

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

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ**

ПРИМОВ ФАРХОД ШАРИФЖОНОВИЧ

**БОЛАЛАРДА ҚОРИН ЁПИҚ ЖАРОҲАТЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА
ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.35 – Болалар хирургияси

**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)

Примов Фарход Шарифжонович

Болаларда қорин ёпиқ жароҳатлари диагностикаси ва хирургик
даволашни такомиллаштириш..... 3

Примов Фарход Шарифжонович

Совершенствование диагностики и хирургического лечения закрытых
травм живота у детей 21

Primov Farhod Sharifjonovich

Improving the diagnosis and surgical treatment of closed abdominal injury in
children..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published orks..... 43

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

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ**

ПРИМОВ ФАРХОД ШАРИФЖОНОВИЧ

**БОЛАЛАРДА ҚОРИН ЁПИҚ ЖАРОҲАТЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА
ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.35 – Болалар хирургияси

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

ТОШКЕНТ – 2018

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.1.PhD/Tib141 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ва Республика шошилинч ёрдам илмий марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус) веб-саҳифанинг www.rscs.uz ҳамда «Ziyonet» ахборот-таълим портали www.ziyonet.uz) манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Акилов Хабибулла Атауллаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Эргашев Насриддин Шамсиддинович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ахмедов Юсуфжон Махмудович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

«А.И. Евдокимова номи Москва давлат тиббий-стоматология университети» Олий таълим Федерал давлат бюджет таълим 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).

Докторлик диссертацияси билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (35-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
ҳузуридаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ҳамда Жароҳатлар хирургияси ва интенсив хирургик терапия халқаро ассоциацияси (IATSIC) маълумотларига кўра «жароҳатлар бутун дунё мамлакатларида инсонлар ўлимига олиб келувчиучта асосий сабаблардан бири бўлиб, жиддий ижтимоий муаммо ҳисобланади»¹. Техник тараққиётнинг салбий оқибатлари сифатида ўтган асрнинг иккинчи ярмидан бошлаб, ҳатто тинчлик даврида ҳам, жароҳатланишлар бутун дунёда ўлим ва ногиронлик сабабчиси сифатида бошқа патологиялар орасида биринчи ўринни эгаллайди. Бундан ташқари «оғир (шокоген) ёпиқ ва кўплаб жароҳатлар улуши ортиб бормоқда»². Болаларда қориннинг ёпиқ жароҳатларини ташхислаш ва хирургик даволаш муаммосининг ўта долзарблиги бугунги кунда шубҳасиздир ва бир қатор вазиятларга боғлиқ.

Дунё тажрибасида маълумки, қорин бўшлиғи аъзоларининг травматик жароҳатлари охир механик жароҳатлар сирасига киради ва йўл-транспорт ҳодисалари, юқоридан тушиш, зарбалар, болалар билан кўпол муомала қилиш оқибатида юзага келади. Стационарга тушган болалардаги барча жароҳатларнинг қарийб 5% ини қориннинг тўмтоқ ва тешиб ўтувчи жароҳатлари ташкил қилади. Аксарият муаллифлар қайд этганидек, қориннинг ёпиқ жароҳати билан шикастланган болаларда даволаш натижаси малакали тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларини тўғри ташкил этиш билан чамбарчас боғлиқ. Шу билан бирга, бугунги кунда соғлиқни сақлаш тизими ва саломатликни муҳофаза қилишда кўрсатилаётган хирургик хизмат самарадорлигини ошириш ва амалиётлардан кейинги асоратлар ривожланишининг олдини олиш, ногиронлик ҳолларини камайтириш ҳамда қорин ёпиқ жароҳати аниқланган беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш бугунги кунда долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Бугунги кунда, соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш шароитида, кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг юқори сифатини таъминлаш устувор йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади. Бу борада, хусусан, қориннинг ёпиқ жароҳатлари билан болаларни ташхислаш ва хирургик даволаш борасида муайян ижобий натижаларга эришилган. Шу билан бирга, хирургик ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш мақсадида кўрсатилаётган тиббий ёрдам даражасини яхшилаш ва эрта ташхислаш сифатини такомиллаштириш бўйича илмий асосланган натижалар зарур. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлар бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиршини таъминлаш мақсадида тиббий-

¹World Health Organization. . Pediatric trauma: fact sheet no. 212. World Health Organization website, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs212/en>, accessed February 13.

²J. de Jong W., Stoepker L., Nellensteijn D.R., Groen H., Moumni M.E., Hulscher J.B. External validation of the Blunt Abdominal Trauma in Children (BATiC) score: ruling out significant abdominal injury in children // J Trauma Acute Care Surg. – 2014. – Vol. 76, № 5. – P. 1282-1287.

ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган¹. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, хирургик тактикани стандартлаштириш, ташхислаш ва даволашнинг унификацияланган алгоритмларини ишлаб чиқиш ва клиник амалиётга татбиқ этиш йўли билан қориннинг ёпиқ жароҳатлари билан болаларни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ–4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чоратadbирлари тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чоратadbирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. «Кейинги йилларда қоринга кирмайдиган жароҳатлар кўпайиб, тинчлик давридаги барча шикастларнинг 1,5–36,5% ини ташкил қилмоқда, уларнинг тез-тез учраши ва оғирлик даражаси эса тобора ортиб бормоқда» (Joseph T.P., Wyllie G.G²). Holland A.J. ва C.A.McBride³ лар фикрига кўра «қориннинг ёпиқ шикастлари эпидемиологияси илмий адабиётларда кам ёритилган бўлиб, у катталар ва болаларда сезиларли фарқ қилади, умумий ўлим кўрсаткичлари эса 6,7% дан 44,8% гача ўзгариб туради» ҳамда алоҳида моно- ва кўп кўшилган жароҳатлардаги ҳақиқий тафовутларни акс эттирмайди.

С.А.Уртаев⁴ фикрича, «кейинги йилларда клиник амалиётга қўшимча текширув усуллари (ультрасонография, радиоизотоп сканирлаш, селектив ангиография, компьютер томография, лапароскопия ва бошқалар)нинг кенг татбиқ этилиши натижасида қорин аъзоларининг ёпиқ жароҳатлари характерини изоҳлашда юзага келувчи ташхисий хатоликлар камайиши тенденцияси қайд этилмоқда». Бироқ даволаш муассасалари жиҳозланиши ва уларда тегишли мутахассисларнинг мавжудлигидаги фарқлар туфайли мазкур текширув усуллари кўлланилиши анча чегараланган. «Болаларда шикаст механизмининг ўзига хослиги, ҳар бир ёш даврида шикаст касаллиги

1 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси.

²Joseph T.P., Wyllie G.G., Savage J.P. The non-operative management of splenic trauma // Aust. N. Z. J. Surg. – 2011. – Vol. 47. – P. 179–182; Upadhyaya P. Conservative management of splenic trauma: history and current trends // Pediatr. Surg. Int, 2003. – Vol. 19. – P. 617–627.

³Holland A.J.A., McBride C.A. Non-operative advances: What has happened in the last 50 years in pediatric surgery? // Journal of Pediatrics and Child Health, 2015. – Vol. 51. – P. 74–77.

⁴Уртаев С.А. Флуоресцентная диагностика жизнеспособности кишки у больных с закрытой травмой живота: Автореф. дисс. ... канд. мед.наук. – Москва, 2011.

белгиларининг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқиб, амалда ўхшаш жароҳатлар йўқлигини таъкидлаш мумкин» (Juce M.M. ва Halenko V.S.¹). «Болаларда энг кўп учровчи кўшма шикастланишларда стандарт тактик чораларни қўллаш тажрибасига қарамай, қатор ҳолатларда мураккаб тактик масалаларни ҳал этишда индивидуал ёндашишга тўғри келади» (Zhang H.X.et. al.²). Бундай шароитларда қорин аъзоларининг жароҳатлари билан болаларни ташхислашда лапароскопия ва видеолапароскопия каби каминвазив усулларни қўллаш истиқболлидир.

Айтиб ўтилган мулоҳазалар даволаш-ташхислаш чоралари ва классификацион ёндашувни такомиллаштириш заруратини кўрсатади. Адабиётлар таҳлиliga кўра хирургик ривожланиш босқичида болалар қорин ёпиқ шикастланишларини хирургик даволаш натижалари сезиларли яхшиланди, шунингдек, тўпланган тажриба ҳамда РШТЁИМ ва унинг филиалларига қориннинг ёпиқ жароҳати билан тушган болаларда ўтказилган структур таҳлил малакали тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида даволаш-ташхислаш тактикасини ишлаб чиқиш ва унинг оптимал вариантларини мазкур беморлар контингенти учун мослаштириш имконини беради.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази илмий ишларининг АТСС 4.1. «Кўшма ва кўпламчи жароҳатли беморларга юқори технологияли хирургик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш» (2014–2017) лойиҳаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади хирургик тактикани стандартлаштириш, бирхиллаштирилган ташхисий ва даволаш алгоритмларини ишлаб чиқиш ҳамда клиникага татбиқ этиш орқали болалардаги ёпиқ қорин жароҳатини хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

болаларда қорин жароҳатлари учраш суръати ва структурасини аниқлаш;
болаларда ёпиқ қорин жароҳатлари оғирлик даражасини аниқловчи оптимал дифференциал-ташхислаш дастурини ишлаб чиқиш;

болаларда ёпиқ қорин жароҳатининг операция олди ташхислаш алгоритми ва хирургик даволаш тактикасини такомиллаштириш;

дифференциал хирургик тактикани ҳисобга олган ҳолда болаларда изолирланган травматик шикастланишлар билан талоқ постспленэктомик синдром клиник-иммунологик хусусиятларини ўрганиш;

спленэктомияда талоқ тўқимаси гетеротопик аутотрансплантациясини қўллаш самарадорлиги ва унинг яқин ҳамда узоқ постспленэктомик асоратларнинг юзага келиш суръатидаги аҳамиятини ўрганиш;

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказида изолирланган ва комбинирланган жигар ҳамда талоқ

¹Juce MM, Halenko VS. Full cross gap pancreas with closed abdominal trauma. // Klin Khir. 2015 Jun;(6):68–9.

²Zhang HX, Chen SQ, Jiang HY, Yao SZ. Laparoscopic uterine anastomosis for traumatic separation of the cervix from the uterine corpus caused by closed pelvic fracture: case report and literature review. // J Minim Invasive Gynecol. 2013 Mar-Apr;20(2):244–7.

жароҳатлари билан турлича хирургик даво олган 502 нафар боланинг даволаш натижаларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб қон, сийдик таҳлили натижалари, МИТ ҳисобланади.

Тадқиқотнинг усуллари. Диссертацияда биокимёвий, рентгенологик, инструментал, иммунологик, статистик каби текширув ва таҳлил усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

босқичма-босқич даволаш-ташхислаш стратегияси ҳамда малакали шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишда болалардаги ёпиқ қорин жароҳатини даволашнинг олиб бориш тавсифий баённомалари ишлаб чиқилган;

болаларда қорин бўшлиғи паренхиматоз аъзоларнинг ёпиқ қорин жароҳати билан шикастланиши оғирлик даражасини объектив баҳолаш мезонлари аниқланган ва шу асосда хирургик даволаш тактикасини танлаш босқичлари оптималлаштирилган;

фаол хирургик тактиканинг мақсадга мувофиқлиги ва қорин бўшлиғи аъзоларининг изоляцияланган ёки қўшма шикастларида замонавий каминвазив эндовизуал технологияларни қўллаш мақсадга мувофиқлиги асосланган;

қориннинг ёпиқ шикастлари билан болаларда спленэктомиядан кейинги узок муддатларда инфекция-яллиғланиш ва тромботик асоратлар учрашининг юқори тез-тезлиги аспленик генезли иммун ва гемостаз тизимидаги бузилишлар оқибати саналади ва аъзони сақлаб қолиш операцияларини бажариш ёки спленэктомияни талоқ тўқимасининг гетеротопик аутотрансплантацияси билан тўлдириш мақсадга мувофиқлигини асосланган;

юзага келувчи асоратларнинг характери ва муддатларига мос равишда даволашнинг ҳар хил турларига кўрсатмаларни аниқлаш имконини берувчи оптимал даволаш-ташхислаш дастури ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

бемор ҳолатининг оғирлик даражасини баҳолаш мезонларини стандартлаштириш асосида болаларда ёпиқ қорин жароҳатлари даволаш-ташхислаш тактикаси такомиллаштирилган;

ташхислашда юқори информативлик, ишонччилик, аниқлик, шунингдек, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолати учрашини камайтиришда даволашнинг мақбул йўлини танлашни таъминловчи болаларда ёпиқ қорин жароҳати оғирлик даражасини интеграл баҳолаш дастури ишлаб чиқилган;

бемор ҳаётига хавф солувчи ҳолатларни ўз вақтида ташхислаш ва малакали тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида уларни даволашнинг асосий технологик жараёнини тартибга солувчи болаларни даволашнинг тавсия баённомалари ишлаб чиқилган;

ишлаб чиқилган комплекс даволаш-профилактика чоралари болаларда ёпиқ қорин жароҳатини хирургик даволаш натижаларини яхшилаш, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатини сезиларли камайтириш, очик лапаротомияларни қайта амалга ошириш зарурати ҳамда беморларнинг стационарда қолиш муддатини қисқартириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, объектив клиник, биокимёвий, рентгенологик, инструментал, иммунологик текширув усулларига асосланганлиги, барча рақамли маълумотлар замонавий компьютер технологияларини қўллаб ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланганлиги асосланган. Статистик усулларнинг қўлланилиши олинган натижаларнинг ишончлилигини таъминлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундаки, хирургик тактикани такомиллаштириш орқали болаларда қорин ёпиқ жароҳатини даволаш бўйича тадқиқот жараёнида олинган натижалар, ишлаб чиқилган бирхиллаштирилган диагностик ва даволаш алгоритми фаннинг турли жабҳасида, жумладан, амалий соғлиқни сақлаш, хусусан, шошилиш тиббий ёрдам хирургик бўлимлари амалиётида қўлланилиши билан изоҳланади. Тадқиқотнинг алоҳида натижалари магистрлар, клиник ординаторлар ҳамда курсантлар болаларда қорин ёпиқ жароҳатини хирургик даволаш ўқув мундарижаси ва дастурини такомиллаштириш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундаки, таклиф этилган даволаш-профилактик тадбирлар болаларда қорин ёпиқ жароҳатини хирургик даволаш натижаларини яхшилаш, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатини сезиларли қисқартириш, ўринсиз лапаратомиялар заруриятини камайтириш, паренхиматоз аъзоларда аъзони сақлаб қолувчи операциялар сонини кўпайтириш имконини беради. Асоратларнинг доминант хавфини камайтиришига кўра даволашнинг мақсадга мувофиқ тактикасини танлаш асоратлар хавфини камайтириш ҳамда кўпинча посттравматик босқич ижобий чорасини аниқлашга хизмат қилади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Болаларда қорин ёпиқ жароҳатларини хирургик даволаш тактикасини такомиллаштириш бўйича олиб борилган илмий изланишлар натижалари асосида:

«Қорин бўшлиғи паренхиматоз аъзолари ҳолатини аниқлаш ҳамда болаларда қорин шикастланиши билан бириккан оғир жароҳатларда даволаш тактикасини танлаш» дастури ишлаб чиқилган ҳамда амалий соғлиқни сақлаш тизимига татбиқ этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 24 августдаги 8Д–3/70-сон маълумотномаси). Даволаш-профилактика чора-тадбирларининг таклиф этилган комплекси асоратлар частотасини 28,5% дан 11,8% гача камайтириш, бу беморларни даволаш ва реабилитациясига харажатларни қисқартириш имконини берган;

«Болалар қорин ёпиқ жароҳатларини ташхислаш ва даволаш» алгоритми соғлиқни сақлаш амалиётига татбиқ этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 24 августдаги 8Д–3/70-сон маълумотномаси) ва бу болаларда қорин ёпиқ жароҳатини ташхислаш сифатини 12,5% га яхшилаш имконини берган. Таклиф этилган усул орқали болаларда қорин ёпиқ жароҳатини хирургик даволаш қониқарсиз натижалар

кўрсаткичини 25,8% га, операциядан кейинги асоратлар учраши тезлигини 12,8% га камайтириш имконини берган;

болаларда қорин ёпиқ жароҳатларини хирургик даволаш тактикасини такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш тизими амалиётига, жумладан, Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази, Самарқанд давлат тиббиёт институти 2-клиникаси болалар хирургик бўлими клиник амалиёти ҳамда Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё филиалида татбиқ этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 24 августдаги 8Д-3/70-сон маълумотномаси). Тадқиқотлар жараёнида олинган натижалар 30% ҳолларда ташхислаш сифатини яхшилаш, жигар, талоғи шикастланган беморларни фарқли ёндашув асосида фаол хирургик даволаш, ўлим ҳолатини 5–10% камайтириш, ўринсиз лапаротомиялардан қочиш ҳамда беморларнинг шифохонада бўлиш муддатини қисқартириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 10 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 3 та халқаро ва 7 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 25 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

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

Диссертациянинг «**Қориннинг ёпиқ шикастлари билан болаларга шошилинич тиббий ёрдамни ташкил этишнинг замонавий аспекти**» деб номланган биринчи бобида қорин ёпиқ шикастлари билан болаларга шошилинич тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича республикамиз ва хорижда амалга оширилган тадқиқот натижалари ҳамда адабиётлар таҳлили келтирилган. Шунингдек, қориннинг ёпиқ шикастлари билан болаларга шошилинич тиббий ёрдам хизматини ташкил этиш масалалари: дунё тажрибаси таҳлили, мамлакатимиздаги соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг устувор

йўналишлари, қориннинг ёпиқ шикастлари билан болалар ҳолатининг оғирлик даражасини баҳолаш ва башоратлашнинг ижтимоий-тиббий аспектлари, устуворликлари ҳамда уларнинг даволаш тактикасини аниқлашдаги аҳамияти кўриб чиқилган.

Диссертациянинг «**Клиник материаллар ва тадқиқот усулларига умумий тавсиф**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материаллари ва усуллари баён этилган. 2005–2016 йиллар давомида РШТЁИМ болалар шoshiлинч хирургияси бўлимида қорин ёпиқ шикастлари билан турли хирургик ёрдам босқичларидаги 502 нафар болани даволаш тажрибаси умумлаштирилган. Шунини таъкидлаш керакки, мазкур боб икки репрезентатив гуруҳга асосланади ва базавий хирургик тактикага тааллуқли бўлиб, операциядан кейинги асоратлар муаммоларига дахли йўқ.

Биринчи гуруҳ (n=165) да ўтказилган тадқиқотларнинг мақсади 2006–2016 йиллар давомида РШТЁИМ базасида янги технологиялар имкониятларидан фойдаланиш орқали жигар ва талокнинг айрим ҳамда комбинирланган жароҳатлари билан қорин ёпиқ жароҳати (ҚЁШ) мавжуд болаларни ташхислаш ва хирургик даволаш натижаларини аниқлашдан иборат.

Иккинчи репрезентатив гуруҳда болалардаги оғир абдоминал шикастланишларда қориннинг ёпиқ шикастлари эндохирургиясининг имкониятлари ва истиқболларини баҳолаш мақсадида 2006–2016 йилларда РШТЁИМ болалар хирургияси бўлимида даволанган қориннинг ёпиқ шикасти билан кўшилган оғир қўшма жароҳат мавжуд бўлган 110 нафар бемор ҳолати батафсил таҳлил қилинган.

Рентгенологик текширувлар операциядан олдинги даврда меъда-ичак тракти ва кўкрак қафаси аъзоларикўрсатмалари бўйича «Philips» (Германия) фирмасининг Diagnost рентгентелевизион қурилмалари ёрдамида амалга оширилди; ушбу текширув диафрагманинг юқори жойлашуви, унинг бутунлиги бузилиши ва диафрагма гумбази ҳаракатчанлигининг чегараланганлигини аниқлаш ёки истисно қилиш имконини беради.

Ультратовуш текширувлари. Гематома ва бошқа патологик ўзгаришлар ультратовушли сонографияни ўтказиш вақтида жиддий эътибор марказига айланди. Томирлар доплерографияси билан ультратовушли сонография «Siemens» фирмасининг «Sonoline Vera Pro», SSD–630 «Aloka» фирмасининг «Echo Camera SSD–680» ультратовуш аппаратлари ёрдамида амалга оширилди.

Мультиспирал компьютер томография (МСКТ). Хирургик даволаш босқичида «Philips Brilliance 64 CT» ва «Philips Secura CT» аппаратларида МСКТ амалга оширилди.

Диссертациянинг «**Болаларда қориннинг ёпиқ шикастлари оғирлик даражасини интеграл баҳолаш мезонларини стандартлаштириш асосида даволаш-ташхислаш тактикасини оптималлаштириш**» деб номланган учинчи боби кузатувларнинг умумий танловга (n=172) болалардаги қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларида оғирлик даражасини оптимал башоратлаш ва баҳолаш билан адекват дифференциал ташхислашни

таъминлаш, шунингдек, уларни хирургик даволаш тактикасини танлаш мақсадида беморларни кластер тақсимлаш, кўриб чиқиладиган контингентнинг оғирлик ҳолатини қулай ва тўғри дифференциал ташхислаш учун ҳолатни тўғри аниқлаб беришга яроқли ҳамда адекват даволаш тактикасини априор танлашга бағишланган.

Болаларда қорин ёпиқ жароҳатини адекват даволашни олиб боришда тез ва имкони борича аниқ баҳолаш уни тўғри даволашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Клиник, рентгенологик, ультратовуш, лаборатор ва имкони бўлса, томографик текширувлардан кейин даволашнинг оптимал тактикасини танлаш мумкин.

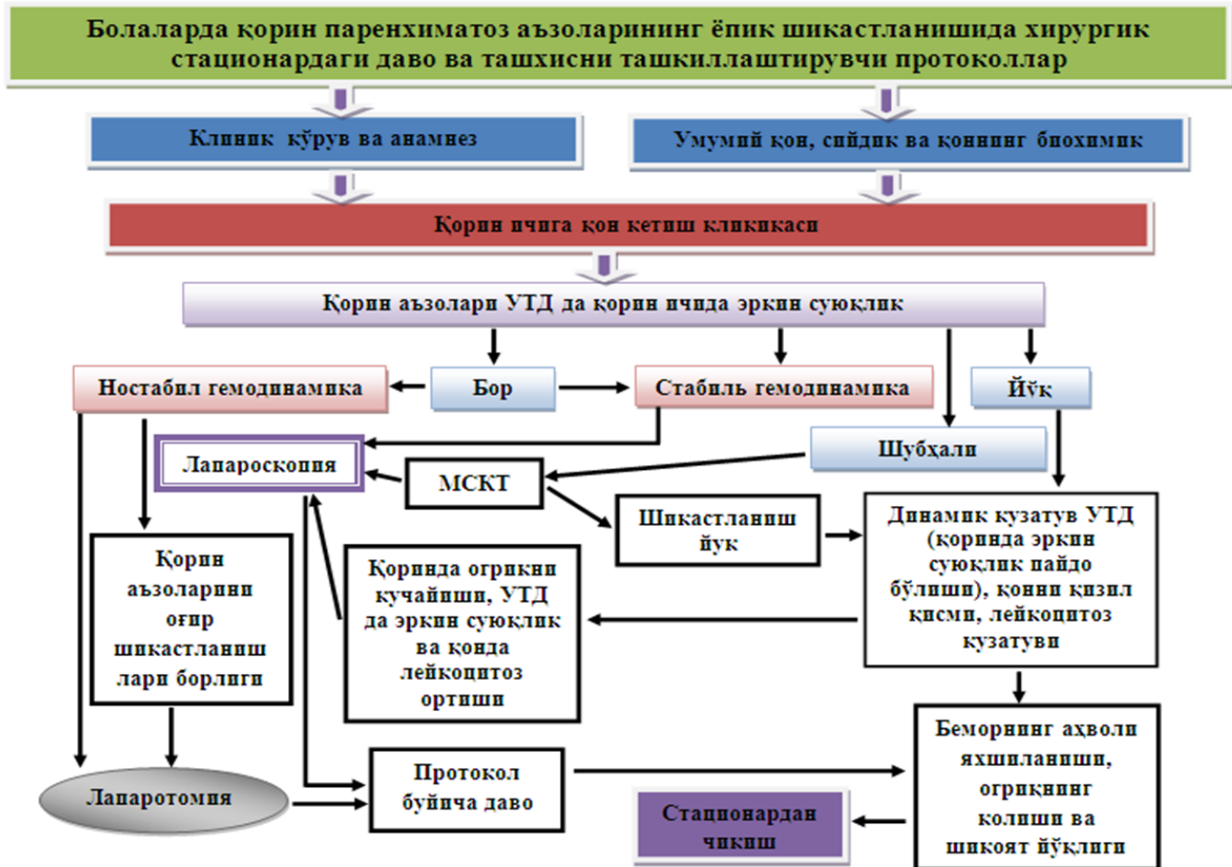
Сифатли белгилар (жароҳатлар) трансформацияси миқдорли, яъни оғирлик даражасини баҳолашнинг балли шаклида асоратлар хатарини баҳолаш ва келгуси ҳаракатларни режалаштириш ечимини енгиллаштириш имконини беради. Бошқача айтганда, анъанавий бўлиниш (градация) – ижобий, ўртача оғирликдаги, оғир, жуда оғир каби шаклларда худди аниқ шкала, жадвал, математик формула ва шу кабилардек объектив мезонлар асосида аниқлайди. Баҳолаш шкаласининг асосий мақсади беморларнинг турли гуруҳларини солиштириш ва назорат сифати ёки даволаш методларини баҳолаш мақсадида уларнинг клиник даражасини баҳолашдан иборат.

Шундай қилиб, тадқиқот жараёнида қорин ёпиқ жароҳатлари оғирлик даражаси таклиф қилинган кўпгина баҳолаш турларини ўрганган ҳолда ва бир қанча критик таҳлиллар асосида хирургик стационарларда даволаш-ташхислаш ёрдами ташкиллаштиришда болалар қорин бўшлиғи аъзоларидаги ёпиқ жароҳатларни баҳолаш баённомаси дастури ишлаб чиқилди. Таклиф этилган баённома асосида оғирлик даражасига кўра болалар қорин бўшлиғи аъзолари ёпиқ жароҳатларини мос баллар асосида босқичма-босқич тақсимлаш ётади. Ушбу тақсимот Америка Жароҳатлар хирургияси ассоциацияси (AAST) берган таснифлаш асосида қуйидагича амалга оширилади: диафрагма, ошқозон, йўғон ва ингичка ичак, жигар, талоқ. Қорин бўшлиғидаги ҳар бир аъзо жароҳатнинг оғирлик даражасига кўра тақсимланган ва улар оғирлик даражасига кўра аниқ патологиялар асосида бирлашади.

Болаларда қорин ёпиқ жароҳатларини даволаш тактикасини танлаш ва башоратлашни оптималлаштириш йўли, шунингдек, болалар қорин бўшлиғи аъзоларидаги ёпиқ жароҳатларни баҳолаш беморларнинг жароҳатларини кластер тақсимлаш ва кўриб чиқиладиган контингентнинг оғирлик ҳолатини қулай ва тўғри дифференциал ташхислаш учун хирургик стационарларда даволаш-ташхислаш ёрдами ташкиллаштиришда болалар қорин бўшлиғи аъзолари ёпиқ жароҳатларини мос баллар асосида босқичма-босқич тақсимлашнинг кўрсатилган дастур баённомасидан фойдаланиш зарур.

Болаларда қорин бўшлиғи паренхиматоз аъзоларининг ҳолатини аниқлаш ва даволаш тактикасини танлаш учун дастур DGU 03107 Visual Basic for Application (VBA) тилида тузилган. У қуйидаги икки файлдан иборат: бажарувчи дастур db Hirurg.xlsb ҳамда маълумотларни сақловчи ва фойдаланувчи база. Болалардаги қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларида оғирлик даражасини оптимал башоратлаш ва баҳолаш билан

адекват дифференциал ташхислашни таъминлаш, шунингдек, уларни хирургик даволаш тактикасини танлаш мақсадида беморларни кластер тақсимлаш, йиғинди баллни ҳисоблашга асосланган интеграл дастур ишлаб чиқилди. Келишилмаганлик фоизи усулини қўллаган ҳолда қориннинг ёпиқ шикастлари мавжуд беморларнинг оғирлик даражасини баҳолаш (3 балл – «Оғирликнинг енгил даражаси»дан 12 балл – «Оғирликнинг оғир даражаси»гача) билан амалга оширилган тоифали таҳлил натижасида 5 та бир-бири билан кесишмайдиган кластерларга ажратишнинг самарадорлиги исботланди.



1-расм. Болалардаги қориннинг ёпиқ жароҳатлари оғирлик даражаси ишлаб чиқилган ва стандартлаштирилган баҳолаш мезонлари бўйича даволаш-ташхислаш тактикаси.

Болалардаги қориннинг ёпиқ жароҳатлари оғирлик даражаси ишлаб чиқилган ва унификацияланган баҳолаш мезонлари (3–12 балл чегарасида) бўйича даволаш-ташхислаш тактикаси таклиф этилган баённомани стандартлаштиришга асосланади (1-расм). Шу билан бирга баллар йиғиндиси ≥ 13 (оғирликнинг ўта оғир даражаси) га тенг бўлганда олдиндан белгиланган даволашни стандартлаштириш асосланмаганлиги исботланган, чунки бу ҳолат индивидуаллашган даволаш-ташхислаш тактикасини ишлаб чиқишни талаб этади.

Ўтказилган тадқиқотлар натижалари асосида ишлаб чиқилаётган қорни ёпиқ шикастланган болалар умумий ҳолати оғирлигини интеграл баҳолаш стандартлари ва алгоритми касалликнинг клиник кечишини дифференциал ташхислаш ҳамда башоратлашда энг рационал усул ҳисобланади.

Диссертациянинг «**Болаларда қориннинг ёпиқ шикастларини хирургик даволаш тамойиллари методологияси ва тактикасини стандартлаштириш**» деб номланган тўртинчи боби оғирлик даражаси ва клиник кечишига кўра болаларда қорин ёпиқ жароҳатларининг стандартлаштирилган хирургик даволаш тактикасини ишлаб чиқишга бағишланган.

Шошилинч ва кечиктириб бўлмайдиган хирургиянинг ривожланиш ҳамда мамлакатимизда шошилинч тиббий ёрдамни ташкиллаштириш босқичида техник аспектларни яхшилаш имконини берувчи фаол янги усуллар татбиқ этилмоқда. Тиббий чораларни, айниқса, болаларда қорин ёпиқ жароҳати эрта босқичида изчил тактик такомиллаштириб бориш навбатдаги долзарб муаммо ҳисобланади.

Ушбу бобда 2005–2016 йилларда РШТЁИМ болалар шошилинч хирургияси бўлимида ҚЁШ билан ҳар хил хирургик ёрдам босқичларидаги 502 нафар болани даволаш тажрибаси умумлаштирилган. Улардан 170 нафар бола операция қилинган, 332 ҳолатда болаларни хирургик даволаш зарурати бўлмаган.

Қорин ёпиқ жароҳати сабабли қорин ички бўшлиғида қон кетиши белгилари билан бир вақтдаги қайта тақсимланиш коррекциялари ҳодисаларида, геморрагик шок ва ўткир гиповолемида шошилинч оператив аралашувлар хирургиянинг аксиомаси ҳисобланади.

Хирургик тактикага бир вақтнинг ўзида бемор стационарга келган вақтдан қуйидагиларни кўзда тутувчи интенсив терапия баённомасини киритиш мажбурий шарт ҳисобланади:

I. Гемодинамика (А/Д, МВБ, ЮҚС), пульсоксиметрия.

II. Лаборатор диагностика (қоннинг умумий таҳлили, коагулограмма, қоннинг биокимёвий таҳлили, сийдик диастази).

III. Қўшимча катетерланган периферик вена ва артерияларда марказий веналарни 2–3 каналли полиуретан катетр билан катетеризациялаш.

IV. ҚЁШ вариантыга мутаносиб тарзда дифференциал патогенетик асосланган даволаш тактикаси.

Интенсив терапия дастури қон айланишини стабиллаштириш, адекват оксигенация, бош ичи босимини тушириш каби ҳаётий зарур функцияларни таъминлашга йўналтирилган комплекс даволаш чораларини ўз ичига қамраб олади.

Объектив текшириш мақсадида умумқабул қилинган стандартлардан фойдаланиш 87,6% ҳолатда болаларда қорин ёпиқ жароҳати ва ички аъзолар шикастларини адекват баҳолаш имконини берди, шу орқали ушбу тадқиқотда объектив текшириш жараёнида қорин ичи ва қоринорти бўшлиғи шикастларини дифференциал ташхислаш акценти ишлаб чиқилди. Болаларда қорин ёпиқ жароҳати оғирлик даражаси сабаблари таҳлили баҳоланганда, қорин ичи бўшлиғи шикастларини ташхислаш қатор ноқулай факторлар билан боғлиқлиги, улар орасида шок (34,1%), ҳушдан кетиш (17,6%), турли тизим ва аъзоларнинг кенг кўламли шикастланиши (43%), касалхонагача

бўлган босқичда наркотик оғриқсизлантириш (12%), беморнинг кичик ёши – болаларда анатомик-физиологик жиҳати асосий ўрин тутиши аниқланди.

2006–2016 йилларда РШТЁИМ болалар хирургияси бўлимида даволанган қориннинг ёпиқ шикасти билан қўшилган оғир қўшма жароҳат мавжуд 110 нафар бемор касаллик тарихи материалларининг батафсил таҳлили тадқиқотнинг пойдевори бўлиб хизмат қилди. Улардан 84 нафар (76,4%) ҳолатда даволаш-ташхислаш мақсадида эндовидеохирургик аралашувдан фойдаланилган.

Текшириш ва хирургик даволаш тактикаси ечимини топишга кўп ҳолларда ўртача 2–3 соат вақт сарфланади ва бу, фикримизча, қониқарли ҳолат эмас. Бу каби ҳолатларда қоннинг қизил қисми даражаси кўрсаткичига кўра ориентация қилиш қорин ичи бўшлиғидан қон кетишларни эрта ташхислашда ҳамиша ҳам ёрдам беравермайди.

Ушбу тадқиқот жараёнида олинган натижаларга кўра 46% болаларда қорин ёпиқ жароҳати очикдан-очик ўткир геморрагик анемия белгиларига эга бўлади – қонда гемоглабин кўрсаткичи 80 г/л дан кам. Стабил гемодинамика замирида кичик тосда суюқлик даражаси ўсиши даволаш-ташхислаш лапароскопияси заруратини келтириб чиқаради.

Тадқиқот жараёнида такомиллаштирилган пневмоперитонеум қўйиш методикаси шок ҳолатидаги қўшма жароҳати бўлган беморларда видеолапароскопия ва эндовидеохирургик операцияларни амалга ошириш имконини беради.

Тадқиқот жараёнида модификациялаштирилган ушбу методика интраабдоминал босим 1–7 ёш беморларда 4–5 мм. сим. уст, 8–11 ёш – 6–7 мм. сим. уст, 12 ёш ва ундан катта – 8–12 мм. сим. уст бўлгунга қадар 10–15 минут танаффуслар билан дозаланган карбонат ангидрид газини қорин бўшлиғига 0,3–0,5 л/мин энг кам миқдордаги тезликда карбоксиперитонеум йўли билан тахминан троакар орқали амалга ошириши билан фарқланади.

Шундай қилиб ушбу тадқиқот жараёнида лапароскопияда гемоперитонеумни санокли баҳолашга боғлиқ ҳолда даволаш-ташхислаш тактикаси ишлаб чиқилди. Ишлаб чиқилган алгоритмни қўллаш натижасида лапароскопияда фақатгина бир ҳолат – тос суяклари синганда қон кетиш манбаини аниқлаш мумкин бўлмади ва конверсия амалга оширилди. 6 нафар (5,5%) ҳолатда лапароскопияда қон кетишини тўхтатиш бўйича қўшимча муолажаларни талаб қилувчи жароҳатлар аниқланмади, булар орасида қон кетиши белгиларисиз жигарнинг юза шикасти 1 нафар (0,9%), чарви гематомаси 2 нафар (1,8%), қоринорти гематомаси 4 нафар (3,6%).

Видеолапароскопия алоҳида ўрин эгаллайди, чунки у нафақат қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатлари характерини аниқлаш, балки даво чораларини ўтказиш имконини ҳам беради.

Эндохирурик аралашувлар 12 нафар (10,9%) беморда амалга оширилди – электро- ва аргоноплазмали коагуляцияни қўллаш билан жигар жароҳатларини коагуляциялаш бажарилди. Улардан 6 нафар (5,5%) беморда талоқнинг юза ёрилишлари коагуляцияси ўтказилди, жумладан, 2 нафар (1,8%) ҳолатда «ТахоКомб» гемостатик губкадан фойдаланилган. Катта

чарви коагуляцияси – 3 нафар (2,7%) ҳолатда. Операциядан кейин барча ҳолатларда динамик кузатиш учун лапаропорт ва қорин бўшлиғига дренаж найи қўйилди.

Лапароскопия аъзонинг шикастланиш оғирлигини аниқлаш, жароҳат характери, қорин бўшлиғига ажралган суюқлик миқдори, таркибий қисмини аниқлаш ва жароҳатларни бартараф этишнинг эндохирургик усуллари имкониятларини ёки очик операциялар ўтказиш заруратини белгилаш каби қўйилган саволларга жавоб олиш имконини беради. Қорин ёпиқ жароҳатини бартараф этиш учун лапаратомияга конверсияланувчи лапароскопик аралашувлар 67,8% ни ташкил этди. Шундай қилиб, ташхисий ва даволовчи лапароскопия кам инвазивликка эга бўлиш билан бирга юқори сезгирликка эга эканлиги ҳақида хулоса қилиш мумкин.

ҚЎЖ биланоғир қўшма шикастлар мавжуд бўлган болаларда гемодинамика кўрсаткичлари турғун бўлган ҳолатда эндохирургик аралашувлар ўта самарали усул ҳисобланади. Хирургик тактика лапароскопик текширувнинг ишлаб чиқилган даво-ташхисий алгоритмига мос равишда белгиланади, асосий шарт унинг даволаш муассасасида амалга оширилиши, хирургда тўғри ва аниқ кўрсатмаларни аниқлаш учун етарли кўникма ва тажрибаларнинг мавжудлигидир. Видеолапароскопия скрининг усули ҳисобланади, чунки у нафақат ташхисни аниқлаштириш, балки мос эндохирургик аралашувни амалга ошириш имконини беради.

Диссертациянинг «**Болаларда постспленэктомик синдром ривожланишининг клиник-гемостезиологик ва иммунологик параллеллари**» деб номланган бешинчи боби болаларда постспленэктомик синдромни ўрганишга бағишланган.

Тадқиқотлар жараёнида СЭнинг ўзи гемостаз тизимида яққол жараёнларни келтириб чиқарди ва улар камида 5 кўрсаткичда ишончли ўзгаришлар билан, яъни фибриноген деградацияси маҳсулотлари таркибининг ошишида, антитромбин III фаоллиги, тромбоцитларнинг ўзи ҳамда уларнинг агрегацион лаёқати сезиларли камайишида намоён бўлди (1-жадвал). Фибриноген кўрсаткичлари ишончли ўзгармаган бўлса-да, операция сўнггида аҳамиятли фибринолитик фаоллик қайд этилди ва буни гемостаз тизимида тромб ҳосил бўлишига қарши адаптацион лаёқат деб баҳолаш мумкин.

1-жадвал

Талоқ шикастланиши бўлган беморларда СЭ ўтказиш вақтида айрим гемостаз кўрсаткичларининг ўзгариши (M+m)

Кўрсаткичлар	Операциягача	СЭ вақтида
Протромбин индекси (ПТИ)	94,3±1,5	90,3±1,9
Фибриноген	6,3±0,5	6,1±0,6
ПДФ, мкг/мл	14,2±3,1	20,1±3,5*
Антитромбин III	88,1±4,2	37,3±4,8*
Тромбоцитлар, 10 ⁹ /л	280.4±15,3	122,5±14,9*
Тромбоцитлар агрегацияси, мм	90,2±5,1	67,5±3,9*
Тромбоцитларнинг IV омили, сек	4,1±1,5	5,3±1,5
Фибринолитик фаоллик, %	44,6±11,6	68,9±9,9*

Изоҳ: * – СЭ вақтида операцияга қадар кўрсаткичларнинг ишончлилиги мезонлари $p < 0,05$.

Шундай қилиб, СЭ маълум шароитларда (органларнинг ёппасига шикастланишида, давомли қон йўқотишларда) томир ичида қон ивишининг компенсацияланган белгилари билан гемостаз тизимининг барча бўғинларида фаоллашишни чақиритиши мумкин. Ушбу бузилишлар СЭнинг ўзи шикастланишларга гемостаз реакцияси ҳисобланади ва қон йўқотишни чеклашга йўналтирилади ҳамда бу фибринолиз ва протеаз ингибиторлари тез тўхташи таъсирида осон ўзгаради.

Шунга қарамасдан 12 нафар болада узоқ муддатларда ивиш тизимидаги кўрсаткичларга СЭ таъсири юзасидан тадқиқот ўтказилди (уларда қон ивиши бузилишларининг турли кўринишлари – камдан-кам бурундан қон кетишлардан тортиб тромбоцитопеник пурпургача бўлган). Текширувлар СЭдан кейин 3 ойдан 2 йилгача бўлган муддатларда ўтказилди. Назорат гуруҳини 12 нафар амбулатор тартибда текширувдан ўтказилган соғлом болалар ташкил этди.

СЭ ўтказилган беморлар анамнезида соғлом болалар гуруҳи билан солиштирилганда тромбоцитлар миқдори ва фибринолитик фаолликнинг ишончли ошиши қайд этилди (2-жадвал).

СЭдан кейин операция ўтказилган беморлар иммун мақомида талокда жароҳат бўлганлиги туфайли иммунитетнинг гуморал бўғинида ҳам (комплемент умумий миқдоридан IgG ва IgM концентрацияси камайиши), ҳужайравий иммунитет бўғинида ҳам (етук Т лимфоцитлар, Т хелперлар ва Т киллерлар миқдорининг камайиши) аҳамиятли ўзгаришлар кузатилди. Шу билан бирга Т цитотоксик лимфоцитлар ва В лимфоцитлар миқдорининг ошиши қайд этилди.

Бундай ўзгаришлар СЭ ўтказган 55% беморда тез-тез учровчи респиратор касалликларига мойиллик билан намоён бўлди, текширувдан ўтказилганларнинг 17,4% ида эса терининг йирингли касалликларига берилувчанлиги аниқланди.

Karnofsky модифицирланган таснифи бўйича спленэктомиядан кейинги узоқ натижаларни баҳолашдан келиб чиққан ҳолда гипоспленик синдром белгилари 32 нафар (68,1%) беморда қайд этилди.

2-жадвал

Қорин ёпиқ шикастлари бўлган болаларда спленэктомиядан сўнг узоқ муддатда гемостаз тизими кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Назорат	СЭдан кейин
	n=12	n=47
Тромбоцитлар, $10^9/л$	288,5±12,9	437,4±79,2*
Плазманинг гепаринга толерантлиги, сек	473,7±42,1	477,2±63,4
Рекальцификация вақти, сек	109,5±4,4	84,7±8,2*
Қон ивиш вақти, сек	248,6±15,3	223,6±32,7
Протромбин, %	96,4±2,5	104,3±3,5
Фибриноген, мг\%	3392,9±287,1	3443,2±251,5
Ивиқ ретракцияси, %	31,7±2,1	32,5±3,6
Фибринолитик фаоллик, %	12,4±1,5	17,1±2,1*

Изоҳ: * – қийёсланувчи гуруҳдаги кўрсаткичлардан ишончлилик мезонлари – $p < 0,05$.

Диссертациянинг «Спленэктомия ўтказган болаларда талоқ тўқимасининг гетеротипик аутотрансплантацияси натижалари таҳлили» деб номланган олтинчи бобида талоқ жароҳати бўлган 19 нафар беморда ўтказилган талоқ тўқимаси аутотрансплантацияси ёритилган.

Аутотрансплантация катта чарвига Ю.Е.Виноградов (хаммуалл., 1983) усулида қуйидагича амалга оширилди: спленэктомиядан сўнг дастлабкига нисбатан 25–30% ҳажмда талоқ тўқимаси фрагментлари тайёрланди. Улар эркин чеккасидан 5–7 см ўтиб катта чарвига тугунли кетгут чоклари билан мустаҳкамланди. Сўнгра эркин чеккаси юқорига буралди ва у билан талоқнинг илгари фиксацияланган фрагментлари ёпилди. Шундай қилиб, аутотрансплантат катта чарви тутамидаги ўзига хос «чўнтак»да жойлашиб қолди.

Интраоперацион маълумотлар таҳлиliga кўра ОСО амалга оширилган гуруҳда талоқнинг қолдиқ паренхимаси кўрсаткичлари қуйидагича: узунлиги – $4,6 \pm 0,6$ см; кенглиги – $6,5 \pm 0,8$ см; қалинлиги – $3,3 \pm 0,5$ см ва бошқа гуруҳлардаги ўхшаш кўрсаткичлардан деярли фарқ қилмади, шу билан бирга қолдиқ ҳажм $99,7 \pm 4,3$ см³ ни ташкил этиб, СЭ амалга оширилгандаги аналогик кўрсаткичлардан ишончли фарқланди ($p < 0,001$).

Фақат СЭ амалга оширилганда қолдиқ ҳажм $50,1 \pm 5,6$ см³ ни ташкил этди, бу эса иккинчи ва учинчи гуруҳлардаги аналогик кўрсаткичлардан икки марта кам (3-жадвал).

3-жадвал

Таққослов гуруҳларида талоқнинг қолдиқ паренхимаси ҳажми

Талоқнинг қолдиқ паренхимаси	СЭ	ОСО		СЭ+ГАТ	
		Кўрсаткич	P (СЭдан)	Кўрсаткич	P (СЭдан)
Узунлиги, см	$4,0 \pm 1,8$	$4,6 \pm 0,6$	$>0,05$	$6,9 \pm 0,9$	$>0,05$
Кенглиги, см	$7,9 \pm 0,9$	$6,5 \pm 0,8$	$>0,05$	$8,9 \pm 0,5$	$>0,05$
Қалинлиги, см	$3,9 \pm 0,7$	$3,3 \pm 0,5$	$>0,05$	$4,0 \pm 0,8$	$>0,05$
Қолдиқ ҳажм, см ³	$50,1 \pm 5,6$	$99,7 \pm 4,3$	$>0,01$	$108,1 \pm 4,2$	$>0,01$

4 - жадвалда талоқ аутотрансплантатининг ўртача кўрсаткичлари ва умумий ҳажми кўрсатилган. Бунда талоқнинг имплантацияланувчи фрагментлари ўртача миқдори $9,3 \pm 0,5$ ни, умумий ҳажми эса $51,9 \pm 1,4$ см³ ни ташкил этди.

4-жадвал

Талоқ аутотрансплантатининг умумий ҳажми

Талоқ тўқимаси аутотрансплантати					
Параметрлари			Талоқ фрагментлари миқдори	Фрагментларнинг умумий ҳажми	Локализацияси
Узунлиги	Кенглиги	Қалинлиги			Сальникда
$3,9 \pm 0,5$	$2,5 \pm 0,3$	$0,6 \pm 0,2$	$9,3 \pm 0,5$	$51,9 \pm 1,4$	21

Тадқиқот жараёнида олинган натижаларга кўра ОСО ўтказган беморларнинг 11 нафарида (100%), СЭдан кейин талоқ тўқимаси ГАТ бўлган

беморларнинг 16 нафарида (76,2%) ҳамда СЭдан кейин 38 нафар (64,4%) беморда операциядан кейинги давр асоратларсиз ўтди.

Барча постспленэктомик асоратлар тузилмасида операциядан кейинги яқин даврда йирингли-яллиғланишли асоратлар – 38 нафар (28,1%) беморда кузатилди. Қиёсий жиҳатдан солиштирилганда ушбу асоратлар энг кўп учраши аъзо олиб ташланган беморлар гуруҳида қайд этилди: изолирланган СЭ ли беморларнинг 29 нафарида (45,2%) ва СЭ+ГАТ бўлган беморларнинг 4 нафарида (21,1%). ОСОдан кейинги ёки талоқ қисмлари ауотрансплантацияси бажарилган беморларда операциядан кейинги яқин давр СЭдан кейинги беморларга нисбатан анча енгил ўтди.

Талоқ шикасти бўйича амалиёт ўтказилган беморларда операциядан кейинги узоқ муддатларда операциядан кейинги асоратлар ривожланишининг асосий сабаблари гемостаз тизимининг коагуляцион бўғини, қоннинг реологик хусусиятлари ва иммун ҳолатининг ўзгаришлари ҳисобланади. Аниқланган ўзгаришлар 81,6% беморда СЭдан кейин асоратларнинг ривожланишига олиб келади; СЭ аутолиентрансплантация билан тўлдирилганда – 56,2%. Организмнинг иммун реактивлиги ҳамда «ҳаёт сифати»нинг пасайиши билан ифодаланувчи мазкур асоратларни махсус (постспленэктомик) асоратлар жумласига киритиш мумкин.

СЭдан кейин гуморал иммун танқислигининг юзага чиқиш имконияти ОСО ёки СЭ+талоқ тўқимаси ГАТ гуруҳлари беморларига нисбатан анча юқорилиги кузатилди.

СЭдан сўнг болалар иммун ҳолатидаги ўзгаришлар, шубҳасиз, клиник белгилар билан бирга кечади. Олинган клиник ва лаборатория кўрсаткичлари таққосланганда мазкур беморлар гуруҳида иммун ҳолат бузилишлари билан боғлиқ асоратлар юзага келиши аниқланди. Бундай ўзгаришлар 51% беморларда аниқланган турли респиратор касалликларга мойиллик билан ифодаланди. Бунда 28,5% беморларда патологик жараёнга ўпка ва бронхларнинг жалб этилганлиги қайд этилди, 16,3% беморда эса терининг йирингли касалликларига мойиллик аниқланди.

Karnofsky модификацияланган классификациясидан фойдаланган ҳолда узоқ натижалар қиёсий аспектда баҳоланганда хирургик даволашнинг энг яхши натижалари ва «ҳаёт сифати»нинг оптимал кўрсаткичлари ГАТ билан тўлдирилган СЭ ўтказган беморларда эканлиги аниқланди. Изолирланган СЭдан кейинги беморларда узоқ натижалар ва ҳаёт сифати энг қониқарсиз кўрсаткичга эга бўлди.

Талоқ шикастланишида физиологик асосланган хирургик аралашувнинг оптимал тури – аъзосақловчи операция, унинг альтернатив тури эса – аутолиентрансплантация билан тўлдирилган СЭ ҳисобланади.

ХУЛОСА

1. Ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра болаларда қорин ёпик жароҳатларининг 40 фоизи ЙТХ, 24,6 фоизи баландликдан тушиб кетиш, 24,4

фоизи тўмтоқ предметдан зарба олиш ҳамда 11 фоиз ҳолатда гўдак устига оғир жисм тушиб кетиши оқибатида қайд этилиши аниқланди.

2. Болалардаги қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларида оғирлик даражасини оптимал башоратлаш ва баҳолаш билан адекват дифференциал ташхислашни таъминлаш, шунингдек, уларни хирургик даволаш тактикасини танлаш мақсадида беморларни кластер тақсимлаш ва йиғинди баллни ҳисоблашга асосланган интеграл дастур ишлаб чиқилди (3 балл – «Оғирликнинг енгил даражаси»дан 12,8 балл– «Оғирликнинг оғир даражаси»гача).

3. Жигар ва талоғи шикастланган болалар умумий аҳволи оғирлик даражасини интеграл баҳолаш дастури ташхислаш ва даволаш лапароскопияни қўллаш орқали 28–30% ҳолларда оқланмаган лапаратомияларнинг олдини олиш, ўлим даражасини 10–15% га камайтириш, асоратлар учрашини 12,5% га қисқартириш имконини берди.

4. Ташхислаш ва даволаш лапароскопияси кам инвазивлик билан бирга юқори сезувчанликка эгаллиги туфайли аъзонинг шикастланиш даражаси оғирлиги, ўтказилиши керак бўлган операция ҳажми, кейинги тактикани аниқлаш имкониятини яратади. Болалар қорнининг оғир қўшма ёпиқ шикастланишларидафақат 67,8% ҳолатда операция конверсия билан лапаротомия усулига ўтиш орқали бажарилган.

5. Томир ичи қон ивиши субклиник белгилари билан гемостазнинг фибринолитик бўғинлари ҳамда коагуляцион-тромбоцитар фаоллашуви СЭдан кейинги яқин муддатларда ички қон кетишлар ривожланиш омили бўлиб ҳисобланади. СЭдан кейинги узоқ муддатларда гемостезиологик бузилишлар (9,6%) терида тромбоцитопеник тошмаларнинг пайдо бўлиши, қон ивиши ва плазма рекальфикация муддатларининг қисқариши кўринишида намоён бўлади.

6. СЭдан кейин операция ўтказилган беморлар иммун мақомида талоқда жароҳат бўлганлиги туфайли иммунитетнинг гуморал бўғинида ҳам (комплемент умумий миқдоридан IgG ва IgM концентрацияси камайиши), ҳужайравий иммунитет бўғинида ҳам (етук Т лимфоцитлар, Т хелперлар ва Т киллерлар миқдорининг камайиши) аҳамиятли ўзгаришлар кузатилди. Шу билан бирга Т цитотоксик лимфоцитлар ва В лимфоцитлар миқдорининг ошиши қайд этилди.

7. СЭ ўтказган болалар организмида иммун мақом бузилиши натижасида операциядан кейинги яқин ва узоқ муддатлардаги асоратлар таркибида йирингли-яллиғланишли асоратлар – 28,1% ва 51% беморда аниқланган ўпка ва бронхларда сурункали ривожланиш жараёни бўлган респиратор касалликлар 28,5% ҳолатни ташкил этди. Бунда қиёсий жиҳатдан мазкур асоратларнинг бирмунча кам учраши талоқ тўқимаси гетеротопик трансплантацияси ва спленэктомия бўлган беморлар гуруҳида қайд этилди (мос равишда яқин даврда 33,6% га қарши 17,3% ва узоқ даврда 81,6% га қарши 36,2%).

**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**

**ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ПРИМОВ ФАРХОД ШАРИФЖОНОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ**

**14.00.35 – Детская хирургия
(медицинские науки)**

АВТОРЕФЕРАТ ДОКТОРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

ТАШКЕНТ – 2018

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за В2017.1.PhD/Tib141

Диссертация выполнена в Ташкентском институте усовершенствования врачей и 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:	Акилов Хабибулла Атауллаевич доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Эргашев Насриддин Шамсидинович доктор медицинских наук, профессор Ахмедов Юсуфжон Махмудович доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	ФГБУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» 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).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №35). 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. Назиров
Председатель научного совета по присуждению ученых степеней
доктор медицинских наук, профессор, академик

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

А.В. Девятов
Председатель научного семинара при научном совете
по присуждению учёных степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии)

Актуальность и значимость темы диссертации. Согласно резолюции объединённого совета Всемирной организации здравоохранения и Международной ассоциации хирургии травмы и хирургической интенсивной терапии (IATSIC) – «травма является одной из трёх основных причин смерти во всех странах мира и представляет собой серьёзную социальную проблему»¹. Одним из следствий технического прогресса явилось то, что со второй половины прошлого века, даже в мирное время, травмы во всем мире заняли первое место среди других видов патологии как причина смерти и инвалидизации. Кроме того, «увеличилась доля тяжелых (шокогенных) закрытых и множественных повреждений»². Высокая актуальность проблемы диагностики и хирургического лечения закрытых травм живота у детей в настоящее время не вызывает сомнений и обусловлена целым рядом обстоятельств.

В мировой практике известно, что травматические повреждения органов брюшной полости относятся к тяжелой механической травме, которые возникают при транспортных авариях, падениях, ударах, жестоком обращении с детьми. На травму живота, как слепую, так и проникающую, приходится до 5% всех повреждений у детей, поступающих в стационар. Как отмечают большинство авторов, исход лечения детей с закрытой травмой живота зависит от правильной организации этапности оказания квалифицированной медицинской помощи. Вместе с тем, на сегодняшний день в системе здравоохранения и защиты здоровья остаётся нерешенным вопрос, связанный с повышением уровня качества оказываемой хирургической помощи, профилактики развития послеоперационных осложнений, снижение инвалидности и улучшение качества жизни больных с закрытыми травмами живота.

На сегодняшний день, в условиях реформирования системы здравоохранения, обеспечение высокого качества оказываемой медицинской помощи является одним из приоритетных направлений. В этом направлении, в частности, в диагностике и хирургическом лечении детей с закрытыми травмами живота, достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для совершенствования системы оказания хирургической помощи требуются научно-обоснованные результаты по улучшению уровня оказываемой медицинской помощи и совершенствованию качества ранней диагностики. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности³.

¹ World Health Organization. Pediatric trauma: fact sheet no. 212. World Health Organization website, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs212/en>, accessed February 13

²J. de Jong W., Stoepker L., Nellensteijn D.R., Groen H., Moumni M.E., Hulscher J.B. External validation of the Blunt Abdominal Trauma in Children (BATiC) score: ruling out significant abdominal injury in children // J Trauma Acute Care Surg. – 2014. – Vol. 76, № 5. – P. 1282-1287.

³ Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах.

Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения пострадавших детей с закрытой травмой живота путём стандартизации хирургической тактики, разработки и клинического внедрения унифицированных диагностических и лечебных алгоритмов, является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, определенных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за № УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за № ПП-3071 от 20 июня 2017 года и 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. «В последние годы отмечается прогрессивное нарастание тяжести непроникающих ранений живота, частота которых в структуре всех травм мирного времени распределилась от 1,5 до 36,5%» (Joseph T.P., Wyllie G.G.¹). По мнению A. J. Holland и C. A. McBride² «эпидемиология закрытых травм живота обычно кратко отражена в научных работах, существенно отличается у взрослых и детей, а общие показатели летальности варьируют от 6,7% до 44,8%» и не отражают реальных различий при изолированных, моно- или полисочетанных повреждениях.

По мнению С. А. Уртаева³ «с широким внедрением в клиническую практику дополнительных методов исследования (ультрасонография, радиоизотопное сканирование, селективная ангиография, компьютерная томография, лапароскопия и др.) наметилась тенденция к снижению диагностических ошибок, возникающих в интерпретации характера закрытых повреждений органов живота». Однако их применение весьма ограничено из-за разницы оснащения лечебных учреждений и наличия соответствующих специалистов. «Исходя из специфики механизма травм у детей, особенностей проявлений травматической болезни в каждом возрастном периоде, можно сказать, что практически нет похожих повреждений» (Juce M.M. и Halenko V.S.⁴). «Несмотря на опыт использования стандартных тактических мероприятий при самых частых сочетаниях травм у детей, в ряде ситуаций необходим индивидуальный

¹Joseph T.P., Wyllie G.G., Savage J.P. The non-operative management of splenic trauma // Aust. N. Z. J. Surg. – 2011. – Vol. 47. – P. 179-182; Upadhyaya P. Conservative management of splenic trauma: history and current trends // Pediatr. Surg. Int. – 2003. – Vol. 19. – P. 617-627.

²Holland A.J.A., McBride C.A. Non-operative advances: What has happened in the last 50 years in pediatric surgery? // Journal of Pediatrics and Child Health. – 2015. – Vol. 51. – P. 74-77.

³Уртаев С.А. Флуоресцентная диагностика жизнеспособности кишки у больных с закрытой травмой живота: Автореф. дисс. ... канд. мед.наук. – Москва, 2011.

⁴Juce MM, Halenko VS. Full cross gap pancreas with closed abdominal trauma. // Klin Khir. 2015 Jun;(6):68-9.

подход в решении сложных тактических задач» (Zhang H.X. et al.¹). В этих условиях более перспективно применение малоинвазивных способов диагностики пострадавших детей с повреждениями органов живота таких, как лапароскопия и видеолапароскопия.

Все это диктует необходимость совершенствования стандартов лечебно-диагностических мероприятий и классификационных подходов. Приведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что результаты хирургического лечения на этапах развития хирургии закрытых травм живота у детей заметно улучшились, при этом, накопленный опыт и проведенный структурный анализ детей, поступающих в РНЦЭМП и его филиалы с закрытой травмой живота, даёт возможности разработать и адаптировать варианты оптимальной лечебно-диагностической тактики для данного контингента больных на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи АТСС 4.1 «Совершенствования высокотехнологичной хирургической помощи больным с сочетанной и политравмой» (2014-2017гг.).

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения пострадавших детей с закрытой травмой живота путём стандартизации хирургической тактики, разработки и клинического внедрения унифицированных диагностических и лечебных алгоритмов.

Задачи исследования:

изучить частоту и структуру травм живота у детей;
разработать оптимальную дифференциально-диагностическую программу для определения тяжести состояния детей с закрытой травмой живота;

усовершенствовать предоперационный алгоритм диагностики и тактику хирургического лечения закрытых травм живота у детей;

изучить клинико-иммунологические особенности течения постспленэктомического синдрома у детей с изолированными травматическими повреждениями селезенки с учетом дифференцированной хирургической тактики;

изучить эффективность применения гетеротопической аутотрансплантации ткани селезенки при спленэктомии и её значение в частоте ближайших и отдаленных постспленэктомических осложнений;

Объектом исследования явились 502 детей с тяжелыми закрытыми травмами живота с изолированными и сочетанными повреждениями печени

¹Zhang HX, Chen SQ, Jiang HY, Yao SZ. Laparoscopic uterine anastomosis for traumatic separation of the cervix from the uterine corpus caused by closed pelvic fracture: case report and literature review. // J Minim Invasive Gynecol. 2013 Mar-Apr;20(2):244-7.

и селезенки, получивших различные варианты лечения в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи.

Предмет исследования составляют результаты клинико-инструментальных исследований, экспериментальных исследований и хирургического лечения детей с изолированными и сочетанными повреждениями печени и селезенки.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: биохимические, рентгенологические, инструментальные, иммунологические, статистические.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

разработана этапная лечебно-диагностическая стратегия и рекомендательные протоколы ведения детей с закрытыми травмами живота для оказания квалифицированной экстренной медицинской помощи;

определены критерии для объективной оценки степени тяжести повреждения паренхиматозных органов брюшной полости у детей с закрытой травмой живота, на основании которых оптимизированы этапы выбора тактики хирургического лечения;

обоснована целесообразность активной хирургической тактики и эффективность применения современных миниинвазивных эндовизуальных технологий при изолированных или сочетанных травматических повреждениях органов брюшной полости;

доказано, что большая частота инфекционно-воспалительных и тромботических осложнений в отдаленные сроки после спленэктомии у детей по поводу закрытых травм живота является следствием угнетения иммунной и гемостазиологической систем гомеостаза аспленического генеза, тем самым обосновывая целесообразность выполнения органосберегающих вмешательств либо дополнения СЭ гетеротопической аутотрансплантацией селезеночной ткани;

разработан оптимальный лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий определить показания к различным видам лечения в зависимости от характера и сроков возникших осложнений.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

на основании стандартизации критериев оценки степени тяжести состояния, усовершенствована лечебно-диагностическая тактика при закрытых травмах живота у детей;

разработана программа интегральной оценки степени тяжести при закрытых травмах живота у детей, обеспечивающая высокую информативность, достоверность и точность диагностики, а также оптимизацию выбора способа лечения со снижением частоты послеоперационных осложнений и летальности;

разработаны рекомендательные протоколы лечения детей, с закрытыми травмами живота регламентирующие главный технологический процесс службы экстренной медицинской помощи – своевременную диагностику угрожающих жизни пациента состояний и их лечение на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи;

разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволяющий улучшить результаты хирургического лечения закрытых повреждений живота у детей, значительно сократить частоту послеоперационных осложнений и летальности, снизить необходимость в выполнении открытых релапаротомий и уменьшить сроки пребывания пациентов в стационаре.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования обоснована данными объективных клинических, биохимических, инструментальных, иммунологических методов исследования. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость определяется тем, что полученные результаты исследования по совершенствованию тактики хирургического лечения детей с закрытой травмой живота путём разработки унифицированных диагностических и лечебных алгоритмов, могут быть применены в разных областях науки, в практическом здравоохранении, в частности в практике хирургических отделений экстренной медицинской службы. Отдельные результаты работы дадут возможность усовершенствования содержания и структуры программы обучения магистров, клинических ординаторов и курсантов по диагностике и хирургическому лечению детей с закрытыми травмами живота.

Практическая ценность работы заключается в том, что рекомендованный комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволил улучшить результаты хирургического лечения детей с закрытой травмой живота, значительно сократить частоту послеоперационных осложнений и летальности, снизить необходимость в необоснованной лапаротомии и увеличить объём органосохраняющих операций на паренхиматозных органах. Оптимизация выбора рациональной тактики лечения в зависимости от доминирующих повреждений снизили риск осложнений и во многом определили благоприятный исход посттравматического периода.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по совершенствованию тактики хирургического лечения детей с закрытой травмой живота:

разработана программа «Определения состояния паренхиматозных органов брюшной полости и выбора тактики лечения при тяжелых сочетанных травмах с повреждением живота у детей», внедренная в практику здравоохранения (справка Министерства здравоохранения №8Д-3/70 от 24 августа 2016 года). Предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволил сократить частоту осложнений с 28,5% до 11,8%, снизить затраты на лечение и реабилитацию данного контингента больных;

разработан алгоритм «Диагностики и хирургического лечения закрытых травм живота у детей» внедрены в практику здравоохранения (справка Министерства здравоохранения №8Д-3/70 от 24 августа 2016 года), что позволило улучшить качество диагностики детей с закрытой травмой живота

на 12,5%. Оперативное лечение детей с закрытой травмой живота с применением предложенного способа позволило снизить показатель неудовлетворительных результатов на 25,8%, снизить частоту послеоперационных осложнений на 12,8%;

полученные научные результаты диссертационной работы по совершенствованию тактики хирургического лечения детей с закрытой травмой живота внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи, в клиническую практику детского хирургического отделения 2-клиники Самаркандского государственного медицинского института и отделения экстренной хирургии Сырдарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (справка Министерства здравоохранения № 8Д-3/70 от 24 августа 2016 года). Полученные результаты исследования позволили улучшить качество диагностики и активного хирургического лечения с дифференцированным подходом к больным с повреждениями печени и селезенки в 30,0% случаях, снизить летальность на 5-10%, избежать неоправданных лапаротомий и сократить пребывание в стационаре.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования доложены на 10 научно-практических конгрессах и конференциях, в том числе на 3 международных конгрессах, на 7 республиканских конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 25 научных работ, в том числе 6 журнальных статей, 5 из которых в республиканских и 1 в зарубежных журналах рекомендованы Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, выводов, списка цитированной литературы и приложений. Объем работы составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий 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.

Первая глава диссертации «**Современные аспекты организации экстренной медицинской помощи детям с закрытыми травмами живота**» посвящена обзору литературы, где приведены результаты исследований и детальный анализ отечественной и зарубежной литературы по теме работы; обзор публикаций, в которых рассмотрены вопросы организации службы экстренной медицинской помощи детям с закрытыми

травмами живота; социально-медицинские аспекты и приоритеты в оценке тяжести и прогноза закрытых травм живота у детей и их значение для определения тактики лечения. Главу завершают выводы, которые обобщают проанализированный материал.

Во второй главе **«Общая характеристика клинического материала и методов обследования»** диссертации описаны материалы и методы исследования. Обобщен опыт лечения 502 пациентов – детей с ЗТЖ, на этапах хирургической помощи за период 2005–2016 гг. в отделении экстренной хирургии детского возраста РНЦЭМП. Необходимо отметить, что данная глава базируется на двух репрезентативных группах и касается преимущественно базовой хирургической тактики, не затрагивая вопросы послеоперационных осложнений.

В первой группе (n=165) целью являлось определение результатов диагностики и хирургического лечения ЗТЖ детей с изолированными и комбинированными повреждениями печени и селезенки путем использования возможностей новых технологий на базе РНЦЭМП за период 2006–2016 годы.

Во второй репрезентативной группе для оценки возможностей и перспектив эндохирургии закрытых повреждений живота при тяжелой абдоминальной травме у детей материалом исследования послужил детальный анализ 110 больных с тяжелой сочетанной травмой в сочетании с закрытой травмой живота, находящихся на лечении в отделении детской хирургии РНЦЭМП с 2006 по 2016 годы.

Рентгенологическое исследование больным в предоперационном периоде выполнялись по показаниям желудочно-кишечного тракта и органов грудной клетки на рентгентелевизионных установках Diagnost фирмы «Philips» (Германия); позволяя рутинно определить, либо исключить высокое расположение, нарушение целостности и ограничение подвижности купола диафрагмы, свободного газа под куполами диафрагмы.

Ультразвуковые исследования. Наличие выпотов гематом и других патологических изменений было фокусом пристального внимания при проведении методов ультразвуковой сонографии с доплерографией сосудов с помощью ультразвуковых аппаратов "Sonoline Vera Pro" фирмы "Siemens" и "Echo Camera SSD-680" фирмы "Aloka" с SSD-630.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). На этапах хирургического лечения проводили МСКТ на аппаратах Philips Brilliance 64 СТ и Philips Secura СТ.

Третья глава **«Оптимизации лечебно-диагностической тактики на основании стандартизации критериев интегральной оценки степени тяжести закрытых травм живота у детей»** посвящена распределению общей выборки наблюдений (n=172) на кластеры (группы с однородными тяжестью состояния) для обеспечения удобной и правильной дифференциальной диагностики тяжести состояния рассматриваемого контингента, которая должна быть пригодной для прогнозирования состояния и априорного выбора адекватной тактики лечения. Для проведения

адекватного лечения у детей с закрытыми травмами живота решающее значение имеет быстрая и по возможности, точная оценка тяжести состояния. Выбор оптимальной тактики лечения возможен после завершения клинического, рентгенологического, ультразвукового, лабораторного и если возможно томографического исследований.

Трансформация качественных признаков (повреждений) в количественные, в виде балльной оценки тяжести, позволяет прогнозировать риски осложнений и облегчает решение плана дальнейших действий. Иначе говоря, традиционные градации – удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое – определяются как объективные критерии определенной шкалы, таблицы, математической формулы и т.д.. Основная цель оценочных шкал состоит в сравнении весьма неоднородных групп больных и сопоставлении клинического статуса пациентов с целью контроля качества или оценки методов лечения. Простые методы определения тяжести травмы способны оптимизировать сортировочную работу при массовых поступлениях в лечебные учреждения.

Таким образом, изучив большое количество предложенных вариантов оценки тяжести закрытых повреждений живота, некоторым критическим анализом нами разработана программа протокола оценки закрытых повреждений органов брюшной полости у детей для организации лечебно-диагностической помощи в хирургическом стационаре.

В основе предложенного нами протокола лежит градация в зависимости от степени тяжести повреждения при закрытых травмах органов брюшной полости у детей с присвоением каждой степени соответствующего балла, на основе классификаций этих повреждений по данным Американской ассоциации хирургии травмы (AAST): диафрагмы, желудка, толстого и тонкого кишечника, печени и селезенки. Каждый орган брюшной полости разделён на степени тяжести повреждения и каждый из них объединяет определенные патологии по мере их тяжести.

Пути для оптимального прогнозирования и выбора тактики лечения закрытых травм живота у детей, а также с целью обеспечения адекватной дифференциальной диагностики и оценки степени тяжести пациента, необходимо применение программы протокола оценки закрытых повреждений органов брюшной полости у детей основанной на проведении кластерного распределения больных и расчёта их суммарного балла для совершенствования организации лечебно-диагностической помощи в хирургическом стационаре.

Программа для определения состояние паренхиматозных органов брюшной полости у детей, выбора тактика и лечения составлена на языке Visual Basic for Application (VBA) № DGU 03107, и состоит из двух файлов: prg Hirurg.xlsb – исполняемая программа и db Hirurg.xlsb – база данных для хранения и использования данных.

Для оптимального прогнозирования и выбора тактики лечения, закрытых травм живота у детей, а также с целью обеспечения адекватной дифференциальной диагностики и оценки степени тяжести пациента,

необходимо применение программы протокола оценки закрытых повреждений органов брюшной полости у детей основанной на проведении кластерного распределения больных и расчёта их суммарного балла для совершенствования организации лечебно-диагностической помощи в хирургическом стационаре. В результате категориального анализа с применением метода процента несогласий доказана эффективность группировки на 5 непересекающихся кластеров, с оценкой тяжести больных с закрытыми травмами живота в пределах от 3- "Легкая степень тяжести" до 12,8 баллов "Тяжелая степень".

Согласно разработанным и унифицированным оценочным критериям степени тяжести закрытых травм живота у детей, при вариации суммы в пределах 3-12 баллов, лечебно-диагностическая тактика основывается на предложенной протокольной стандартизации (рис. 1).

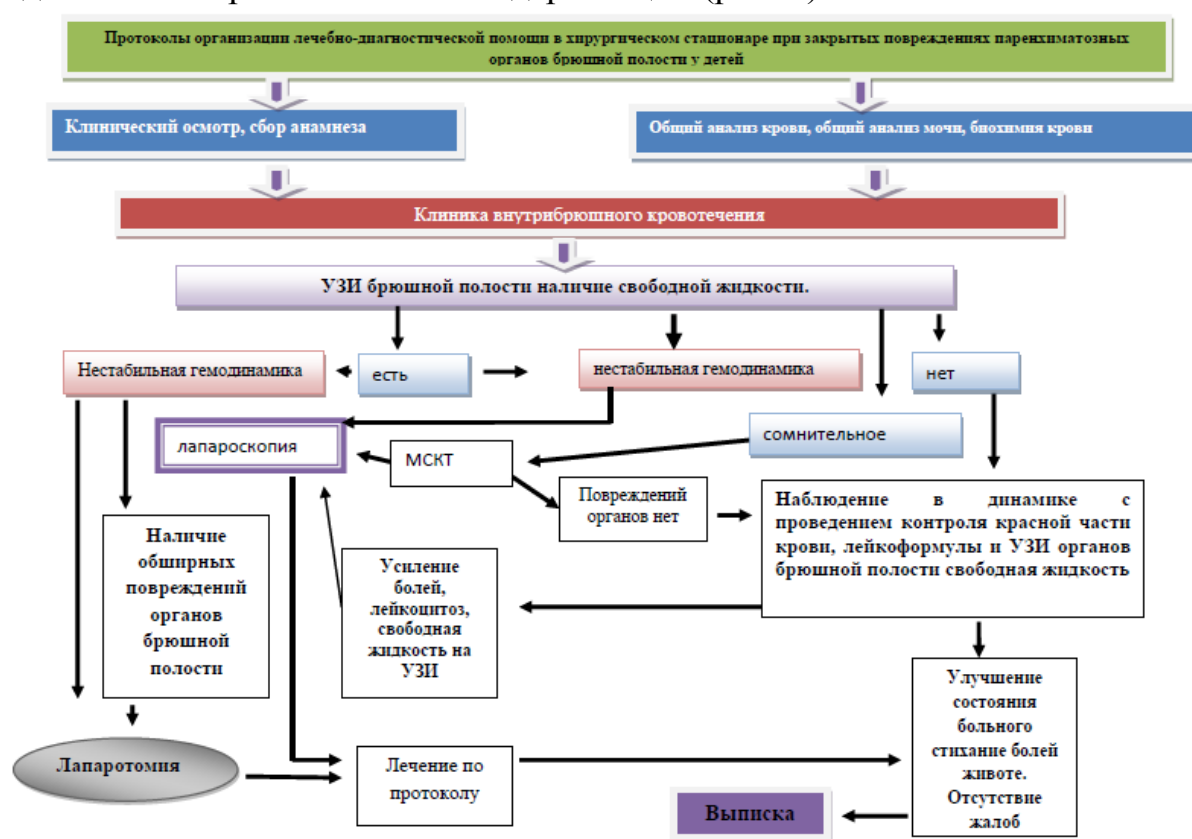


Рис. 1. Лечебно-диагностическая тактика на основе предложенной протокольной стандартизации оценочных критериев степени тяжести закрытых травм живота у детей

В тоже время доказано, что при сумме баллов ≥ 13 (крайне тяжелая степень тяжести) предварительная стандартизация лечения не является обоснованной, т.к. требует разработки индивидуализированной лечебно-диагностической тактики. Стандарты и алгоритмы интегральной оценки тяжести общего состояния детей с закрытыми травмами живота, разрабатываемые на основе результатов проведенных исследований

являются наиболее рациональными в дифференциальной диагностике и прогнозировании клинического течения.

Четвертая глава «Стандартизация тактики и методология принципов хирургического лечения закрытых травм живота у детей» посвящена разработке стандартизированной тактике хирургического лечения закрытых повреждений живота у детей в зависимости от тяжести и варианта клинического течения.

Современный этап развития экстренной и неотложной хирургии в Узбекистане характеризуется активным внедрением новых методик, позволяющих улучшить технические аспекты на этапах организации экстренной медицинской помощи. Другим актуальным вопросом является тактическое совершенствование последовательных медицинских мероприятий, особенно в раннем периоде после закрытых травм живота (ЗТЖ) у детей.

В данной главе обобщен опыт лечения 502 пациентов - детей с ЗТЖ, из них 170 детей оперировано, у 332 случаи детей необходимости оперативное лечение не было на этапах хирургической помощи за период 2005–2016 гг. в отделении экстренной хирургии детского возраста РНЦЭМП.

Аксиомой хирургии является экстренное оперативное вмешательство по поводу ЗТЖ с признаками внутрибрюшного кровотечения при одновременной коррекции явлений перераспределительного и геморрагического шока и острой гиповолемии.

Обязательным условием считаем одновременное включение в хирургическую тактику протокола интенсивной терапии с момента поступления больного в стационар, который предусматривает:

- I. Мониторинг гемодинамики (А/Д, ЦВД, ЧСС), пульсоксиметрия,
- II. Лабораторную диагностику (общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, диастаза мочи).
- III. Катетеризация центральных вен 2-3 канальным полиуретановым катетером при дополнительном наличии катетеризированных периферических вен и артерий.
- VI. Дифференцированная патогенетически обоснованная лечебная тактика в зависимости от варианта ЗТЖ.

Программа интенсивной терапии включает комплекс лечебных мероприятий, направленных на поддержание жизненно важных функций, стабилизацию кровообращения, адекватную оксигенацию, снижение внутричерепного давления.

Применение общепринятых стандартов объективного обследования в 87,6% случаев позволило адекватно определить тяжесть состояния детей с ЗТЖ и диагностировать повреждение внутренних органов, таким образом, при проведении объективного обследования нами был создан акцент на дифференциальной диагностике повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Анализ причин в оценке степени тяжести детей с ЗТЖ выявил, что трудности диагностики повреждений брюшной полости обусловлены рядом

неблагоприятных факторов, наиболее весомыми среди которых являются шок (34,1%), расстройство сознания (17,6%), обширность повреждений различных систем и органов (43%), наркотическое обезболивание на догоспитальном этапе (12,0%), малый возраст пациента – анатомо-физиологические особенности детей.

Фундаментом исследования послужил детальный анализ историй болезни 110 больных с тяжелой сочетанной закрытой травмой живота, находившихся на лечении в отделении детской хирургии РНЦЭМП с 2006 по 2016 годы. Из них в 84 (76,4%) случаях использовано эндовидеохирургическое вмешательство с лечебно-диагностической целью.

Средняя длительность обследования и принятия решения о тактике хирургического лечения в большинстве случаев составляла около 2-3 часов, что на наш взгляд не может считаться удовлетворительным. В подобных ситуациях ориентация на уровень показателей красной части крови также не всегда помогает в ранней диагностике внутрибрюшного кровотечения.

Как показывает наш опыт, у 46% детей с ЗТЖ имелись явные признаки острой постгеморрагической анемии – уровень гемоглобина крови ниже 80 г/л. Нарастание уровня жидкости в малом тазу на фоне стабильной гемодинамики явилось показанием к лечебно-диагностической лапароскопии.

Совершенствованная методика наложения пневмоперитонеума позволяет выполнять видеолапароскопию и эндовидеохирургические операции у пострадавших с сочетанной травмой, находящихся в состоянии шока.

Данная методика в нашей модификации отличается тем, что предварительно через троакар осуществляется карбоксиперитонеум путем дозированной подачи углекислого газа в брюшную полость с минимальной скоростью 0,3-0,5 л/мин с 10-15 минутным перерывом до достижения интраабдоминального давления 4-5 мм.рт.ст у пациентов 1-7 лет, 6-7 мм.рт.ст. (8-11 лет), 8-12 мм.рт.ст. – у детей старше 12 лет.

Таким образом, в зависимости от количественной оценки гемоперитонеума при лапароскопии нами разработана лечебно-диагностическая тактика. В результате применения разработанного алгоритма при использовании лапароскопии только в одном случае при переломе тазовых костей не представилось возможным определить источник кровотечения, и произведена конверсия. В 6 (5,5%) случаях лапароскопия не выявила повреждений, требующих дополнительных манипуляций по остановке кровотечения, среди которых надрыв печени без признаков кровотечения в 1 (0,9%) случае, гематома сальника у 2 (1,8%), забрюшинная гематома у 4 (3,6%) пациентов.

Видеолапароскопия занимала особое место, так как позволяла не только определить характер повреждений органов брюшной полости, но и провести лечебные мероприятия. Эндохирургические вмешательства выполнены у 12 (10,9%) больных – коагуляция ран печени с использованием электро- и аргоноплазменной коагуляции. У 6 (5,5%) больных выполнена коагуляция поверхностных разрывов селезенки, из них в 2 (1,8%) случаях использована

гемостатическая губка Тахокомб. Коагуляция большого сальника в 3 (2,7%) случаях. После операции во всех случаях установлены лапаропорт и дренажная трубка в брюшной полости для динамического наблюдения.

Лапароскопия позволяла ответить на поставленные задачи определения тяжести травмы органа, выявить характер повреждения, количество и состав содержимого брюшной полости, и определить роль в возможности эндохирургических методов устранения повреждений или необходимость открытых операций. Лапароскопические вмешательства с конверсией в лапаротомию для устранения ЗТЖ составило 67,8%. Таким образом, можно заключить, что диагностическая и лечебная лапароскопия обладает высокой чувствительностью при меньшей инвазивности.

Эндохирургические вмешательства могут служить весьма эффективным методом при тяжелых сочетанных травмах у детей с ЗТЖ при стабильных показателях гемодинамики. Хирургическая тактика определяется в соответствии с разработанным лечебно-диагностическим алгоритмом лапароскопического исследования, при условии выполнения ее в лечебном учреждении и наличии у хирурга достаточных навыков и опыта для установления правильных и четких показаний. Видеолапароскопия является методом скрининга, так как позволяет не только уточнить диагноз, но и произвести адекватное эндохирургическое вмешательство.

Глава пятая «Клинико-гемостезиологические и иммунологические параллели развития постспленэктомического синдрома у детей» исследования показали, показали проведенные исследования (табл. 1), что сама СЭ вызывала выраженные процессы в системе гемостаза, которые проявлялись в достоверном изменении как минимум в 5 показателях, а именно: в повышении содержания продуктов деградации фибриногена, в значительном снижении активности антитромбина III, самих тромбоцитов и их агрегационной способности.

Таблица 1

Изменение некоторых показателей гемостаза у больных с повреждением селезенки во время проведения СЭ (M+m).

Показатели	До операции	Во время СЭ.
Протромбиновый индекс (ПТИ)	94,3±1,5	90,3±1,9
Фибриноген	6,3±0,5	6,1±0,6
ПДФ, мкг/мл	14,2±3,1	20,1±3,5*
Антитромбин III	88,1±4,2	37,3±4,8*
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	280.4±15,3	122,5±14,9*
Агрегация тромбоцитов, мм	90,2±5,1	67,5±3,9*
Фактор 1V тромбоцитов, сек	4,1±1,5	5,3±1,5
Фибринолитическая активность,%	44,6±11,6	68,9±9,9*

Примечание: * - P<0,05 критерий достоверности показателей во время СЭ от дооперационных.

Несмотря на достоверно не измененные показатели фибриногена, к концу операции отмечается значительная фибринолитическая активность, что можно расценить как адаптационная способность системы гемостаза на препятствие тромбообразованию.

Таким образом, СЭ при определенных условиях (массивное повреждение органа, длительность кровопотери) могут вызывать активизацию всех звеньев системы гемостаза с компенсированными признаками внутрисосудистого свертывания крови. Данные нарушения являются, реакцией гемостаза на травматичность самой СЭ и направлены на ограничение кровопотери, что поддается быстрому купирования ингибиторами протеаз и фибринолиза.

Тем ни менее, проведено исследование влияние СЭ у 12 детей (у которых имело место различные проявления нарушения свертываемости, от единичных носовых кровотечений, до тромбоцитопенической пурпуры) на показатели свертывающей системы в отдаленном периоде. Исследование производилось после СЭ в сроки от 3 месяцев до 2 лет. Группой контроля служили 12 здоровых ребенка, обследованных в амбулаторном порядке.

Таблица 2

Показатели системы гемостаза у детей с закрытыми травмами живота в отдаленный период после спленэктомии

Показатель	Контроль	После СЭ
	n=12	n=47
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	288,5±12,9	437,4±79,2*
Толерантность плазмы к гепарину, сек	473,7±42,1	477,2±63,4
Время рекальцификации, сек	109,5±4,4	84,7±8,2*
Время свертывания крови, сек	248,6±15,3	223,6±32,7
Протромбин, %	96,4±2,5	104,3±3,5
Фибриноген, мг\%	3392,9±287,1	3443,2±251,5
Ретракция сгустка, %	31,7±2,1	32,5±3,6
Фибринолитическая активность, %	12,4±1,5	17,1±2,1*

Примечание: * - P<0,05 критерий достоверности от показателей в группе сравнения

Так, у детей, перенесших СЭ в анамнезе (табл. 2) отмечается достоверное повышение количества тромбоцитов и фибринолитической активности по сравнению с группой здоровых детей.

В иммунном статусе оперированных пациентов после СЭ по поводу травмы селезенки происходят изменения как в гуморальном звене иммунитета (снижение концентрации IgG и IgM, общего количества комплемента), так и в клеточном звене иммунитета (снижение количества зрелых Т-лимфо-цитов, Т-хелперов и Т-киллеров). Вместе с тем, отмечается повышение количества Т-цитотоксических лимфоцитов, В-лимфоцитов. Такие изменения проявлялись склонностью к частым респираторным

заболеваниям, выявленным у 55% детей, перенесших СЭ, а у 17,4% обследованных выявлена склонность к гнойничковым поражениям кожи.

Согласно проведенной оценке отдаленных результатов после СЭ с использованием модифицированной классификации Karnofsky проявления гипоспленического синдрома наблюдалось у 32 (68,1%) пациентов.

В шестой главе «Анализ результатов гетеротопической аутооттрансплантации селезеночной ткани у детей, перенесших спленэктомию» приводятся результаты по аутооттрансплантации ткани селезенки, выполненных 21 больным с травмой селезенки в большой сальник способом Ю.Е.Виноградова (с соавт., 1983). Способ осуществляли следующим образом: после спленэктомии подготавливали фрагменты ткани селезенки суммарным объемом 25-30% от исходного. Их фиксировали к большому сальнику узловыми кетгутовыми швами в 5-7 см от его свободного края. Затем свободный край заворачивали вверх и укрывали им ранее фиксированные фрагменты селезенки. Таким образом, аутооттрансплантат оказывался в своеобразном «кармане» из пряди большого сальника.

Анализ интраоперационных данных показал, что в группе, где произведена ОСО параметры остаточной паренхимы селезенки составили следующее: длина - $4,6 \pm 0,6$ см; ширина - $6,5 \pm 0,8$ см; толщина - $3,3 \pm 0,5$ см и практически не отличались от таковых в других группах, тогда как остаточный объем составил $99,7 \pm 4,3$ см³ и достоверно ($P < 0,001$) отличался от аналогичных показателей при выполнении СЭ.

При выполнении только СЭ остаточный объем составил $50,1 \pm 5,6$ см³, что в 2 раза меньше, чем во 2 и 3 группах (табл 3.).

Таблица 3

Объем остаточной паренхимы селезенки в группах сравнения

Остаточная паренхима селезенки	СЭ	ОСО		СЭ+ГАТ	
		Показатель	P (от СЭ)	Показатель	P (от СЭ)
Длина (см)	$4,0 \pm 1,8$	$4,6 \pm 0,6$	$>0,05$	$6,9 \pm 0,9$	$>0,05$
Ширина (см)	$7,9 \pm 0,9$	$6,5 \pm 0,8$	$>0,05$	$8,9 \pm 0,5$	$>0,05$
Толщина (см)	$3,9 \pm 0,7$	$3,3 \pm 0,5$	$>0,05$	$4,0 \pm 0,8$	$>0,05$
Остаточный объем (см ³)	$50,1 \pm 5,6$	$99,7 \pm 4,3$	$>0,01$	$108,1 \pm 4,2$	$>0,01$

В табл. 4. указаны средние параметры и общий объем аутооттрансплантата селезенки. При этом среднее количество имплантируемых фрагментов селезенки составило $9,3 \pm 0,5$, а их общий объем составил $51,9 \pm 1,4$ см³.

Таблица 4

Общий объем аутооттрансплантата селезенки

Аутооттрансплантация ткани селезенки					
Параметры			Кол-во фрагментов селезенки	Общий объем фрагментов	Локализация
Длина	Ширина	Толщина			В сальнике
$3,9 \pm 0,5$	$2,5 \pm 0,3$	$0,6 \pm 0,2$	$9,3 \pm 0,5$	$51,9 \pm 1,4$	21

Согласно нашим данным послеоперационный период протекал без осложнений у 11 (100%) больных, перенесших ОСО, у 16 (76,2%) пациентов после СЭ с ГАТ селезеночной ткани и у 38 (64,4%) после СЭ.

В структуре всех осложнений в ближайшем послеоперационном периоде преобладают гнойно-воспалительные осложнения - 38 (28,1%) наблюдений. В сравнительном аспекте наибольшая частота этих осложнений отмечалась в группах больных с удалением органа: при изолированной СЭ у 29 (45,2%) и 4 (21,1%) больных с СЭ+ГАТ. Ближайший послеоперационный период протекал значительно легче у больных после ОСО либо при аутотрансплантации фрагментов селезенки, чем у пациентов после СЭ.

Основными причинами развития послеоперационных осложнений в отдаленном послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу травмы селезенки, являются изменения коагуляционного звена системы гемостаза, изменения реологических свойств крови и иммунного статуса. Выявленные изменения приводят к развитию осложнений после СЭ у 81,6% пациентов; при дополнении СЭ аутолиентрансплантацией – в 56,2%. Эти осложнения можно отнести к специфическим (постспленэктомическим), проявляющимся снижением иммунной реактивности организма и ухудшением «качества жизни».

После СЭ возможность проявления гуморального иммунного дефицита значительно больше, чем у пациентов групп с ОСО или СЭ+ГАТ селезеночной ткани.

Изменения иммунного статуса у детей после СЭ, несомненно, сопровождаются клиническими проявлениями. Так, при сопоставлении полученных лабораторных и клинических данных установлено, что в этой группе пациентов возникают осложнения, которые могут быть связаны с нарушениями иммунного статуса. Такие изменения проявлялись склонностью к частым респираторным заболеваниям, выявленным у 51% больных. При этом у 28,5% больных отмечалось вовлечение в патологический процесс легких и бронхов, а у 16,3% обследованных выявлена предрасположенность к гнойничковым заболеваниям кожи.

Проведенная оценка отдаленных результатов в сравнительном аспекте с использованием модифицированной классификации Karnofsky, показала, что лучшие результаты хирургического лечения и оптимальные показатели «качества жизни» выявлены у больных, перенесших СЭ дополненной ГАТ. У больных после изолированной СЭ отдаленные результаты и качество жизни оказались самыми неудовлетворительными.

После СЭ возможность проявления гуморального иммунного дефицита значительно больше, чем у пациентов групп с ОСО или СЭ+ГАТ селезеночной ткани.

Физиологически обоснованным оптимальным видом хирургического вмешательства при травматическом повреждении селезенки является органосохраняющая операция, а ее альтернативой – СЭ, дополненная аутолиентрансплантацией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В структуре детского травматизма отмечено, что на долю ДТП приходится до 40% всех случаев ЗТЖ, при падении с высоты – 24,6%, от удара тупым предметом – 24,4%, при падении на ребенка тяжелого предмета – 11%.

2. Для оптимального прогнозирования и обеспечения адекватной дифференциальной диагностики с оценкой степени тяжести при закрытых повреждениях органов брюшной полости у детей, а также с целью выбора тактики хирургического лечения, разработана интегральная программа, основанная на кластерном распределении и расчёта суммарного балла (от 3 – «Легкая степень тяжести» до 12,8 баллов «Тяжелая степень тяжести»).

3. Интегральная программа оценки тяжести общего состояния детей с повреждениями печени и селезенки, с применением диагностической и лечебной лапароскопии в 28-30% случаев позволила избежать неоправданных лапаротомий, снизить летальность на 10-15% и частоту осложнений на 12,5%.

4. Диагностическая и лечебная лапароскопия при малоинвазивности обладает высокой чувствительностью и позволяет своевременно оценить тяжесть закрытых травм живота у детей и произвести необходимый объём оперативного вмешательства. Только при тяжелых сочетанных закрытых травм живота у детей в 67,8% случаях потребовалась конверсия лапароскопических вмешательств в лапаротомию.

5. Основными факторами развития внутрибрюшных кровотечений в ближайшем периоде после СЭ являются активация коагуляционно-тромбоцитарного и фибринолитического звеньев гемостаза с субклиническими признаками внутрисосудистого свертывания крови. В отдаленном периоде после СЭ гемостезиологические нарушения (9,6%) проявляются в виде тромбоцитопенических высыпаний на коже, укорочением времени рекальцификации плазмы и свертывания крови.

6. В иммунологическом статусе детей, перенесших СЭ по поводу травмы селезенки, отмечаются значительные изменения со стороны гуморального и клеточного иммунитета, а именно: ↓IgG, ↓IgM, ↓общего количества комплемента, ↓Т-лимфоцитов, ↓Т-хелперов, ↓Т-киллеров и ↑Т-цитотоксических лимфоцитов и ↑В-лимфоцитов.

7. Как следствие нарушения иммунного статуса организма детей перенесших СЭ, в структуре осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде преобладают гнойно-воспалительные - 28,1% и респираторные заболевания, выявленные у 51% больных, с развитием процесса хронизации в легких и бронхов в 28,5% случаев. При этом, в сравнительном аспекте, наименьшая частота этих осложнений отмечалась в группе больных со спленэктомией и гетеротопической трансплантацией ткани селезенки (33,6% против 17,3% в ближайшем периоде, и 81,6% против 36,2% в отдаленном периоде, соответственно).

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC
DEGREE S DS Sc.27.06.2017.Tib.49.01 at REPUBLIC SPECIALIZED
SCIENTIFIC and PRACTICAL MEDICAL CENTER OF SURGERY
NAMED after ACADEMICIAN V.VAKHIDOV and TASHKENT MEDICAL
ACADEMY**

**TASHKENT INSTITUTE OF POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION
REPUBLICAN RESEARCH CENTRE OF EMERGENCY MEDICINE**

PRIMOV FARHOD SHARIFJONOVICH

**IMPROVING THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF
CLOSED ABDOMINAL INJURY IN CHILDREN**

**14.00.35 – Pediatric surgery
(Medical sciences)**

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PHD)
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 №B2017.1.PhD/Tib141

The doctoral (PhD) dissertation has been prepared at the Tashkent institute of postgraduate medical education and 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 consultant: **Akilov Khabibulla Ataulaevich**
Doctor of Medicine, professor

Official opponents: **Ergashev Nasriddin Shamsiddinovich**
Doctor of Medicine, professor

Akhmedov Yusufjon Mahmudovich
Doctor of Medicine, professor

Leading organization: **Federal State Badgat Educational Institution of Higher Education “Moscow State of Medicinal-Stomatological University named after A.I. Evdokimov” (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. Vahidov and Tashkent Medical Academy. (Address: 100115, Tashkent c., Small circular str. 10. 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 №35), (Adress 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract dissertation has been sent on « ____ » _____ 2018 y.
(mailing report № ____ or _____ 2018y.)

F.G. Nazyrov

Vice-chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine, professor, academic

A. 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 doctoral dissertation)

The aim of the research. Improvement of the results of surgical treatment of injured children with closed abdominal trauma by standardizing surgical tactics, developing and clinical implementation of unified diagnostic and therapeutic algorithms.

The object of the study were there were 502 children with severe closed abdominal injuries with isolated and combined injuries of the liver and spleen, who received various treatment options at the Republican Emergency Care Research Center

Scientific novelty of the research work: stage therapeutic diagnostic strategy and recommendatory protocols for the management of children with closed abdominal injuries for the provision of qualified emergency medical care;

Identified criteria for an objective assessment of the severity of damage to the parenchymatous organs of the abdominal cavity in children with closed trauma of the abdomen, on the basis of which an integrated program was developed to optimize the choice of tactics for surgical treatment;

the expediency of active surgical tactics and the effectiveness of the use of modern minimally invasive endovisual technologies in isolated or combined traumatic injuries of the abdominal cavity are substantiated; Developed and implemented a strategy of treatment of children with closed abdominal trauma ensure the adequacy and effectiveness of ongoing treatment and diagnostic measures that can achieve commonality emergency medical system (emergency medical service) in the Republic of Uzbekistan

For the first time on the basis of experimental and morphological studies proved the effectiveness of new domestic hemostatic collagen film "Glilagin" to stop the bleeding in parenchymal isolated lesions of the liver and spleen.

A optimal diagnostic and treatment algorithm, which allows to determine the indications for various types of treatment, depending on the nature and timing of complications.

Implementation of the research results.

On the basis results of a scientific study on improving the tactics of surgical treatment of children with closed abdominal trauma:

The program "Definitions of the condition of the parenchymal organs of the abdominal cavity and the choice of treatment tactics for severe combined injuries with abdominal damage in children", introduced into the practice of health care (Ministry of Health of Uzbekistan conclusion number 8D-3/70 of 24.08.2016). The proposed complex of therapeutic and preventive measures allowed reducing the incidence of complications from 28.5% to 11.8%, reducing the cost of treatment and rehabilitation of this contingent of patients.

The algorithm of "Diagnostics and surgical treatment of closed abdominal injuries in children" was introduced into health care practice (Ministry of Health of Uzbekistan conclusion number 8D-3/70 of 24.08.2016), which improved the quality of diagnosis of children with closed abdominal injury by 12.5%. Surgical treatment of children with closed abdominal trauma with the use of the proposed method allowed

to reduce the index of unsatisfactory results by 25.8%, to reduce the incidence of postoperative complications by 12.8%.

The obtained scientific results of the thesis on improving the tactics of surgical treatment of children with closed abdominal trauma are introduced into practical healthcare activities, in particular in the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, in the clinical practice of the children's surgical department of the 2-clinic of the Samarkand State Medical Institute and the Emergency Surgery Department of the Syrdarya branch Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Ministry of Health of Uzbekistan conclusion number 8D-3/70 of 24.08.2016). The obtained results of the study made it possible to improve the quality of diagnostics and active surgical treatment with a differentiated approach to patients with liver and spleen injuries in 30.0% of cases, reduce the lethality by 5-10%, avoid unjustified laparotomy and reduce hospital stay.

The structure and volume of the dissertations. The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusions, a list of cited literature and applications. The amount of work is 120 pages.

ЭЪЛОНҚИЛИНГ АНИШЛАР РҲАТИ
СПИСОКО ПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

Ибўлим (I часть; I part)

1. Акилов Х.А., Аминов У.С., Урмонов Н.Т., Асадов Ш.Я., Примов Ф.Ш. Диагностика и лечение тупых травм живота у детей // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2012. - №3. – С. 11-14. (14.00.00, №11).

2. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. Совершенствование диагностики и хирургического лечения закрытых травм живота у детей. Совершенствование диагностики и хирургического лечения закрытых травм живота у детей // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2014. - №3. – С. 96-101. (14.00.00, №11).

3. Akilov H.A., Primov F.Sh. Evaluation of the results of immediate postoperative period in children with injuries of spleen aftersplenectomy // European science review. -Austria,2015. -№11-12. –P. 136-138. (14.00.00, №19).

4. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. Клинико-гемостазиологические и иммунологические параллели развития постспленэктомического синдрома у детей. // Медицинские новости. – Белорусь, 2016. - №3. – С. 76-79. (14.00.00, №82).

5. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. Социально-медицинские аспекты и приоритеты в оценке тяжести и прогноза закрытых травм живота у детей и их значение для определения тактики лечения // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. -Ташкент, 2016. - №1. – С. 10-13. (14.00.00, №13).

6. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Оптимизации лечебно-диагностической тактики на основании интегральной оценки степени тяжести закрытых травм живота у детей // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. -Ташкент, 2016. -№1. – С. 33-37. (14.00.00, №13).

7. Примов Ф.Ш. Преимущества спленэктомии с гетеротопической ауто трансплантации ей селезеночной ткани органосохраняющих операции у детей с повреждениями селезенки // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2016. - №4. -С. 77-79. (14.00.00, №19).

II бўлим (II часть; II part)

8. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. // Болаларда корин бушлиги паренхиматоз аъзоларининг холатини аниклаш ва даволаш тактикасини танлаш учун дастур №DGU 03107. 2015 г.

9. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. // Болаларда огир кушма жарохатларни корин жарохати билан биргаликда булган холатида даволаш тактикасини танлаш учун дастур. №DGU 03108. 2015 г.

10. Урмонов Н.Т., Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. Ходжиметов Ф.И. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости у детей // Медико-организационные аспекты оказания помощи детям и подросткам. - Ташкент, 2011. - С- 224.

11. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. Методические рекомендации «Стандартизация тактика и методология принципов хирургического лечения закрытых травм живота у детей». – Ташкент, 2012. – 28 с.

12. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т. Лапароскопия в диагностике и лечении острых процессов и травм брюшной полости у детей // Материалы 1-го Съезда врачей неотложной медицины. - Москва, 2012. – С. 5.

13. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. Роль лапароскопии при закрытых травмах органов брюшной полости у детей // 5 конгресс Московских хирургов «Неотложная и спец. хирургическая помощь». -Москва, 2013. - С. 144.

14. Акилов Х.А., Урмонов Н.Т., Примов Ф.Ш. Хирургическая тактика при закрытых травмах поджелудочной железы у детей // 5 конгресс Московских хирургов «Неотложная и спец. хирургическая помощь». - Москва, 2013. – С. 146.

15. Акилов Х.А., Аминов У.С., Примов Ф.Ш., Асадов Ш.Я. Малоинвазивные вмешательства при пиопневмотораксе у детей // 2 съезд врачей неотложной медицины «90-летие НИИ им.Склифосовского Н.В.» :Сб. тезисов. -Москва, 2013. – С. 7.

16. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. Эндовидеохирургия при тупых травмах органов брюшной полости у детей // 13 Евразийский конгресс хирургов и гастроэнтерологов. -Баку, 2013. – С. 8.

17. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урманов Н.Т. Организация лечебно-диагностического стандарта при закрытых травмах живота // XI Республиканская конференция по экстренной медицине. - Джизак, 2013. - №3. – С. 157-158.

18. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урманов Н.Т. Экстренная помощь при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением у детей // XI Республиканская конференция по экстренной медицине. - Джизак, 2013. –№3. - С. 158-159.

19. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урманов Н.Т. Перспективы в диагностике и хирургической тактике при закрытых травмах паренхиматозных органов живота у детей // XI Республиканская конференция по экстренной медицине. - Джизак, 2013. - №3. -С. 253.

20. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урманов Н.Т. Асадуллаев Д.Р. УЗИ диагностика при травмах паренхиматозных органов брюшной полости у детей. // Научно-практическая конференция «Лучевая диагностика и интервенционная радиология в экстренной медицинской помощи». – Ташкент, 2014. –С. 18.

21. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. Хирургическое лечение изолированных и комбинированных травм печени и селезенки у детей. Современная тактика// Болалархирургиясива анестезиология-реаниматологияда замонавий диагностика ва даволаш технологиялари. - Андижон, 2014. – С. 67.

22. Акилов Х.А., Алимова Х.П., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т., Асадуллаев Д.Р. Организация экстренной медицинской помощи детям закрытыми повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости.

Материалы // 12-я Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Вопросы организации экстренной медицинской помощи при острых заболеваниях и травмах у детей». - Ташкент, 2014. – С. 8-9.

23. Примов Ф.Ш. Эндовидеохирургия при закрытых травмах живота у детей // Материалы 12-й Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Вопросы организации экстренной медицинской помощи при острых заболеваниях и травмах у детей». - Ташкент, 2014. –С. 234.

24. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т., Ходжиметов Ф.И. Роль лапароскопии при закрытых повреждениях органов брюшной полости у детей // Научно-практическая конференция «Состояние и перспективы развития специализированной помощи детям в Республике Узбекистан». – 2012. – С. 120.

25. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т., Ходжиметов Ф.И. Роль лапароскопии в профилактике интраоперационных осложнений при закрытых повреждениях органов брюшной полости у детей // Материалы 10-й НП конф. «Актуальные проблемы организации ЭМП: Вопросы профилактики, диагностики и лечения послеоперационных осложнений в экстренной хирургии». - Ташкент, 2014. – С. 217.

Автореферат «Ўзбекистон Хирургияси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босишга рухсат этилди: 09.04.2018 йил.
Бичими 60x45 ¹/₈, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 4. Адади: 100. Буюртма: № 39

100060, Тошкент, акад. Я.Фулломов кўчаси, 74

«TOP IMAGE MEDIA»
босмахонасида босилди.

