнинг кетма-кетлиги ва ҳажмини конкретлаштириш;

шошилич тиббий ёрдам таркиби, жиҳозлари ва ҳодимларини ҳисобга олган ҳолда кататравма учун ташхис ва жарроҳлик даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказида кататравма билан стационар даволанган 898 нафар беморлар ҳамда лаборатория ҳайвонлари (50 та «Вистар» зотли каламушлар) олинган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб клиник лаборатория, инструментал текширувлар натижалари, математик ҳисоблар ҳамда ҳайвонларнинг тўқималарини экспериментал морфологик ўрганиш ҳисобланади.

Тадқиқотнинг усуллари. Илмий тадқиқот ўтказиш давомида умумклиник, биокимёвий, рентгенологик, ультратовуш, экспериментал, морфологик, мультиспирал компьютер томография ва статистик усуллар қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

кататравма механогенези ҳақидаги тушунчалар, аъзо ва тананинг турли анатомик соҳаларидаги баландликдан қулаш натижасида олинган шикастларнинг хавф омиллари кенгайтирилган;

аъзога механик таъсир кучини миқдорий баҳолаш ва ёпиқ жароҳатда морфофункционал ўзгаришлар динамикасини кузатиш имконини берадиган, жигар шикастининг эксперимент моделлаштириш усули ишлаб чиқилган;

травматик касалликнинг кечиши ҳамда унинг жиддийлигига боғлиқ пировард оқибати ўрганилган ва турли анатомик соҳаларида ISS шкаласи бўйича шикастнинг жиддийлигини ҳисобга олган ҳолда оператив амалиётларнинг муддати ва кетма-кетлигини аниқлаб, жарроҳлик тактикасини танлаш мақсадга мувофиқлиги асосланган;

кататравма билан шикастланган беморларни олиб боришда мультидисциплинар ёндашув самарадорлиги ва бир онда тезкор камшикаст оператив амалиётларга кўрсатмаларни кенгайтириш исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

кататравма билан шикастланган беморларни инициал тафтиш қилиш жараёни ва динамик кузатувни мувофиқлаштиришга олиб келадиган кататравма механогенезининг янги жиҳатлари ва шикастланган аъзо, турли анатомик соҳалар система тизимининг ҳавф омиллари аниқланган;

фундаментал ва амалий тадқиқотларда кенг фойдаланиш мумкин бўлган жигарнинг механик шикасти моделини олиш усули ишлаб чиқилган;

кататравма билан шикастланган беморларни кузатишда мамлакатда шошилич тиббий ёрдам тизими ташкилий тузилмасининг ўз вақтида ва долзарблиги нуқтаи-назаридан мувофиқлаштирилган мультдисциплинар ёндашув самарадорлиги исботланган;

шикаст жиддийлигини баҳолашда ишончли ва қулай усул ва кататравмадаги қўшма шикастларни жарроҳлик даволашнинг мувофиқ тактикасини танлаш таклиф қилинган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги замонавий, амалиётда кенг қўлланиувчи клиник, экспериментал, морфологик ва статистик усуллар билан

тасдиқланган. Олинган барча натижа ва хулосалар далилий тиббиёт принципларига асосланган. Статистик ишлов олинган натижаларнинг ишончлилигини тасдиқлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулоса ва таклифлар назарий аҳамият касб этиб, кататравма жароҳати эпидемиологияси ва механогенези, ҳамда аъзо ва турли анатомик соҳалар тизими шикастланиш ҳавфи омиллари ва қўшма шикастларини бир-бирига ўзаро мураккаблаштириш патогенези ҳақидаги тушунчаларни кенгайтиришдан иборат. Шикастланиш натижасида жигардаги морфофункционал ўзгариш ҳақидаги билимлар кенгайтирилган. Жароҳат жиддийлигини объектив баҳолашда ва жарроҳлик даволашнинг тактикасини аниқлашда ISS шкаласи қўлланиши мақсадга мувофиқлиги кўрсатилган. Тадқиқотнинг айрим натижалари кататравма жароҳати олган беморларнинг ташхиси ва жарроҳлик даволаш бўйича курсантларни ўқитиш дастури таркиби ва структурасини такомиллаштириш имконини берган.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти ишлаб чиқилган ва амалиётда татбиқ қилинган алгоритми кататравма билан шикастланган беморларни бошқаришда кам маълумотга эга бўлган оддий ташхис усуллари бартараф қилади, юқори аниқликда ташхис қўйиш ва даволаш тактикасини танлашга имкон берган. Кататравма билан шикастланган беморларни олиб боришда ишлаб чиқилган мултидисциплинар ёндашув, мамлакатда ташкил қилинган тезкор тиббий ёрдам имкониятларини ҳисобга олган ҳолда, даволаш тактикасини мувофиқлаштиришга имкон берган. Шикастлар жиддийлигига баҳо бериш ва кататравмада қўшма шикастларни жарроҳлик даволаш оптимал тактикасини аниқлашда тақдим қилинган ёндашув оператив амалиётларнинг кетма-кетлиги ва муддатини аниқлаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Кататравманинг қўшма шикастларини даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар асосида:

ишлаб чиқилган «Жигарда механик шикастни моделларштириш усули»га Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти олинган (IAP 05236-сон патент, 2016 йил). Натижада жароҳатлар даражасини стандартлашга имкон берган, уни бажариш осон ва иқтисодий жиҳатдан камхарж ҳисобланади. Ушбу усул қорин бўшлиғида ёпик қўшма жароҳат олган беморларда жигар шикастининг мавжудлигини аниқлашга имкон берган ва унинг даволаниши кататравма билан шикастланганларнинг тузалиш даврини қисқартирган;

«Жигар шикастини экспериментда моделлаш усули» ва «Қўшма кататравмада жарроҳлик даволаш алгоритми» услубий қўлланмалари ишлаб чиқилган ҳамда тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2017 йил 7 декабрдаги 8н-д/63-сон маълумотномаси). Турли анатомик соҳаларининг қўшма шикастлари, уларнинг бир-бирига ўзаро жиддийлаштириш таъсирини ҳамда шикастнинг жиддийлигини ҳисобга олган ҳолда қўшма кататравмани, ишлаб чиқилган жарроҳлик даволаш тавсиялари оператив амалиётлар усулини танлаш ва кетма-кетлигини аниқлаб берган;

кататравма билан жароҳатланган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволаш сифатини яхшилаш бўйича бажарилган диссертация ишининг олинган илмий натижалари соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, Тошкент тиббиёт академияси II клиникаси ва Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази амалий фаолиятига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2017 йил 7 декабрдаги 8н-д/63-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Қўшма кататравма учун тақдим қилинган жарроҳлик даволаш алгоритмини қўллаш оғир асоратлар частотасини 9,4% дан 5,9% гача, ўлим кўрсаткичини 12,1% дан 7,1% гача ва ўрин-кунларни 1,2 га камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 4 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан 5 мақола, улардан 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқот мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологиялари устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Кататравма: баландликдан кулаб қўшма жароҳатларни олиш этиологияси, патогенези ва даволашни мукамаллаштириш (нашрлар шарҳи)»** деб номланган биринчи бобида адабиётлар шарҳига бағишланган бўлиб, унда кататравма тарқалганлиги ва хавф омиллари, жароҳат жиддийлиги, муаммонинг моҳияти, ташхис баҳо мезони ва замонавий диагностика ва даволаш усуллари бўйича адабиёт манбалари таҳлили ўтказилган, шунингдек бу патология билан беморларни олиб боришнинг мавжуд бўлган муаммолари очиб берилган.

Диссертациянинг **«Материаллар ва қўлланган текширув усуллариининг клиник тавсифи»** деб номланган иккинчи бобида материал ва текшириш усуллари таъриф берилган, клиник материал, клиник ва инструментал текширув усуллари умумий тавсиф берилган.

Ушбу тадқиқот 2010 йилдан 2015 йилгача бўлган муддатда Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказида кататравма билан даволанган 898 нафар шахснинг текшириш ва даволаш натижаларининг таҳлили асосида бажарилган. Таҳлил қилинаётган беморлар назорат (2010-2013 йй, 561 нафар) ва асосий (2014-2015 йй, 337 нафар) гуруҳларга бўлинган. Бундай тақсимлаш, травматик касалнинг алоҳидалигини ва кататравма механогенези, ISS шкаласи бўйича шикастнинг жиддийлиги ва устувор жароҳати ушбу беморларни даволаш-ташхис ёндошувининг фарқланиши билан боғланган.

Беморлар ёши 15 дан 89 ёшгача бўлган, ўртача ёш эса $38,2 \pm 3,2$ ни ташкил қилган. Эркалар сони 770 (85,7%), аёллар эса 128 (14,3%) нафарни ташкил қилган.

Кататравма билан жабрланган 713 (79,4%) нафар беморда тананинг турли соҳаларида қўшма шикастлар аниқланган. Асосан танада 2 қўшма шикаст устувор бўлган – 402 (44,8%), 3 – 187 (20,8%), 4 – 88 (9,8%), 5 – 28 (3,1%) ва 6 – 8 (0,9%) ҳолларда учраган. Барча шикастлар орасида бош мия устувор бўлган – 557 (62%), қўл-оёқ – 529 (58,9%), кўкрак қафаси аъзолари – 364 (40,5%), умуртқа – 244 (27,2%), тос суяклари ва пешоб аъзолари – 206 (22,9%), ҳамда қорин бўшлиғи аъзолари 190 (21,2%) бўлган. Бунда бош мия шикасти 318 (35,4%) ҳолда устунлик қилган, кўкрак қафаси аъзолари – 210 (24,5%), қўл-оёқ – 119 (13,2%), умуртқа – 108 (12%), қорин бўшлиғи – 94 (11%) ва тос аъзолари – 49 (6%). Жароҳатланишнинг асосий сабаблари турли хил объектлардан тасодифан қулаш – 844 (94%), жонига қасд қилиш – 32 (3,6%) ва криминал – 22 (2,4%) ҳолларда учраган. Шикасталанганларнинг 14,7% да спиртли ичимлик истеъмол қилингани аниқланган. Кататравма билан жароҳатланганларнинг даволаш муваффақияти кўпинча касалхонага етказиб келиш муддатига боғлиқ. «Олтин» биринчи соатда 522 (58,1%) жабрланувчи, 1 дан 3 соатгача – 172 (19,2%), биринчи сутка давомида – 69 (7,7%) ва жароҳат олганига 1 сутка ўтгандан кейин келган жабрланувчилар – 135 (15%) нафарни ташкил қилган. 3 метргача бўлган баландликдан қулаш – 460 (51,2%), 3 метрдан 6 метргача – 257 (28,6%), 6 метрдан 9 метргача – 87 (9,7%) ва 9 метрдан юқори – 94 (10,5%) ҳолни ташкил қилган.

Статистик таҳлиллар стандарт клиник тавсиялар асосида ўтказилган. Статистик ишончли ўзгаришларга ишончлилик даражаси $p < 0,05$ бўлгани таъкидланган.

Диссертациянинг «Кататравмадаги қўшма шикастларнинг ўзига хослиги» деб номланган учинчи бобда қўшма кататравмадаги шикастларнинг тавсилоти ҳақида маълумотлар, жиддийлик даражаси ҳамда кататравма механогенези билан боғлиқ анатомик соҳалар шикасти хавфи ҳисоблаб чиқилган.

Турли анатомик соҳаларнинг шикастланиш нисбий хавфини (НХ) ҳисоблаш таҳлили турли анатомик соҳалар шикасти такроланиши қулаш баландлиги ва жароҳатланувчининг тана вазнига боғлиқлиги курсатилган. Бунда баландлик ва оғирлик массаси ортиши билан бош мия ва қўл-оёқ шикасти хавфи кўпаяди. Тана оғирлиги кам бўлган беморларда кўкрак қафаси аъзоларининг шикастланиш хавфи юқоридир (НХ=2).

Стационарга қабул пайтидаги назорат гуруҳи беморларининг умумий аҳволи умум қабул қилинган градация бўйича 0,4% ҳолда қониқарли, 63,8% – ўртача, 31,2% – оғир ва 5% – ўта оғир бўлган. Назоратдаги гуруҳда ўлимликни стандарт градация ва ISS шкаласи баҳоси бўйича солиштириш таҳлили оқибатни башорат қилиш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун ISS шкаласи мақсадга мувофиқлиги кўрсатилган. Бунда қуйидаги жиддийлик даражалари келтирилган: 4 баллгача бўлган – енгил шикаст, 9 гача – ўртача, 16 гача – ҳаётга хавф бўлмаган оғир, 25 гача – хавфли оғир, 74 гача – ўта оғир ва энг юқори 75 балл – ҳаётга мос келмайдиган критик шикаст. Тадқиқотдаги 898 бемор ичида 63таси (7%) енгил шикаст, 296 (33%) – ўртача, 195 (21,7%) – ҳаётга хавф бўлмаган оғир, 199 (22,2%) – хавфли оғир, 117 (13%) – ўта оғир ва 28 тасида (3,1%) – ҳаётга мос келмайдиган шикаст аниқланган.

Турли хил анатомик соҳаларнинг шикастланиш характерини таҳлил қилишда ёпик бош мия шикасти устуворлиги – субарахноидал ва ички қоринчаларда қон қўйилиши қайд қилинган, ҳамда пневмоцефалия ва гемосинус ва мия шишини дислокацион синдром кўринишда мия моддалари мажокланиши жоиз бўлган. Турли хил гематомалар ва ствол структурасини жалб қилган ҳолда бош суягининг тагигача кўплаб синишлар кузатилган.

Кўкрак қафаси аъзоларининг шикастлари асосан қовурғаларнинг кўп сонли синишлари, ўпка шикасти ва пневмоторакс, гемоторакс ва уларнинг бирлашмаси билан ўпка ёрилиши, ҳамда таг тери эмфиземаси қайд қилинган. Средостения аъзоларининг (юрак, средостениянинг гематомаси ва пневмомедиастинум) шикасти кузатилган. Ягона ҳолатлардла ўнг қоринча ёрилиши, юрак, аорта ёйи ва унинг қуйи бўлимида посттравматик аневризма жой олган. Қорин бўшлиғи аъзоларининг шикасти кўп хиллилиги билан тавсифланган. Асосан паренхиматоз аъзолар шикасти – қора талоқ, жигарнинг турли сегментлари ва кичик, катта ичак ёрилиши ҳамда ташқи қорин девори шикасти ёки гематома қайд қилинган.

Тос шикастлари орасида тос суяклари ва қорин парда орти аъзолари шикасти жой олган. Улар асосан буйракда гематома ва ёрилиш, қорин парда орти гематомаси, пешоб қопининг шикасти, мойк халтачаси, пешоб йўлининг ёрилиши, кўпинча уларнинг биргаликдаги шикастлари билан белгиланган.

Умуртқа таналарининг компрессион ва компрессион-парча, ўткир қиррали ва кўндаланг ўсиқлари синиши кўп учраган. Умуртқа поғонасининг оғир даражадаги ўзгариши компрессион парча синилишида қайд қилинган, улар орқа мия шикастининг турли даражаси: орқа мия функцияси мутлоқ ёки қисман бузилиши ва спинал шок орқали намояланган.

Кўл-оёқ шикастида асосан ёпик парчали синиш суяк парчаларининг силжиши билан қайд қилинган. Кўп ва икки томонлама синишлар ҳолатлари бўлган. Асосан оёқ шикастланган.

Шок ҳолати билан кўплаб ва кўшма шикастларда кататравмага хос баъзи-бир алоҳидаликни аниқлаганмиз: ўткир геморрагик шок, пешоб келмаслиги туфайли учрайдиган ўткир буйрак етишмовчилиги (шок буйрак), артериал гипоксемия, ўткир нафас ва юрак-қон-томир етишмовчилиги

респиратор дистресс-синдром полиорган етишмовчилигига олиб келган. Баландликдан кулаш натижасида шикастланган 307 нафар беморнинг қони биохимик таҳлил қилинган, ва жигар шикастининг белгилари бўлмаган ҳолда АЛТ 54,5% ва АСТ 20,8% кўпайиши аниқланган. Бу кататравма оқибатида аъзонинг контузияга учраганидан далолат беради.

Диссертациянинг «**Ёпиқ механик жигар жароҳатининг моделлаштириш усули ва унинг морфологик тасдиқланиши**» деб номланган тўртинчи бобида 50 та соғлом «Вистар» зотли каламушларда экспериментал тадқиқотлар натижалари тасвирлаб берилган. Ёпиқ механик жигар шикасти модели баландликдан массаси 100 грамм бўлган кадоқтош каламушнинг ҳар бир грамм массасига $0,01\text{кг}\cdot\text{м}/\text{с}^2$ урилиш кучи билан тушиш натижасида олинган. Гематома ва жигарнинг ёрилиш белгилари ҳамда қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари шикастланмаган. Синалаётган ҳайвонлар қонининг биохимик таҳлили клиник тадқиқотларга монанд трансaminaза ошиши ҳамда γ -глутамилтранспептидаза, билирубиннинг умумий миқдори, холестерин ва тимол пробаси динамикаси кўрсатилган.

Жигар шикастининг бошланғич босқичида морфологик аломатлар марказий вена ва синусоидларни кенгайиши, гепатоцитлар деворининг ёрилиши, жигар паренхимасига қон қуйилиши, баъзи жойларида тўқимали гематома шаклланиши; дистрофик ва некробиотик ўзгаришлар, гепатоцитлар некробиози, кариорексис ва кариопикноз ядровий структураси кўринишида ривожланган. Экспериментнинг 3-кунида жигарнинг шишиши, фибриноид некроз ва жигарнинг ташқи капсуласининг лейкоцитар инфильтрацияси, жигар бўлақларини қамраб олган некроз марказининг шаклланиши; некроз ва сосудлар атрофида лимфогистиоцитар ҳужайралар профилерацияси, шикаст марказини ўраб турган зоналарида гепатоцитларнинг ядровий структурасини регенератив гипертрофияси аниқланган. Якуний даврда диффуз инфильтрланган лейкоцитар ва макрофагал ёки некрозни сўрилишига олиб келадиган ҳужайралар структуравий бўлмаган некротик детритни шаклланишига олиб келган; некроз маҳкам портал трактидаги пролиферирланадиган гистиоцитар ҳужайралар ва жигарнинг глиссон капсуласидан келиб чиқадиган лимфоид ва гистиоцитар ҳужайралардан иборат демаркацион пролифератив ғов билан ўралган.

Диссертациянинг «**Қўшма кататравманинг жарроҳлик даволаш алгоритми**», деб номланган бешинчи бобида кататравма билан жароҳатланганларни жарроҳлик даволашда шикастнинг ISS шкаласи бўйича жиддийлиги ва устувор жароҳатга боғлиқ тактика ва кетма-кетлигини аниқлайдиган даволаш-ташхис алгоритми берилган.

Тавсия қилинаётган алгоритм 561 назорат ва 337 бемор асосий гуруҳларни тафтиш қилиш натижасида ишлаб чиқилган. Дифференциал диагностик таҳлил алгоритмининг асосий босқичларининг аниқ кетма-кетлигига риоя қилиш билан амалга оширилган. Алгоритмнинг ҳар бир босқичида масалага ижобий жавоб олиш, уни кейинги даволаш-ташхис жараёнида иштирокини аниқлаб берган, шубҳали – юқори информатив усулни тақозо қилган, салбий – бемор динамикада катъий кузатилган. Қўшма

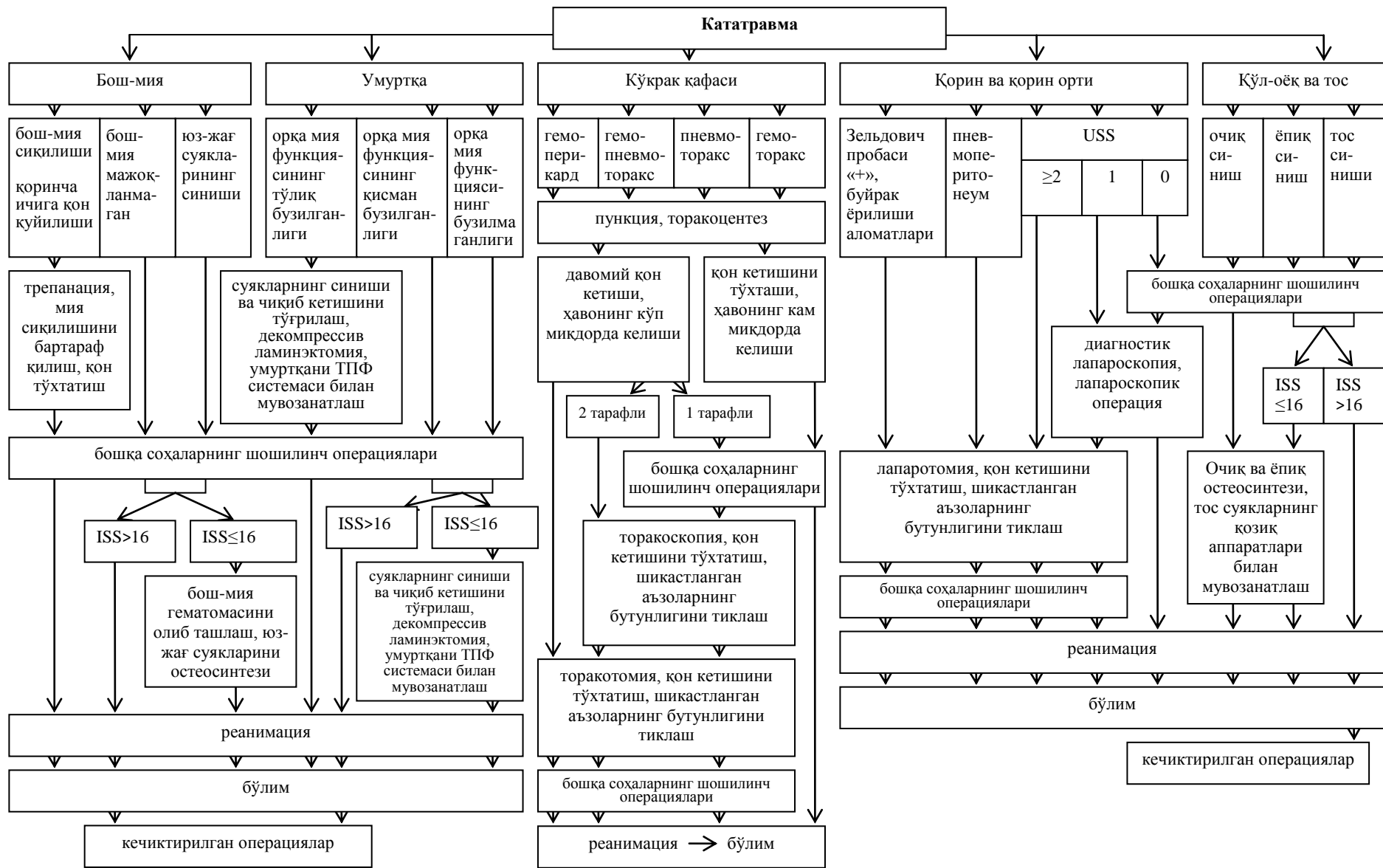
кататравма билан шикастланган беморнинг стационарга келиб тушган вақтидан даволаш тактикасини аниқлангунча, барча диагностик жараён $47,5 \pm 1,5$ дақиқани ташкил қилган. 1-расмда қўшма кататравма бўйича жарроҳлик даволаш алгоритми келтирилган. Баландликдан йиқилиб қўшма кататравма билан келган беморга қабулхонадаги шокка қарши операцион блокда «ABCDE» тамоили бўйича барча тафтиш ва мониторинг давомида шокка қарши тадбирлар қилинган. Дастлабки ташхис ва шикастнинг жиддийлиги аниқлангандан сўнг алгоритмга амал қилинган. Қорин бўшлиғидаги шикастларни ташхис қилишда қорин бўшлиғидаги эркин суюқликка USS (Ultrasound Score) шкаласи бўйича миқдорий баҳо берилган. USS шкала бўйича 0 балл бўлганда, яъни қорин бўшлиғида эркин суюқлик йўқлигида динамикада УЗИ тадқиқоти ва бошқа анатомик соҳада устувор шикаст мавжуд бўлса устувор жароҳатда операция қилинган. USS 1 балл бўлса – диагностик лапароскопия, 2 ва ортиғида – лапаротомия қилинган.

Қорин бўшлиғи ичидаги қон қуйилишини тўхтатилганидан сўнг ва қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг бутунлиги тикланилгандан кейин бошқа анатомик соҳаларда операция ўтказилган.

МСКТ да гематома бош мияни сиқиб қўйгани ёки ички қопчаларда қон қуйилгани ҳамда умуртқа поғоналарининг синиши туфайли орқа мия функциялари бузилгани аниқланса, бошқа устувор шикаст бўлмаганда, биринчи навбатда бош ёки умуртқада операция ўтказилган. Қолган ҳолатларда аввал шикаст устувор бўлган бошқа анатомик соҳада операция ўтказилган, кейин бош ёки умуртқа бутунлиги тикланган.

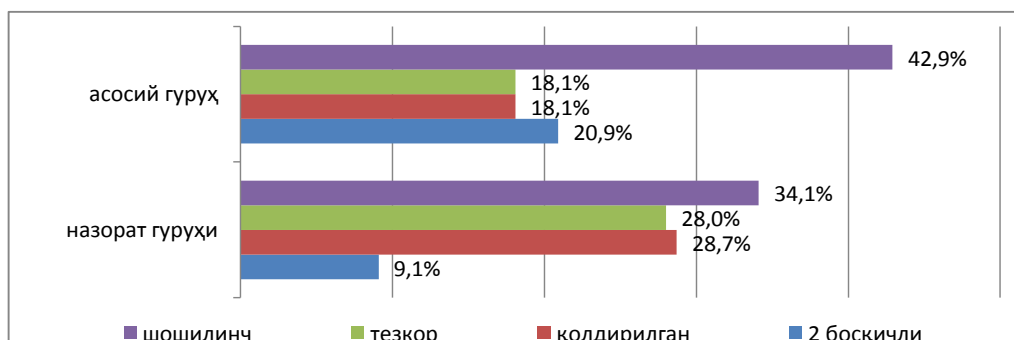
Қўл-оёқ ва тос синганда устувор бўлган бошқа анатомик соҳада операция ўтказилиб, сўнг синган суяклар тикланган.

Тавсия қилинган алгоритм бўйича, аввалом бор ҳаёт учун муҳим аъзолар, иккинчи навбатда бошқа анатомик соҳаларда анатомио-функционал бутунлик тикланган. Бизнинг олдимизда барча оператив муодоҳалаларни бир босқичда тезкор ҳолда бир наркозда ETC (Early Total Care) тамоилида ўтказиш ёки ҳаётга хавф солаётган шикастларни бартараф қилиб, беморнинг аҳволи яхшиланганидан сўнг DCS (Damage Control Surgery) тамоилига ўтказиш керакми деган масала турган. Кататравма билан шикастланганларни оператив муодоҳала қилиш ечими шикастнинг жиддийлик баҳоси ISS шкаласига асосланган. Алгоритмга асосан кататравма жиддийлиги ISS шкаласи бўйича 16 баллгача бўлса бемор учун минимал хавф билан ETC тамоили қабул қилиниб, бир этапда барча анатомик соҳаларда операциялар амалга оширилган. Шикастларнинг жиддийлиги ISS шкаласи бўйича 16 дан юқори бўлганда беморнинг ҳаётини саклаб қолиш учун ҳаётий зарур бўлган тезкор оператив муодоҳалалар бажарилган. Бу гуруҳ беморларда организмнинг муҳим ҳаётий функциялари барқарорлиги таъминланганидан сўнг кейинги операциялар иккинчи босқичга қолдирилган.



1-расм. Қўшма кататравманинг жарроҳлик даволлаш алгоритми

Тақдим қилинган алгоритмнинг қўлланилиши тезкор операциялар сонини кўпайиши, тез ва қолдирилган операциялар сонини камайиши, хаётий муҳим аъзоларда бузилишларни бартараф қилишга имкон берган, бу эса жарроҳлик даволаш натижасини яхшилашга олиб келган (2-расм)



2-расм. Кататравмада оператив муҳодалаларнинг тезкорлиги бўйича турлари.

Даволаш таҳлили кўрсатиши бўйича иккала гуруҳда ҳам оператив фаоллик тенг бўлган ва 53% ни ташкил қилган, аммо асосий гуруҳ беморларида ўтказилган бир поғонали операциялар сони назоратдаги гуруҳга нисбатан 1,5 баровар, икки поғонали эса 2 бароварга кўпайган. Бир поғонали операцияларда кўкрак, қорин, тос ва умуртқада муҳодалалар тартиби унчалик фарқланмаган, асосий гуруҳда бош мия операциялари эса биринчи навбатда, иккинчи ва учинчи босқичда қўл ва оёқда ўтказилган. Асосий гуруҳда икки поғонали операцияларда биринчи босқичда устувор бўлган кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи аъзолари ва бош миёда, иккинчи босқичда умуртқа, тос ва қўл-оёқ суяклариди ўтказилган.

Асосий ва назорат гуруҳларини солиштирганда асосий гуруҳда умумий ўлимлик назорат гуруҳга нисбатан 1,7, яққаланган, қўшма ва икки поғонали операцияларда ўлим мос равишда 1,8; 2,3; ва 3,2 маротаба сезиларли даражада пасайиши кузатилган (1-жадвал).

1-жадвал

Кататравма билан жароҳатланган беморларнинг консерватив ва турли хил оператив даволашларнинг оқибати

Даволаш		Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
		n (%)	ўлим	n (%)	ўлим
Консерватив		160 (47,5%)	7 (4,4%)	265 (47,2%)	14 (5,3%)
Оператив	Яққаланган операциялар	91 (27,0%)	6 (6,6%)	213 (38%)	26 (12,2%)
	Қўшма операциялар (ETC)	49 (14,5%)	8 (16,3%)	56 (10%)	21 (37,5%)
	2 босқичли операциялар (DCS)	37 (11,0%)	3 (8,1%)	27 (4,8%)	7 (25,9%)
Жаъми		337 (100%)	24 (7,1%)	561 (100%)	68 (12,1%)

Оператив фаоллик қорин бўшлиғи аъзоларида 84,8% ва 84,7%, мос равишда асосий ва назорат гуруҳида, ҳамда кўкрак қафасида 49,6% ва 42,8%

устувор бўлган. Энг паст оператив фаоллик бош мия травмаси (12,3%) асосий гуруҳ беморларида ва назорат гуруҳида суяк синиш (9,8%) кузатилган.

Кататравма билан шикастланган беморларнинг ўлимини устувор жароҳатлар билан солиштирсак бош мия шикасти устуворлигида – 1,5; кўкрак кафаси – 2,5; қорин бўшлиғи – 1,4 ва умуртқада – 1,2 баробар камайиши кузатилган (2-жадвал).

2-жадвал

Устувор шикаст билан боғлиқ бўлган ўлимликни таҳлили

Устувор соҳа	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	абс	ўлим	абс	ўлим
Бош-мия	119 (35,3%)	14 (11,8%)	199 (35,5%)	36 (18,1%)
Кўкрак	73 (24,6%)	4 (5,4%)	137 (24,4%)	18 (13,3%)
Қорин	36 (10,7%)	4 (11,1%)	58 (10,3%)	9 (15,5%)
Умуртқа	40 (11,9%)	2 (5,0%)	68 (12,1%)	4 (5,9%)
Тос	25 (4,5%)	-	24 (4,3%)	1 (4,2%)
Қўл-оёқ	44 (13,1%)	-	75 (13,4%)	-
Жаъми	337 (100%)	24 (7,1%)	561 (100%)	68 (12,1%)

Жароҳатнинг жиддийлиги бир турда бўлган беморларнинг даволаш натижаларини таҳлил қилишда аҳволи оғир беморларда ўлим 2,3 ва ўта оғир аҳволда 2,1 мартаба пасайгани қайд қилинган (жадвал 3). Жадвалга мувофиқ энгил шикастларда ўлим қайд қилинмаган. Баландликдан қулаш натижасида содир бўлган ўрта ва ҳаётга хавф солмайдиган оғирликдаги ўлим бемор мўйсафид ёки қари бўлганлиги туфайли ҳамда организмнинг мослашув ва компенсатор имкониятларини сусайтирадиган коморбид касалликлари мавжудлигида содир бўлган. Ўта оғир ва ҳаётга хавф соладиган оғир кататравмаларда полиорган етишмовчилик ва ўлимга сабаб асоратлар рўй берган. Ҳаётга мос келмайдиган шикастларда жароҳат етказилганидан кейин бир неча соат ичида ҳалокатли натижалар қайд қилинган.

3-жадвал

ISS шкалаи бўйича шикастнинг оғирлиги туфайли бўлган ўлимлик

ISS	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	n (%)	ўлим	n (%)	ўлим
≤4	20 (5,9%)	-	43 (7,7%)	-
5-9	115 (34,1%)	-	181 (32,3%)	1 (0,6%)
10-16	71 (21,1%)	1 (1,4%)	124 (22,1%)	-
17-25	74 (22%)	3 (4,1%)	125 (22,3%)	12 (9,6%)
26-74	49 (14,5%)	12 (24,5%)	68 (12,1%)	35 (51,5%)
75	8 (2,4%)	8 (100%)	20 (3,5%)	20 (100%)
Жаъми	337 (100%)	24 (7,1%)	561 (100%)	68 (12,1%)

Кататравма билан жароҳатланган беморлардаги асоратларни солиштирсак, мойли эмболия – 4,2; орқа мия шишиши – 3; сепсис – 1,9; ўпка артериясининг тромбоэмболияси ва ДВС синдроми – 1,8; пневмония – 1,3 ва шулар билан боғлиқ полиорган етишмовчилик – 1,6 мартаба камайган.

Асосий ва назорат гуруҳларидаги койка-кунларни солиштирсак, асосий гуруҳда ўртача койка-кун 1,2 га қисқарган. Реанимацион бўлимларда беморларнинг ётиши 0,55 койка-кунга камайган ва 6,47 ни ташкил қилган.

Шундай қилиб, шикаст оғирлиги шкаласидан фойданалиш ташхиснинг аниқлиги ва енгиллигини оширган, даволаш оқибатига башорат берган. Бу шкала аниқ микдорий меъзонларга эга, тана аъзолари ва анатомик соҳаларининг шикаст даражасини акс эттиради, амалий тиббиётда ундан фойдаланишга тавсия қилиниши мумкин. Шкала ва алгоритм нафақат тиббий амалиётда, балки баландликдан қулаш оқибатида олинган қўшма жароҳати бўлган беморларнинг касаллик варақасини таҳлил қилишда олий тиббий ўқув қуроли мақсадида фойдаланиши мумкин.

ХУЛОСА

1. Касалхонага ётқизилган қўшма ва кўплаб механик шикаст олган беморлар орасида баландликдан қулаш туфайли шикастланганлар 13,9% ташкил қилади. Кататравма юқори даражада 2 ва ундан ортиқ анатомик соҳалар (79,4%) шикасти билан тафсивланади, бош мия травмаси – 62%, кўкрак қафаси аъзолари – 40,5%, умуртқа – 24,2%, тос суяклари ва пешоб аъзолари – 22,9%, қорин бўшлиғи аъзолари – 21,2% беморларда учраган.

2. Кататравмада тананинг турли соҳаларида қайд қилинган шикастлар эҳтимоли қулаш баландлиги ва тана вазни индексига боғлиқ. Қулаш баландлиги ва тана вазнини ҳисобга олиб, ишлаб чиқилган шикастланганларнинг нисбий хавф интеграл жадвали турли хил анатомик соҳаларини текшириш кетма-кетлиги ва приоритетини аниқлаб берган, бу эса диагностик жараёни қисқартирган.

3. Ишлаб чиқилган эксперимент орқали жигар шикастини моделлаш усули аъзода морфофункционал динамик ўзгаришлар ва таъсир кучи туфайли олинган шикаст даражасига баҳо бериш имкониятини таъминлаган. Кататравма натижасидаги травматик кассаликларнинг алоҳидалиги жигар шикастидан иборатдир, бу эса кассаликнинг клиник давомини оғирлаштиради ва шикастдан кейин биринчи суткада гепатоцитларда дистрофик ва некробиотик ўзгаришларнинг ривожланиши билан кузатилади, некроз марказларининг вужудга келиши 3-суткада, фиброз тўқиманинг шаклланиши 6-суткада ривожланган.

4. Жарроҳлик даволаш ҳажмини танлашда ISS шкаласи бўйича шикаст оғирлик даражаси 16 баллгача бўлган беморларда ЕТС, 16 баллдан юқори – DCS тамоили тўғри деб топилган. Жарроҳлик муҳофазатларнинг таркибини танлашда устувор шикастни аниқлаш биринчи даражалик аҳамиятга эга. Қўшма кататравмада жарроҳлик даволаш алгоритмини қўллаш оғир асоратларни 9,4% дан 5,9% гача, ўлимликни 12,1% дан 7,1% гача камайишини таъминлашга олиб келган ва койка-кун 1,2 га қисқарган.

5. Шошилиш тиббий ёрдам марказлари қабул бўлими структурасида шокка қарши операцион блокинни ташкил қилиш, мос равишда ускуналаш, кадрлар таркиби ва алгоритмни қўллаш кататравма билан шикастланган беморни мултидисциплинар ёндошув билан олиб боришга, шикастлар ташхис вақтини қисқартириш ва даволаш натижаларини яхшиланишига эришишга имкон берган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА и ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ по ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

СУЛТАНОВ ПУЛАТ КАРИМОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
ПРИ КАТАТРАВМАХ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТАШКЕНТ - 2018

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2017.2.PhD/Tib255.

Диссертация выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи.

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

Научный руководитель: **Хаджибаев Абдухаким Муминович**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Миннуллин Ильдар Пулатович**
доктор медицинских наук, профессор

Хахимов Мурод Шавкатович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Российская федерация)**

Защита диссертации состоится «__» _____ 2018 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул.Кичик халка йули,10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирован за №31). Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2018 года.
(реестр протокола рассылки №__ от _____ 2018 года).

Ф.Г. Назыров
Председатель научного совета по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор, академик

А.Х. Бабаджанов
Ученый секретарь научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук

А.В. Девятов
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. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, проводимых совместно с Гарвардским центром перспективных исследований, «травматизм, преимущественно автодорожные травмы, высотное градостроительство, стихийные бедствия и терроризм могут стать основной причиной смерти к 2020 году. Ежегодно 37,3 млн людей получают тяжелую травму в результате падения с высоты, требующую экстренную медицинскую помощь»¹. «Среди причин политравмы многие авторы ставят падения с высоты на второе место после дорожно-транспортных происшествий, что составляет 30-35% от всех случаев тяжелой травмы, число которых постоянно увеличивается»². При этом «доминируют тяжелые повреждения головного и спинного мозга, внутренних органов грудной клетки и брюшной полости, костей таза и конечностей, являющиеся непосредственной причиной летальных исходов»³.

Рост городских зданий в высоту и огромные масштабы строительства оказали влияние на характер травматизма за последние десятилетия. В хирургии, особенно связанной с политравмой, все ещё не достигнуто полного согласия в вопросах определения взаимовлияния сочетанного повреждения различных органов и систем на течение политравмы, а также в оценке валидности рекомендуемых систем определения взаимоотношения при полиорганной дисфункции. Остаются дискуссионными некоторые стороны вопросов патогенеза, диагностики ушиба печени, ранняя диагностика и лечение которой способствует благоприятному течению политравмы. В связи с этим исследования, направленные на выявление распространенности высотной травмы, изучению основных его факторов, разработке диагностических критериев оценки степени тяжести повреждения, оказания экстренной медицинской помощи и реабилитации пострадавших с политравмами являются одной из актуальных задач.

На современном этапе в системе здравоохранения для регулирования и улучшения качества медицинского обслуживания проводятся реформы в соответствии с государственными программами. Особое значение уделяется сохранению здоровья населения и оказанию качественной медицинской помощи, в частности, в области совершенствования системы экстренной медицины. В медицинскую практику экстренной медицинской помощи внедрены современные эффективные методы ранней диагностики тяжести политравм, оказания экстренной помощи и лечения, что привело к уменьшению смертности и инвалидизации среди пострадавших. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы поставлены задачи по развитию и

¹ Всемирный доклад о профилактике травматизма. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009.

² Adrian O., Phillip T., Allen W., M P Koh, Gilbert L. Victims of Falls From a Height Surviving to Hospital Admission in Two Singapore Hospitals // Med. Sci. Law. – 2004. – Vol. 44. – N3. – P201-206.

³ Michal Radomski, Sara Zettervall, Mary Elizabeth Schroeder, Jonathan Messing, James Dunne, Babak Sarani. Critical Care for the Patient With Multiple Trauma // Journal of Intensive Care Medicine. – 2016. – Vol. 31. - Issue 5. - P307-318.

усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности¹. Реализация данных задач, в том числе, улучшение качества жизни населения за счет совершенствования диагностики и тактики хирургического лечения сочетанных повреждений при кататравмах является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему укреплению материально-технической базы и организации деятельности системы экстренной медицинской помощи» за №ПП-2838 от 16 марта 2017 года, «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за №ПП-3071 от 20 июня 2017 года и «О мерах по ускоренному совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» за №ПП-3494 от 25 января 2018 года, а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики V «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. «Характер повреждений при высотной травме во многом отличается от механических повреждений иного генеза. В отличие от автодорожных травм при кататравмах могут повреждаться внутренние органы, отдаленные от места соударения в результате сотрясения организма при падении с высоты»². «При этом закрытые повреждения живота встречаются у каждого пятого пострадавшего с сочетанной травмой, операционная активность достигает 88%. Летальность при сочетанных повреждениях живота составляет в среднем 58%, длительность утраты трудоспособности с уровнем инвалидности является самой высокой и составляет 25-80%. Заслуживает внимания оценка состояния больного на первичном этапе диагностики с комплексом необходимых лечебных мероприятий»³.

«Тяжесть исходной травмы можно оценить по интегральной системе в баллах, что позволяет определить этапность дальнейших оперативных вмешательств»⁴. «В литературе имеются различные шкалы по оценке

¹ Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах.

² Буранкулова Н.М., Искандаров А.И. Некоторые особенности судебно-медицинской дифференциальной диагностики травм, полученных при падении с высоты и с высоты собственного роста // Журн. теорет. и клин. медицины. – 2012. – №7. – С. 86-87.

³ Алимов А.Н., Исаев Э.П., Сафронов и др. Хирургическая тактика и перспективы эндохирургии закрытых повреждений живота при тяжелой сочетанной травме // Хирургия. – М.- 2006.- №1. – С.34-37.

⁴ Исаев А.Ф., Алимов А.Н., Сафронов Э.П. Оценка тяжести состояния у пострадавших с сочетанными и изолированными повреждениями живота с разрывом селезенки // Хирургия. – М. – 2005. – №9. – С.31-35.

тяжести травмы: шкала TRISS наиболее эффективна для пострадавших с закрытой травмой, система ASCOT – при открытых ранениях, применение шкал APACHE I и II для оценки тяжести при политравмах показало слабую чувствительность»¹. Следовательно, при тяжелой сочетанной травме, закрытой травме живота, грудной клетки, когда время для эффективного обследования ограничено, необходимо определение последовательности использования инструментальных методов исследования. Одновременно необходимо проведение лечебных мероприятий, направленных на профилактику травматического шока, гемостазиологическая и инфузионная терапия, и др. Хирургическая тактика определяется в соответствии с лечебно-диагностическим алгоритмом лапароскопического исследования.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том что, несмотря на имеющийся позитивный прогресс в лечении больных с кататравмами, до сих пор присутствует множество тактических проблем, одной из основных является отсутствие стандартизированного лечебно-тактического алгоритма. В связи с этим, возникает необходимость изучения механогенеза кататравм с позиции определения критериев риска повреждения органов и систем различных анатомических зон, исследования особенностей характера и тяжести сочетанных повреждений, а также клинического течения травматической болезни. В том числе, требуется необходимость разработки способа получения экспериментальной модели ушиба печени с целью уточнения динамики морфофункциональных изменений, происходящих в органе при механической травме. Кроме того, не конкретизированы критерии выбора хирургической тактики, очередности и объема оперативного вмешательства. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения и совершенствования лечебно-диагностической тактики.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ РНЦЭМП за № НТП-11 «Улучшение здоровья населения путём разработки новых технологий диагностики, профилактики, лечения заболеваний в медицине» (2015-2017 гг.) и АТСС41 «Совершенствование высокотехнологической хирургической помощи больным с сочетанной и политравмой» (2012-2016 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных кататравмой путем совершенствования методов диагностики и тактики лечения на основе разработанных алгоритмов оказания экстренной медицинской помощи.

Задачи исследования:

изучить частоту и механогенез кататравм с позиции определения критериев риска повреждения органов и систем различных анатомических

¹ Маланин Д.А., Боско О.Ю. Методы объективной оценки тяжести травм и их практическое применение (методические рекомендации). Волгоград. – 2008. – С.28.

зон и выбора оптимального алгоритма инициальной диагностики больных с высотной травмой;

исследовать особенности характера и тяжести сочетанных повреждений различных анатомических зон, а также клинического течения травматической болезни при кататравме;

разработать оптимальный способ получения экспериментальной модели ушиба печени с целью уточнения динамики морфофункциональных изменений, происходящих в органе при механической травме;

конкретизировать критерии выбора хирургической тактики, очередности и объема оперативного вмешательства при сочетанной кататравме на основе шкалы ISS (Injury Severity Score);

разработать алгоритм диагностики и хирургического лечения при кататравмах с учетом структуры, оснащенности и кадрового состава службы экстренной медицинской помощи.

Объектом исследования явились 898 пострадавших высотной травмой обратившихся в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, а также лабораторные животные (50 белых крыс породы «Вистар»).

Предмет исследования составляют результаты клинических, лабораторных, инструментальных исследований, математические расчеты, а также экспериментально-морфологическое изучение тканей животных.

Методы исследований. В процессе выполнения научной работы были использованы общеклинические, биохимические, рентгенологические, ультразвуковые, экспериментальные, морфологические, мультиспиральная компьютерная томография и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

разработан способ моделирования ушиба печени в эксперименте, позволяющий дозировать силу механического воздействия на орган и проследить динамику морфофункциональных изменений, происходящих в нем при закрытой травме;

расширены представления о механогенезе кататравмы, выявлены факторы риска повреждения органов и систем различных анатомических областей тела при высотной травме;

изучена зависимость течения травматической болезни и ее исходов от тяжести травмы и обоснована целесообразность выбора тактики хирургического лечения с определением очередности и сроков оперативных вмешательств различных анатомических областей с учетом тяжести травмы по шкале ISS;

доказана эффективность мультидисциплинарного подхода к ведению пострадавших и расширения показаний к одномоментным экстренным малотравматичным оперативным вмешательствам у больных с кататравмой.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

выявлены новые аспекты механогенеза кататравмы и факторы риска повреждения органов и систем различных анатомических областей, способствующие оптимизации процесса инициального обследования и динамического наблюдения пострадавших с высотной травмой;

разработан способ моделирования механического повреждения печени, который может быть широко использован в фундаментальных и прикладных исследованиях;

доказана эффективность мультидисциплинарного подхода к ведению пострадавших кататравмой, оптимизированного с учетом своевременности и востребованности организационной структуры созданной в стране системы экстренной медицинской помощи;

предложен надежный и удобный подход к оценке тяжести повреждения и выбора оптимальной тактики хирургического лечения сочетанных повреждений при кататравме.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена современными, широко используемыми в практике клиническими, экспериментальными, морфологическими и статистическими методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтверждает достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Теоретическая значимость результатов исследования заключается в расширении представлений об эпидемиологии и механогенезе высотной травмы, а также факторах риска повреждения органов и систем различных анатомических областей и патогенеза взаимоотягощающего влияния сочетанных повреждений. Расширены знания о морфофункциональных изменениях в печени, происходящих в результате ее ушиба. Показана возможность и целесообразность применения шкалы ISS у больных с кататравмой в объективной оценке тяжести травмы и определении тактики хирургического лечения. Отдельные результаты работы дадут возможность усовершенствования содержания и структуры программы обучения курсантов по диагностике и хирургическому лечению больных с кататравмами.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработанный и внедренный в практику алгоритм ведения больных с кататравмами позволяет исключить использование рутинных малоинформативных диагностических методов, с высокой точностью установить диагноз и определить тактику лечения. Разработанный мультидисциплинарный подход к ведению пострадавших кататравмой позволил оптимизировать выбор тактики лечения с учетом возможностей созданной в стране системы экстренной медицинской помощи. Предложенный подход к оценке тяжести повреждения и выбора оптимальной тактики хирургического лечения сочетанных повреждений при кататравме позволил определить очередность и сроки оперативных вмешательств при повреждениях различных анатомических областей.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов лечения пострадавших сочетанной кататравмой:

разработан «Способ моделирования механического повреждения печени» (№ИАР 05236, 2016). Разработанный способ закрытого

механического повреждения печени в эксперименте является наиболее близким к клинике, позволяет стандартизировать степень ушиба, прост в выполнении и требует существенно меньших экономических затрат. Данный метод позволяет выявить наличие ушиба печени у больных с сочетанной закрытой травмой живота, лечение которого сокращает сроки восстановления пострадавших кататравмой;

разработаны методические рекомендации «Способ моделирования ушиба печени в эксперименте» и «Алгоритм хирургического лечения при сочетанной кататравме» (справка Министерства здравоохранения №8н-д/63 от 7 декабря 2017 года). Разработанные рекомендации хирургического лечения при сочетанной кататравме на основе учета сочетанных повреждений различных анатомических областей, их взаимоотношающее влияние друг на друга, а также тяжести травмы, определяют последовательность и выбор метода оперативных вмешательств;

полученные научные результаты диссертационной работы по улучшению качества диагностики и хирургического лечения сочетанных повреждений при кататравмах внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, во II клинику Ташкентской медицинской академии, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии (справка Министерства здравоохранения №8н-д/63 от 7 декабря 2017 года). Применение предложенного алгоритма хирургического лечения при сочетанных кататравмах позволило уменьшить тяжелые осложнения с 9,4% до 5,9% и летальность с 12,1% до 7,1%, а также достичь сокращения на 1,2 койка дня.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 международных и 3 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 2 в зарубежных 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, приложения 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, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедряются в практику

результаты исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе **«Кататравма: этиология, патогенез сочетанных высотных травм и совершенствование лечения (обзор публикаций)»**, проведён анализ источников литературы о распространенности и факторах риска кататравмы, диагностических критериях оценки тяжести травмы, классификации закрытых повреждений печени и лечебно-диагностической тактики при кататравмах.

Во второй главе **«Клиническая характеристика материалов и использованные методы исследования»** приведены данные по общей характеристике обследованных больных, а также сведения об использованных методах исследования.

В основу настоящей работы положен анализ результатов обследования и лечения 898 пострадавших кататравмой, получивших лечение в РНЦЭМП за период с 2010 по 2015 годы. Все анализируемые больные были разделены на две группы: контрольную - 561 пациентов, поступивших в период с 2010 по 2013 годы, и основную - 337 пациентов, поступивших в период с 2014 по 2015 годы. Подобное деление связано с различным лечебно-диагностическим подходом в ведении данного контингента больных с учетом особенности травматической болезни и механогенеза кататравмы, тяжести полученной травмы по шкале ISS и доминирующего повреждения.

Возраст больных колебался от 15 до 89 лет, при этом средний возраст составил $38,2 \pm 3,2$ лет. Мужчин было 770 (85,7%), женщин – 128 (14,3%).

У 713 (79,4%) пострадавших кататравмой были выявлены сочетанные травмы различных областей тела. В основном превалировало сочетание 2х областей тела - 402 (44,8%) случая, 3х – 187 (20,8%), 4-х – 88 (9,8%), 5-ти – 28 (3,1%), и 6-ти – 8 (0,9%). Среди всех повреждений по анатомическим областям превалировали травма головы – 557 (62%) случаев, конечностей – 529 (58,9%), органов грудной клетки – 364 (40,5%), позвоночника – 244 (27,2%), костей таза и мочеполовых органов – 206 (22,9%), а также органов брюшной полости – 190 (21,2%). При этом доминирующей была травма головы в 318 (35,4%) случаях, груди – 210 (24,5%), конечностей – 119 (13,2%), позвоночника – 108 (12%), живота – 94 (11%) и органов таза – 49 (6%). Основными обстоятельствами травмы были случайные падения с различных объектов – 844 (94%) случая, небольшую часть составили суицид – 32 (3,6%) и криминал – 22 (2,4%). У 14,7% пострадавших было установлено алкогольное опьянение различной степени. Успех лечения пострадавших кататравмой во многом определяется сроками доставки в стационар. В наших наблюдениях в так называемый «золотой» первый час поступило 522 (58,1%) пострадавших, от 1 до 3 часов – 172 (19,2%), в течение первых суток – 69 (7,7%) и спустя сутки после получения травмы – 135 (15%). В основном отмечались падения с высоты до 3 метров – 460 (51,2%) случаев, от 3 до 6 – 257 (28,6%), от 6 до 9 – 87 (9,7%) и более 9 – 94 (10,5%).

Статистические исследования проведены на основании стандартных клинических рекомендаций. За статистически значимые изменения принимался уровень достоверности $p < 0,05$.

В третьей главе **«Особенности сочетанных повреждений при кататравмах»** приведены данные по характеристике повреждений при сочетанной кататравме, тяжести полученной травмы, а также расчет риска повреждений отдельных анатомических областей в зависимости от механогенеза кататравмы.

Анализ расчета относительного риска (ОР) повреждений различных анатомических областей показал зависимость частоты повреждений различных анатомических областей от высоты падения и веса пострадавшего. При этом по мере увеличения высоты падения и массы тела увеличивается риск травмы головы и конечностей. У больных с недостаточной массой тела имеется высокий риск повреждения органов грудной клетки (ОР=2).

При поступлении в стационар общее состояние больных в контрольной группе оценивалась по общепринятой градации, где в удовлетворительном состоянии были 0,4%, средней тяжести – 63,8%, тяжелом – 31,2% и крайне тяжелом – 5%. Анализ сравнения летальности в соответствии с оценкой тяжести по стандартной градации и по шкале ISS в контрольной группе показал целесообразность применения ISS для прогноза исхода и определения тактики лечения. В ней различают следующие степени тяжести: до 4 баллов – легкая травма, до 9 – средняя, до 16 – тяжелая без угрозы для жизни, до 25 – тяжелая с угрозой, до 74 – крайне тяжелая и максимальный балл 75 – травма, не совместимая с жизнью. При этом из 898 пострадавших у 63 (7%) была установлена легкая травма, 296 (33%) – средняя, 195 (21,7%) – тяжелая без угрозы для жизни, 199 (22,2%) – тяжелая с угрозой, 117 (13%) – крайне тяжелая и травма не совместимая с жизнью у 28 (3,1%).

Анализ характера повреждений различных анатомических областей показывает превалирование закрытой ЧМТ. В основном отмечаются субарахноидальные и внутрижелудочковые кровоизлияния. Наряду с этим имели место пневмоцефалия и гемосинус, а также – повреждение мозгового вещества в виде размозжения с отеком головного мозга и дислокационным синдромом. Отмечались многочисленные гематомы различной локализации, сотрясения и ушибы головного мозга различной степени, в том числе с вовлечением стволовых структур, большое количество переломов костей черепа с переходом на основание черепа.

Повреждения органов грудной клетки в основном проявлялись множественными переломами ребер, отмечались ушибы и разрывы легкого с развитием пневмоторакса, гемоторакса и их сочетанием, а также подкожной эмфиземой. Наблюдались также повреждения органов средостения (ушиб сердца, гематома средостения и пневмомедиастинум). В единичных случаях имели место разрыв правого желудочка, посттравматическая аневризма сердца, дуги аорты и ее нисходящего отдела.

Большим многообразием характеризовались повреждения органов брюшной полости. В основном отмечались повреждения паренхиматозных органов, включающие разрывы селезенки, различных сегментов печени и полых органов, в основном тонкой и толстой кишки, сопровождающиеся перитонитом, а также ушиб или гематома передней брюшной стенки.

Среди повреждений костей таза имели место переломы с и без повреждения тазовых и забрюшинных органов. В основном они были представлены ушибами, гематомами и разрывами почек, забрюшинными гематомами, ушибом мочевого пузыря, мошонки и разрывом уретры, зачастую отмечались их сочетанные повреждения.

Наиболее часто встречались компрессионные, компрессионно-оскольчатые переломы тел позвонков, переломы остистых и поперечных отростков. Тяжелая степень деформации позвонка отмечалась при компрессионно-оскольчатых переломах. Они проявлялись различной степенью повреждения спинного мозга: с полным или частичным нарушением функции спинного мозга и спинальным шоком.

Среди повреждений конечностей в основном отмечались закрытые оскольчатые переломы со смещением костных осколков. Немало случаев с множественными и двусторонними переломами. В основном повреждались нижние конечности.

При множественных и сочетанных повреждениях, сопровождающихся шоком, нами выявлены некоторые особенности, характерные для кататравмы: острый геморрагический шок, острая почечная недостаточность, сопровождающаяся анурией, «шоковой почкой», артериальная гипоксемия, острая дыхательная и сердечнососудистая недостаточность, приводящая к полиорганной недостаточности с респираторным дисстресс-синдромом. Следует отметить, что 307 пострадавшим высотной травмой обследована кровь на биохимические анализы и выявлено увеличение АЛТ в 54,5% и АСТ в 20,8% случаях при отсутствии каких либо признаков повреждений печени, что может указывать на наличие контузии органа в результате кататравмы.

В четвертой главе **«Способ моделирования закрытого механического повреждения печени и его морфологическое подтверждение»** описаны результаты экспериментальных исследований на 50 здоровых крысах породы «Вистар». Моделирование закрытого механического повреждения печени проводили высотным ударом груза массой в 100 г с силой $0,01 \text{ кг} \cdot \text{м} / \text{с}^2$ на 1 грамм массы крысы. При этом гематом и признаков разрыва печени, а также повреждения других органов брюшной полости не обнаружены. Биохимические анализы крови испытуемых животных показали аналогичную клиническим исследованиям динамику повышения трансаминаз, а также активности γ -глутамилтранспептидазы, содержания общего билирубина, холестерина и тимоловой пробы.

Морфологические признаки ранней стадии ушиба печени характеризовались выраженными дисциркуляторными изменениями в виде расширения центральных вен и синусоидов, разрыва стенки гепатоцитов, кровоизлияния в паренхиму печени, местами с формированием тканевой

гематомы; развития дистрофических, некробиотических изменений в виде некробиоза гепатоцитов, кариорексиса и кариопикноза ядерных структур. На 3-й день эксперимента выявлен отек, фибриноидный некроз и лейкоцитарная инфильтрация наружной капсулы печени, формирование очага некроза, захватывающего несколько долек печени; пролиферация лимфогистиоцитарных клеток вокруг некроза и сосудов, регенераторная гипертрофия ядерных структур гепатоцитов в окружающих зонах очага ушиба. К заключительному сроку установлено формирование бесструктурного некротического детрита диффузно инфильтрированными лейкоцитарными и макрофагальными клетками или клетками рассасывания некроза; некроз плотно окружен демаркационным пролиферативным валом, состоящим из лимфоидных и гистиоцитарных клеток, исходящих из репаративной грануляционной ткани, пролиферирующихся гистиоцитарных клеток портальных трактов и глиссоновой капсулы печени.

В пятой главе «**Алгоритм хирургического лечения при сочетанной кататравме**» представлен лечебно-диагностический алгоритм хирургического лечения пострадавших кататравмой, определяющий тактику и последовательность оперативных вмешательств в зависимости от тяжести травмы ISS и доминирующего повреждения.

Предлагаемый алгоритм разработан на основе результатов обследования и лечения 561 больного контрольной группы и применен 337 пострадавшим основной группы. Проведение дифференциально-диагностического анализа осуществлялось с соблюдением определенной последовательности основных этапов алгоритма. Положительный ответ на поставленный вопрос каждого этапа алгоритма предопределял дальнейшее участие его в лечебно-диагностическом процессе, сомнительный – использование более высокоинформативного метода, отрицательный – строгое наблюдение больного в динамике. В целом весь диагностический процесс у 1 пострадавшего с сочетанной кататравмой составил $47,5 \pm 1,5$ минут с момента поступления в стационар до определения тактики лечения.

Алгоритм хирургического лечения при сочетанной кататравме приведен на рисунке 1. При поступлении пострадавшего с сочетанной высотной травмой в противошоково-операционный блок приемного покоя в ходе обследования и мониторинга пострадавшему проводились все противошоковые мероприятия по принципу «ABCDE». После определения предварительного диагноза и тяжести травмы следовали алгоритму. В диагностике повреждений органов брюшной полости мы основывались на количественную оценку свободной жидкости в брюшной полости по шкале USS (Ultrasound Score). При нулевом балле USS, т.е. отсутствии свободной жидкости в брюшной полости проводили УЗИ в динамике и в случае наличия доминирующего повреждения другой анатомической области проводилась операция доминирующего повреждения. При USS, равном 1 проводили диагностическую лапароскопию, 2 и более – лапаротомию.

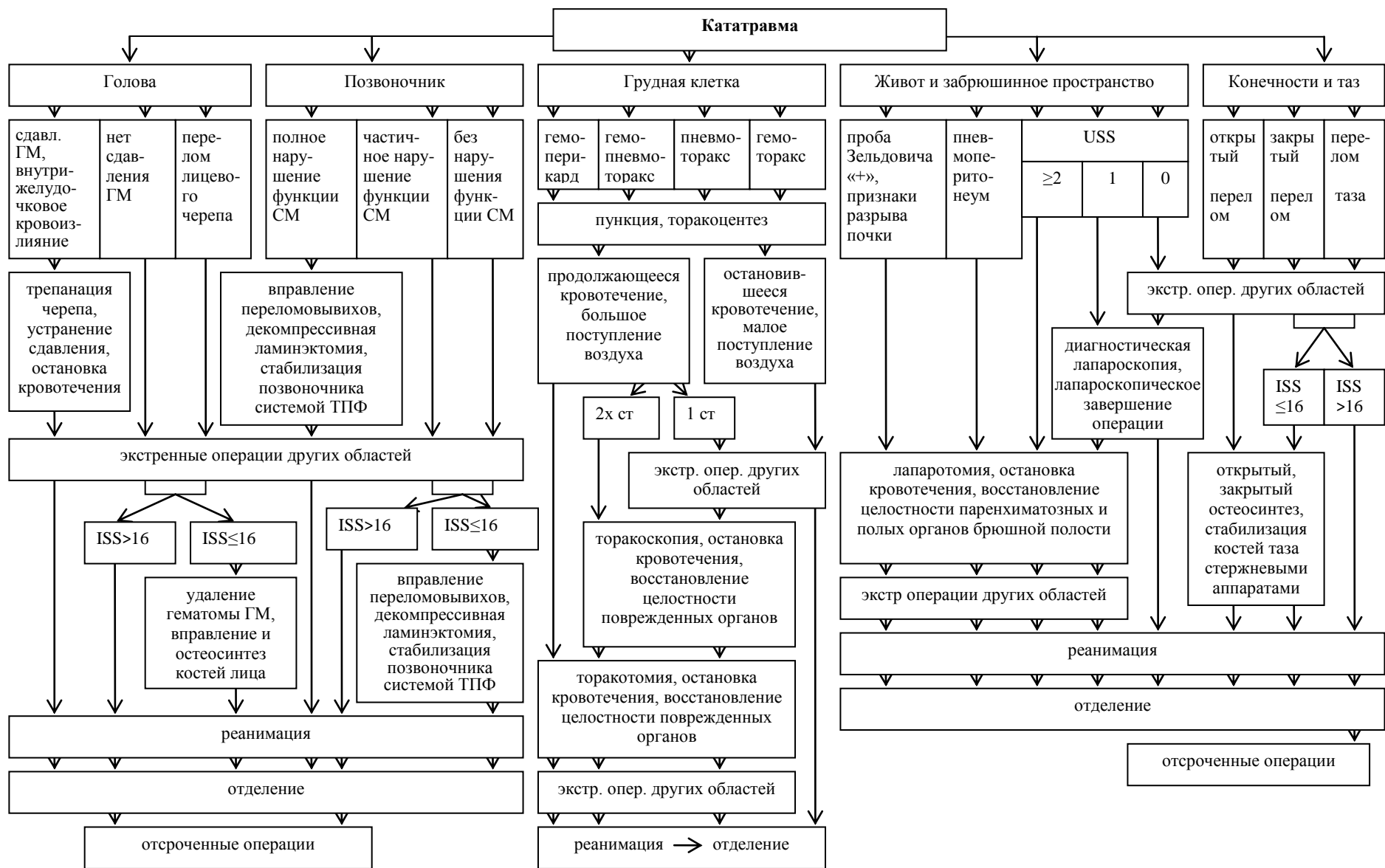


Рис. 1. Алгоритм хирургического лечения при сочетанной кататравме

После остановки внутрибрюшного кровотечения и восстановления целостности внутренних органов брюшной полости, проводили операцию других анатомических областей.

В случае выявления на МСКТ признаков сдавления головного мозга гематомой или при наличии внутрижелудочковых кровоизлияний, а также переломов позвонков с полным нарушением функции спинного мозга и при отсутствии другого доминирующего повреждения, в первую очередь, проводилась операция на голове или позвоночнике. В ином случае, сперва, проводилась операция доминирующего повреждения другой анатомической области, а затем восстанавливалась целостность структур головы или позвоночника.

В случае переломов конечностей и костей таза при наличии доминирующего повреждения другой анатомической области проводилась операция доминирующего повреждения, после чего переходили на восстановление переломов костей.

Как мы видим, согласно рекомендуемому алгоритму, в первую восстанавливались функции жизненно важных органов с устранением повреждений анатомических областей, где имеется доминирующий, жизнеугрожающий характер повреждения. Восстановление же анатомо-функциональной целостности других анатомических областей проводилась во вторую очередь. Перед нами стоял вопрос, следует ли проводить все оперативные вмешательства одним этапом в экстренном порядке в ходе одного наркоза по принципу ETC (Early Total Care) или же, устранив жизнеугрожающие повреждения, отложить остальные операции на более поздние сроки после улучшения состояния больного – принцип DCS (Damage Control Surgery). Обоснованное принятие решения проведения оперативных вмешательств пострадавшим кататравмой основывалась на оценку тяжести травмы ISS. Согласно алгоритму пострадавшие кататравмой с тяжестью до 16 баллов по шкале ISS имели благоприятный прогноз, и операции всех анатомических областей проводились в один этап по протоколу ETC с минимальным риском для больного. Больные с ISS более 16 баллов имели неблагоприятный прогноз в связи с нестабильностью жизненно важных функций организма. Их лечение требует, с одной стороны, проведения длительной интенсивной коррекции жизненно важных функций и основных параметров гомеостаза, с другой – выполнение экстренных хирургических вмешательств для спасения жизни. В связи с этим дальнейшие операции у данной группы больных были отложены на второй этап, после стабилизации жизненно важных функций организма.

Применение предлагаемого алгоритма позволяет увеличить число экстренных операций, уменьшить число срочных и отсроченных хирургических вмешательств, устранить нарушения жизненно важных органов, что приводит к улучшению исхода хирургического лечения (рис. 2).

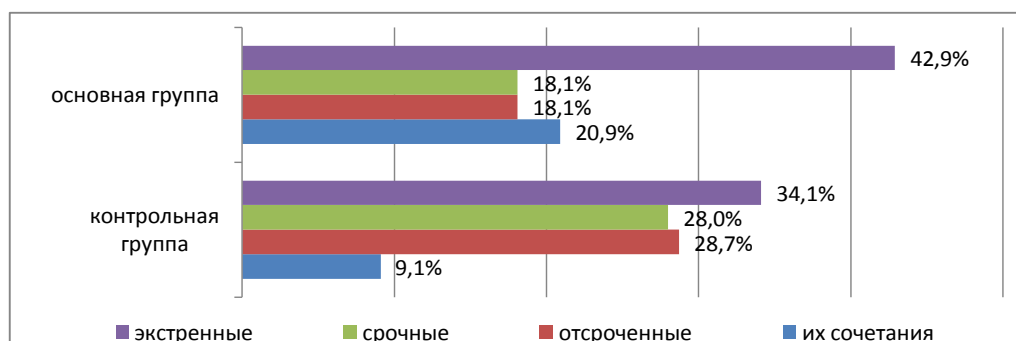


Рис. 2. Виды оперативных вмешательств по срочности при кататравме.

Анализ лечения пострадавших кататравмой показал, что в обеих группах оперативная активность была одинаковой и составила 53%. Однако, среди оперированных больных в основной группе по сравнению с контрольной отмечается увеличение числа одноэтапных операций в 1,5 раза и 2х этапных в 2 раза. Среди одноэтапных операций очередность вмешательств на органах груди, живота, таза и позвоночника особо не отличались, тогда как операции на голове в основной группе больше проводились в первую очередь, а на конечностях во вторую и третью. Из числа 2х этапных операции в основной группе первым этапом были операции доминирующих повреждений органов грудной клетки, живота и головы, и вторым этапом операцией позвоночника, костей таза и конечностей.

При сравнении основной и контрольной групп больных, одинаковых по типу лечения, мы видим, что общая летальность в основной группе меньше в 1,7 раза, чем в контрольной (табл. 1), причем существенно уменьшилась летальность при изолированных, сочетанных и 2х этапных операциях (в 1,8; 2,3 и 3,2 раза, соответственно).

Таблица 1

Исход консервативного и различных видов оперативного лечения пациентов с кататравмой

Лечение	Основная группа		Контрольная группа		
	n (%)	летальность	n (%)	летальность	
Консервативное	160 (47,5%)	7 (4,4%)	265 (47,2%)	14 (5,3%)	
Оперативное	Изолированные операции	91 (27,0%)	6 (6,6%)	213 (38%)	26 (12,2%)
	Сочетанные операции	49 (14,5%)	8 (16,3%)	56 (10%)	21 (37,5%)
	2х этапные операции	37 (11,0%)	3 (8,1%)	27 (4,8%)	7 (25,9%)
Всего	337 (100%)	24 (7,1%)	561 (100%)	68 (12,1%)	

Оперативная активность превалировала на органах брюшной полости – 84,8% и 84,7%, а также грудной клетки – 49,6% и 42,8%, соответственно основной и контрольной группам. Наименьшая оперативная активность была

отмечена у больных с ЧМТ в основной группе (12,3%) и переломами костей таза в контрольной (9,8%).

При сравнении летальности пострадавших кататравмой в зависимости от доминирующего повреждения отмечено уменьшение летальности с доминирующими повреждениями головы в 1,5 раза; груди – 2,5; живота – 1,4 и позвоночника 1,2 (табл. 2).

Таблица 2

Анализ летальности в зависимости от доминирующего повреждения

Доминирующая область	Основная группа		Контрольная группа	
	абс	летальность	абс	летальность
Голова	119 (35,3%)	14 (11,8%)	199 (35,5%)	36 (18,1%)
Грудь	73 (24,6%)	4 (5,4%)	137 (24,4%)	18 (13,3%)
Живот	36 (10,7%)	4 (11,1%)	58 (10,3%)	9 (15,5%)
Позвоночник	40 (11,9%)	2 (5,0%)	68 (12,1%)	4 (5,9%)
Таз	25 (4,5%)	-	24 (4,3%)	1 (4,2%)
Конечности	44 (13,1%)	-	75 (13,4%)	-
Всего	337 (100%)	24 (7,1%)	561 (100%)	68 (12,1%)

Анализ результатов лечения больных однотипных по тяжести травмы показал снижение летальности с тяжелыми и критическими повреждениями в 2,3 и 2,1 раза, соответственно (табл. 3). Согласно таблице при легкой травме летальность не отмечалась. Летальный исход пострадавших средней и тяжелой без угрозой для жизни высотной травмой обусловлен пожилым и старческим возрастом, а также наличием коморбидных заболеваний, существенно снижающих адаптивные и компенсаторные возможности организма. В случаях крайне тяжелой и тяжелой с угрозой для жизни кататравме имело место развитие осложнений, приводящих к полиорганной недостаточности и смертельному исходу. При травме не совместимой с жизнью летальный исход отмечался в ближайшие часы после получения травмы.

Таблица 3

Летальность больных в зависимости от тяжести травмы по шкале ISS

ISS	Основная группа		Контрольная группа	
	n (%)	летальность	n (%)	летальность
≤4	20 (5,9%)	-	43 (7,7%)	-
5-9	115 (34,1%)	-	181 (32,3%)	1 (0,6%)
10-16	71 (21,1%)	1 (1,4%)	124 (22,1%)	-
17-25	74 (22%)	3 (4,1%)	125 (22,3%)	12 (9,6%)
26-74	49 (14,5%)	12 (24,5%)	68 (12,1%)	35 (51,5%)
75	8 (2,4%)	8 (100%)	20 (3,5%)	20 (100%)
Всего	337 (100%)	24 (7,1%)	561 (100%)	68 (12,1%)

Сравнивая осложнения пострадавших кататравмой, отмечено уменьшение таких осложнений как жировая эмболия в 4,2; отек спинного мозга – 3; сепсис – 1,9; ДВС синдром и тромбоэмболия легочной артерии – 1,8; пневмония – 1,3 и связанная с ними полиорганная недостаточность – в 1,6 раз.

Сравнительный анализ койка дней основной и контрольной групп показал, что среднее количество койка дней основной группы меньше на 1,2. Также отмечается уменьшение срока нахождения больных в реанимационных отделениях в основной группе на 0,55 койка дней, и составил 6,47.

Таким образом, использование шкалы тяжести травмы ISS повышает доступность и точность диагностики, прогнозирует исход лечения. Данная шкала имеет четкие количественные критерии, отражает степень повреждения органов тела и анатомических областей, что позволяет рекомендовать его использование в практическом здравоохранении. Шкала и алгоритм могут использоваться не только во врачебной практике, но и в учебных целях в медицинских вузах при анализе историй болезни больных с сочетанными высотными травмами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В структуре сочетанных и множественных механических травм среди госпитализированных больных частота высотных травм составляет 13,9%. Кататравма характеризуется высокой частотой повреждения 2-х и более анатомических областей (79,4%), ЧМТ диагностируется у 62% пациентов, повреждение анатомических структур конечностей – у 58,9%, органов грудной клетки – у 40,5%, позвоночника – у 27,2%, костей таза и мочеполовых органов – у 22,9%, органов брюшной полости – у 21,2% больных.

2. Вероятность повреждения различных областей тела при кататравме зависит от высоты падения и индекса массы тела. Разработанная интегральная таблица относительного риска повреждения, учитывающая высоту падения и массу тела определяет приоритет и очередность обследований различных анатомических областей тела, что сокращает диагностический процесс.

3. Разработанный способ моделирования ушиба печени в эксперименте обеспечивает возможность динамической оценки морфофункциональных изменений органа и степени повреждения в зависимости от силы удара. Особенностью травматической болезни при кататравме является наличие ушиба печени, который отягощает клиническое течение заболевания и проявляется развитием дистрофических и некробиотических изменений гепатоцитов на 1-е сутки после травмы, образованием очагов некроза – на 3-е сутки и формированием фиброзной ткани – на 6-е сутки.

4. При выборе объема хирургического лечения у больных с тяжестью травмы до 16 баллов по ISS является оправданным протокол Early Total Care, свыше 16 баллов – протокол Damage Control Surgery. При выборе очередности хирургических вмешательств первостепенное значение имеет выявление доминирующего повреждения. Применение алгоритма хирургического лечения при сочетанной кататравме позволяет достичь

уменьшения тяжелых осложнений с 9,4% до 5,9%; летальности с 12,1% до 7,1% и сокращения на 1,2 койка дня.

5. Организация операционно-противошокового блока в структуре приемного отделения центров экстренной медицинской помощи с соответствующим оснащением, кадровым составом и применением алгоритма позволяет достичь мультидисциплинарного подхода к ведению пострадавших кататравмой, сократить время на диагностику повреждений и улучшить результаты лечения.

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC DEGREES
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC
and PRACTICAL MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED after
ACADEMICIAN V.VAKHIDOV and TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

REPUBLICAN RESEARCH CENTRE OF EMERGENCY MEDICINE

SULTANOV PULAT KARIMOVICH

**OPTIMIZATION THE DIAGNOSTICS AND TACTICS OF SURGICAL
TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIPLE TRAUMA ASSOCIATED
WITH FALLS FROM HEIGHTS**

14.00.27 – Surgery

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

TASHKENT - 2018

The subject of doctor of philosophy (PhD) dissertation registered by the Supreme Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic Uzbekistan in №B2017.2.PhD/Tib255.

The dissertation has been done in the Republican research centre of emergency medicine.

Abstract of the doctoral dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific council (www.rscs.uz) and the information-educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

Scientific adviser:	Khadjibaev Abdukhakim Muminovich doctor of medicine, professor.
Official opponents:	Minnullin Ildar Pulatovich doctor of medicine, professor Khakimov Murod Shavkatovich doctor of medicine, professor
Leading organization:	State Budgetary organization «Saint-Petersburg Research Institute of Emergency aid named after I.I. Djanelidze» (Russian Federation)

The defense will be take place on «___» _____ 2018 at ___ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov and Tashkent Medical Academy. (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; Phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number №31), (Adress 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2018.
(mailing report № ___ of _____ 2018).

F.G. Nazyrov

Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine, professor, academician

A.Kh. Babadjanov

Scientific secretary of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine,

A.V. Devyatov

Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award a scientific degrees
doctor of medicine, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the research work is to improve the results of treatment of patients associated with falls from heights by improving diagnostic methods and treatment tactics based on developed algorithms for the emergency medical care.

The object of the research work were 898 patients associated with falls from heights who were on inpatient treatment in the Republican research centre of emergency medicine, also laboratory rats (50 white rats of Wistar breed).

The scientific novelty of the research work is following:

the liver contusion experimental modeling method was developed which allows to control the impact force and observe the dynamics of morphofunctional changes in the organ;

the notion of injury mechanism has been expanded and the risk factors of damage of different anatomical organs and systems has been identified in fall from heights;

the dependence of traumatic disease and its outcomes on the injury severity has been studied and proved the expediency of choosing ETC or DCS with the determination of priority of the surgery depending on ISS;

the effectiveness of a multidisciplinary approach to the management of patients associated with falls from heights and the expansion of indications for emergency low-traumatic surgery was proved.

Introduction of research results. The results of a scientific study to improve the results of surgical treatment of patients associated with falls from heights:

The blunt liver injury experimental modeling method was developed (№IAP 05236, 2016). This method is easy to perform, cost effective and closest to the clinic which allows to standardize the degree of liver injury.

The guidelines “A liver contusion experimental modeling method” and “The algorithm for surgical treatment of patients associated with falls from heights” was developed (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d/63 from December 7th, 2017). A liver contusion experimental modeling method allows to detect the presence of liver contusion in patients associated with fall from heights. The recommendations for surgical treatment of patients associated with falls from heights based on ISS, multiple trauma and dominant injury determine the treatment tactics and priority of the surgery.

The scientific results of the dissertation work on improving the quality of diagnostics and surgical treatment of patients associated with falls from heights are introduced into practical healthcare activities, in particular, in the II Clinic of the Tashkent Medical Academy, in the practical activities of the emergency department of the Research Institute of Traumatology and Orthopedics (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d/63 from December 7th, 2017). Application of the proposed algorithm for surgical treatment of patients associated with falls from heights allowed to reduce the severe complications from 9.4% to 5.9%, lethality from 12.1% to 7.1%, and bed days from 8.6 to 7.4.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusions, and list of cited literature. The volume of the text material is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Способ моделирования механического повреждения печени»// Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. Патент на изобретение № IAP 05236 от 04.05.2016.

2. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Кататравма. Проблемы и перспективы»// Вестник экстренной медицины, 2013.-№4.-С.83-88 (14.00.00, №11).

3. Khadjibaev A.M., Sultanov P.K.. «Objective Assessment of the Severity of Patients Suffering from Fall from Height with Combined Injuries of the Abdominal Parenchymal Organs»// International Journal of BioMedicine, 2015.- №5 Vol.2 P.79-83 (№5, Global IF. 0.654).

4. Khadjibaev A.M., Rakhmanov R.O., Sultanov P.K. «Features of chest trauma in patients admitted to the Republican Research Centre of Emergence Medicine»// European science review, 2015.-№9-10.-P.101-106 (14.00.00, №19).

5. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Особенности сочетанных повреждений при кататравме»// Хирургия Узбекистана, 2015.-№4.-С.18-25 (14.00.00, №9).

6. Султанов П.К. «Характеристика сочетанных повреждений с летальным исходом при кататравме»// Медицинский журнал Узбекистана, 2016.-№3. С.45-50 (14.00.00, №8).

7. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Миниинвазивные методы диагностики и лечения при кататравмах с повреждением органов грудной клетки и брюшной полости»// 19-я Всероссийская конференция с международным участием «Жизнеобеспечение при критических ситуациях». Москва, 2017. С.68-69.

II бўлим (II часть; part II)

8. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Способ моделирования ушиба печени в эксперименте»// Методические рекомендации. Ташкент, 2016. С26.

9. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Алгоритм хирургического лечения при сочетанной кататравме»// Методические рекомендации. Ташкент, 2016. С37.

10. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Оптимизация диагностики и тактики хирургического лечения больных с сочетанной кататравмой»// 16-й Всероссийский конгресс «Скорая медицинская помощь – 2017». Санкт-Петербург, 2017. С.149-152.

11. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Сочетанные повреждения селезенки при кататравме»// Сборник тезисов V ежегодной международной

научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины». Баку, 2016. С.51-52.

12. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Оказание экстренной медицинской помощи при сочетанных кататравмах»// IV Всероссийская научно-практическая конференция по организационным и клиническим разделам неотложной помощи: Неотложная помощь в современной многопрофильной медицинской организации, проблемы, задачи, перспективы развития. Казань, 2016. С.241-244.

13. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Сочетанные повреждения при кататравме»// Декабрьские чтения по неотложной хирургии. Минск, 2017. Том 6. С.257-258.

14. Султанов П.К. «Совершенствование диагностики и тактики хирургического лечения сочетанных повреждений при кататравмах»// XXI Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения – 2016». Роль молодых ученых в развитии и совершенствовании торако-абдоминальной и сердечно-сосудистой хирургии. Ташкент, 2016. С.66-67.

15. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Алгоритм хирургического лечения при сочетанных кататравмах»// Республиканская научно-практическая конференция «Старшие научные сотрудники-соискатели в сфере здравоохранения. Ташкент, 2016. С.296-297.

16. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. «Особенности сочетанных повреждений при кататравме»// III съезд ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. Ташкент, 2015. С.210-211.

Автореферат «Шошинч тиббиёт ахборотномаси» журнали таҳририяда таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босишга рухсат этилди: 09.03.2018 йил
Бичими 60x45 ¹/₁₆, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 5. Адади: 100. Буюртма: № _____.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68

АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.