

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ**

**АЛИЖАНОВ АБРОР АЛИЖОН ЎҒЛИ**

**ҚОРИН ПАРДА ОРТИ АЪЗОЛАРИ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА  
ТАШХИСЛАШ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.40 – Шошилинч тиббиёт**

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

**Тошкент – 2025**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Алижанов Аброр Алижон ўғли**

Қоринпарда орти аъзолари ёпиқ шикастланишларида ташхислаш ва хирургик даволашни такомиллаштириш..... 3

**Алижанов Аброр Алижон угли**

Совершенствование диагностики и хирургического лечения закрытой травмы органов забрюшинного пространства..... 35

**Alijanov Abror Alijon ugli**

Improving the diagnosis and surgical treatment of closed trauma of the retroperitoneal organs..... 65

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 70

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ**

**АЛИЖАНОВ АБРОР АЛИЖОН ЎҒЛИ**

**ҚОРИН ПАРДА ОРТИ АЪЗОЛАРИ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА  
ТАШХИСЛАШ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.40 – Шошилинч тиббиёт**

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

**Тошкент – 2025**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.2.PhD/Tib2022 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказида ва Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида ([www.emerg-centre.uz](http://www.emerg-centre.uz)) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

<b>Илмий раҳбар:</b>	<b>Хаджибаев Абдухаким Муминович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор
<b>Расмий оponentлар:</b>	<b>Миннуллин Ильдар Пулатович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор <b>Туляганов Даврон Бахтиярович</b> тиббиёт фанлари доктори
<b>Етакчи ташкилот:</b>	<b>Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти</b>

Диссертация ҳимояси Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази ҳузуридаги DSc.04/3012.2019.Tib.63.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил «29» 12 соат 14<sup>00</sup> даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик халқа йўли кўчаси, 2. Тел.: (+99878) 1504600; факс: (+99878) 1504605; E-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

Диссертация билан Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (14 рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик халқа йўли кўчаси, 2. Тел.: (+99878) 1504600; факс: (+99878) 1504605.

Диссертация автореферати 2025 йил «15» 12 кун тарқатилди.  
(2025 йил «15» 12 даги 14 -рақамли реестр баённомаси).



**Д.А.Алимов**  
Илмий жаражалар берувчи илмий кенгаш раиси ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Х.Э.Аливаров**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори, катта илмий ходим

**Б.К. Алтнев**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Дунё амалиётида қорин бўшлиғи жароҳатларининг 15-20% гача бўлган қисмини қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатлари (ҚОБАЁЖ) ташкил қилади ва улар шошилиш жарроҳлик амалиётида жиддий муаммо ҳисобланади<sup>1</sup>. Ташхисот ва даволаш соҳасида катта ютуқларга эришилганига қарамай, ушбу патологияда диагностик хатолар даражаси 30-40% гача етгани холда юқори бўлиб қолмоқда, бу эса касалликнинг эрта босқичларида яққол намоён бўлган клиник белгиларнинг йўқлиги билан боғлиқ. Бу ҳолат ташхиснинг кеч қўйилишига, оғир асоратларнинг ривожланишига ва ўлим кўрсаткичининг ортишига олиб келади, чунки ўз вақтида жарроҳлик аралашуви амалга оширилмаган ҳолларда ўлим даражаси 50% гача етиши мумкин<sup>2</sup>.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, ҳар йили жароҳатлар ўлим сабаблари орасида учинчи ўринни эгаллайди ва тахминан 5,8 миллион ўлимга олиб келади. Улардан катта қисми ички аъзоларнинг, жумладан қоринпарда орти бўшлиғи аъзоларининг оғир шикастланишлари ҳиссасига тўғри келади. Бундай жароҳатлар меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахсларда энг кўп учрайди, бу эса муаммони нафақат тиббий, балки ижтимоий-иқтисодий жиҳатдан ҳам долзарблигини белгилайди.

Мамлакатимизда Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказида (РШТЁИМ) олиб борилган тадқиқотларга кўра, абдоминал жароҳатлар туфайли бажариладиган шошилиш жарроҳлик амалиётлари структурасида қоринпарда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатлари 17,4% ни ташкил қилади. Шу билан бирга, маълумки, қоринпарда орти бўшлиғи жароҳатлари қорин бўшлиғи аъзолари шикастланишлари орасида энг юқори ўлим кўрсаткичларига эга. Қоринпарда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларини ташхислаш алгоритмларини такомиллаштириш, каминвазив жарроҳлик усулларини жорий этиш ва даволашнинг индивидуаллаштирилган тактикаларини ишлаб чиқиш замонавий шошилиш тиббиёт ва травматологиянинг долзарб йўналишлари ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 16 июндаги ПҚ-283-сон «Аҳолига тез тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш тўғрисида» ва 2021 йил 26 июлдаги ПҚ-5198-сон «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари, шунингдек, ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

<sup>1</sup>Petrone P. et al. Approach and management of traumatic retroperitoneal injuries //Cirugía Española (English Edition). – 2018. – Т. 96. – №. 5. – С. 250-259.

<sup>2</sup>Navsaria P., et al. Retroperitoneal haematoma and injury // Abdominal Trauma, Peritoneum, and Retroperitoneum. – Oxford: Oxford University Press, 2022. – С. 41–С4.Р63. – DOI: 10.1093/med/9780192862433.003.0004.

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

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** қоринпарда орти бўшлиғи аъзоларининг жароҳатлари – буйраклар, ошқозон ости бези (ОБ), ўн икки бармоқли ичакнинг ретроперитонеал қисми (ЎБИ), тўғри ичакнинг қорин орти бўлимлари ва қон томирларининг ёрилиши каби ҳолатлар кўпинча симптомсиз ёки минимал клиник белгилар билан кечади. Ультратовуш текшируви (УТТ), компьютер томографияси (КТ) ва магнит-резонанс томографияси (МРТ) каби стандарт ташхис усуллари, айниқса шошилич ёрдам шароитида, ҳар доим ҳам етарли аниқликни таъминламайди<sup>3</sup>.

Ўз вақтида ташхис қўйилмаслиги ва даволаш тактикаси нотўғри танланиши оғир асоратлар қорин парда орти бўшлиғи гематомалари, иккиламчи инфекция, сепсис, ўткир буйрак шикастланиши ва перитонит ривожланишига олиб келиши мумкин. Тадқиқотлар маълумотларига кўра, қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларида ўлим даражаси 10–30% атрофида бўлиб, ўз вақтида жарроҳлик тузатиш чоралари кўрилмаган ҳолларда 50% гача етиши мумкин<sup>4</sup>.

Қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланишларида жарроҳлик тактикаси доимий равишда такомиллашиб бормоқда. Эндоскопик ва лапароскопик жарроҳлик каби каминвазив технологияларнинг ривожланиши ташрих травматизмини камайтириш, операциядан кейинги асоратлар хавфини пасайтириш ва реабилитация муддатларини қисқартириш имконини беради. Шу билан бирга, шикастланиш хусусияти, гемодинамик ноустуворлик даражаси ва ҳамроҳ патологиялар мавжудлигига қараб оптимал жарроҳлик усулини танлаш масалалари ҳанузгача тўлиқ ҳал этилмаган.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг илмий ишлари режасига мувофиқ “Инсон хирургик касалликларини ташхислаш, даволаш ва олдини олишда илғор технологияларни ишлаб чиқиш” мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** ташхислашни такомиллаштириш, даволаш тактикасини оптималлаштириш ва замонавий визуализация ҳамда жарроҳлик технологияларини жорий этиш орқали қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланишларини даволаш самарадорлигини оширишдан иборат.

#### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

қорин жароҳатлари тузилишида қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланишлари учраш частотасини аниқлаш, жабрланганларнинг ёш

<sup>3</sup>Nanavati A.J., Nagral S. (ed.). Abdominal Trauma, Peritoneum, and Retroperitoneum. – Oxford University Press, 2022.

<sup>4</sup>Navsaria P. et al. Retroperitoneal haematoma and injury //Abdominal Trauma, Peritoneum, and Retroperitoneum. – 2022. – С. 41.

ва жинс хусусиятларини белгилаш, асосий шикастланиш механизмларини ўрганиш, шунингдек клиник хусусиятлар, шифохонага келиш муддатлари ва беморларнинг ҳолати оғирлигини таҳлил қилиш;

буйракларнинг ёпиқ шикастланишларида турли текширув усулларининг (УТТ, МСКТ) диагностик аҳамиятини баҳолаш, шикастланиш даражасига қараб консерватив ва хирургик даволашнинг самарадорлигини аниқлаш, операциядан кейинги асоратлар частотасини ўрганиш ва нефрэктомия зарурлигига таъсир қилувчи омилларни аниқлаш;

меъда ости безининг ёпиқ шикастланишларини ташхислашда энг информатив усулларни аниқлаш, шикастланиш даражасига қараб хирургик даволаш тактикасини ўрганиш, видеолапароскопия самарадорлигини баҳолаш ҳамда операциядан кейинги асоратлар частотаси ва уларнинг касаллик оқибатига таъсирини аниқлаш;

ўн икки бармоқли ичакнинг ёпиқ шикастланишларини ташхислашнинг оптимал усулларини аниқлаш, шикастланиш даражасига қараб хирургик даволаш тактикасини ўрганиш, бир вақтда содир бўлган шикастланишлар таъсирини баҳолаш ва операциядан кейинги асоратларнинг асосий сабабларини аниқлаш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2019 йилнинг январь ойидан 2023 йилнинг декабрь ойигача РШТЁИМ ва РШТЁИМ Наманган филиалида қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатлари туфайли даволанган 192 нафар беморлар олинган. Улар орасида 129 нафарида буйракнинг ёпиқ жароҳати, 52 нафарида меъда ости безининг ёпиқ шикастланиши ва 27 нафарида ўн икки бармоқли ичакнинг шикастланиши аниқланган бўлиб, 16 нафарида мазкур аъзоларнинг бир вақтда шикастланиши ташхисланган.

**Тадқиқотнинг предмети** қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларида замонавий инструментал визуализация усуллари (УТТ, МСКТ, видеолапароскопия) ҳамда шикастланиш даражаси ва бир вақтда содир бўлган шикастланишларни инобатга олган ҳолда хирургик ва консерватив даволашнинг турли ёндашувларини қўллаш натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

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

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

ёш ва жинс тузилиши, жароҳат механизми, хавф омиллари, шифохонага келиш муддатлари ва ҳолат оғирлигини таҳлил қилишни ўз ичига олган беморларнинг демографик ва клиник хусусиятларини комплекс тадқиқ этиш орқали қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳати бўлган беморларнинг клиник профилига хос белгилари асосланган;

буйрак, ошқозон ости беши ва ўн икки бармоқли ичакнинг ёпиқ жароҳатларида мултислайс компьютер томографиясининг диагностик аҳамияти асосланган ва қўллаш учун кўрсатмалар, шунингдек шикастланиш даражасини объектив баҳолаш, қорин парда орти бўшлиғи гематомаларига

ишора қилувчи билвосита белгиларни аниқлаш ва хирургик аралашув заруриятини белгилаш имконини берувчи компьютер томографиясининг специфик белгилари аниқлаштирилган;

хирургик тактикани танлаш учун қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг шикастланиш даражасига қараб аъзо сақловчи операциялар ва радикал аралашувлар учун кўрсатмаларни аниқлаштириш, шунингдек асоратлар ва ўлимнинг олдини олиш имконини берувчи операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичининг частотаси ва таркибининг прогностик қийматлиги аниқланган;

клиник кўрик, ультратовуш текшируви, МСКТ ва видеолапароскопияни қўллашга асосланган ташхис аниқлигини ошириш, диагностик хатолар частотасини камайтириш ва даволаш тактикасини оптималлаштириш имконини берувчи комплекс диагностик ёндашувнинг мақсадга мувофиқлиги, самарадорлиги ва хавфсизлиги асосланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

шошилич жарроҳлик бўлимларида клиник амалиётга жорий этиш учун қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларини ташхислаш ва даволаш бўйича турли визуализация усулларининг (УТТ, контрастли МСКТ, видеолапароскопия) диагностик аҳамиятининг таҳлили ва аъзонинг шикастланиш даражаси ҳамда бемор ҳолатига қараб даволаш тактикасини танлашда энг самарали ёндашувларни аниқлашга асосланган тавсиялар таклиф қилинган;

шошилич жарроҳликда буйрак, ошқозон ости беши ва ўн икки бармоқли ичакнинг шикастланишлари ташхисотининг вақтини қисқартириш, шикастланишларни тўғри аниқланишини ошириш ва диагностик хатолар хавфини камайтириш имконини берувчи асосий инструментал ташхис усулларини қўллаш бўйича асосий ёндашувлар аниқланган;

қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларида хирургик тактикани танлаш бўйича операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражасини камайтиришга ёрдам берувчи аъзо сақловчи операциялар ва радикал аралашувлар учун кўрсатмаларни ўз ичига олувчи амалий тавсиялар ишлаб чиқилган;

қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг қўшма шикастланишлари бўлган беморларни олиб бориш бўйича қўшма шикастланишларни даволаш тактикаси ва прогнозига кўрсатадиган таъсирни инобатга олган ҳолда даволашни оптималлаштириш ва клиник натижаларни яхшилаш имконини берувчи амалий тавсиялар таклиф қилинган.

олинган натижаларни клиник амалиётга кенг жорий этиш шошилич жарроҳлик ёрдамини такомиллаштириш, буйрак, меъда ости беши ва ўн икки бармоқли ичакнинг ёпиқ жароҳатли беморларни ташхислаш ва даволашни яхшилашга хизмат қилади, бу эса ўлим даражасини камайтириш, стационарда қолиш муддатини қисқартириш ва тиббий ёрдам сифати ўсишига олиб келади.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари,

лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларида фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар ҳамда статистик таҳлил жамланмаларининг тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқотнинг илмий аҳамияти қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларида, жумладан буйрак, меъда ости беши ва ўн икки бармоқли ичкадаги клиник хусусиятлар ва ташхис имкониятлари ҳақидаги билимларни кенгайтиришга, турли визуализация усуллари (ультратовуш текшируви, мултислайс компютер томографияси, видеолапароскопия) диагностик аҳамияти атрофлича таҳлил қилинганлиги, уларнинг самарадорлиги аниқланганлиги ва клиник вазиятга қараб оптимал ташхис усулини танлаш мезонлари ишлаб чиқилганлиги, қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларини жарроҳлик даволаш бўйича ёндашув илмий асосланган ва тизимлаштирилган ҳолда таклиф қилинганлиги, шикастланиш даражаси, қўшма шикастланишлар ва бемор ҳолатининг оғирлиги инobatга олинган ҳолда хирургик даволаш натижалари таҳлил қилинганлиги, оператив аралашув тактикасини танлашга таъсир этувчи омиллар аниқланганлиги, бу эса даволаш самарадорлигини ошириш ва операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларини ташхислаш ва даволаш бўйича тавсиялар ишлаб чиқилганлиги, УТТ ва МСКТни қўллашда оптимал ёндашувлар аниқланганлиги, бу ташхис қўйиш муддатини қисқартириш, диагностик хатолар хавфини камайтириш ва даволаш натижаларини яхшилаш имконини берганлиги, жхирургик тактикани танлаш бўйича ишлаб чиқилган тавсиялар органни сақловчи ва радикал аралашувларни қўллаш учун кўрсатмаларни аниқлаштирилганлиги, бу эса хирургик травматизмни камайтириш, операциядан кейинги асоратлар частотасини пасайтириш ва ўлим даражасини туширишга имкон берганлиги, олинган натижаларни клиник амалиётга жорий этиш қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳати бўлган беморларга шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш самарадорлигини оширишга, касаллик прогнозини яхшилашга, стационарда қолиш муддатини қисқартиришга ва беморларнинг ҳаёт сифати ўсишига имкон берганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларини ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида:

*биринчи илмий янгилик:* ёш ва жинс тузилиши, жароҳат механизми, хавф омиллари, шифохонага келиш муддатлари ва ҳолат оғирлигини таҳлил қилишни ўз ичига олган беморларнинг демографик ва клиник хусусиятларини комплекс тадқиқ этиш орқали қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳати бўлган беморларнинг клиник профилига хос белгилари асосланганлиги РШТЎИМ Илмий кенгаши томонидан 2023 йил 18 майда 3-

сон билан тасдиқланган «Қорин парда орти бўшлиғи гематомалари бўлган беморларда касалликнинг клиник кечиши, ташхисоти ва даволаш хусусиятлари» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф РШТЎИМ Хоразм филиалининг 19.12.2024 йилдаги 263/1-“Г”-сон буйруғи билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 25 апрелдаги 16/13-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* клиник маълумотларни системалаштириш ташхис аниқлигини ошириш ва даволаш тактикаси танловининг асослигини оширишга ва беморларнинг меҳнатга лаёқатсизлиги давомийлигини қисқартиришга имкон яратди. *Иқтисодий самарадорлиги:* таклиф қилинаётган янги ёндашувларни амалиётга тадбиқ қилиш натижасида меҳнатга лаёқатсизлик давомийлиги ўртача 18,5 кундан 11,2 кунгача қисқартирилиб, ҳар бир беморда 7,3 кунлик фарқ орқали 876 000 сўм иқтисод қилинди; 192 беморда умумий самара 168,2 млн сўмни, республика бўйлаб 1370 шунга ўхшаш ҳолатда эса 1,2 млрд сўмдан ортиқни ташкил этди.

*иккинчи илмий янгилик:* буйрак, ошқозон ости беши ва ўн икки бармоқли ичакнинг ёпиқ жароҳатларида мультиспиралли компьютер томографиясининг диагностик аҳамияти асосланган ва қўллаш учун кўрсатмалар, шунингдек шикастланиш даражасини объектив баҳолаш, қорин парда орти бўшлиғи гематомаларига ишора қилувчи билвосита белгиларни аниқлаш ва хирургик аралашув заруриятини белгилаш имконини берувчи компьютер томографиясининг специфик белгилари аниқлаштирилганлиги РШТЎИМ Илмий кенгаши томонидан 2023 йил 18 майда 3-сон билан тасдиқланган «Қорин парда орти бўшлиғи гематомалари бўлган беморларда касалликнинг клиник кечиши, ташхисоти ва даволаш хусусиятлари» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф РШТЎИМ Андижон филиалининг 03.01.2025 йилдаги 12-сон буйруғи билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 25 апрелдаги 16/13-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* ташхис аниқлиги оширилди, бу оғир шикастланишларни кеч аниқлаш ҳолатларини камайтириш ва даволаш натижаларини яхшилашга хизмат қилади. *Иқтисодий самарадорлиги:* мултислайс компьютер томографиясининг мақсадли қўлланилиши орқали травматик ва кўп ҳаражатли усул ҳисобланмиш диагностик лапаротомия улуши 28,6%дан 9,3%гача камайтирилди, бу эса ҳар бир бемор учун ўртача 540 000 сўм ҳаражатни тежаш имконини берди; 192 беморда умумий иқтисодий самара 103,7 млн сўмни, республика бўйлаб 1370 шунга ўхшаш ҳолатда эса 740 млн сўмдан ортиқни ташкил этди.

*учинчи илмий янгилик:* хирургик тактикани танлаш учун қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг шикастланиш даражасига қараб аъзо сақловчи операциялар ва радикал аралашувлар учун кўрсатмаларни аниқлаштириш, шунингдек асоратлар ва ўлимнинг олдини олиш имконини берган операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичининг частотаси ва

таркибининг прогностик аҳамияти аниқланганлиги РШТЁИМ Илмий кенгаши томонидан 2023 йил 18 майда 3-сон билан тасдиқланган «Қорин парда орти бўшлиғи гематомалари бўлган беморларда касалликнинг клиник кечиши, ташхисоти ва даволаш хусусиятлари» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф РШТЁИМ Бухоро филиалининг 01.04.2024 йилдаги 40-сон буйруғи билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 25 апрелдаги 16/13-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* операциядан кейинги асоратлар частотаси пасайтирилди, ўлим ҳолатлари камайтирилди ва беморларда функционал натижалар яхшиланди. *Иқтисодий самарадорлиги:* стационарда қолиш муддати қисқартирилди, қайта жарроҳлик аралашувлар сони камайтирилди ва соғлиқни сақлаш тизими юки пасайтирилди.

*тўртинчи илмий янгилик:* клиник текширув, ультратовуш текшируви, МСКТ ва видеолароскопияни қўллашга асосланган ташхис аниқлигини ошириш, диагностик хатолар частотасини камайтириш ва даволаш тактикасини оптималлаштириш имконини берувчи комплекс диагностик ёндашувнинг мақсадга мувофиқлиги ва хавфсизлиги асосланганлиги РШТЁИМ Илмий кенгаши томонидан 2023 йил 18 майда 3-сон билан тасдиқланган «Қорин парда орти бўшлиғи гематомалари бўлган беморларда касалликнинг клиник кечиши, ташхисоти ва даволаш хусусиятлари» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф РШТЁИМ Фарғона филиалининг 04.09.2024 йилдаги 122-сон буйруғи билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 25 апрелдаги 16/13-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* ташхисни такомиллаштириш ва даволаш тактикаси шаҳсийлаштирилиши орқали тиббий ёрдам сифати оширилди. *Иқтисодий самарадорлиги:* замонавий визуализация усуллари жорий этиш орқали кенг лапаратомия ҳолатлари 32,5%дан 11,2–13,8%гача камайди, аъзо сакловчи операциялар улуши 18,6%дан 41,3–43,0%гача ошди, операциядан кейинги асоратлар ва стационарда қолиш муддати сезиларли қисқарди. Ҳар бир беморда ўртача 61 000 сўм, 4374 та операцияда эса 266,8 млн сўмгача иқтисод қилинди.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 2 та илмий анжуманларда, жумладан 1 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 42 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 12 та мақола, жумладан, 8 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 129 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш қисмда** олиб борилган тадқиқотнинг долзарблиги ва аҳамияти кўрсатилган, мақсад ва вазифалар белгиланган, тадқиқот объекти ва предмети маълум қилинган, диссертация ишининг Республика илми ва технологиялари устувор йўналишларига мувофиқлиги акс эттирилган. Шунингдек, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амали натижалари ёритилган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг илмий ва амали аҳамияти кўрсатилган, натижалар клиник амалиётга жорий этилиши ҳақида маълумотлар берилган, шунингдек, чоп этилган ишлар ва диссертация структураси ҳақида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларини ташхислаш, оғирлигини баҳолаш ва жарроҳлик даволашда замонавий ёндашувлар»** деб номланган биринчи боби адабиётлар шарҳига бағишланган. Боб 4 та кичик бўлимдан иборат бўлиб, унда қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатлари муаммосига умумий қарашлар, ўн икки бармоқли ичак, меъда ости бези, буйраклар ва травматик қорин парда орти бўшлиғи гематомалари билан боғлиқ масалалар ёритилган. Бобда кўрсатилишича, замонавий визуализация усулларини кенг ва самарали қўллаш, теридан ўтказилувчи, эндоваскуляр ва эндоскопик каминвазив аралашувларни фаол қўллаш қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғи паренхиматоз аъзолари шикастланишларида очик жарроҳлик амалиётлари учун абсолют кўрсатма бўлган тушунчаларни сезиларли равишда ўзгартирди. Шу шароитда меъда ости бези шикастланишларини ташхислаш ва даволашда хирурглар, эндоскопистлар, рентгенологлар ва реаниматологлар ўртасидаги интердисциплинар ҳамкорликнинг аҳамияти ортиб бормоқда.

Диссертациянинг **«Тадқиқот материаллари ва усуллари»** деб номланган иккинчи бобида клиник материал ва қўлланилган тадқиқот усуллари тавсифланган. Диссертация тадқиқоти доирасида 2019 йил 1 январидан 2023 йил 31 декабригача Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика илмий шошилинч тиббий ёрдам маркази (РШТЁИМ) ва унинг Наманган филиалида даволанган қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатлари (ҚПБАЁЖ) билан 192 нафар беморнинг комплекс ташхис ва даволаш натижалари ретроспектив таҳлил қилинди. Мазкур даврда қорин жароҳатлари умумий тузилишида ( $n=1115$ ) ҚПБАЁЖ билан касалланган беморлар улуши 17,2% ни ( $192/1115$ ) ташкил этди.

Тадқиқотга киритилган ҚПБАЁЖ билан беморларнинг ўртача ёши  $39,0 \pm 15,5$  ёшни ташкил қилди, ёш оралиғи 18 дан 76 гачани ташкил этди. Барча механик жароҳатларда бўлганидек, ҚПБАЁЖ кўпроқ юқори меҳнат ва ижтимоий фаолликка эга шахсларда кузатилди. Бу тоифага асосан эркаклар киради (жабрланганларнинг 74,5% –  $143/192$ ), шунингдек ёш ( $64,1\%$ ;  $123/192$ ) ва ўрта ёшдаги ( $24,0\%$ ;  $46/192$ ) шахслар. Қария ва кексалар улуши 12,0% ни ( $23/192$ ) ташкил қилди.

Шошилинич тиббий ёрдам бригадалари орқали 130 нафар (67,7%) жабрланган беморлар етказилди, 55 нафар (28,7%) беморлар ўзи келган, 7 нафари (3,6%) бошқа тиббиёт муассасаларидан йўналтирилган. ҚПБАЁЖ билан беморларнинг клиникага келиши вақтида турли даражадаги спиртли ичимлик таъсири ҳолати 53 нафар (27,6%) беморда аниқланган.

Бошқа анатомик ҳудудлардаги жароҳатлар, жумладан кўкрак ва қорин шикастланишларидан фарқли ўлароқ, ҚПБАЁЖ клиникаси биринчи соатларда ҳамиша аниқ намоён бўлмайди, оғриқ синдроми қорин парда орти бўшлиғи гематомаси ҳажми ортиши билан секин-аста кучаяди. Шу боис, бу гуруҳдаги беморларнинг жароҳат олинган пайтдан клиникага келиши ўртача муддати  $6,6 \pm 7,5$  соатни ташкил қилди, оралиғи 15 дақиқадан 72 соатгача бўлди. Бошқа анатомик ҳудудлардаги ёпиқ жароҳатларда кўплаб беморлар одатда жароҳат олинганидан кейинги биринчи 3 соат ичида клиникага муурожаат қилса, ҚПБАЁЖ билан беморларнинг аксарияти – 139 нафар (72,4%) – кўрсатилган муддатдан кейин клиникага муурожаат қилган.

Қорин парда орти бўшлиғи аъзолари орасида ёпиқ жароҳатларга энг кўп учрайдигани буйраклар бўлиб, бу ҳолат  $2/3$  дан ортиқ ҳолатларда қайд этилган – 129 нафар (67,2%) беморда ташхисланган. Кейинги ўринда меъда ости беши парчаланишлари (52; 27,1%) ва ўн икки бармоқли ичак шикастланишлари (27; 14,1%) туради. Улар орасида 16 нафарда (8,3%) кўрсатилган аъзолар – буйрак, меъда ости беши ва ўн икки бармоқли ичак – бир вақтда шикастланган ҳолатлар аниқланган (1-жадвал).

ҚПБАЁЖ бошқа анатомик ҳудудларнинг ҳам бир вақтда шикастланиши билан юқори частотада кузатилади, бу ҳолат 84 нафарда (43,8%) қайд этилган. Энг кўп жароҳатланган аъзолар қорин бўшлиғи аъзолари – 51 нафар (26,6%), кейин кўкрак қафаси шикастланишлари – 32 нафар (16,7%), бош мия жароҳатлари (БМЖ) – 25 нафар (13,0%), бел ва тос суяклари синганлари – 20 нафар (10,4%), аъзолар – 16 нафар (8,3%) ва найсимон суяклар – 11 нафар (5,7%) ни ташкил қилган (1-жадвал).

Кўпчилик жабрланганларнинг — 166 нафар (86,5%) — жароҳати йўл-транспорт ҳодисалари натижасида (105 ҳолат; 54,7%) ва баландликдан тушишдан (61 ҳолат; 31,8%) келиб чиққан. Қорин парда орти бўшлиғи аъзолари шикастланиши анча камроқ ҳолатларда, яъни калтаклаш натижасида — 18 ҳолатда (9,4%) ва фақатгина алоҳида кузатувларда (5 ҳолат; 2,6%) уй-жойда содир бўлган жароҳатлар орқали рўй берган. Шу каби юқори кинетик механизмлар устунлик қилувчи жароҳатлар структураси бошқа анатомик ҳудудлар ва тизимлар аъзоларининг бир вақтда шикастланишларига олиб келиб, 43,8% (192 бемордан 84) ҳолатларда қайд этилган (1-жадвал). Бундан ташқари, бу 84 беморнинг 45 нафариди (53,6%) кўп маротабали бир вақтда шикастланишлар — икки ва ундан ортиқ анатомик ҳудудларнинг жароҳатланиши кузатилган. Бундай травмотогенез хусусиятлари оғир клиник кечиш, асоратлар хавфини ошириш ва турли профил мутахассислари иштирокида комплекс бемор бошқарувини талаб қилади.

Йўл-транспорт ҳодисалари ва баландликдан тушиш каби юқори

энергияли жароҳат механизмлари клиник намоён бўлишга бевосита таъсир кўрсатди: ҚПБАЁЖ билан беморларнинг фақат ярмидан кўпи — 106 нафар (55,2%) — ўрта оғирликдаги ҳолатда клиникага етказилган. Қолган 86 нафар (44,8%) беморлар эса шошилиш ҳолатда оғир (70 ҳолат; 36,5%) ва жуда оғир (16 ҳолат; 8,3%) ҳолатда бўлган. Ҳар учинчи беморда — 55 нафар (28,6%) — онгнинг бузилиши қайд этилган: 44 ҳолатда (22,9%) чархалик, 8 ҳолатда (4,2%) сопор ва 3 ҳолатда (1,6%) кома кузатилган.

1-жадвал

**Қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатларининг анатомик тузилиши, n=192**

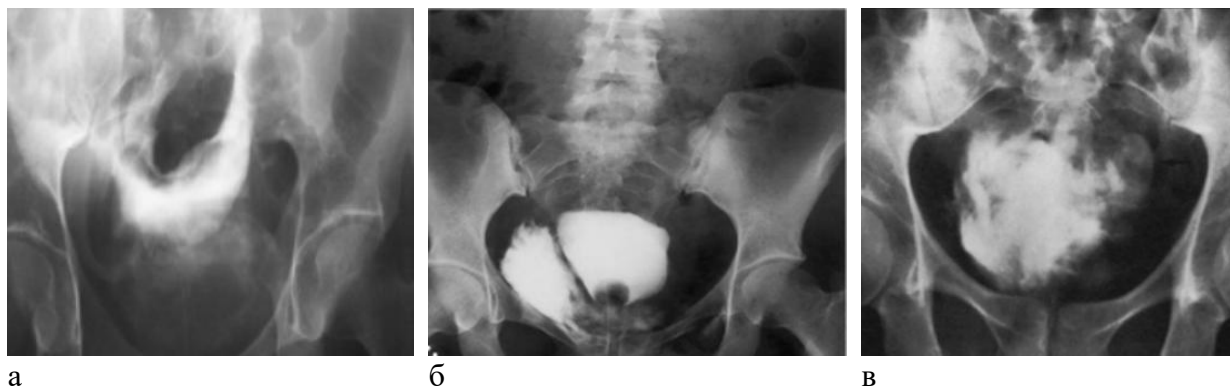
Шикастланиш хусусияти	Беморлар сони	
	Абс.	%
Буйраклар ёрилиши	119	62,0
Меъда ости беzi ёрилишлари	43	22,4
12 б/и ретроперитонеал қисми жароҳати	14	7,3
Буйраклар + 12 б/и	7	3,6
Меъда ости беzi + 12 б/и	6	3,1
Буйраклар + меъда ости беzi	3	1,6
Шунингдек, бошқа анатомик ҳудудларнинг кўшма шикастланишлари.	84	43,8
– қорин	17	8,9
– кўкрак қафаси + қорин	13	6,8
– БМЖ + кўкрак қафаси + қорин	8	4,2
– БМЖ	7	3,6
– қорин + чаноқ + оёқ	6	3,1
– кўкрак қафаси	6	3,1
– оёқ	4	2,1
– чаноқ	3	1,6
– БМЖ + қорин + чаноқ	3	1,6
– БМЖ + кўкрак қафаси + чаноқ	3	1,6
– умуртқа + чаноқ	3	1,6
– умуртқа + оёқ	3	1,6
– БМЖ + оёқ	2	1,0
– қорин + умуртқа	2	1,0
– умуртқа	2	1,0
– БМЖ + кўкрак қафаси + қорин + чаноқ + оёқ + умуртқа	1	0,5
– БМЖ + кўкрак қафаси + қорин + чаноқ	1	0,5

Диссертациянинг «Буйракнинг ёпиқ шикастланишлари» деб номланган учинчи бобида 18 дан 76 ёшгача бўлган 129 нафар буйракнинг ёпиқ жароҳати билан касалланган беморларнинг ташхис ва даволаш натижалари тақдим этилган, ўртача ёш  $42,3 \pm 12,2$  ёшни ташкил қилган. Буйракнинг ёпиқ жароҳати билан беморларнинг абсолют кўпчилиги — 118 нафар (91,5%) — ёш

(68; 52,7%) ва ўрта ёшдаги (50; 38,8%) шахслардан иборат бўлган. Эркаклар устунлик қилган — 92 нафар (71,3%) бемор, аёллар эса 37 нафар (28,7%) ни ташкил қилган. Ижтимоий фаол контингент устунлиги муаммонинг нафақат клиник, балки ижтимоий-иқтисодий жиҳатдан ҳам долзарблигини кўрсатади.

Буйракнинг бир вақтда шикастланиши 46 нафар (35,7%) жабрланганларда аниқланди, изоляцион ҳолатда эса 83 нафарда (64,3%) кузатилган. Шунингдек, 4 ҳолатда (3,1%) жароҳат хамроҳ патология бўлган буйрақларда кузатилган, улар орасида 2 ҳолатда сийдик-тош касаллиги, 1 ҳолатда қўш буйрак ва яна 1 ҳолатда орган поликистоз ҳолати қайд этилган. Буйрак жароҳати билан беморларда травма оғирлиги Injury Severity Scoring (ISS) шкаласи бўйича ўртача  $25,6 \pm 9,2$  баллни ташкил қилган. Бу беморларнинг ҳолат оғирлиги Revised Trauma Score шкаласи бўйича ўртача  $6,468 \pm 2,549$  баллни ташкил қилган.

Буйрак шикастланишининг клиник ва УТТ белгилари бўлган барча беморлар, шунингдек бел ва тос суюқлари синган беморларда сийдик пуфаги катетеризацияси бажарилган. Шу вақтда макрогематурия 85 нафарида (65,9%) аниқланди, микрогематурия — 30 нафарида (23,3%), 14 ҳолатда (10,9%) буйрак шикастланиши гематурия белгисиз кечган. Клиник ёки эхографик белгилар бўлган 38 нафар (29,5%) беморларда гемодинамика барқарор ҳолатда бўлганида контрастли МСКТ амалга оширилган. Гематурия ёки қорин бўшлиғида эркин суюқлик эҳобелгиси Зельдович синовини ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланган. Бу диагностика синови мусбат ёки шубҳали натижа берса, ретроград цистография ўтказилган (1-расм).



**1-расм. Кўтарилувчи цистография: а) контраст модданинг қорин бўшлиғига чиқиши (экстравазация); б) қорин бўшлиғи ташқарисида сийдик пуфаги шикастланиши; в) сийдик пуфаги бўшатиладан сўнг контрастнинг сийдик пуфаги атрофи ёғ тўқимасида қолиб кетиши.**

Буйракнинг I–III даражадаги шикастланиш белгиларга эга беморларда (68 нафар) биринчи навбатда консерватив терапия қўлланилган. Аммо 2 ҳолатда (3,0%) III даражали буйрак шикастланиши бўлган беморларда консерватив терапия олиб борилаётган пайтда қорин парда орти бўшлиғи гематомаси ҳажми ошиши қайд этилган ва бу кечиктирилган жарроҳлик аралашуви учун кўрсатма бўлган — буйрак ёрилишини тикиш амалиёти бажарилган. Шундай қилиб, кузатувларимизда консерватив терапия жами 66 нафарда (51,2%)

қўлланилган, улар орасида I даражали буйрак шикастланиши билан 100% (37/37), II даражалида 80,8% (21/26), III даражалида эса 23,5% (8/34) беморлар учун қўлланилган (2-жадвал). Кўрсатилган муддатларда таҳлил қилинган параметрларда салбий динамика кузатилмагани консерватив терапиянинг самарали эканлигини кўрсатган.

II даражали буйрак шикастланиши бўлган 26 нафар беморнинг 5 нафарида (19,2%) орган шикастланиши қорин парда орти бўшлиғи гематомаси зонасининг жарроҳлик давридаги интраоперацион текшируви орқали аниқланган. Бу ҳолатлар гемоперитонеумнинг клиник, УТТ ва МСКТ белгиларидан келиб чиқиб амалга оширилган шошилиш лапаротомия пайтида рўй берган. Ушбу ҳолатларда гемостаз буйрак ёрилишини тикиш орқали таъминланган.

## 2-жадвал

### Буйрак шикастланиши оғирлиги (AAST-OIS таснифи) ва бажарилган операциялар хусусияти, n=129

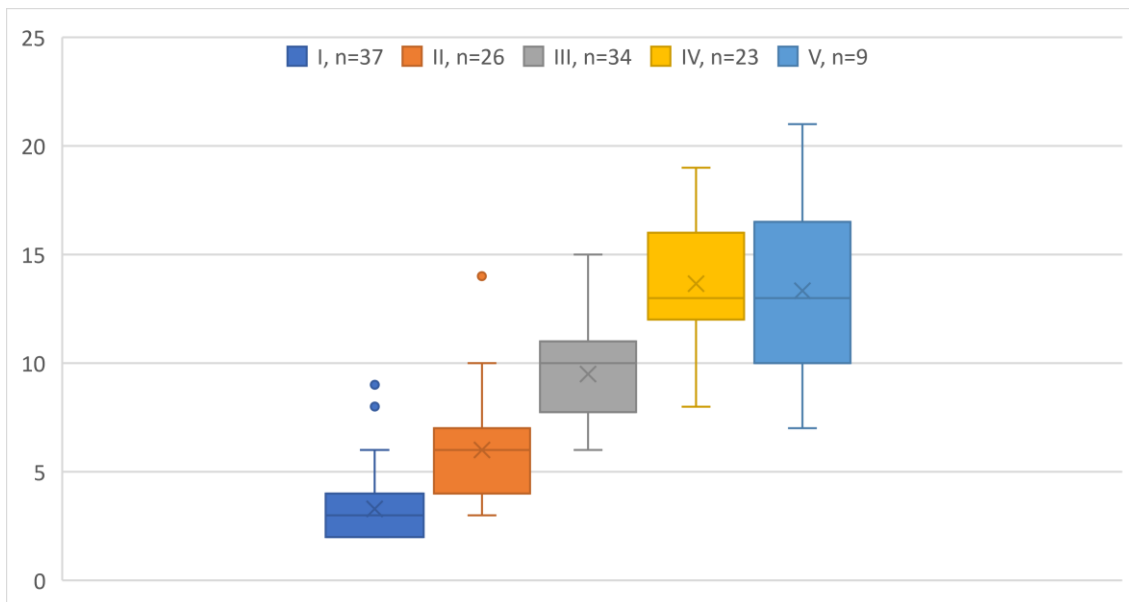
AAST-OIS	Жами беморлар		Консерватив терапия		Ёрилишни тикиш		Сегмент резекцияси		Нефр-эктомия	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I	37	28,7	37	100,0	-	-	-	-	-	-
II	26	20,2	21	80,8	5	19,2	-	-	-	-
III	34	26,4	8	23,5	21	61,8	4	11,8	1	2,9
IV	23	17,8	-	-	5	21,7	5	21,7	13	56,5
V	9	7,0	-	-	-	-	-	-	9	100,0
Жами	129	100	66	51,2	31	24,0	9	7,0	23	17,8

Буйрак ёрилишлари билан боғлиқ органни сақлайдиган операциялар жами 40 ҳолатда (31,0%), шу жумладан юқорида қайд этилган 5 ҳолат ҳам бажарилган. Аксарият ҳолатларда — 31 нафар (24,0%) беморда — гемостаз орган ёрилишини тикиш орқали таъминланган, 9 нафар (7,0%) беморда шикастланган буйрак соҳасини резекция қилиш амалга оширилган. Органни сақлайдиган аралашувлар асосан AAST-OIS классификацияси бўйича III ва IV даражали буйрак ёрилишларида амалга оширилган (2-жадвал).

Буйрак паренхимасининг V даражали ёрилиши ва парчаланишининг барча 9 ҳолати (100%) нефрэктомия билан яқунланган. Шунингдек, IV даражали ёрилишларда 56,5% (13/23) ва III даражали шикастланишларда 2,9% (1/34) ҳолатларда буйракни олиб ташлаш амалга оширилган (2-жадвал).

Буйрак шикастланиши билан касалланган беморларни стационарда ўртача даволаш муддати  $8,0 \pm 4,6$  кунни ташкил қилган. Беморларнинг стационардаги қолиш муддати шикастланиш оғирлигига боғлиқ равишда узайган: I даражада  $3,3 \pm 1,6$  кундан IV ва V даражада  $13,7 \pm 2,9$  ва  $13,3 \pm 4,4$  кунгача (2-расм).

Шу каби боғлиқлик РИТБ (реанимация ва интенсив терапия бўлими) даги қолиш муддатларида ҳам кузатилган: I–II даражали шикастланишлари бўлган беморларда ўртача 1 кундан ортиқ эмас (мос равишда  $0,2 \pm 0,6$  ва  $0,7 \pm 1,1$  кун), IV даражада эса бу кўрсаткич  $4,9 \pm 2,6$  кунга етган. Ўртача, интенсив терапия РИТБ шароитида  $1,7 \pm 2,3$  кун давомида талаб қилинган.



**2-расм. Буйрак шикастланиш оғирлигига боғлиқ равишда беморларни стационарда даволаш муддатлари. Тушунтириш матнда.**

Урологик, нефрологик ва маҳаллий асоратлар частотаси ҳам шикастланиш оғирлигига бевосита боғлиқ бўлган. Асоратлар ўртача 17,1% (22/129) ни ташкил қилган, I даражали шикастланишли беморларда асоратлар 2,7% (1/37) ҳолатда қайд этилган, III ва IV даражали шикастланишларда эса асоратлар частотаси 23,5% (8/34) ва 30,4% (7/23) га ошган. V даражали шикастланишда нефрэктомия қилинган беморларда урологик асоратлар кузатилмаган, аммо қорин парда орти бўшлиғи гематомасининг йиринглаши I ҳолатда (11,1%; 1/9) қайд этилган.

Энг кўп учрайдиган асорат – пиелонефрит 6,2% ҳолатда (8/129) қайд этилган. Бу асорат частотаси шикастланиш оғирлиги ошгани сари ортиб, III даражада 11,8% ва IV даражада 8,7% ни ташкил қилган. Буйрак жароҳатлари асоратлари структурасида пиелонефритдан сўнг иккинчи ўрин уринома/буйрак атрофи абсцессларига тўғри келган, улар 6 нафар (4,7%) беморда, асосан III (5,9%) ва IV (8,7%) даражали шикастланишларда аниқланган.

Буйракнинг шикастланиши бўлган беморларда посттравматик даврдаги кам учрамайдиган асоратлардан бири бўлган ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ) 4 нафар (3,1%) беморда аниқланган, уларнинг ярми (2 ҳолат) IV даражали шикастланиш билан боғлиқ бўлган. Қорин парда орти бўшлиғи гематомасининг йиринглаши 2 нафар (1,6%) беморда аниқланган, улар IV даражали (4,3%) ва V даражали (11,1%) шикастланишда бўлган. Шунингдек, II ва III даражали шикастланишларда 2 беморда (1,6%) уросепсис ривожланиб, оғир интоксикация, гипертермия ва тахикардия билан кечган.

Консерватив терапия кўрсатмалари кенгайтирилган бўлиб, AAST-OIS классификацияси бўйича I–II даражали ва қисман III даражали буйрак шикастланиши бўлган 66 беморда (51,2%) муваффақиятли қўлланилган. Буни амалга ошириш учун гемодинамика ва қон кўрсаткичлари тўғри мониторинг

қилиниши, доимий УТТ назорати ва кузатувнинг 24–48 соатдан кейин такрорий МСКТ ўтказилиши талаб этилган. Шу ҳолатда консерватив терапиянинг мақбуллиги ва хавфсизлиги тасдиқланган. Бу тоифадаги нисбатан енгил буйрак шикастланиши бўлган беморларда стационарда ўртача даволаш муддати  $6,2 \pm 2,1$  кун, РИТБда қолиш муддати  $0,4 \pm 0,8$  кунни ташкил қилган. Специфик асоратлар 7 беморда (10,6%) қайд этилган, ўлим ҳолатлари қайд этилмаган (3-жадвал).

Юқорида қайд этилган 66 (51,2%) беморда консерватив терапия билан муваффақиятли даволанган ҳолатларга кўшимча равишда, шикастланган буйракнинг ҳаётчанлигини яна 40 (31,0%) беморда тиклаш муваффақиятли амалга оширилган: 31 беморда (24,0%) ёрилишни тикиш орқали ва 9 ҳолатда (7,0%) шикастланган қисмни резекция қилиш орқали (3-жадвал).

### 3-жадвал

#### Буйракнинг ёпиқ шикастланиши бўлган беморларнинг даволаш натижалари, n=129

Кўрсаткич	Консерватив, n=66	Ёрилишни тикиш, n=31	Зарарланган соха резекцияси, n=9	Нефрэктомия, n=23	Жами, n=129
Стационар даволаниш муддати, кун, $M \pm \sigma$	$6,2 \pm 2,1$	$8,8 \pm 2,6$	$10,4 \pm 2,7$	$12,6 \pm 3,1$	$8,0 \pm 4,6$
РИТБ да даволаш муддати, кун, $M \pm \sigma$	$0,4 \pm 0,8$	$1,2 \pm 0,9$	$2,2 \pm 1,2$	$3,6 \pm 1,8$	$1,7 \pm 2,3$
Урологик, нефрологик ва маҳаллий асоратлар сони, абс. (%)					
Барча асоратлар	7 (10,6)	11 (35,5)	3 (33,3)	1 (4,3)	22 (17,1)
– Пилонефрит	3	5	0	0	8
– Уринома / буйрак атрофи абсцесси	2	4			6
– Уросепсис	1	1			2
– ҚПБ гематомаси йиринглаши			1	1	2
– ЎБЕ	1	1	2		4
Ўлим, абс. (%)	–	3 (9,7)	2 (22,2)	3 (13,0)	8 (6,2)

AAST-OIS классификацияси бўйича III–IV даражали буйрак шикастланишларида органни сақлаш тактикаси қўлланилган хирургик даволашда, специфик постоператив асоратлар сони 35,5 ва 33,3% гача ошганига қарамай, натижалар қониқарли бўлган, асоратларнинг аксарияти антибактериал терапия ва миниинвазив санация усуллари орқали самарали бартараф қилинган. Шу билан бирга, госпитализация ва РИТБда қолиш муддатлари сезиларли ошмаган ва бошқа қорин парда орти бўшлиғи

органларига очик жарроҳлик операцияларига хос ўртача кўрсаткичлар доирасида қолган. Аниқ қилиб айтганда, ёрилишни тикиш орқали даволанган беморларда (n=31) стационарда ўртача даволаш муддати  $8,8 \pm 2,6$  кун, РИТБда бўлиш муддати  $1,2 \pm 0,9$  кунни ташкил этган. Шикастланган соха резекция қилинган беморларда бу кўрсаткичлар 1–1,5 кунга юқори бўлиб, стационарда  $10,4 \pm 2,7$  кун ва РИТБда  $2,2 \pm 1,2$  кунни ташкил қилган. Органни сақлаш операцияларидан кейин ўлим кўрсаткичи 9,7 дан 22,2% гача бўлган (3-жадвал), бироқ бирорта ҳолатда ҳам салбий натижа бевосита хирургик аралашувга хос махсус асоратлар билан боғлиқ бўлмаган.

AAST-OIS классификацияси бўйича шикастланиш оғирлигини ҳисобга олган ҳолда буйракнинг ёпиқ жароҳатлари билан оғриган беморларда даволаш тактикасини танлаш бўйича таклиф этилган персоналлаштирилган ёндашув консерватив терапия ва аъзо сақловчи операциялар учун кўрсатмаларни кенгайтиришни назарда тутди. Бу эса нефрэктомия частотасини 17,8% (23/129) гача камайтириш имконини берди. Ушбу операция операциядан кейинги асоратлар (4,3%) ва леталлик (6,2%) паст кўрсаткичлар билан тавсифланса-да, беморларнинг аксариятида бошқа анатомик зоналарнинг биргаликдаги шикастланишлари мавжуд бўлган ҳолларда амалга оширилган. Шу сабабли стационарда даволанишнинг ўртача муддати ( $12,6 \pm 3,1$  кун) ва РИТБда бўлиш даври ( $3,6 \pm 1,8$  кун) бироз узайган (3-жадвал).

Умуман олганда, 129 нафар бемордан иборат танлов бўйича стационарда даволанишнинг ўртача давомийлиги  $8,0 \pm 4,6$  кунни, РИТБда бўлиш муддати эса  $1,7 \pm 2,3$  кунни ташкил этди. Асоратлар 22 (17,1%) беморда кузатилди, госпитал леталлик эса 6,2% (8 ҳолат) гача етди (3-жадвал).

Ёпиқ буйрак шикастланишларида умумий госпитал леталлик бизнинг кузатувларимизда 6,2% (8/129) ни ташкил этди. Ноқулай натижа ривожланиш хавфи, аввалги икки кўрсаткич каби, тўғридан-тўғри буйрак шикастланишининг оғирлигига боғлиқ эди. Жумладан, I даражали шикастланишда ўлим ҳолатлари қайд этилмаган. II даражада леталлик 3,8% (1/26) ни ташкил қилган бўлса, III даражада 11,8% (4/34) гача етган. Кейинги даражаларда эса IV даражали шикастланишда 8,7% (2/23) ва V даражада 11,1% (1/9) оралиғида кузатилган (4-жадвал).

#### 4-жадвал

#### Изоляцияланган ва қўшма буйрак шикастланиши бўлган беморларда ўлим даражаси, n=129

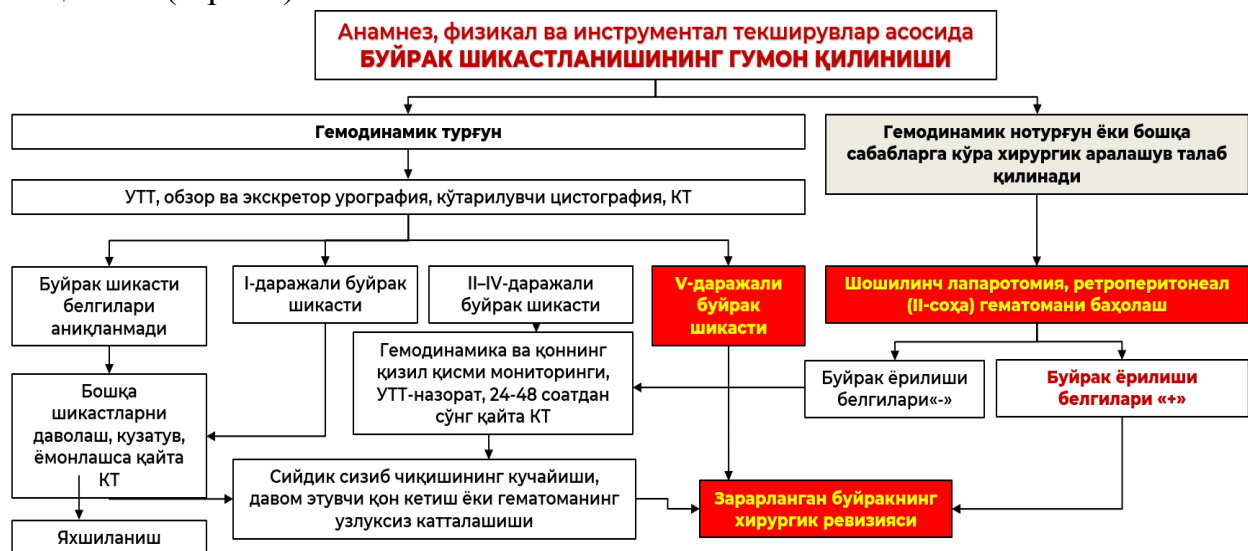
Буйрак шикастланиши табиати	Жами беморлар	Ўлим	%
AAST-OIS бўйича шикастланиш даражаси, дар.	I	37	-
	II	26	1
	III	34	4
	IV	23	2
	V	9	1
Изолирланган жароҳат	83	3	3,6
Қўшма жароҳат	46	5	10,9
Жами	129	8	6,2%

Леталлик кўрсаткичига буйрак шикастланиши билан бирга бошқа анатомик зоналарнинг шикастланиши ҳам сезиларли даражада салбий таъсир кўрсатади. Жумладан, изоляцияланган буйрак шикастланишларида леталлик 3,6% (3/83) ни ташкил этган бўлса, бирлашган травмаларда ноқулай натижа 10,9% (5/46) ҳолатда қайд этилган (4-жадвал).

Изоляцияланган буйрак шикастланиши бўлган 3 беморда ўлим ҳолатларининг сабаблари уросепсис (1), ўткир миокард инфаркти (1) ва ўпка артериялари тромбоемболияси (1) бўлган. Бу ҳолатлар, айниқса ҳамроҳ касалликлари мавжуд беморларда, урологик ҳамда тизимли асоратларни ўз вақтида олдини олиш ва даволашнинг аҳамиятини яна бир бор тасдиқлайди (4-жадвал).

Буйракнинг биргаликдаги шикастланиши билан 5 ўлим орасида ўлимнинг асосий сабаблари оғир БМЖ (2), жигар шикастланиши (1) ва талоқнинг шикастланиши (1) туфайли катта қон йўқотиш оқибатлари бўлди. Яна 1 ҳалокатли натижа ретроперитонеал гематоманинг йиринглаши фонида ривожланган полиорган етишмовчилиги билан сепсис сабаб бўлди.

Тадқиқот натижалари ва тўпланган клиник тажрибани ҳисобга олган ҳолда, гемодинамикани, МСКТ маълумотларини бирламчи баҳолаш ва аниқланган жароҳатларнинг оғирлигини табақалаштиришга асосланган ёпиқ буйрак шикастланишларини ташхислаш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилган (3-расм).



**3-расм. Буйракларнинг ёпиқ шикастланишларини даволаш тактикасини танлаш алгоритми.**

РШТЁИМ ва унинг 13 та вилоят филиаллари шароитида, вени ичи контрастлаш ва кечиктирилган экскретор фаза билан мультиспирал компьютер томографияси (МСКТ) ўтказиш учун техник имконият мавжуд бўлган ҳолларда, гемодинамик жиҳатдан барқарор беморларга қорин бўшлиғи ва чаноқ аъзоларининг КТ текшируви амалга оширилади. Бу буйрак паренхимасининг шикастланиш даражасини, томирларни ва косача-жомча тизимининг ҳолатини, шунингдек, уринар экстравазация мавжудлигини аниқлаш имконини беради.

Агар буйрак травмаси ёки сийдик оқиши аломатлари бўлмаса, даволаш бошқа жароҳатларга қаратилган бўлади ва бемор динамик кузатув остида қолади. I–IV даражали травма тасдиқланса, даволаш тактикаси жароҳат турига қараб белгиланади. Агар кичик ҳажмли уринар экстравазация аниқланса, 48–72 соатдан сўнг МСКТ билан қайта назорат қилиш билан кузатувчи тактикага афзаллик берилади. Консерватив даволашда ижобий динамика кузатилса давом этилади, ёмонлашса – жарроҳлик коррекциясини қўллаш ҳақида қарор қабул қилинади.

МСКТни контраст билан ўтказиш имконияти бўлмаган туман ва туманлараро муассасаларда ташхис ва даволаш тактикаси клиник кўриниш, гемодинамик ҳолат ва УТТ натижалари асосида белгиланади. Агар фавқулодда лапаротомия учун кўрсатма бўлса (масалан, интраабдоминал қон кетиши аломатлари, катталашувчи ретроперитонеал гематома) II зона (буйрак атрофи соҳаси) нинг интраоперацион ревизияси мажбурий ҳисобланади. Агар гематома йўқ бўлса, жарроҳ эътиборини бошқа жароҳат манбаларига қаратган ҳолда ҳаракат қилади. Ретроперитонеал гематома аниқланса, кейинги тактика унинг хусусиятига боғлиқ: гематома барқарор бўлса динамик кузатув ва кейинчалик юқори жиҳозланган марказга КТ учун босқичма-босқич ўтказиш мумкин; фаол қон кетиши аломатлари бўлса – тезкор жарроҳлик аралашуви кўрсатилади.

AAST-OIS шкаласи бўйича V даражали травма ёки девитализацияланган буйрак аниқланиши ҳар доим фавқулодда жарроҳлик ревизияси учун мутлақ кўрсатма ҳисобланади, одатда нефрэктомия бажарилади, чунки назоратсиз қон кетиши юқори хавфли ва органнинг функционал тикланиш эҳтимоли йўқ.

Шу тариқа, алгоритм фавқулодда ёрдам кўрсатишнинг асосий тамойиллари асосида тузилган: гемодинамик ҳолатни дастлабки баҳолаш, техник имконият бўлганда контрастли КТдан фойдаланиш, лапаротомияда II зона ревизиясининг мажбурийлиги ва орган сақловчи ёки радикал аралашув кўрсатмаларини қатъий бажариш. Уни қўллаш асоссиз нефрэктомияларни минималлаштириш, енгил ва ўрта даражали жароҳатларда буйрак функциясини сақлаш ҳамда кўп босқичли шошилиш тиббий ёрдам тизими шароитида буйрак травмаларини ташхислаш ва даволашда ёндашувни стандартлаштириш имконини беради.

Диссертациянинг **“Меъда ости безининг ёпиқ шикастланиши”** деб номланган тўртинчи бобида меъда ости бези (МОБ) шикастланган 52 беморни жарроҳлик даволаш натижалари келтирилган. Беморларнинг ўртача ёши  $40,1 \pm 8,6$  йилни ташкил қилди. Беморлар орасида эркаклар мутлақ асосни ташкил қилди – 40 (76,9%) нафар. МОБ нинг ёпиқ травмаларининг сабаблари структурасида энг кўп учрайдигани йўл-транспорт ҳодисалари бўлиб, улар 22 (42,3%) беморда қайд этилган. Энг кўп учраган иккинчи сабаб – уйдаги травма бўлиб, 11 (21,2%) ҳолатни ташкил этган, ундан сўнг баландликдан тушиш – 9 (17,3%), жинойи травма – 5 (9,6%) ва спорт травмалари – 4 (7,7%) ҳолатда қайд этилган. Фақат бир ҳолатда (1,9%) травма сабаби иш вақтидаги ҳодиса бўлган.

МОБ травмаларида тез тиббий ёрдам бригадалари томонидан беморлар ташилиши нисбатан паст бўлиб, 19 (36,5%) ҳолатни ташкил этган. Кўпчилик жабрланганлар – 29 (55,8%) киши – ҳодиса жойидан ёки баъзи вақт ўтгандан сўнг ҳолат ёмонлашганда ўзлари клиникага келган ёки ҳамроҳ транспортда ташилган. Яна 4 (7,7%) бемор бошқа даволаш муассасаларидан кўчирилган.

Беморларнинг травма олинганидан сўнг биринчи «олтин» соат ичида клиникага госпитализация қилиниши кўрсаткичи қониқарсиз бўлиб қолмоқда – фақат 21 (40,4%) бемор ушбу муҳим даврда мурожаат қилган. Травма олинганидан сўнг биринчи уч соатда яна 13 (25,0%) бемор госпитализация қилинган, ва шикастдан кейинги биринчи сутка ичида – 14 (26,9%) киши. Травма олинганидан кейинги иккинчи ва кейинги кунларда бошқа даволаш муассасаларидан 4 (7,7%) бемор қабул қилинган ёки кўчирилган.

МОБнинг ёпик травмаларида беморларнинг умумий ҳолати клиникага келганида фақат 16 (30,8%) беморда енгил (2; 3,8%) ёки ўртача оғир (14; 26,9%) деб баҳоланган. Кўпчилик жабрланганлар (36; 69,2%) эса оғир (26; 50,0%) ёки жуда оғир (10; 19,2%) ҳолатда бўлган.

Ультратовуш текшируви (УТТ) МОБ травмалари бўлган беморларни текширишда асосий скрининг усули сифатида барча 52 беморда клиникага қабул қилинганда, шунингдек динамик кузатув ва операциядан кейинги даволаш давомида ўтказилган. Бошланғич УТТ маълумотларига кўра, қорин бўшлиғида эркин суюқлик 12 (23,1%) беморда аниқланмаган. 28 (53,8%) беморда суюқлик чегараланган миқдорда аниқланган, асосан жигар ости бўшлиғида, талоқ атрофида ва кичик чаноқ бўшлиғида. 12 (23,1%) нафар жабрланганларда суюқлик катта ҳажмда аниқланган ва қорин бўшлиғининг барча бўлимларига тарқалган. Турли жойлашувдаги қорин орти гематомаси (буйрак атрофи тўқимаси, МОБ яқинида ёки жигар ва талоқ ҳудудида) 16 (30,8%) беморда ташхисланган.

Изоляцияланган МОБ травмаси 15 (28,8%) жабрланганларда аниқланган, кўшма жароҳат эса 37 (71,2%) беморда қайд этилган. Энг кўп учраган ҳолатларда МОБ травмалари кўшни паренхиматоз органларнинг яллиғланиши билан боғлиқ бўлган: талоқ (10; 19,2%), жигар (9; 17,3%) ва 12 б/и (6; 11,5%). Баъзи ҳолатларда буйраклар (3; 5,8%) ва меъданинг (1; 1,9%) кўшма жароҳатлари кузатилган. Шунингдек, МОБнинг ёпик травмалари кўпинча бош мия травмалари (7; 13,5%) ва умуртқа-орқа мия травмалари (4; 7,7%), шунингдек чаноқ (3; 5,8%) ва оёқ-қўл (2; 3,8%) суяклари синган ҳолатлар билан бирга кузатилган. Оёқ-қўл ва қовурға суяқларининг биргаликда синиши ҳар бири 2 (3,8%) ҳолатни ташкил қилган.

Панкреатик шикастланиш даражасини интраоператив баҳолаш учун 1985 йилда таклиф қилинган D. Smego классификациясидан фойдаланилган<sup>5</sup>. Ушбу классификацияга кўра, кўпчилик беморларда шикастланишнинг оғирлиги I ёки II даража сифатида баҳоланди: паренхима шикастланмаган минимал лат ейиш ёки субкапсуляр гематома 16 (30,8%) беморларда (I-даража) аниқланди,

---

<sup>5</sup>Smego D.R., Richardson J.D., Flint L.M. Determinants of Outcome in Pancreatic Trauma. The Journal of Trauma. 1985;25(8):771-776.

без канали зарарланмаган холда паренхима ёрилиши (II-даража) 19 (36,5%) беморда ташхисланган. 11 (21,2%) беморда без каналининг шубҳали ёки мавжуд шикастланиши (III-даража) билан паренхиманинг чуқур ёрилиш, 6 (11,5%) беморда эса безнинг массив майдаланиши (IV-даража) кузатилган.

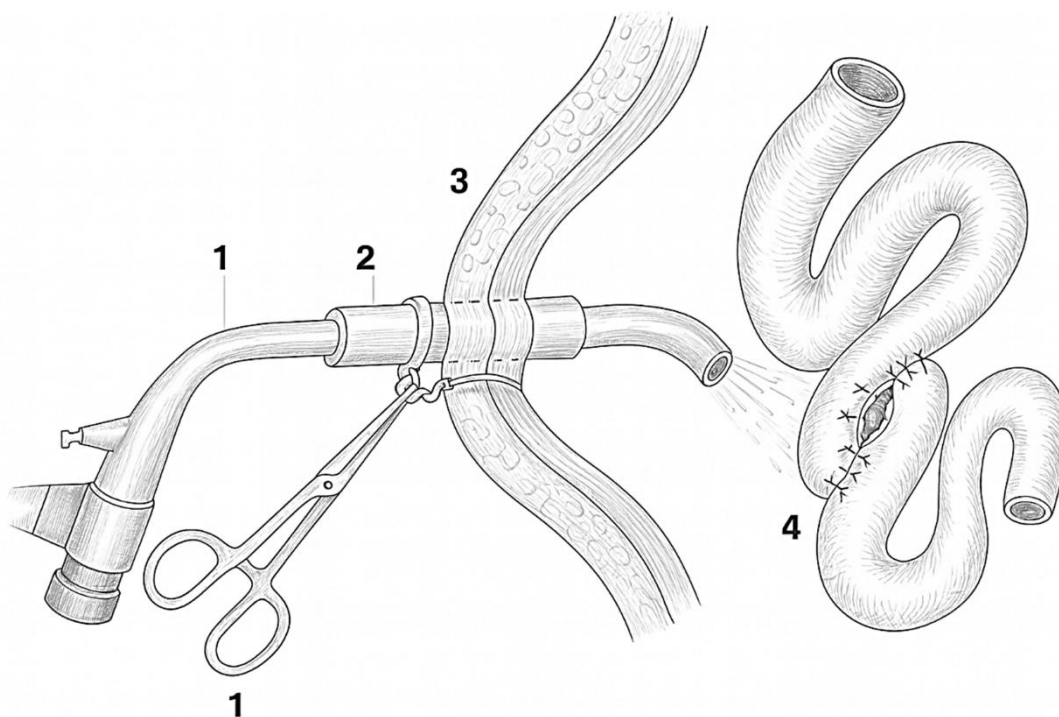
МОБнинг ёпиқ шикасти бўлган 52 беморда кўп холларда безнинг тана қисми шикастланган – 21 (40,4%), камроқ холларда эса безнинг дум қисми – 14 (26,9%) ва бошчаси – 11 (21,2%) шикастланган. Икки ёки ундан ортик анатомик зоналарни қамраб олган без паренхимасининг массив шикастланиши 6 (11,5%) беморда аниқланган.

МОБ травмаларида ташхисот ва даволаш учун видеолапароскопия 32 (61,5%) беморда қўлланилган. Ушбу аралашув учун асосий кўрсатмалар қуйидагилардан иборат бўлди: ички органлар зарарига шубҳа ва УТТ ёки КТ маълумотларига кўра қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлиги – 18 (56,3%) беморда, клиник кўриниш ноаниқ бўлиб перитонит шубҳаси – 8 (25,0%) беморда, шунингдек кўшма жароҳатлар ҳолатида «превентив лапароскопия» зарурати – 6 (18,8%) беморда.

Видеолапароскопия қилинган барча 32 нафар МОБ травмали беморда интраоперацион даврда қорин бўшлиғида турли ҳажмда эркин суюқлик аниқланган: жигар ости соҳасида ва талоқ атрофида – 24 (75,0%) беморда, кичик чанок бўшлиғида – 18 (56,3%) беморда. Фибриноз қопламалар ёки перитонитнинг бошланғич белгилари 12 (37,5%) беморда кузатилган, ретроперитонеал гематомалар (буйрак атрофи ёки МОБ худуди) – 16 (50,0%) беморда аниқланган. Бошқа органлар (жигар, талоқ, меъда, ичак) шикасти 10 (31,3%) беморда ташхисланган.

Видеолапароскопияни лапаротомияга ўтказиш 8 (25,0%) ҳолатда талаб қилинди. Конверсиянинг асосий сабаблари қуйидагилар бўлди: катта қорин орти гематомаси туфайли зарарланган жойни тўлиқ кўриб бўлмаслиги – 5 (15,6%) беморда, МОБ каналига сезиларли зарар бўлиши эҳтимоли, кенгроқ ташхис ва оператив аралашувни талаб қилувчи ҳолат – 2 (6,3%) беморда, шунингдек қон кетишнинг кучайиши ва тезкор жарроҳлик аралашувини талаб қилиниши – 1 (3,1%) беморда. Шу тариқа, МОБнинг ёпиқ травмаларида видеолапароскопиянинг муваффақиятлилик кўрсаткичи 75% (24/32) ни ташкил қилди. 2 беморда видеолапароскопия РШТЁИМ усули бўйича лапаропорт ўрнатиш билан тугалланиб, операциядан кейинги даврда динамик программалаштирилган фибролапароскопия учун ишлатилган (4-расм).

Панкреатик шикастланган 52 беморнинг 28 (53,8%) нафарида очик лапаротомия операциялари, шу жумладан 20 (38,5%) нафарида бирламчи лапаротомия ва 8 (15,4%) нафарида конверсияланган видеолапароскопия амалга оширилган. Бирламчи кенг лапаротомия (n=20) учун асосий кўрсатмалар диффуз перитонитнинг клиник кўриниши (8 ҳолат; 40%), 500 мл дан ортик ҳажмли гемоперитонеумнинг УТТ/КТ- белгилари (7; 35%), ошқозон ости безининг массив шикастланиши (3; 15%) ва катталашувчи ўсаётган ретроперитонеал гематома (2; 10%).



**4-расм. РШТЎИМ усули бўйича программаланган фибролапароскопияни бажариш схемаси: 1) мослашувчан эндоскоп, 2) лапаропорт, 3) қориннинг олд девори, 4) патология сохаси.**

Лапаротомиялар ( $n=28$ ) давомида МОБнинг массив майдаланиши 6 (21,4%) беморда аниқланган, асосий панкреатик каналга зарар билан бирга безнинг ёрилиши – 11 (39,3%), юзаки ёрилишлар – 9 (32,1%) ва 2 (7,1%) ҳолатда ёрилишларсиз капсула ости гематомаси аниқланган. Шунингдек, қўшма шикастланишлар қуйидагича қайд этилган: жигар – 3 (10,7%), талоқ – 2 (7,1%), 12 б/и – 1 (3,6%) беморда.

I–II даражали зарарланган беморларда ( $n=11$ ) операциялар органи сақловчи характерда ўтказилган. 6 (54,5%) ҳолатда МОБ паренхимасининг юзаки ёрилган жойлари тикилиб, зарарланган соха дренажланган. 3 (27,3%) беморда капсула ости гематомаси мавжуд бўлгани учун гематома аспирация ва санация қилинган, дренажланган. 2 (18,2%) ҳолатда капсуланинг кичик ёрилишларида капсула тикилиб, панкреатик секреция тўпланишини олдини олиш учун бир вақтда ташқи дренаж ўрнатилган (5-жадвал).

III–IV даражали зарарланган, МОБ паренхимасининг ёрилган ёки майдаланган ҳолатларида ( $n=17$ ) ҳаётий бўлмаган тўқималар резекция қилинган. Орган танаси ёки дум қисми зарарланганда 3 (10,7%) беморда корпорокаудал резекция бажарилиб, оментобурсостома шакллантирилган. Дум қисми резекцияси 2 (7,1%) беморда амалга оширилган. Асосий панкреатик канал зарарланиши билан чуқур ёрилган ҳолатларда 2 (7,1%) беморда канал ва без паренхимасига чоклар қўйилган. 4 (14,3%) беморда панкреатик секрецияни чиқариш мақсадида зарарланган сохага ташқи дренаж қўйилган. 1 (3,6%) ҳолатда канални тиклаш имконияти йўқлиги туфайли ташқи панкреатик найча қўйилган (5-жадвал).

**Очиқ операцияларда ошқозон ости безидаги аралашувларнинг  
хусусияти ва ҳажми, n=28**

Операция тури	Беморлар сони	
	Абс.	%
Оментобурсостомия шаклланиши билан корпорокаудал резекция	3	10,7
МОБ дум қисми резекцияси	2	7,1
Безнинг канали ва паренхимасига чоклар қўйиш	2	7,1
Ошқозон ости беzi каналини ташқи дренажлаш	1	3,6
Некрэктомия	5	17,9
Паренхиманинг юзаки ёрилишларини тикиш	6	21,4
Субкапсуляр гематомани олиб ташлаш	3	10,7
Капсулани тикиш	2	7,1
Шикастланган жойни ташқи дренажлаш	4	14,3

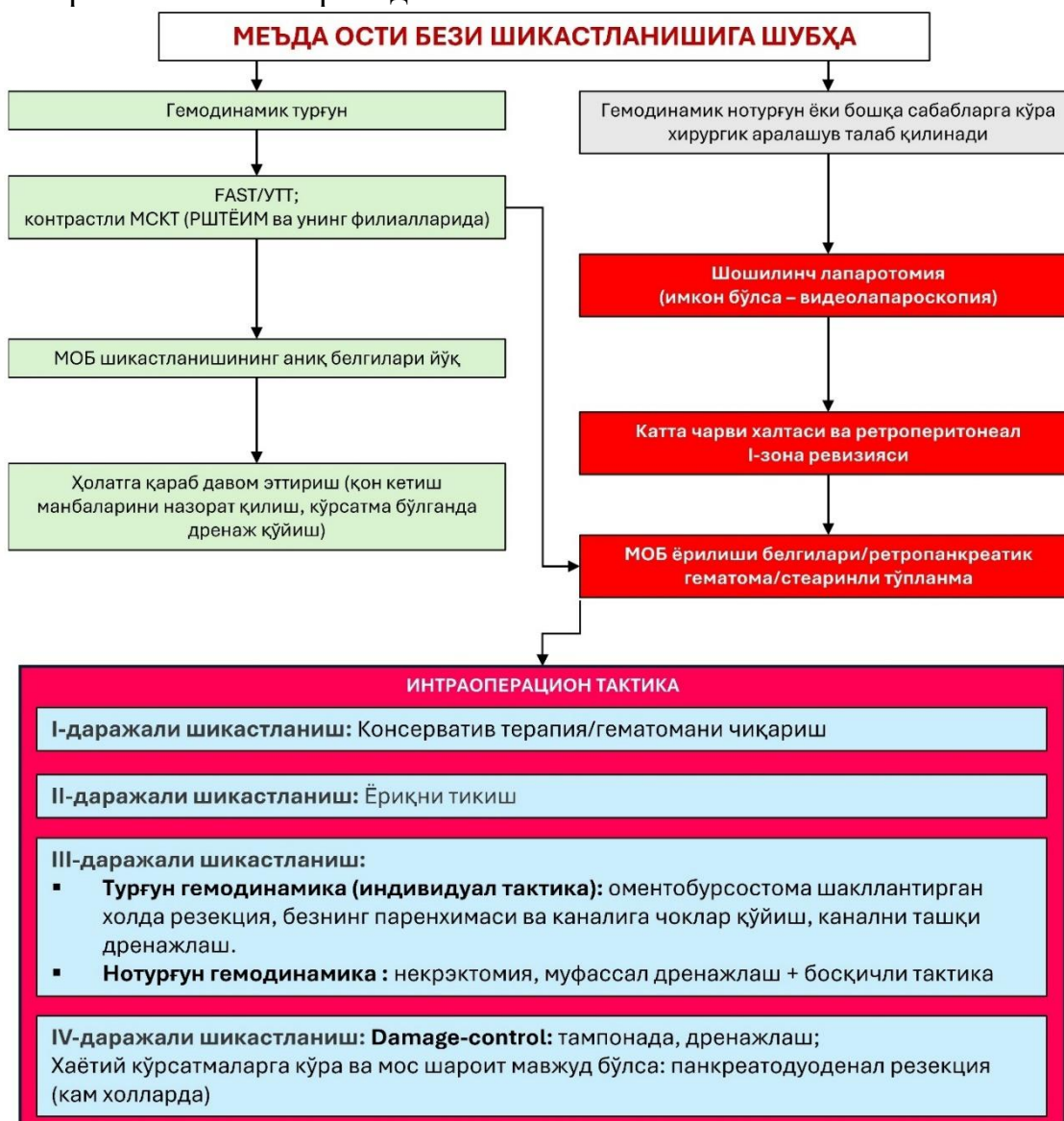
Шунингдек, жигар ва талоқ қўшма шикастланган ҳолатида 2 (7,1%) беморда талоқ олиб ташланган (спленэктомия) ва 1 (3,6%) беморда жигарнинг ёрилган жойлари тикилган. МОБнинг бошча қисми зарарланган 2 (7,1%) ва 12 б/и зарарланган 1 (3,6%) беморда холецистэктомия қилиниб, Пиковский усули бўйича холедох ташқи дренажланган. Шунингдек, ўн икки бармоқ ичак зарарланган беморда ичак дефекти тикилиб, зарарланган сохага дренаж қўйилган.

Буйрак ёпиқ травмаларида асоратлар учраш жиҳатидан 17,1% ни ташкил қилса, ёпиқ МОБ травмаларида операциядан кейинги асоратлар кўрсаткичи юқори бўлиб, 57,1% (16/28) ни ташкил қилади. Асоратлар структурасида маҳаллий чегараланган яллиғланишлар устун бўлган: операциядан кейинги жароҳат йиринглаши – 5 беморда, инфекцияланган панкреонекроз – 3 беморда, қорин ичи абсцесслари – 2 беморда ва ташқи панкреатик оқма – 1 беморда қайд этилган.

Қорин ичи абсцессларининг 2 ҳолати лапароскопик санация ва йирингли бўшлиқларни дренажлаш орқали муваффақиятли бартараф қилинган. 1 беморда ташқи панкреатик оқма операциядан сўнг 28-кунга келиб ўз-ўзидан ёпилган.

Жами асоратлар структурасида пневмония ва оғир респиратор дистресс синдроми (ОРДС) устун бўлган, бу 4 беморда кузатилган ва оғир қўшма БМЖ, қовурғалар синиши ва узоқ давом этган ўпкаларнинг сунъий вентилляцияси билан боғлиқ бўлган. 2 беморда ўткир миокард инфаркти ва полиорган етишмовчилиги рўй берган. 1 ҳолатда операциядан кейинги даврда оғир бош мия травмаси фониди мия шишиши ва дислокацияси клиникаси ривожланган, натижада ўлим ҳолати юз берган. МОБ зарарланган беморларда операциядан кейинги умумий ўлим кўрсаткичи 14,3% (4/28) ни ташкил қилган. Ўлимнинг бевосита сабаблари: полиорган етишмовчилиги – 2, сепсис – 1 ва оғир БМЖ – 1 ҳолат бўлган.

Олиб борилган тадқиқотлар натижасида “МОБнинг ёпиқ травмаларида хирургик даволаш тактикаси ва беморларни йўналтириш принциплари алгоритми” ишлаб чиқилган (5-расм). Таклиф этилган алгоритмнинг марказий нуқтаси жабрланган беморнинг гемодинамик кўрсаткичларини баҳолашдан иборат: яъни, эҳтимолий интраабдоминал фожиавий ҳолат белгиларини (перитонеал симптомлар, FAST(+)/эркин суюқлик, ривожланувчи анемия, лактатнинг ошиши) кузатилса, фавқулодда лапаротомия (имконият бўлса – видеолапароскопия) бажариш, катта чарви халтаси ва I зона ревизияси амалга оширилади. Барқарор беморларда FAST/УТТ ўтказилади, РШТЁИМ ва унинг минтақавий филиалларида – контрастли МСКТ; КТга туман даражасида имконият бўлмаса – бемор ҳолатини барқарорлаштириш ва босқичма-босқич йўналтириш амалга оширилади.



**Йўналтириш:** МСКТ мавжуд бўлмаган шифохона: стабилизация, FAST/УТТ → ҳолати турғун бўлса МСКТ учун РШТЁИМ филиалига юбориш ва ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш; ҳолати нотурғун бўлса – жойида damage-control билан лапаротомия ва кейинчалик РШТЁИМ филиалига йўналтириш.

**5-расм. Меъда ости безининг ёпиқ шикастланишида хирургик даволаш тактикасини танлаш алгоритми ва йўналтириш тамойиллари.**

Таклиф этилган схемага кўра, интраоперацион тактика МОБ травматизация оғирлигига қараб I–IV даражага бўлинган: I даража – консерватив даволаш (очлик (NPO), анальгезия, инфузион терапия; кўрсатма бўлса лапароскопик дренажлаш); II даража – ёрилган жойни тикиш; III даража – асосий найчада оқимни тиклаш билан органни сақловчи аралашувлар ёки дистал резекция; IV даража – damage-control стратегияси, кенг дренажлаш ва ҳаётий кўрсатма бўлса босқичма-босқич реконструкция (5-расм). Бу ёндашув йўналтириш ва қарор қабул қилишни стандартлаштириб, найча травматизация тезроқ тасдиқлашга ва хавфсизликка зарар келтирмаган ҳолда хирургик агрессияни камайтиришга ёрдам беради.

Диссертациянинг «**Ўн икки бармоқ ичакнинг травматик зарарланиши**» деб номланган тўртинчи бобда, 12 б/и нинг қорин орти қисми зарарланган 27 беморда хирургик даволаш натижалари ўрганилган, улар орасида эркаклар 18 (66,7%), аёллар 9 (33,3%) нафарни ташкил қилган. Беморлар орасида мутлақ кўпчилик – 23 (85,2%) киши – ижтимоий ва жисмоний фаол ёшдаги шахслар (19–60 ёш) бўлган.

Тез тиббий ёрдам бригадалари томонидан 17 (63,0%) жабрланган беморлар ташилган, 8 (29,6%) киши ўзлари мурожаат қилган, 2 (7,4%) бемор бошқа даволаш муассасаларидан кўчирилган. Беморларни қабул қилиш муддатини таҳлил қилиш орқали госпитализациянинг кечиккани аниқланди. Шунингдек, травма олинганидан кейинги биринчи 6 соатда фақат 6 (22,2%) бемор стационарга қабул қилинган, 6–24 соат оралиғида – 18 (66,7%), ва 24 соатдан кейин – 3 (11,1%). Шу тариқа, 12 б/и зарарланган ҳолатларда 77,8% ҳолатда госпитализация кечиккан, бу ушбу турдаги травмаларни эрта ташхисотида жиддий қийинчиликлар мавжудлигини кўрсатади.

Ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ травмалари механизмининг умумий структурасида энг кўп учрагани – йўл-транспорт ҳодисалари бўлиб, 17 (63,0%) жабрланганларда қайд этилган. Энг кўп учраган иккинчи сабаб – баландликдан тушиш, 5 (18,5%) беморда. Кейин эса уришиш натижасидаги жароҳатлар – 2 (7,4%) беморда қайд қилинган. Яқка ҳолатлар орасида спорт травмалари, ишлаб чиқаришда оғир буюм билан босиб қолиш ва ЭПСТ жараёнида ятроген травмалар билан боғлиқ 12 б/и нинг қорин орти қисми шикастлари кузатилган.

Ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ травмалари билан жабрланган беморларнинг кўпчилигида (85,2%) клиникага қабул қилинганда турли даражадаги травматик шок қайд этилган, энг кўп учрагани I ва II даражали шок бўлиб, 16 (59,3%) беморда кузатилган. III даражали шок 6 (22,2%) беморда кузатилган, оғир IV даража шок эса 1 (3,7%) ҳолатда қайд этилган. Шок белгисиз ҳолатда клиникага 4 (14,8%) бемор қабул қилинган.

Барча 27 беморларда қорин бўшлиғи УТ текшируви ўтказилган. Қорин бўшлиғида суюқлик 21 (77,8%) беморда, плевра бўшлиғида – 2 (7,4%) ва қорин орти гематомаси – 1 (3,7%) беморда аниқланган. Шу тариқа, 12 б/и травмаларида УТТнинг умумий информативлиги 88,9% ни ташкил қилган.

Аммо ушбу текширув усули дуоденал травмаларда патогномоник сонографик белгиларга эга эмас.

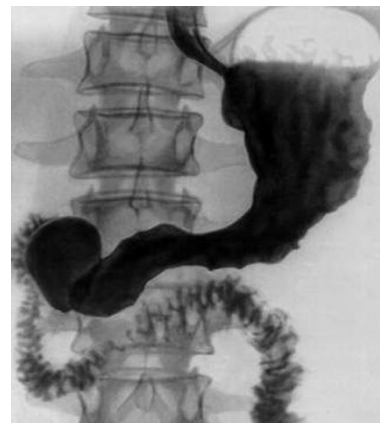
Ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ травмалари бўлган 20 (74,1%) нафар беморда рентгенологик текширув ўтказилган. Рентгенда энг кўп учрагани – 65,0% ҳолатда 12 б/и нинг кенгайиши (6-расм), бу шиш ёки гематома туфайли қисман дуоденостазни кўрсатган. Ҳолатларнинг ярмида (10 бемор) рентгенда ретропневмоперитонеум белгилари аниқланган (7-расм), бу 12 б/и девори ёрилганини ва газнинг қорин орти бўшлиғига кирганини кўрсатган. 8 (40,0%) беморда 12 б/и проекциясида контрастнинг кечикиши қайд этилган (8-расм), 7 (35,0%) беморда ичакнинг позицияси ва контури ўзгариши, эҳтимол қорин орти гематомаси ёки суюқлик тўпланиши билан боғлиқ бўлган. 12 б/и чегарасидан ташқари контраст экстравазацияси 6 (30,0%) ҳолатда аниқланган, бу девор дефекти мавжудлигини тасдиқлаган. Посттравматик парез рентгенда 12 б/и проекциясида горизонтал суюқлик сатҳи пайдо бўлиши билан намоён бўлиб, 5 (25,0%) беморда қайд этилган. Рентгеноскопияда ичак девори контур дефекти 4 (20,0%) беморда аниқланган.



**6-расм.** Ошқозон ва 12 б/и нинг барий сульфат контрастли рентгенографияси: контраст экстравазацияси билан проксимал 12 б/и нинг кенгайиши.



**7-расм.** Натив рентгенограмма: ретроперитонеум.



**8-расм.** Барий сульфат контрастли меъда ва 12 б/и рентгенографияси: контрастни 12 б/и да туриб қолиши (позитив тасвир).

Дуоденал травмага шубҳа туғилганда ташхис самарадорлигини ошириш мақсадида 12 б/ичакка назогастрал зонд орқали сувда эрийдиган контраст модда киритилган, бу 10 беморда орган чегарасидан ташқари контраст чиқишини аниқлаш имконини бериб, ичак девори дефекти мавжудлигини тасдиқлаган. Шунингдек, ушбу усул қорин орти бўшлиғида ҳаво ва қонни аниқлашда энг сезгир усул ҳисобланади. 12 б/и травмалари ташхисида энг информатив усул МСКТ бўлиб, унинг умумий информативлиги 90,0% ни ташкил қилган.

Ўн икки бармоқ ичак ёрилишининг патогномоник рентгенологик белгиси, яъни ичак контури чегарасидан ташқари контраст экстравазацияси операциядан олдин 10 (37,0%) беморда МСКТ орқали ва 6 (22,2%) беморда

контрастли рентгенографияда аниқланган. Қолган 11 (40,7%) ҳолатда 12 б/и шикасти интраоперацион тарзда, шу жумладан 5 (18,5%) беморда диагностик лапароскопия орқали ташхисланган.

Ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ травмаси ҳолатида 4 (14,8%) беморда кўкрак қафаси аъзоларининг қўшма шикастланишлари, 3 (11,1%) беморда бош мия травмаси, 2 (7,4%) беморда оёқ-қўл суяклари синиши ва 1 (3,7%) беморда чап диафрагма гумбази ёрилганлиги аниқланган.

Ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ травмаси ҳолатида кўпчилик беморларда хирургик аралашув биринчи 12 соат ичида ўтказилган. Шунингдек, 14 (51,9%) беморда катта миқдордаги гемоперитонеум ва 12 б/и ёрилишини кўрсатувчи рентген ва МСКТ белгилари (контраст экстравазацияси) бўлгани сабабли операция биринчи 6 соатда бошланган. 6 (22,2%) беморда операция қабул қилинишдан кейинги 6–12 соат оралиғида бажарилган. 4 (14,8%) беморда клиникага тушганда ички органлар шикасти аниқ бўлмаган, аммо динамик кузатиш ва қўшимча текширувлар натижасида хирургик кўрсатма пайдо бўлган ва операция 12–24 соат оралиғида ўтказилган. Бошқа тиббий муассасалардан кўчирилган 3 (11,1%) беморда операция травма олинган вақтдан 24 соатдан кейин амалга оширилган.

Ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ травмаси бўлган 27 бемордан 21 (77,8%) нафарида дуоденал ёки бошқа қорин орти шикастининг аниқ клиник, УТТ, рентген ёки МСКТ белгилари мавжуд бўлиб, операция кенг лапаротомиядан дарҳол бошланган. Қолган 6 (22,2%) ҳолатда, қорин орти ва қорин орти бўшлиғи аъзолари шикастига оид ташхис белгиларининг шубҳали бўлгани сабабли операция диагностик лапароскопиядан бошланган. Лапароскопик ревизияда 5 беморда 12 б/и деворида маҳаллий шиш ва қалинлашиш, 4 беморда сероз қаватга қон қуйилиш ва 1 беморда 12 б/и атрофида қорин орти гематомаси аниқланган. Ушбу ўзгаришлар органни тўлиқ ревизия қилиш ва зарур хирургик аралашувни амалга ошириш мақсадида кенг лапаротомияга конверсия қилиш учун асос бўлган.

Интраоперацион ревизия орқали 12 б/и шикасти таҳлил қилинганда, пилорик ва пиёзча қисм даражасида – 3 (11,1%) беморда; юқори горизонтал қисм даражасида (D1) – 2 (7,4%) беморда; пастга тушувчи қисмда, катта дуоденал сўрғичдан юқори (D2) – 17 (63,0%) беморда; қуйи горизонтал қисмда (D3) – 4 (14,8%) беморда ва дуоденоеюнал қисмда (D4) – 1 (3,7%) беморда аниқланган.

Ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ травмаси оғирлигини интраоперацион баҳолашда 1994 йилдаги ААСТ (Америка шикастлар хирургияси ассоциацияси) шкаласи<sup>6</sup> қўлланилган, унда травма механизми, локализацияси ва шикастларнинг комбинацияси инобатга олинади. Ушбу шкалага кўра 12 б/и шикасти 5 даражага бўлинади. Бизнинг кузатувларимизда 12 б/и шикастлари орасида энг кўп учрагани III даража бўлиб, 9 (33,3%) беморда пасга тушувчи бўлим (D2) айланаси 50–75% ёрилган ёки бошқа бўлимлар (D1, D3, D4)

---

<sup>6</sup>Lin L., Stain S. C., Salim A. Duodenal Trauma //Bailey & Love's Essential Operations in Hepatobiliary and Pancreatic Surgery. – 2024. – С. 195-201.

айланаси 50–100% зарарланган. Иккинчи ўринда IV даража шикастлар (7; 25,9%) қайд этилган, уларда пасга тушувчи бўлим айланаси >75% ёрилган ва Фатеров сўрғичи ампуласи зарарланган. Камроқ ҳолатларда V даража шикастлар (3; 11,1%) аниқланган, уларда массив панкреатодуоденал травма ва 12 б/и деваскуляризацияси мавжуд бўлган. Шунингдек, I ва II даражали шикастлар (мос равишда 18,5% ва 11,1%) ҳам қайд этилган, уларда гематомалар ва деворнинг қисман ёрилган жойлари мавжуд бўлган.

Ўн икки бармоқ ичакнинг I–II даражали травмаларида (n=8) хирургик аралашув тактикаси шикаст ҳажми ва девор гематомаси барқарорлигига қараб белгиланган. 4 беморда 12 б/и деворининг изоляцияланган катталашмайдиган гематомаси бўлиб, операция органни визуал кўриб чиқиш ва пальпация билан тугалланиб, назодуоденал зонд қўйилган, қорин орти бўшлиғини қўшимча дренажлашга эҳтиёж бўлмаган. 4 ҳолатда 12 б/и девори қисман ёрилган (I даражада ичак айланасининг 1/3 қисми, 1–1,5 см; II даражада 50% айланаси), бунда 12 б/и Кохер бўйича мобилизация қилиниб, тўлиқ ревизия амалга оширилган. Дефектлар икки қаторли чоклар билан ушланган ва перитонизация қилинган, шунингдек барча ҳолатларда қорин орти бўшлиғини дренажланган ва назодуоденал зонд қўйилган.

III даража 12 б/и шикастида (n=9), ёрилган қисм ичак айланасининг 50–75% ни ташкил қилган, хирургик тактика индивидуал равишда белгиланган. 5 ҳолатда резекциясиз дефектни тикиш имкони бўлган, шу жумладан 3 беморда чок соҳасига юкни камайтириш мақсадида қўшимча равишда Вельфлер-Браун усулида химоявий гастроэнтероанастомоз шакллантирилган. 4 ҳолатда, ёрилган соҳа пилорус ҳудудига тўғри келган ёки ичак бўшлиғининг торайишига сабаб бўлган ҳолларда, Гейнеке-Микулич усулида пилоропластика бажарилган (6-жадвал).

#### 6-жадвал

#### Ўн икки бармоқли ичакнинг ёпиқ жароҳатларида бажарилган операцияларнинг ҳажми ва хусусияти (n=27)

Операция хусусияти	Беморлар сони	
	Абс	%
Ўн икки бармоқли ичак ревизияси, гематомани чиқариш	4	14,8
Ўн икки бармоқли ичакнинг яхлитлигини тиклаш	21	27,8
– 12 б/и нуқсонини тикиш	6	22,2
– Гейнеке-Микулич бўйича пилоропластика	4	14,8
– 12 б/и нуқсонини тикиш + ГЭА	4	14,8
– 12 б/и реконструкцияси + ДЭА	6	22,2
– 12 б/и нуқсонини тикиш + ГЭА + Ру гепатикоеюностомияси	1	3,7
Панкреатодуоденал резекция	1	3,7
Дуоденэктомия + ГЭА	1	3,7

Изоҳ: ГЭА – гастроэнтероанастомоз, ДЭА-дуоденоэнтероанастомоз.

IV даражали 12 б/и шикастида (n=7), ёрилган қисм ичак айланасининг 75% дан ошиши ва Фатеров сўрғичи ампуласи зарари билан боғлиқ ҳолларда қуйидаги хирургик аралашувлар амалга оширилган: 5 ҳолатда 12 б/и реконструкцияси бажарилган ва узун қовузлокда Браун кўприкчаси билан

“ёнбош-ёнбош” дуоденоеюнал анастомоз қўйилган. 1 ҳолатда, МОБ бошча қисми зарарланган ва массив панкреонекроз йўқ ҳолатда, зарарланган МОБ қисми қирғоқли резекция қилинган, 12 б/и дефекти икки қаторли чоклар билан тикилган, айланиб ўтувчи гастроеюнал анастомоз қўйилган ва қорин орти бўшлиғи дренажланган. Яна холедох узилиши ва IV даражали 12 б/и ёрилиши мавжуд бўлган 1 беморда Ру-қовузлоқ бўйича гепатикоеюностомия амалга оширилган ва енгиллаштирувчи гастроеюнал анастомоз қўйилган (6-жадвал).

Энг оғир V даража 12 б/и шикастида (n=3) кенгайтирилган ва мураккаб хирургик аралашувлар талаб қилинган: Бир беморда, МОБ бошчасининг массив шикасти ва ёрилиш 12 б/ичакка давом этган ҳолатда, панкреатодуоденал резекция амалга оширилган. Иккинчи беморда, 12 б/и чуқур ёрилган, лекин унинг проксимал қисми сақланган ҳолатда, “охирини-ёнбошга” тамойили бўйича дуоденоеюноанастомоз билан реконструкция бажарилган ва ичакнинг дистал қисми ажратилган. Учинчи беморда, 12 б/и тўлиқ деваскуляризацияланган ҳолатда, дуоденэктомия ва гастроэнтероанастомоз шакллантирилган (6-жадвал).

Операция давомида 5 (18,5%) беморда 12 б/и нинг изоляцион шикасти аниқланган, қолган 22 (81,5%) ҳолатда дуоденал травма қорин орти ва қорин орти бўшлиғи бошқа органлари шикасти билан боғлиқ бўлган. Энг кўп учраган шикастлар: Буйрак ёрилиши – 7 (25,9%) беморда; МОБ шикасти – 6 (22,2%) беморда; Жигар травмаси – 4 (14,8%) беморда; шунингдек, талоқ ёрилиши – 3 (11,1%), ҳазм тракти шикасти – 2 (7,4%), меъда – 2 (7,4%) ва ўт пуфағи – 2 (7,4%) ҳолатлари қайд этилган. Биттадан ҳолатда (3,7%) оч ичак ва пастки ковак венасининг қўшма шикастланиши аниқланган. Буйрақлар шикастланишида (n=7) хирургик тактика уларнинг оғирлигига қараб белгиланган: субкапсуляр гематома мавжуд паренхима ёрилмаган 1 беморда ортиқча аралашувсиз фақат буйрак ревизияси ва динамик кузатиш амалга оширилган. 4 беморда II–III даража AAST (2018) шикастлари билан ёрилишни тикиш ва буйракни сақлаб қолиш амалга оширилган. Паренхима катта даражада зараланган ва массив қон кетиши кузатилган 2 ҳолатда, нефрэктомия амалга оширилган.

МОБ нинг қўшма шикастланишларида (n=6) аралашув ҳажми ҳам шикастланиш оғирлигига боғлиқ бўлди: паренхима зарарланмаган ва субкапсуляр гематома мавжуд бўлган 1 беморда даволаш тампонада ва қорин орти бўшлиғини дренажлаш билан чекланган. 3 ҳолатда капсула тикилган ва панкреатик окманинг олдини олиш мақсадида ташқи дренаж қўйилган. 2 кузатувда – 12 б/и ва МОБнинг оғир қўшма шикастланишида, бир ҳолатда МОБ дум қисми резекция қилинган, иккинчи ҳолатда оментобурсостома шакллантирилган.

Жигар шикастланиши (n=4) турли даражада қон кетиши ва паренхима шикасти билан кузатилган. 3 ҳолатда юзаки ва чизикли ёрилган жигар нуқсонлари тикилган, 1 ҳолатда эса, чуқур ёрилган сохага П-симон чоклар қўйилган ва қўшимча равишда катта чарви билан тампонада амалга оширилган. Талоқ шикастида (n=3) фақат 1 ҳолатда орган сақланган ва

гемостаз аргоно-плазма коагуляцияси ва Тахокомб гемостатик губка қўлланиши орқали таъминланган. Қолган 2 ҳолатда паренхима массив зарарлангани ва назоратсиз қон кетиши сабабли спленэктомия амалга оширилган. 12 б/и ёрилиши меъда деворига ўтган (n=2) ҳолатда чизиқли ёрилишлар тикилган, резекция талаб қилинмаган. Ўт пуфаги девори шикастланган иккита ҳолатда ҳам холецистэктомия бажарилган. Оч ичак девори қўшма шикастланган биргина ҳолатда девор нуқсони тикилган. Пастки ковак венаси қўшма шикастида қон томир деворидаги нуқсонга ёнбош чоклар қўйилиб, қон кетиши тўхтатилган ва ўтказувчанлик сақланган. Битта ҳолатда 12 б/и ёрилишини тикиш диафрагма нуқсонини тикиш билан бирга бажарилган.

Операциядан сўнг асоратлар 27 бемордан 11 (40,4%) нафарида ривожланган, шундан 7 беморда бир нечта асоратлар бир вақтда қайд этилган. Специфик асоратлардан 12 б/и нуқсонига қўйилган чоклар етишмовчилиги – 2 ҳолатда, ичаклараро анастомоз чоклари етишмовчилиги – 1 ҳолатда, интраабдоминал қон кетиши – 1 ҳолатда, ретроперитонеал флегмона – 2 ҳолатда ва панкреонекроз – 2 ҳолатда кузатилган. Умумий асоратлар орасида энг кўп учраганлари: пневмония ва ОРДС – 10 ҳолат, полиорган етишмовчилиги синдроми – 3 ҳолат, шунингдек, оғир миокард инфаркти – 1 ҳолат.

Реллапаротомия 5 беморда амалга оширилган, унинг асосий сабаблари 12 б/и нуқсонига қўйилган чоклар етишмовчилиги (2 ҳолат), анастомоз чоклари етишмовчилиги (1 ҳолат) ва жароҳат соҳасидан аррозив қон кетиши (2 ҳолат) бўлган.

Ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ шикастланишларида, бизнинг кузатувларимизда операциядан кейинги қайд этилган ўлим кўрсаткичи 33,3% (9/27) ни ташкил этди. Операциядан кейинги биринчи суткада травматик шокдан 2 бемор вафот этган. Операциядан кейинги 8–12 кунларда перитонит авжланиши сабабли 4 бемор вафот этган. Операциядан кейинги кечки даврларда кенг тарқалган қорин орти флегмонаси ва унинг оқибатлари (сепсис ва полиорган етишмовчилиги синдроми) сабабли 1 бемор, панкреонекроз ва аррозив қон кетиши туфайли 1 бемор ва ўткир миокард инфаркти ҳисобига 1 бемор, жами 3 бемор вафот этган.

## ХУЛОСА

1. Қоринпарда орти бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳатлари қорин бўшлиғидаги жароҳатларнинг 17,2% ни ташкил қилади. Шикастланишларнинг етакчи механизмлари йўл-транспорт ҳодисалари (54,7%) ва баландликдан тушиш (31,8%) ҳисобланади. Кўпинча буйраклар изоляцияланган ва қўшма шикастлар кўринишида буйраклар (67,2%), камроқ меъда ости беши (27,1%) ва ўн икки бармоқли ичак (13,5%) шикастланади. ҚОБАЁЖ 43,8% ҳолларда бошқа анатомик соҳаларнинг, асосан қорин бўшлиғи (26,6%) ва кўкрак қафаси (16,7%) шикастланиши билан бирга келади. Беморларнинг аксарияти оғир (36,5%) ёки ўта оғир (8,3%) ҳолатда

шифохонага ётқизилади ва 23,9 фоизида хуш бузилади. ҚОБАЁЖ белгиларининг аста-секин ривожланиши туфайли шикастланганларнинг 72,4 фоизи жароҳатдан кейин 3 соатдан кўпроқ вақт давомида шифохонага ётқизилади, бу ўртача 6,6 ва 7,5 соатни ташкил қилади.

2. Ёпиқ буйрак шикастланишларида УТТнинг ташхисот имкониятлари чекланган бўлиб, энг информатив усул МСКТ ҳисобланади. Унинг ёрдамида шикастланиш даражаси, қон томирлар ҳолати, паренхима ва давом этаётган қон кетиш мавжудлигини батафсил баҳолаш мумкин. I–II даражали шикастланишлар 51,2% ҳолларда, III даражали – 26,4% да, IV–V даражали шикастланишлар эса 22,4% ҳолларда аниқланади. Бу эса консерватив ва органни сақловчи хирургик даволаш кўрсатмаларини кенгайтириш ҳамда нефрэктомияга кўрсатмаларни қатъийроқ чеклаш зарурлигини асослайди. МСКТ асосида шикастланиш оғирлигини аниқлаб, персоналлаштирилган даволаш тактикасини танлаш нефрэктомия самарадорлигини 17,8% гача камайишига хизмат қилади.

3. Меъда ости безининг ёпиқ шикастланишларида УТТ ва МСКТ орқали қорин парда орти бўшлиғидаги гематомалар ва қорин бўшлиғидаги эркин суюқликни аниқлаш мумкин, бу ҳолда МСКТнинг аниқлиги юқорироқ. Видеолапароскопия 61,5% ҳолларда қўлланилади ва унинг самарадорлиги 75% ни ташкил қилади. Жабрланувчиларнинг 71,2% да кўшма шикастланишлар аниқланади, энг кўп учрайдиганлари — буйрак (19,2%) ва жигар (17,3%) шикастланишлари. I–II даражали МОБ шикастланишларида минимал инвазив усулларга афзаллик берилади, III–IV даражали шикастланишларда эса резекцион ва тиклаш операциялари талаб қилинади. Операциядан кейинги асоратлар 57,1% ни, ўлим ҳолати эса 14,3% ни ташкил қилади.

4. Ўн икки бармоқ ичак шикастланишларида 77,8% ҳолатларда беморлар кечикиб госпитализация қилинган бўлиб, бу ушбу тоифадаги шикастланишларни эрта аниқлашдаги жиддий қийинчиликларни кўрсатади. УТТнинг информативлиги 88,9% ни ташкил этади, бироқ аниқланадиган сонографик белгилари дуоденал шикастланиш учун патогномоник ҳисобланмайди. Энг информатив ташхис усули МСКТ бўлиб, унинг умумий информативлиги 90,0% га етади. Интраоператив энг кўп учрайдиган 12 б/и шикастланишлари – III даража 33,3%ни, IV даража 25,9% ни ва II даража 18,5% ни ташкил этган; I ва V даражали шикастланишлар нисбатан кам учраб, ҳар бири 11,1% ни ташкил қилган. Ушбу шикастланиш тури учун қорин бўшлиғи ва қорин орти бўшлиғи аъзоларининг кўшма шикастланишлари юқори учраш частотаси (85,2%) хос бўлиб, улар орасида энг кўп учрайдиганлари буйрак (25,9%), меъда ости бези (22,2%), жигар (14,8%) ва талоқ (11,1%) шикастланишларидир. Операциядан кейинги асоратлар частотаси 40,4% ни ташкил этади; 18,5% беморларда релапаротомия талаб қилинади, ўлим ҳолати эса 33,3% гача етади.

5. ҚОБАЁЖ асоратларнинг юқори учраш частотаси ва ўлим кўрсаткичининг сезиларли даражада юқорилиги билан тавсифланади. Кўшма

жароҳатлар улушининг юқорилиги (43,8%) ва беморларнинг катта қисмида тезкор жарроҳлик аралашувига эҳтиёж мавжудлиги мультидисциплинар ёндашувнинг муҳимлигини белгилайди. Натижаларни яхшилаш учун эрта ташхисот, ўз вақтида жарроҳлик аралашуви ва даволаш тактикасини танлашда индивидуал ёндашув талаб этилади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ  
ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

---

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**АЛИЖАНОВ АБРОР АЛИЖОН УГЛИ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО  
ПРОСТРАНСТВА**

**14.00.40 – Экстренная медицина**

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

**Ташкент – 2025**

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за В2021.2.PhD/Tib2022.

Диссертационная работа выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и в Наманганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета ([www.emerg-centre.uz](http://www.emerg-centre.uz)) и информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

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

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

**Ведущая организация:** Бухарский государственный медицинский институт  
имени Абу Али ибн Сино

Защита диссертации состоится «29» 12 2025 г. в 14<sup>00</sup> часов на заседании научного совета DSc.04/3012.2019.Tib.63.01 при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (адрес: 100115, Ташкент, Чиланзарский район, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 1504600; факс: (+99878) 1504605; E-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в информационно-ресурсном центре Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (зарегистрирована за № 14). Адрес: 100115, Ташкент, Чиланзарский район, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 1504600; факс: (+99878) 1504605.

Автореферат диссертации разослан «15» 12 2025 года.  
(реестр протокола рассылки № 14 от «15» 12 2025 года).



**Д.А.Алимов**  
Заместитель председателя Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Х.Э.Анваров**  
Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии по медицинским наукам, старший научный сотрудник

**Б.К. Алтыев**  
Председатель Научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** В мире закрытые травмы органов забрюшинного пространства (ЗТОЗП) составляют до 15–20% от всех травм брюшной полости и являются серьёзной проблемой в экстренной хирургии<sup>1</sup>. Несмотря на значительные успехи в области диагностики и лечения, уровень диагностических ошибок при данной патологии остаётся высоким, достигая 30–40%, что связано с отсутствием явных клинических проявлений на ранних стадиях. Это приводит к поздней постановке диагноза, развитию тяжёлых осложнений и увеличению показателей летальности, которые могут достигать 50% при несвоевременном хирургическом вмешательстве<sup>2</sup>.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно травмы занимают третье место среди причин смертности и становятся причиной около 5,8 миллионов летальных исходов, из которых значительная часть приходится на тяжёлые повреждения внутренних органов, включая органы забрюшинного пространства. Наибольший риск подобных повреждений наблюдается у лиц трудоспособного возраста, что делает данную проблему актуальной не только с медицинской, но и с социально-экономической точки зрения.

В нашей стране, согласно исследованиям, проведенным в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), в структуре экстренных хирургических вмешательств по поводу абдоминальных травм ЗТОЗП занимают значительную долю, составляя 17,4%. При этом известно, что забрюшинная травма имеет самые высокие показатели смертности среди повреждений органов брюшной полости. Совершенствование диагностических алгоритмов, внедрение малоинвазивных хирургических методик и разработка индивидуализированных тактик лечения ЗТОЗП являются актуальными направлениями современной экстренной медицины и травматологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан №УП-5590 от 17 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», Постановлениями Президента Республики Узбекистан №ПП-283 от 16 июня 2022 года «О совершенствовании системы оказания населению скорой медицинской помощи» и № ПП-5198 от 26 июля 2021 года «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики VI.

---

<sup>1</sup>Petrone P. et al. Approach and management of traumatic retroperitoneal injuries //Cirugía Española (English Edition). – 2018. – Т. 96. – №. 5. – С. 250-259.

<sup>2</sup>Navsaria P. et al. Retroperitoneal haematoma and injury // Abdominal Trauma, Peritoneum, and Retroperitoneum. – Oxford: Oxford University Press, 2022. – С. 41–С4.Р63. – DOI: 10.1093/med/9780192862433.003.0004.

«Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Травмы органов ЗП, такие как разрывы почек, поджелудочной железы (ПЖ), ретроперитонеальной части двенадцатиперстной кишки (ДПК), внебрюшинных отделов толстой кишки и сосудов, зачастую протекают бессимптомно или с минимальными клиническими проявлениями. Стандартные методы диагностики, включая ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ), не всегда обеспечивают достаточную точность, особенно в условиях неотложной помощи<sup>3</sup>.

Несвоевременная диагностика и неправильный выбор тактики лечения могут привести к развитию тяжёлых осложнений – забрюшинных гематом, вторичного инфицирования, сепсиса, острого почечного повреждения и перитонита. По данным исследований, летальность при закрытых травмах органов ЗП варьирует в пределах 10–30%, достигая 50% при несвоевременной хирургической коррекции<sup>4</sup>.

Хирургическая тактика при закрытых травмах органов ЗП продолжает совершенствоваться. Развитие малоинвазивных технологий, таких как эндоскопическая и лапароскопическая хирургия, позволяет снизить операционную травматичность, уменьшить риск послеоперационных осложнений и сократить сроки реабилитации. Однако до сих пор остаются нерешёнными вопросы выбора оптимального метода оперативного вмешательства в зависимости от характера повреждений, степени гемодинамической нестабильности и наличия сопутствующих патологий.

**Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ в РНЦЭМП по проекту ИСС-2017-6-2 «Внедрение способа наружной фиксации костных отломков множественных и флотирующих переломов ребер» (2017-2018 гг.).

**Целью исследования явилось** повышение эффективности лечения закрытых травм органов брюшинного пространства путём совершенствования диагностики, оптимизации выбора лечебной тактики и внедрения современных методов визуализации и хирургических технологий.

**Задачи исследования:**

определить частоту встречаемости закрытой травмы органов брюшинного пространства в структуре травм живота, выявить возрастно-половые особенности пострадавших, изучить основные механизмы травмирования, а также проанализировать клинические характеристики, сроки поступления и тяжесть состояния пациентов;

оценить диагностическую значимость различных методов исследования (УЗИ, МСКТ) при закрытых повреждениях почек, определить эффективность

---

<sup>3</sup>Nanavati A.J., Nagral S. (ed.). Abdominal Trauma, Peritoneum, and Retroperitoneum. – Oxford University Press, 2022.

<sup>4</sup>Navsaria P. et al. Retroperitoneal haematoma and injury //Abdominal Trauma, Peritoneum, and Retroperitoneum. – 2022. – С. 41.

консервативного и хирургического лечения в зависимости от степени повреждения, исследовать частоту послеоперационных осложнений и выявить факторы, влияющие на необходимость нефрэктомии;

выявить наиболее информативные методы диагностики закрытых повреждений поджелудочной железы, изучить тактику хирургического лечения в зависимости от степени повреждения, оценить эффективность видеолапароскопии и выявить частоту послеоперационных осложнений и их влияние на исход;

определить оптимальные методы диагностики закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки, изучить тактику хирургического лечения в зависимости от степени повреждения, оценить влияние сочетанных травм на лечебную тактику и выявить основные причины послеоперационных осложнений.

**Объектом исследования** явились 192 больных с закрытой травмой органов брюшинного пространства (ЗТОЗП), проходивших лечение в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и его Наманганском филиале в период с января 2019 года по декабрь 2023 года, включая 129 пациентов с закрытой травмой почек, 52 пациента с закрытыми повреждениями ПЖ и 27 пациентов с травмой ДПК, из которых у 16 больных было диагностировано сочетанное повреждение указанных органов.

**Предмет исследования** составили результаты диагностики и лечения закрытых травм органов брюшинного пространства с использованием современных инструментальных методов визуализации (ультразвуковое исследование, мультислайсная компьютерная томография, видеолапароскопия) и различных подходов к хирургическому и консервативному лечению с учетом степени повреждения и сочетанных травм.

**Методы исследования.** В работе использованы клинические методы для анализа демографических и анамнестических данных пациентов с ЗТОЗП, инструментальные методы диагностики (включая МСКТ и видеолапароскопию) для оценки характера и тяжести травмы, анализ и систематизация собственного опыта консервативного и хирургического лечения этой категории пострадавших.

**Научная новизна диссертационного исследования:**

обоснованы характерные признаки клинического профиля пациентов с закрытой травмой органов брюшинного пространства, основанные на комплексном исследовании демографических и клинических характеристик пациентов, включая анализ возрастно-гендерной структуры, механизма травмы, факторов риска, сроков поступления и тяжести состояния;

обоснована диагностическая ценность и уточнены показания для мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ) при закрытых травмах почек, ПЖ и ДПК, включая специфические КТ-признаки, позволяющие объективно оценить степень повреждений, выявить косвенные признаки брюшинных гематом и определить необходимость хирургического вмешательства;

определена прогностическая ценность частоты и структуры

послеоперационных осложнений и летальности для выбора хирургической тактики при различных степенях повреждения органов брюшного пространства, что позволило уточнить показания к органосохраняющим операциям и радикальным вмешательствам и предотвращения осложнений и смерти;

обоснована целесообразность и безопасность использования комплексного диагностического подхода, основанного на сочетании клинического осмотра, ультразвукового исследования, МСКТ и видеолапароскопии, что позволило повысить точность диагностики, снизить частоту диагностических ошибок и оптимизировать выбор лечебной тактики.

#### **Практическая новизна:**

для внедрения в клиническую практику отделений экстренной хирургии предложены рекомендации по диагностике и лечению ЗТОЗП, основанные на анализе диагностической значимости различных методов визуализации (УЗИ, МСКТ с контрастным усилением, видеолапароскопия) и выявлении наиболее эффективных подходов к выбору тактики лечения в зависимости от степени повреждения органа и состояния пациента;

определены ключевые подходы к использованию инструментальных методов диагностики, позволяющие сократить время постановки диагноза, повысить точность выявления повреждений почек, ПЖ и ДПК и снизить риск диагностических ошибок при экстренной хирургической помощи;

разработаны практические рекомендации по выбору хирургической тактики при ЗТОЗП, включая показания к органосохраняющим операциям и радикальным вмешательствам, что способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности;

предложены практические рекомендации по ведению пациентов с сочетанными травмами органов брюшного пространства, учитывающие влияние сочетанных повреждений на лечебную тактику и прогноз, что позволяет оптимизировать лечение и улучшить клинические исходы.

Широкое внедрение полученных результатов в клиническую практику способствует совершенствованию оказания экстренной хирургической помощи, улучшению диагностики и лечения пациентов с закрытыми травмами почек, ПЖ и ДПК, что приводит к снижению летальности, уменьшению длительности госпитализации и повышению качества медицинской помощи.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением методологических подходов.

**Научная и практическая значимость результатов исследований.** Научная значимость результатов исследования заключается в расширении знаний о клинических особенностях и диагностических возможностях при ЗТОЗП, включая почки, ПЖ и ДПК. Проведен детальный анализ диагностической значимости различных методов визуализации (ультразвуковое исследование, мультислайсная компьютерная томография, видеолапароскопия),

что позволило определить их эффективность и уточнить критерии выбора оптимального диагностического подхода в зависимости от клинической ситуации. Научно обоснован и систематизирован подход к хирургическому лечению ЗТОЗП с учетом степени повреждения органа, наличия сочетанных травм и тяжести состояния пациента. Проанализированы результаты хирургического лечения, определены факторы, влияющие на выбор тактики оперативного вмешательства, что позволяет повысить эффективность лечения и снизить частоту послеоперационных осложнений.

Практическая значимость исследования заключается в разработке и внедрении рекомендаций по диагностике и лечению ЗТОЗП, которые могут быть использованы в экстренной хирургии. Определены оптимальные подходы к применению УЗИ и МСКТ при данной патологии, что позволяет сократить время постановки диагноза, снизить вероятность диагностических ошибок и улучшить результаты лечения. Разработанные рекомендации по выбору хирургической тактики позволяют более точно определять показания к органосохраняющим операциям и радикальным вмешательствам, что способствует снижению травматичности хирургического лечения, уменьшению частоты послеоперационных осложнений и снижению летальности. Внедрение полученных результатов в клиническую практику способствует повышению эффективности оказания экстренной медицинской помощи пациентам с ЗТОЗП, что улучшает прогноз заболевания, сокращает длительность госпитализации и повышает качество жизни пациентов.

**Внедрение результатов исследования.** Научные результаты исследования, направленные на совершенствование диагностики и лечения закрытых травм органов брюшинного пространства, внедрены в клиническую практику:

*Первая научная новизна:* Проведенное исследование демографических и клинических характеристик пациентов с закрытыми повреждениями почек, ПЖ и ДПК, включая анализ возрастного-полового состава, механизма травмирования, факторов риска, сроков поступления и тяжести состояния, нашло отражение в методических рекомендациях «Особенности клинического течения, диагностики и лечения больных с брюшинными гематомами», утвержденных протоколом №3 заседания Ученого совета Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) от 18 мая 2023 года. Рекомендации внедрены в клиническую практику Хорезмского филиала РНЦЭМП (Приказ № 263/1-“Г” от 19.12.2024 г.; Акт о внедрении от 28 февраля 2025 г.). *Социальная эффективность:* систематизация клинических данных позволила улучшить точность диагностики и повысить обоснованность выбора лечебной тактики и, таким образом, снизить сроки нетрудоспособности пациентов. *Экономическая эффективность:* внедрение предлагаемых новых подходов в клиническую практику позволило сократить среднюю продолжительность временной нетрудоспособности с 18,5 до 11,2 дней, что обеспечило экономию в размере 876 000 сумов на одного пациента; при лечении 192 пациентов совокупная экономия составила 168,2 млн сумов, а при распространении методики на 1370

аналогичных случаев по республике – свыше 1,2 млрд сумов.

*Вторая научная новизна:* систематизированы и описаны характерные КТ-признаки закрытых травм органов брюшинного пространства, включая почки, ПЖ и ДПК, что позволило уточнить диагностические критерии оценки тяжести повреждений, выявления косвенных признаков брюшинных гематом и дифференциации хирургической тактики. Данные исследования внедрены в методические рекомендации «Особенности клинического течения, диагностики и лечения больных с брюшинными гематомами», утвержденные протоколом №3 заседания Ученого совета РНЦЭМП от 18 мая 2023 года. Рекомендации внедрены в клиническую практику Андижанского филиала РНЦЭМП (Приказ № 12 от 03.01.2025 г.; Акт о внедрении от 16.03.2025 г.). *Социальная эффективность:* повышена точность диагностики, что способствует снижению случаев позднего выявления тяжелых повреждений и улучшению результатов лечения. *Экономическая эффективность:* целенаправленное применение мультислайсной компьютерной томографии позволило снизить долю травматичного и дорогостоящего метода – диагностической лапаротомии – с 28,6% до 9,3%, что обеспечило экономию в среднем 540 000 сумов на одного пациента; при лечении 192 пациентов совокупная экономия составила 103,7 млн сумов, а при распространении методики на 1370 аналогичных случаев по республике — свыше 740 млн сумов.

*Третья научная новизна:* Определены оптимальные хирургические подходы к лечению закрытых повреждений почек, ПЖ и ДПК, что позволило сформировать рекомендации по выбору тактики оперативного вмешательства в зависимости от степени повреждения и наличия сочетанных травм и нашло отражение в методических рекомендациях «Особенности клинического течения, диагностики и лечения больных с брюшинными гематомами», утвержденных протоколом №3 заседания Ученого совета Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) от 18 мая 2023 года. Рекомендации внедрены в клиническую практику Бухарского филиала РНЦЭМП (Приказ № 40 от 01.04.2024 г.; Акт о внедрении от 15 марта 2025 г.). *Социальная эффективность:* снижение частоты послеоперационных осложнений, уменьшение летальности и улучшение функциональных исходов у пациентов. *Экономическая эффективность:* сокращение длительности госпитализации, уменьшение числа повторных оперативных вмешательств и снижение нагрузки на систему здравоохранения.

*Четвертая научная новизна:* Внедрение результатов исследования способствовало совершенствованию диагностики и лечения пациентов с закрытыми травмами органов брюшинного пространства, что повысило эффективность оказания экстренной медицинской помощи. Разработанные методические рекомендации «Особенности клинического течения, диагностики и лечения больных с брюшинными гематомами» утверждены протоколом №3 заседания Ученого совета Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) от 18 мая 2023 года и применяются в клинической практике Ферганского филиала РНЦЭМП (Приказ № 122 от

04.09.2024 г.; Акт о внедрении от 20.12.2024 г.), что подтверждает их ценность для улучшения диагностики и лечения данной категории пациентов. *Социальная эффективность*: повышение качества оказания медицинской помощи за счет улучшения диагностики и индивидуализации тактики лечения. *Экономическая эффективность*: внедрение современных методов визуализации позволило снизить частоту первичного применения широкой лапаротомии с 32,5% до 11,2–13,8%, увеличить долю органосохраняющих операций с 18,6% до 41,3–43,0%, а также существенно сократить частоту послеоперационных осложнений и продолжительность пребывания в стационаре. В среднем на одного пациента было сэкономлено 61 000 сумов, а при 4374 операциях совокупная экономия составила до 266,8 млн сумов.

**Апробация результатов исследования.** Основные положения работы доложены и обсуждены на 1 республиканской и 1 международной конференциях.

**Публикации по результатам исследования.** По материалам диссертации опубликовано 42 научные работы, в том числе 12 статей, из них 8 в республиканских изданиях, включенных в список, рекомендуемых Высшей аттестационной комиссией для публикации основных результатов исследований, 3 в международных научных журналах, а также 29 тезисов докладов; имеются 1 сборник методических рекомендаций.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, списка использованной литературы. Объём диссертации составляет 129 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** показаны актуальность и востребованность проведенного исследования, отражены цель и задачи, обозначены объект и предмет исследования, представлены сведения о соответствии диссертационной работы приоритетным направлениям науки и технологий Республики, показаны научная новизна и практические результаты исследования, обоснована достоверность полученных результатов, раскрывается их научная и практическая значимость, приводятся данные о внедрении в практику результатов исследования, а также сведения об опубликованных работах и структуре диссертации.

**Первая глава** диссертации «**Современные подходы к диагностике, оценке тяжести и хирургическому лечению закрытой травмы органов брюшинного пространства**» посвящена обзору литературы. Глава состоит из 4 подглав, где освещены общие взгляды к проблеме закрытых травм органов брюшинного пространства, вопросы травматических повреждений двенадцатиперстной кишки, ПЖ, почек и травматических брюшинных гематом. В главе показано, что повсеместное и широкое внедрение современных методов визуализации, активное использование чрескожных, эндоваскулярных и эндоскопических минимально инвазивных вмешательств существенно изменили представления о том, что повреждения

паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного вмешательства являются абсолютным показанием к открытым хирургическим вмешательствам. На этом фоне все более важное значение в диагностике и лечении повреждений ПЖ приобретает междисциплинарное взаимодействие хирургов, эндоскопистов, рентгенологов и реаниматологов.

**Во второй главе «Материал и методы исследования»** представлена характеристика клинического материала и использованных методов исследования. В рамках диссертационного исследования проведен ретроспективный анализ результатов комплексной диагностики и лечения 192 больных с закрытой травмой органов забрюшинного пространства (ЗТОЗП), госпитализированных в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Минздрава Республики Узбекистан и его Наманганский филиал в период с 1 января 2019 года по 31 декабря 2023 года. Доля больных с ЗТОЗП (n=192) в общей структуре травм живота (n=1115) за указанный период составила 17,2% (192/1115).

Средний возраст больных с ЗТОЗП, включенных в наше исследование, составил  $39,0 \pm 15,5$  лет с диапазоном от 18 до 76 лет. Как и во всех механических травмах, ЗТОЗП значительно чаще подвергались люди с высокой трудовой и социальной активностью, к категории которых, как известно, относятся мужчины (74,5% пострадавших, 143/192), лица молодого (64,1%; 123/192) и среднего (24,0%; 46/192) возрастов. Доля больных пожилого и старческого возраста составила 12,0% (23/192).

Бригадами скорой медицинской помощи были доставлены 130 (67,7%) пострадавших, самотеком обратились 55 (28,7%) больных, 7 (3,6%) были направлены к нам из других ЛПУ. Состояние алкогольного опьянения различной степени тяжести диагностировано при поступлении в клинику у 53 (27,6%) пострадавших с ЗТОЗП.

В отличие от травм других анатомических зон, в том числе от повреждений груди и живота, клиника ЗТОЗП не всегда ярко выражена первые часы заболевания, а болевой синдром усиливается постепенно по мере нарастания объема забрюшинной гематомы. В связи с этим средний срок поступления больных от момента получения травмы в этой группе пациентов составил  $6,6 \pm 7,5$  часов с диапазоном от 15 минут до 72 часов. Если при закрытых травмах других анатомических зон большая часть пострадавших, как правило, поступают в клинику в первые 3 часа после травмы, тогда как абсолютное большинство пациентов с ЗТОЗП – 139 (72,4%) больных – поступили в клинику позже указанного срока.

Из органов забрюшинного пространства к закрытым травмам наиболее часто подвергались почки, что имело место в более чем в 2/3 случаев – диагностирован у 129 (67,2%) больных. Далее по частоте идут разрывы ПЖ (52; 27,1%) и повреждения ДПК (27; 14,1%). Из них в 16 (8,3%) случаях имело место сочетанное поражение указанных органов – почек, ПЖ и ДПК (табл. 1).

ЗТОЗП характеризуется высокой частотой сочетанного повреждения

других анатомических зон, что отмечено в 84 (43,8%) случаях. Наиболее часто травмировались органы живота – 51 (26,6%) случай, следом шли повреждения грудной клетки – 32 (16,7%), черепно-мозговая травма (ЧМТ) – 25 (13,0%), переломы костей таза – 20 (10,4%), конечностей – 16 (8,3%) и позвоночника – 11 (5,7%) (табл. 1).

Таблица 1.

**Анатомическая структура ЗТОЗП, n=192**

Характер повреждения	Число больных	
	Абс.	%
Разрывы почек	119	62,0
Разрывы поджелудочной железы	43	22,4
Повреждения ретроперитонеальной части ДПК	14	7,3
Почки + ДПК	7	3,6
Поджелудочная железа + ДПК	6	3,1
Почки + поджелудочная железа	3	1,6
В том числе сочетанное повреждение других анатомических зон	84	43,8
– живот	17	8,9
– грудная клетка+живот	13	6,8
– ЧМТ+грудная клетка+живот	8	4,2
– ЧМТ	7	3,6
– живот+таз+конечность	6	3,1
– грудная клетка	6	3,1
– конечность	4	2,1
– таз	3	1,6
– ЧМТ+живот+таз	3	1,6
– ЧМТ+грудная клетка+таз	3	1,6
– позвоночник+таз	3	1,6
– позвоночник+конечность	3	1,6
– ЧМТ+конечность	2	1,0
– живот+позвоночник	2	1,0
– позвоночник	2	1,0
– ЧМТ+грудная клетка+живот+таз+конечность+позвоночник	1	0,5
– ЧМТ+грудная клетка+живот+таз	1	0,5

У подавляющего большинства пострадавших – 166 (86,5%) – травма была получена в результате дорожно-транспортных происшествий (105 случаев; 54,7%) и падений с высоты (61 случай; 31,8%). Значительно реже повреждения забрюшинных органов возникали вследствие избиения – в 18 (9,4%) случаях, и лишь в единичных наблюдениях (5; 2,6%) – в результате бытовой травмы. Указанная структура травмирующих воздействий, в которой преобладают высококинетические механизмы, предопределяет высокую частоту сочетанных повреждений органов и систем других

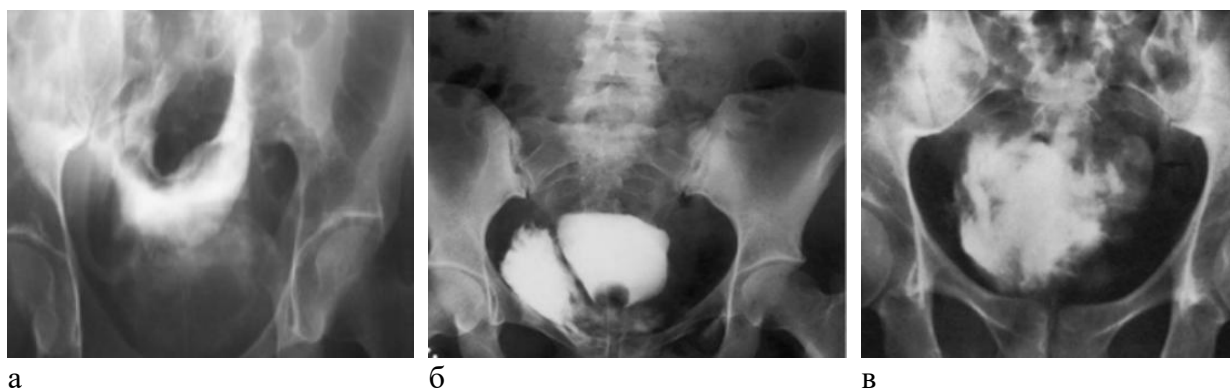
анатомических областей, достигающую 43,8% (84 из 192 пострадавших) (табл. 1). Более того, у 45 (53,6%) из этих 84 пациентов имело место множественное сочетанное повреждение – вовлечение в травматический процесс двух и более анатомических зон. Эти особенности травмотогенеза обуславливают тяжёлое клиническое течение, высокий риск осложнений и требуют комплексного подхода к ведению пациентов с участием специалистов различного профиля.

Преобладание высокоэнергетических механизмов травмы, таких как ДТП и падения с высоты, напрямую отразилось на клинической картине: лишь немного более половины пострадавших с ЗТОЗП – 106 (55,2%) больных – были доставлены в клинику в состоянии средней тяжести. Остальные 86 (44,8%) пациентов находились в тяжёлом (70 случаев; 36,5%) и крайне тяжёлом (16 наблюдений; 8,3%) состоянии уже на момент поступления. У каждого третьего – 55 (28,6%) пострадавших – имелись нарушения сознания: в 44 (22,9%) случаях отмечено оглушение, в 8 (4,2%) – сопор, в 3 (1,6%) – кома.

В третьей главе диссертации «**Закрытые повреждения почек**» представлены результаты диагностики и лечения 129 больных с закрытой травмой почек в возрасте от 18 до 76 лет, средний возраст –  $42,3 \pm 12,2$  года. Абсолютное большинство больных с закрытой травмой почек – 118 (91,5%) – составляли лица молодого (68; 52,7%) и среднего (50; 38,8%) возраста. Мужчины преобладали – 92 (71,3%) пациентов, тогда как женщин было 37 (28,7%). Преобладание социально активного контингента подчёркивает актуальность проблемы не только в клиническом, но и в социально-экономическом аспекте.

Сочетанная травма почки диагностирована у 46 (35,7%) пострадавших, изолированная – у 83 (64,3%). Кроме того, в 4 (3,1%) случаях травме были подвергнуты почки с сопутствующей патологией, в том числе в 2 случаях имело место мочекаменная болезнь, в одном – удвоенная почка и еще в одном – поликистоз органа. Тяжесть травмы по шкале Injury Severity Scoring (ISS) у больных с травмой почек равнялась в среднем  $25,6 \pm 9,2$  балла. Тяжесть состояния этих больных по шкале Revised Trauma Score в среднем составила  $6,468 \pm 2,549$  баллов.

Все больные с клиническими и УЗИ признаками повреждения почек, перелома костей таза подвергались катетеризации мочевого пузыря. При этом макрогематурия выявлена у 85 (65,9%) больных, микрогематурия – у 30 (23,3%), в 14 (10,9%) случаях повреждение почки не сопровождалось признаками гематурии. 38 (29,5%) больным с клиническими или эхографическими признаками повреждения почек при стабильных показателях гемодинамики выполнили МСКТ с контрастным усилением. Гематурия или эхопризнаки свободной жидкости в брюшной полости служили показанием к выполнению пробы Зельдовича. При положительном или сомнительном результате этой диагностической пробы выполняли ретроградную цистографию (рис. 1).



**Рис. 1. Восходящая цистография: а) экстравазация контрастного вещества в брюшную полость, б) внебрюшинное повреждение мочевого пузыря, в) задержка контраста в околопузырной клетчатке после опорожнения мочевого пузыря.**

Первично консервативная тактика ведения больных с признаками повреждения почки I-III степени была предпринята у 68 больных, однако, в 2 (3,0%) случаях у больных с травмой почки III степени на фоне проводимой консервативной терапии отмечено нарастание объема забрюшинной гематомы, что явилось показанием к отсроченной операции – выполнено ушивание разрыва почки. Таким образом, в наших наблюдениях консервативная терапия всего использована у 66 (51,2%) больных, в том числе у 100% (37/37) больных с травмой почки I степени, у 80,8% (21/26) – II степени и у 23,5% (8/34) – III степени (табл. 2). Отсутствие отрицательной динамики в исследуемых показателях в указанные сроки указывало на успешность проводимой консервативной терапии.

**Таблица 2.**

**Тяжесть повреждения почек по классификации AAST-OIS и характер выполненных операций, n=129**

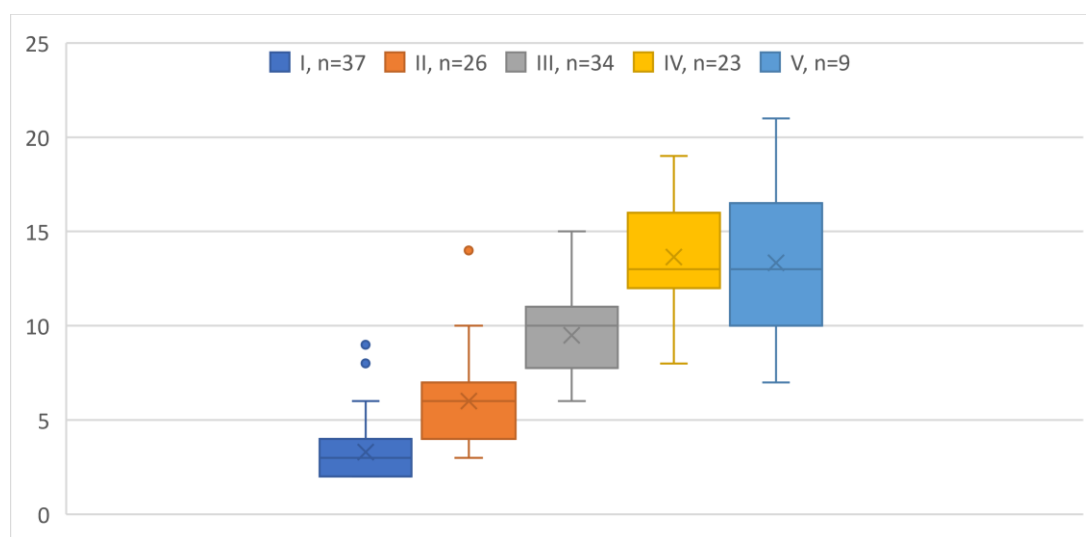
AAST-OIS	Всего больных		Консервативное лечение		Ушивание разрыва		Резекция сегмента		Нефр-эктомия	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I	37	28,7	37	100,0	-	-	-	-	-	-
II	26	20,2	21	80,8	5	19,2	-	-	-	-
III	34	26,4	8	23,5	21	61,8	4	11,8	1	2,9
IV	23	17,8	-	-	5	21,7	5	21,7	13	56,5
V	9	7,0	-	-	-	-	-	-	9	100,0
Всего	129	100	66	51,2	31	24,0	9	7,0	23	17,8

У 5 (19,2%) больных с разрывом почки II степени (n=26) повреждение органа была выявлена в результате интраоперационной ревизии зоны забрюшинной гематомы во время экстренной лапаротомии, выполненной по поводу клинических, ультразвуковых или МСКТ признаков гемоперитонеума. В этих случаях гемостаз был достигнут ушиванием разрыва почки. Всего органосохраняющие операции при разрывах почек выполнено в 40 (31,0%) случаях, включая вышеуказанные 5 случаев. При этом в большинстве случаев – у 31 (24,0%) больного – гемостаз был достигнут ушиванием разрыва органа, резекция поврежденного участка почек выполнена 9 (7,0%) пациентам.

Органосохраняющие вмешательства, как правило, удавалось выполнить при разрывах почек III и IV степени по классификации AAST-OIS (табл. 2).

Все 9 (100%) случаев разрывов и размозжений паренхимы почек V степени завершились нефрэктомией. Кроме того, удаление почек пришлось выполнить в 56,5% (13/23) случаях при разрывах IV степени и 2,9% (1/34) – при повреждениях III степени (табл. 2).

Средняя продолжительность стационарного лечения больных с травмой почек составила  $8,0 \pm 4,6$  дня. Продолжительность пребывания в стационаре увеличивалась с ростом тяжести повреждения: от  $3,3 \pm 1,6$  дня при I степени до  $13,7 \pm 2,9$  и  $13,3 \pm 4,4$  дня при IV и V степенях травмы почек, соответственно (рис. 2). Аналогичная зависимость наблюдалась в сроках нахождения больных в ОРИТ: у больных с I-II степенью травмы средние сроки пребывания не превышали 1 суток ( $0,2 \pm 0,6$  и  $0,7 \pm 1,1$  дня, соответственно), в то время как у больных с IV степенью этот показатель достигал  $4,9 \pm 2,6$  дня. В среднем, интенсивная терапия в условиях ОРИТ требовалась в течение  $1,7 \pm 2,3$  дня.



**Рис. 2. Сроки стационарного лечения больных в зависимости от степени тяжести травмы почек. Пояснения в тексте.**

Частота урологических, нефрологических и местных осложнений также напрямую зависела от тяжести повреждения. При средней частоте осложнений 17,1% (22/129), у больных с I степенью травмы осложнения регистрировались в 2,7% (1/37) случаев, а при III и IV степенях повреждения частота осложнений возрастала до 23,5% (8/34) и 30,4% (7/23), соответственно. У больных с V степенью, у которых была выполнена нефрэктомия, осложнений со стороны мочевыводящих путей не наблюдалось, однако был зарегистрирован один случай нагноения забрюшинной гематомы (11,1%; 1/9).

Самым распространенным осложнением, встречающимся в 6,2% случаев (8/129), был пиелонефрит. Частота этого осложнения возрастала с увеличением степени тяжести травмы, достигая 11,8% при III степени и 8,7% при IV степени повреждения. В структуре осложнений травм почек второе место после пиелонефрита занимали уриномы/околопочечные абсцессы поврежденного органа, которые были выявлены у 6 (4,7%) пациентов, преимущественно при III

(5,9%) и IV (8,7%) степенях разрыва.

Острая почечная недостаточность (ОПН) была нередким осложнением раннего посттравматического периода у пациентов с повреждениями почки и была выявлена у 4 (3,1%) пациентов, из них в половине (2) случаев имела место при травме IV степени. Нагноение забрюшинной гематомы диагностировано у 2 (1,6%) пациентов, перенесших травмы почек IV степени (4,3%) и V степени (11,1%). У 2 (1,6%) пациентов с травмой почки II и III степени имело место развитие уросепсиса, сопровождавшегося клиникой тяжелой интоксикации, гипертермии и выраженной тахикардией.

Расширение показаний к консервативному лечению, успешно применённому у 66 (51,2%) больных с травмой почки I–II степени и частично III степени по классификации AAST-OIS, при условии адекватного мониторинга гемодинамики и показателей красной крови, регулярного ультразвукового контроля и повторной МСКТ через 24–48 часов наблюдения, подтвердило свою целесообразность и безопасность. У этой категории пациентов со сравнительно лёгкой травмой почки средняя продолжительность госпитализации составила  $6,2 \pm 2,1$  дня, пребывание в ОРИТ –  $0,4 \pm 0,8$  дня. Специфические осложнения отмечены у 7 (10,6%) больных, летальных исходов не зарегистрировано (табл. 3).

**Таблица 3.**

**Результаты лечения больных с закрытой травмой почек, n=129**

Показатель	Консервативное, n=66	Ушивание разрыва, n=31	Резекция поврежденного участка, n=9	Нефр-эктомия, n=23	Всего, n=129
Сроки стационарного лечения, дни, $M \pm \sigma$	$6,2 \pm 2,1$	$8,8 \pm 2,6$	$10,4 \pm 2,7$	$12,6 \pm 3,1$	$8,0 \pm 4,6$
Сроки лечения в ОРИТ, дни, $M \pm \sigma$	$0,4 \pm 0,8$	$1,2 \pm 0,9$	$2,2 \pm 1,2$	$3,6 \pm 1,8$	$1,7 \pm 2,3$
Число урологических, нефрологических и местных осложнений, абс. (%)					
Всего осложнений	7 (10,6)	11 (35,5)	3 (33,3)	1 (4,3)	22 (17,1)
– Пиелонефрит	3	5	0	0	8
– Уринома / околопочечный абсцесс	2	4			6
– Уросепсис	1	1			2
– Нагноение забрюшинной гематомы			1	1	2
– ОПН	1	1	2		4
Умерло, абс. (%)	–	3 (9,7)	2 (22,2)	3 (13,0)	8 (6,2)

В дополнение к вышеуказанным 66 (51,2%) случаям успешного консервативного ведения больных с закрытой травмой почки, жизнеспособность повреждённого органа удалось восстановить ещё у 40 (31,0%) пострадавших путём ушивания разрыва (у 31 (24,0%) больного) и резекции повреждённого участка (в 9 (7,0%) случаях) (табл. 3.5). Органосохраняющая тактика

хирургического лечения травм почки III–IV степени по AAST-OIS, хотя и сопровождалась увеличением частоты специфических послеоперационных осложнений до 35,5 и 33,3%, показала удовлетворительные результаты – большинство осложнений успешно купировались антибактериальной терапией и миниинвазивными методами санации. Благодаря этому не отмечено существенного увеличения сроков госпитализации и пребывания в ОРИТ, которые оставались в пределах средних показателей, характерных для других открытых вмешательств на органах брюшинного пространства. В частности, у больных, перенёвших ушивание разрыва почки ( $n=31$ ), средняя продолжительность госпитализации составила  $8,8 \pm 2,6$  дня, а нахождения в ОРИТ –  $1,2 \pm 0,9$  дня. Эти показатели были примерно на 1–1,5 дня выше у пациентов, подвергнутых резекции повреждённого участка –  $10,4 \pm 2,7$  и  $2,2 \pm 1,2$  дня, соответственно. Показатель летальности после органосохраняющих операций варьировал от 9,7 до 22,2% (табл. 3), при этом ни в одном случае неблагоприятный исход не был непосредственно связан со специфическими осложнениями хирургического вмешательства.

Предлагаемый персонализированный подход к выбору тактики лечения больных с закрытой травмой почек с учетом тяжести повреждения по классификации AAST-OIS, предусматривающий расширение показаний к консервативной терапии и органосохраняющим операциям, позволил снизить частоту нефрэктомии до 17,8% (23/129). Данная операция, хотя и характеризуется низкой частотой послеоперационных осложнений (4,3%) и летальности (6,2%), у большинства пациентов выполнялась при наличии сочетанных повреждений других анатомических зон, вследствие чего средние сроки стационарного лечения ( $12,6 \pm 3,1$  дня) и пребывания в ОРИТ ( $3,6 \pm 1,8$  дня) были несколько увеличены (табл. 3).

В целом по выборке из 129 пациентов средняя продолжительность госпитализации составила  $8,0 \pm 4,6$  дня, пребывания в ОРИТ –  $1,7 \pm 2,3$  дня, осложнения наблюдались у 22 (17,1%) больных, а госпитальная летальность достигла 6,2% (8 случаев) (табл. 3).

Общая госпитальная летальность при закрытой травме почек в наших наблюдениях составила 6,2% (8/129). Риск неблагоприятного исхода, также как две предыдущие показатели, напрямую зависел от тяжести травмы почек. Так, у больных с I степенью повреждения летальных исходов не зарегистрировано, тогда как при II степени она составила 3,8% (1/26), а при III степени достигла 11,8% (4/34) и далее колебалась от 8,7% (2/23) у больных с травмой IV степени до 11,1% (1/9) – при травме V степени (табл. 4).

На показатель летальности существенное отрицательное влияние оказывает также сочетание повреждения почек с травмой других анатомических зон. Так, если при изолированном повреждении почек летальность составила 3,6% (3/83), тогда как при сочетанной травме неблагоприятный исход констатирован в 10,9% (5/46) случаях (табл. 4).

У 3 больных с изолированной травмой почек причинами летальных исходов стали уросепсис (1), острый инфаркт миокарда (1) и ТЭЛА (1). Эти случаи

подчёркивают важность своевременной профилактики и лечения как урологических, так и системных осложнений, особенно у пациентов с сопутствующими заболеваниями (табл. 4).

Таблица 4.

**Показатель летальности у больных с изолированными и сочетанным повреждением почек, n=129**

Характер повреждения почки	Всего больных	Умерло	%
Тяжесть повреждения по AAST-OIS, ст.	I	37	-
	II	26	1
	III	34	4
	IV	23	2
	V	9	1
Изолированная травма	83	3	3,6
Сочетанная травма	46	5	10,9
Всего	129	8	6,2%

Среди 5 умерших с сочетанной травмой почек основными причинами смерти были последствия тяжёлой ЧМТ (2), массивная кровопотеря при повреждениях печени (1) и селезёнки (1). Ещё 1 летальный исход был вызван сепсисом с полиорганной недостаточностью, развившимся на фоне нагноения забрюшинной гематомы.

С учётом результатов исследования и накопленного клинического опыта разработан алгоритм диагностики и тактики лечения закрытых травм почек, основанный на первичной оценке гемодинамики, данных МСКТ и стратификации тяжести выявленных повреждений (рис. 3). В условиях РНЦЭМП и его 13 областных филиалов, где имеется техническая возможность проведения мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с внутривенным контрастированием и отсроченной экскреторной фазой, у гемодинамически стабильных пациентов выполняется КТ органов брюшной полости и таза. Это позволяет выявить степень повреждения почечной паренхимы, состояние сосудов и чашечно-лоханочной системы, а также наличие уринарной экстрavasации.

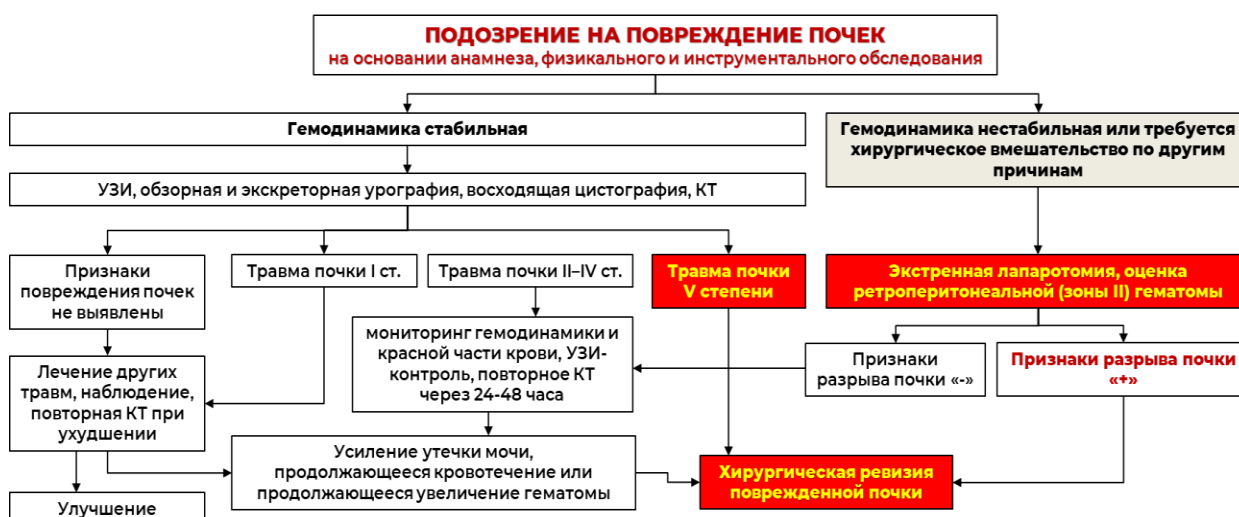


Рис. 3. Алгоритм выбора тактики лечения закрытых травм почек.

При отсутствии признаков травмы почки или мочевого утечки лечение направляется на другие повреждения, а пациент остаётся под динамическим наблюдением. При подтверждённой травме I–IV степени тактика лечения определяется характером повреждения. В случае выявления уринарной экставазации небольшого объёма, предпочтение отдаётся выжидательной тактике с повторным МСКТ-контролем через 48–72 часа. При положительной динамике консервативное лечение продолжается, при ухудшении – принимается решение о хирургической коррекции.

В районных и межрайонных учреждениях, где отсутствует возможность выполнения МСКТ с контрастированием, диагностическая и лечебная тактика формируется на основании клинической картины, гемодинамического статуса и результатов УЗИ. При наличии показаний к экстренной лапаротомии (например, признаки интраабдоминального кровотечения, нарастающая забрюшинная гематома) обязательна интраоперационная ревизия зоны II (околопочечное пространство). При отсутствии гематомы хирург концентрируется на других источниках повреждения. В случае выявления забрюшинной гематомы дальнейшая тактика зависит от её характера: при стабильной гематоме возможно динамическое наблюдение с последующим этапным переводом в более оснащённый центр для выполнения КТ; при признаках активного кровотечения – показано немедленное хирургическое вмешательство.

Травма V степени по шкале AAST-OIS или обнаружение девитализированной почки во всех случаях являются абсолютными показаниями к срочной хирургической ревизии, как правило, с выполнением нефрэктомии, учитывая высокий риск неконтролируемого кровотечения и отсутствие перспектив функционального восстановления органа.

Таким образом, алгоритм построен с учётом ключевых принципов оказания экстренной помощи: начальная оценка гемодинамики, использование КТ с контрастированием при наличии технической возможности, обязательная ревизия зоны II при лапаротомии, и строгое соблюдение показаний к органосохраняющему или радикальному вмешательству. Его применение позволяет минимизировать необоснованные нефрэктомии, сохранить функцию почки при лёгких и умеренных повреждениях, а также стандартизировать подход к диагностике и лечению травм почек в условиях многоуровневой системы СЭМП.

В четвертой главе диссертации **“Закрытые повреждения поджелудочной железы”** представлены результаты хирургического лечения 52 больных с повреждениями ПЖ. Средний возраст пациентов составил  $40,1 \pm 8,6$  года. Среди больных абсолютно преобладали мужчины – 40 (76,9%) человек. В структуре механизмов закрытой травмы ПЖ наиболее частой причиной были дорожно-транспортные происшествия, которые наблюдались у 22 (42,3%) больных. На втором месте по частоте оказалась бытовая травма – 11 (21,2%) случаев, за которой следовали падения с высоты – 9 (17,3%) случаев, криминальная травма – 5 (9,6%) и спортивные травмы – 4 (7,7%). Лишь в одном случае (1,9%) причиной травмы стал производственный инцидент.

При травмах ПЖ доля больных, доставленных бригадами скорой медицинской помощи, остается сравнительно низкой и составляет 19 (36,5%) случаев. Большинство пострадавших – 29 (55,8%) человек – были доставлены в клинику попутным транспортом с места происшествия или обратились самостоятельно спустя некоторое время после травмы, при ухудшении состояния. Еще 4 (7,7%) пациента были переведены из других лечебных учреждений.

Неудовлетворительным остается показатель госпитализации больных в клинику в течение первого «золотого» часа после травмы – всего 21 (40,4%) пациент обратился в этот критически важный период. В первые три часа с момента травмы были госпитализированы еще 13 (25,0%) больных, а в течение суток после повреждения – 14 (26,9%) человек. На вторые и последующие сутки после получения травмы поступили или были переведены из других лечебных учреждений 4 (7,7%) больных.

При закрытых травмах ПЖ общее состояние только 16 (30,8%) больных при поступлении в клинику оценивалось как легкое (2; 3,8%) или средней тяжести (14; 26,9%). У большинства пострадавших (36; 69,2%) состояние было тяжелым (26; 50,0%) или крайне тяжелым (10; 19,2%).

Ультразвуковое исследование (УЗИ), как основной скрининговый метод обследования больных с травмами ПЖ, проводилось у всех 52 пациентов при поступлении в клинику, а также в динамике наблюдения и послеоперационного ведения. По данным первичного УЗИ, свободная жидкость в брюшной полости не была обнаружена у 12 (23,1%) больных. У 28 (53,8%) пациентов жидкость выявлялась в ограниченном количестве, преимущественно в подпеченочном пространстве, около селезенки и в малом тазу. У 12 (23,1%) пострадавших жидкость была обнаружена в значительном объеме, распределяясь по всем отделам брюшной полости. Забрюшинная гематома различной локализации (в околопочечной клетчатке, рядом с ПЖ или в области печени и селезенки) была диагностирована у 16 (30,8%) больных.

Изолированная травма ПЖ диагностирована у 15 (28,8%) пострадавших, сочетанное повреждение – у 37 (71,2%) пациентов. Чаще всего травмы ПЖ сопровождались разрывами соседних паренхиматозных органов, таких как селезенка (10; 19,2%), печень (9; 17,3%) и ДПК (6; 11,5%). В единичных случаях отмечались сочетанные повреждения почек (3; 5,8%) и желудка (1; 1,9%). Помимо этого, закрытые травмы ПЖ нередко сопровождались ЧМТ (7; 13,5%) и ПСМТ (4; 7,7%), а также переломами костей таза (3; 5,8%) и конечностей (2; 3,8%). По 2 (3,8%) случая приходилось на сочетанные переломы костей конечностей и ребер.

Для интраоперационной оценки степени повреждения ПЖ использовалась классификация D. Smego, предложенная в 1985 году<sup>5</sup>. Согласно данной классификации, у большинства пациентов тяжесть травмы была оценена как I или II степень: минимальный ушиб или подкапсульная гематома без

---

<sup>5</sup>Smego D.R., Richardson J.D., Flint L.M. Determinants of Outcome in Pancreatic Trauma. The Journal of Trauma. 1985;25(8):771-776.

повреждения паренхимы (I степень) были выявлены у 16 (30,8%) больных, разрыв паренхимы без повреждения протока железы (II степень) диагностирован у 19 (36,5%) пациентов. Глубокий разрыв с предполагаемым или существующим повреждением протока железы (III степень) наблюдался у 11 (21,2%) пациентов, а массивное разможнение железы (IV степень) отмечено у 6 (11,5%) больных.

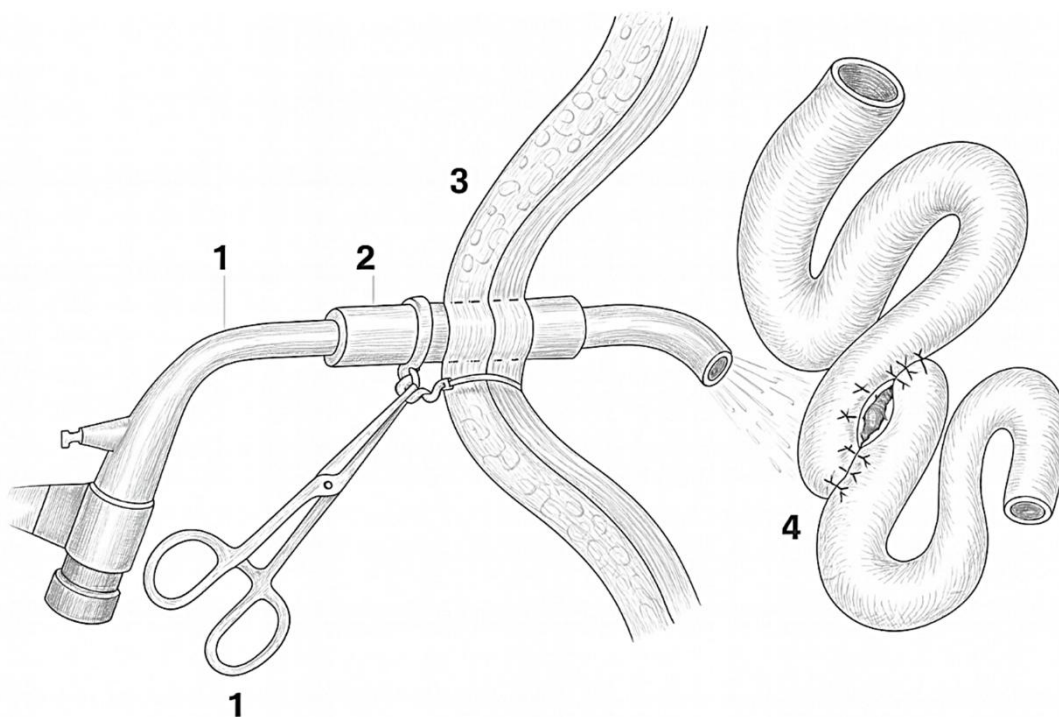
Среди 52 больных с закрытой травмой ПЖ наиболее часто повреждалось тело железы – у 21 (40,4%) пациента, реже отмечались травмы хвоста – у 14 (26,9%) и головки – у 11 (21,2%) больных. Массивное повреждение паренхимы железы, охватывающее две и более анатомические зоны, было диагностировано у 6 (11,5%) пациентов.

Видеолапароскопию для диагностики и лечения травм ПЖ использовали у 32 (61,5%) пациентов. Основными показаниями к этому вмешательству являлись подозрение на повреждение внутренних органов и наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ или КТ у 18 (56,3%) пациентов, неясная клиническая картина с подозрением на перитонит у 8 (25,0%), а также необходимость выполнения «страховочной лапароскопии» в случае сочетанных повреждений у 6 (18,8%) больных.

У всех 32 больных с травмой ПЖ, подвергнутых видеолапароскопии, интраоперационно выявляли наличие свободной жидкости в брюшной полости различного объема: в подпеченочном пространстве и около селезенки – у 24 (75,0%) пациентов, в малом тазу – у 18 (56,3%). Фибриновые наложения или начальные признаки перитонита наблюдались у 12 (37,5%) больных, гематомы в забрюшинной клетчатке (околопочечные или в области ПЖ) – у 16 (50,0%) пациентов. Повреждения других органов (печени, селезенки, желудка, кишечника) диагностированы у 10 (31,3%) пациентов.

Конверсия видеолапароскопии в лапаротомию потребовалась в 8 (25,0%) случаях. Основными причинами конверсии были невозможность адекватно визуализировать повреждение из-за массивной забрюшинной гематомы (у 5 (15,6%) пациентов), подозрение на значительное повреждение протока ПЖ, требующее расширенной диагностики и оперативного вмешательства (у 2 (6,3%) больных), а также усиление кровотечения, требующее немедленного хирургического доступа (у 1 (3,1%) пациента). Таким образом, показатель успешности видеолапароскопических вмешательств при закрытых травмах ПЖ составил 75% (24/32). У 2 больных видеолапароскопию завершили установкой лапаропорта по методу РНЦЭМП для выполнения динамической программированной фибролапароскопии в послеоперационном периоде (рис. 4).

Из 52 больных с травмой ПЖ открытые лапаротомные операции были выполнены у 28 (53,8%) пациентов, включая 20 (38,5%) случаев первичной лапаротомии и 8 (15,4%) случаев конверсии видеолапароскопии. Основными показаниями для выполнения первичной широкой лапаротомии (n=20) являлись клиническая картина разлитого перитонита (8 случаев; 40%), УЗИ/КТ-признаки гемоперитонеума объемом более 500 мл (7; 35%), массивное повреждение ПЖ (3; 15%) и нарастающая забрюшинная гематома (2; 10%).



**Рис. 4. Схема выполнения программированной фибролапароскопии по методу РНЦЭМП: 1) гибкий эндоскоп, 2) лапаропорт, 3) передняя брюшная стенка, 4) зона патологии.**

При выполнении лапаротомий ( $n=28$ ) массивное разможнение ПЖ было диагностировано у 6 (21,4%) пациентов, разрывы железы с повреждением главного панкреатического протока – у 11 (39,3%), поверхностные разрывы – у 9 (32,1%), а в 2 (7,1%) случаях выявлена подкапсульная гематома без разрывов. Кроме того, сочетанные повреждения печени были диагностированы у 3 (10,7%) больных, селезенки – у 2 (7,1%) и ДПК – у 1 (3,6%).

У больных с повреждениями I-II степени ( $n=11$ ) операции носили органосохраняющий характер. В 6 (54,5%) случаях выполнено ушивание поверхностных разрывов паренхимы ПЖ с последующим дренированием зоны повреждения. У 3 (27,3%) больных при наличии подкапсульных гематом проведена аспирация гематомы и санация с дренированием. В 2 (18,2%) случаях при небольших разрывах капсулы применялось ушивание капсулы с одновременной установкой наружного дренажа для предотвращения скопления панкреатического секрета (табл. 5).

При повреждении III-IV степени с разрывом или разможением паренхимы ПЖ ( $n=17$ ) выполняли резекцию нежизнеспособных разможенных тканей. В 3 (10,7%) случаях с повреждением тела или хвоста органа выполнена корпорокаудальная резекция ПЖ с формированием оментобурсостомы. Резекция хвоста ПЖ осуществлена у 2 (7,1%) больных. В 2 (7,1%) случаях при глубоких разрывах с повреждением главного панкреатического протока накладывали швы на проток и паренхиму железы. У 4 (14,3%) пациентов проводилось наружное дренирование зоны повреждения с целью отведения панкреатического секрета. В 1 (3,6%) случае выполнена наложение наружного панкреатического свища из-за невозможности реконструкции протока (табл. 5).

Таблица 5.

**Характер и объем вмешательств на поджелудочной железе при открытых операциях, n=28**

Вид операции	Число больных	
	Абс.	%
Корпорокаудальная резекция с формированием оментобурсостомы	3	10,7
Резекция хвоста поджелудочной железы	2	7,1
Швы на проток и паренхиму железы	2	7,1
Наружное дренирование панкреатического протока	1	3,6
Некрэктомия	5	17,9
Ушивание поверхностных разрывов паренхимы	6	21,4
Удаление подкапсульной гематомы	3	10,7
Ушивание капсулы	2	7,1
Наружное дренирование зоны повреждения	4	14,3

Кроме того, при сочетанных повреждениях печени и селезенки в 2 (7,1%) случаях проводилось удаление селезенки (спленэктомия), а у 1 (3,6%) больного выполнено ушивание разрывов печени. У 2 (7,1%) больных с повреждением головки ПЖ и у 1 (3,6%) пациента с повреждением ДПК выполнена холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому. У этого пациента с повреждением ДПК выполнено также ушивание дефекта кишки с дренированием зоны повреждения.

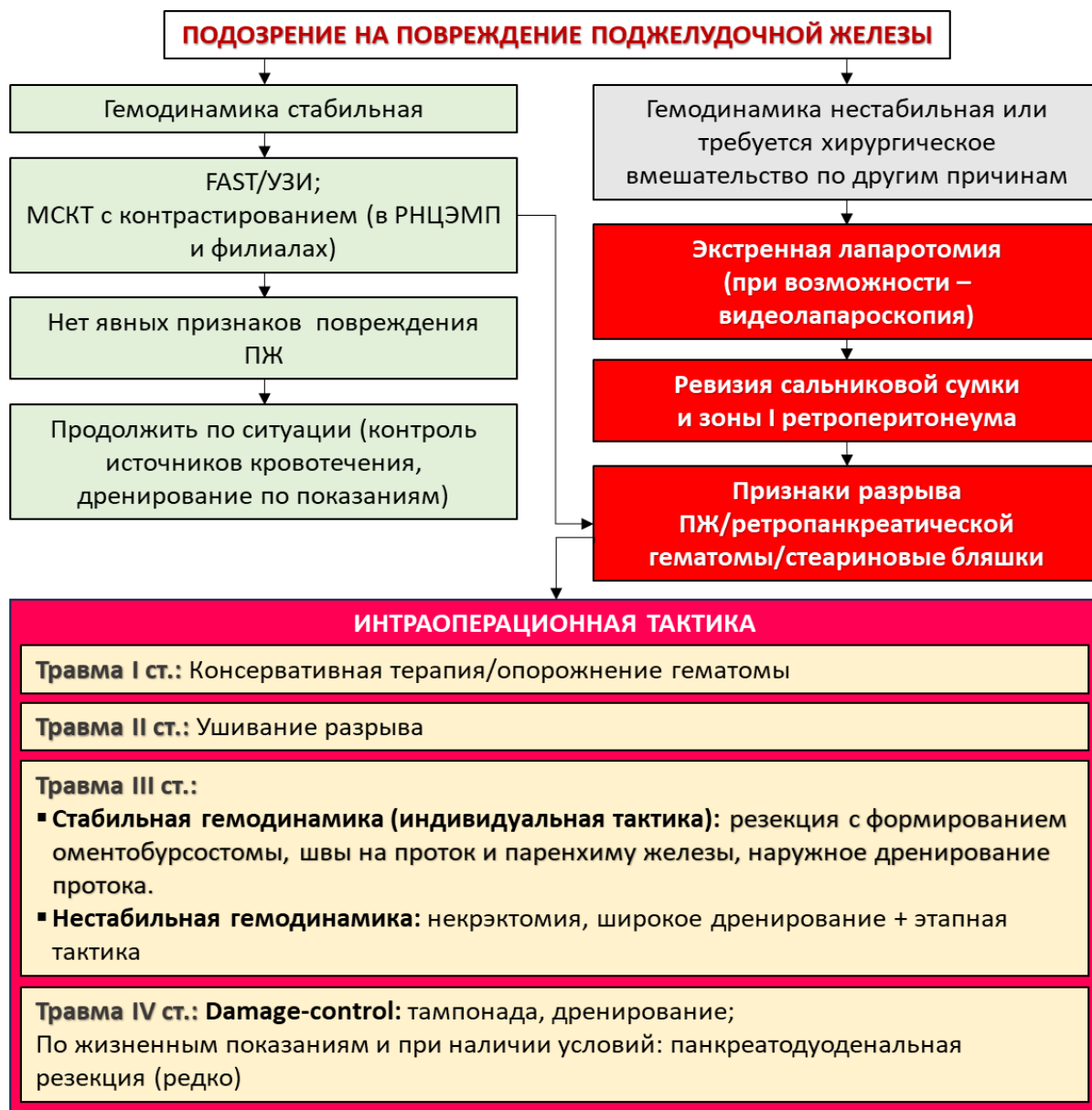
В отличие от закрытых повреждений почки, где частота осложнений составляла 17,1%, закрытые травмы поджелудочной железы характеризуются более высокими показателями послеоперационных осложнений, достигающих 57,1% (16/28), с преобладанием в структуре которых местных ограниченных форм нагноений (11 случаев): нагноение послеоперационной раны – у 5 больных, инфицированный панкреонекроз – у 3, внутрибрюшные абсцессы – у 2 и наружный панкреатический свищ – у 1.

2 случая внутрибрюшных абсцессов успешно устранены путем лапароскопической санации и дренирования гнойных полостей. У 1 больного наружный панкреатический свищ закрылся самостоятельно на 28-е сутки после операции.

В структуре общих осложнений преобладали пневмония и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), развившиеся у 4 пациентов, что было обусловлено тяжелой сочетанной ЧМТ, переломами ребер и продолжительной ИВЛ. 2 пациента перенесли острый инфаркт миокарда и полиорганную недостаточность. В 1 случае в послеоперационном периоде прогрессировала клиника отека и дислокации головного мозга на фоне тяжелой черепно-мозговой травмы, что привело к летальному исходу. Общая послеоперационная летальность у пациентов с повреждениями ПЖ составила 14,3% (4/28). Непосредственными причинами смерти стали полиорганная недостаточность (2), сепсис (1) и тяжелая ЧМТ (1).

Как итог проведенных исследований был разработан “Алгоритм выбора

тактики хирургического лечения и принципы маршрутизации больных с закрытой травмой ПЖ” (рис. 5). Центральным моментом предлагаемого алгоритма является оценка гемодинамических показателей пострадавшего: при признаках вероятной интраабдоминальной катастрофы (перитонеальные симптомы, FAST(+)/свободная жидкость, прогрессирующая анемия, рост лактата) показана экстренная лапаротомия (при возможности – видеолапароскопия) с ревизией сальниковой сумки и зоны I. У стабильных больных выполняются FAST/УЗИ, а на уровне РНЦЭМП и его областных филиалов – МСКТ с контрастированием; при недоступности КТ на районном уровне – стабилизация состояния больного и этапирование.



**Маршрутизация:** Больница без МСКТ: стабилизация, FAST/УЗИ → при стабильности этапировать в ф. РНЦЭМП для МСКТ и специализированной помощи; при нестабильности — лапаротомия на месте с damage-control и последующее перевод в ф. РНЦЭМП.

**Рис. 5.** Алгоритм выбора тактики хирургического лечения и принципы маршрутизации больных с закрытой травмой поджелудочной железы.

В предлагаемой схеме выбор интраоперационной тактики стратифицирована по тяжести травмы ПЖ на I–IV степени: I ст. – консервативное ведение (голод (NPO), анальгезия, инфузионная терапия; лапароскопическое дренирование по показаниям); II ст. – ушивание разрыва; III ст. – органосохраняющие вмешательства с коррекцией утечки главного протока или дистальная резекция; IV ст. – стратегия damage control с широким дренированием и этапной реконструкцией при жизненных показаниях (рис. 5). Такой подход унифицирует маршрутизацию и принятие решений, ускоряет верификацию протоковой травмы и снижает хирургическую агрессию без ущерба безопасности.

В четвертой главе диссертации «Травматические повреждения двенадцатиперстной кишки» изучены результаты хирургического лечения 27 больных с повреждением внебрюшинной части ДПК, среди которых мужчин было 18 (66,7%), женщин – 9 (33,3%). Абсолютное большинство больных – 23 (85,2%) пациентов – были лица социально и физически активного возраста от 19 до 60 лет).

Бригадами службы скорой медицинской помощи были доставлены 17 (63,0%) пострадавших, самостоятельно обратились 8 (29,6%), из других лечебных учреждений были переведены 2 (7,4%) больных. Анализ сроков поступления выявил выраженную запоздалость госпитализации в данной группе. Так, в первые 6 часов с момента травмы в стационар поступили лишь 6 (22,2%) пациентов, в промежутке от 6 до 24 часов – 18 (66,7%), а позже 24 часов – 3 (11,1%) пострадавших. Таким образом, в 77,8% случаев госпитализация при повреждениях ДПК была запоздалой, что подчёркивает значительные трудности ранней диагностики данной категории травм.

В общей структуре механизмов закрытой травмы ДПК значительно преобладали ДТП, зарегистрированные у 17 (63,0%) пострадавших. На втором месте по частоте находились падения с высоты – у 5 (18,5%) больных, далее следовали случаи избиения – у 2 (7,4%) пострадавших. Единичные наблюдения приходились на повреждения забрюшинной части ДПК вследствие спортивной травмы, придавливания тяжёлым предметом на производстве и ятрогенной травмы при выполнении ЭПСТ.

У большинства пострадавших с закрытой травмой ДПК (85,2%) при поступлении в клинику отмечались различные степени травматического шока, при этом преобладали шок I и II степени, зарегистрированные у 16 (59,3%) пациентов. Шок III степени наблюдался у 6 (22,2%) больных, а тяжёлый шок IV степени был зафиксирован в одном случае (3,7%). Без признаков шока поступили 4 (14,8%) пациента.

УЗИ брюшной полости было выполнено всем 27 больным с травмой ДПК. При этом жидкость в брюшной полости выявлена у 21 (77,8%) пациентов, в плевральной полости – у 2 (7,4%), а забрюшинная гематома – у 1 (3,7%). Таким образом, общая информативность УЗИ при травмах ДПК составила 88,9%. Однако, этот метод обследования не обладает патогномичными сонографическими признаками дуоденальной травмы.

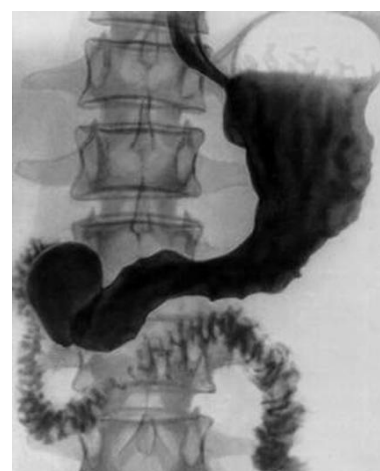
Рентгенологическое обследование проведено 20 (74,1%) больным с закрытой травмой ДПК. На рентген снимках наиболее часто (65,0%) визуализировалось расширение дуоденальных петель (рис. 6), что свидетельствовало о частичном дуоденостазе за счет отека или гематомы. В половине случаев (10) на рентгенограммах выявляли признаки ретропневмоперитонеума (рис. 7), что указывало на наличие разрыва стенки ДПК с выходом газа в забрюшинное пространство. У 8 (40,0%) больных отмечена задержка контраста в проекции ДПК (рис. 8), у 7 (35,0%) – изменение положения и контура кишки, что, вероятно, было обусловлено с ее сдавлением забрюшинной гематомой или скоплением жидкости. Экстравазацию контраста за пределы ДПК выявили в 6 (30,0%) случаях, что подтверждало наличие дефекта ее стенки. Посттравматический парез на снимках проявлялся появлением горизонтального уровня жидкости в проекции ДПК и было отмечено у 5 (25,0%) больных. Контурный дефект стенки кишки обнаружен у 4 (20,0%) пациентов при прицельной рентгеноскопии.



**Рис. 6. Бариевая контрастная рентгенография желудка и ДПК: выраженное расширение проксимального отдела ДПК с экстравазацией контраста (указано стрелкой).**



**Рис. 7. Нативная рентгенограмма: ретроперитонеум (указано стрелкой).**



**Рис. 8. Бариевая контрастная рентгенография (позитив) желудка и ДПК: задержка контраста в ДПК.**

Для повышения диагностической эффективности при подозрении на дуоденальную травму применяли введение водорастворимого контраста в ДПК через назогастральный зонд, что позволило выявить его выход за пределы органа у 10 пациентов, подтверждая наличие дефекта стенки кишки. Кроме того, этот метод является наиболее чувствительным для обнаружения воздуха и крови в забрюшинном пространстве. Наиболее информативным методом диагностики травм ДПК оказалась МСКТ, общая информативность которой составила 90,0%.

Патогномичный рентгенологический симптом разрыва ДПК – экстравазация контраста за пределы контура кишки – был выявлен до операции у 10 (37,0%) пациентов с помощью МСКТ и у 6 (22,2%) при рентгенографии с

контрастированием. В остальных 11 (40,7%) случаях повреждение ДПК диагностировано интраоперационно, в том числе у 5 (18,5%) больных при диагностической лапароскопии.

При закрытой травме ДПК сочетанные повреждения органов грудной клетки выявлены у 4 (14,8%) больных, черепно-мозговая травма (ЧМТ) – у 3 (11,1%), переломы костей конечностей – у 2 (7,4%), а разрыв левого купола диафрагмы диагностирован у 1 (3,7%) пациента.

При закрытой травме ДПК хирургическое вмешательство у большинства больных проводилось в первые 12 часов. Так, у 14 (51,9%) пациентов с большим объемом гемоперитонеума, с рентгенологическими и МСКТ признаками разрыва ДПК (экстравазация контраста) операция начата в первые 6 часов, в интервале 6–12 часов после поступления оперированы 6 (22,2%) больных. У 4 (14,8%) больных, не имеющих при поступлении явных признаков повреждения внутренних органов, показания к хирургическому вмешательству появились в процессе динамического наблюдения и дообследования, что обусловило проведение операции в промежутке 12–24 часов. Переведенные из других ЛПУ 3 (11,1%) больных были оперированы спустя более 24 часов от момента травмы.

Из 27 больных с травмой ДПК у 21 (77,8%) пациентов, имеющих явные клинические, ультразвуковые, рентгенологические или МСКТ-признаки дуоденального или другого интраабдоминального повреждения, оперативное вмешательство сразу начинали с широкой лапаротомии. В 6 (22,2%) случаях, когда диагностические признаки поражения органов брюшной полости и забрюшинного пространства были сомнительными, операция начиналась с диагностической лапароскопии. Лапароскопическая ревизия выявила локальный отек и утолщение стенки ДПК у 5, кровоизлияния в серозную оболочку у 4, забрюшинную гематому в области ДПК – у 1 больного. Эти изменения стали основанием для конверсии в широкую лапаротомию с целью полноценной ревизии органа и выполнения адекватного хирургического вмешательства.

Интраоперационной ревизией ДПК установлено, что повреждения органа на уровне привратника и луковицы выявлены у 3 (11,1%) пациентов, в верхней горизонтальной части (D1) – у 2 (7,4%), в нисходящем отделе выше БДС (D2) – у 17 (63,0%), в нижней горизонтальной части (D3) – у 4 (14,8%), а в дуоденоюнальном отделе (D4) – у 1 (3,7%).

При интраоперационной оценке степени тяжести повреждения ДПК применяли шкалу ААСТ (Американской Ассоциации Хирургии травмы) от 1994 года<sup>6</sup>, в которой учитываются механизм травмы, локализация и сочетание повреждений. В соответствии с ней выделяют 5 степеней тяжести повреждения ДПК. В наших наблюдениях среди повреждений ДПК наиболее часто встречались травмы III степени (9; 33,3%), включающие разрывы 50–75% окружности нисходящего отдела (D2) или 50–100% других отделов ДПК (D1, D3, D4). На втором месте по частоте идут повреждения IV степени (7; 25,9%), характеризующаяся разрывом более 75% окружности нисходящего отдела с

---

<sup>6</sup>Lin L., Stain S. C., Salim A. Duodenal Trauma //Bailey & Love's Essential Operations in Hepatobiliary and Pancreatic Surgery. – 2024. – С. 195-201.

повреждением ампулы фатерова соска. Реже диагностируются повреждения V степени (3; 11,1%), связанные с массивной панкреатодуоденальной травмой и деваскуляризацией ДПК, а также повреждения I и II степени (18,5% и 11,1% соответственно), включающие как гематомы, так и частичные разрывы стенки.

При повреждениях ДПК I–II степени (n=8) тактика хирургического вмешательства определялась объемом повреждения и стабильностью гематомы стенки. У 4 пациентов с изолированной ненарастающей гематомой стенки ДПК операция завершена визуальным осмотром и пальпацией органа с установкой назодуоденального зонда, без дополнительного дренирования забрюшинного пространства. В 4 случаях частичных разрывов стенки ДПК, не превышающих 1/3 окружности кишки (1–1,5 см) при I степени и 50% окружности при II степени, выполнена мобилизация ДПК по Кохеру для полноценной ревизии. Дефекты ушиты двухрядными узловыми швами с перитонизацией, при этом во всех случаях проведено дренирование забрюшинного пространства и установка назодуоденального зонда.

У пациентов с III степенью тяжести повреждения ДПК (n=9), когда разрыв составлял 50–75% окружности кишки, хирургическая тактика подбиралась индивидуально. В 5 случаях удалось выполнить ушивание дефекта без резекции, в том числе у 3 больных дополнительно сформирован защитный гастроэнтероанастомоз по Вельфлеру-Брауну для снижения нагрузки на зону шва. В 4 случаях, где разрывы локализовались в области привратника или приводили к сужению просвета кишки, выполнена пилоропластика по Гейнеке-Микуличу (табл. 6).

**Таблица 6.**

**Объем и характер операций, выполненных по поводу закрытых повреждений ДПК, n=27**

Характер операции	Число больных	
	Абс.	%
Ревизия ДПК, опорожнение гематомы	4	14,8
Восстановление целостности ДПК	21	27,8
– Ушивание дефекта ДПК	6	22,2
– Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу	4	14,8
– Ушивание дефекта ДПК + ГЭА	4	14,8
– Реконструкция ДПК + ДЭА	6	22,2
– Ушивание дефекта ДПК + ГЭА + гепатикоюностомия по Ру	1	3,7
Панкреатодуоденальная резекция	1	3,7
Дуоденэктомия + ГЭА	1	3,7

Примечание: ГЭА – гастроэнтероанастомоз, ДЭА – дуоденоэнтероанастомоз.

При IV степени повреждения ДПК (n=7), когда разрыв превышал 75% окружности и сопровождался повреждением ампулы фатерова соска, в 5 случаях выполнена реконструкция ДПК с наложением дуоденоюнального анастомоза “бок в бок” на длинной петле с брауновским соустьем. В 1 случае, при сочетанной травме головки ПЖ без массивного панкреонекроза, проведена краевая резекция поврежденного участка ПЖ с ушиванием дефекта ДПК двухрядными швами, наложением обходного гастроюнального анастомоза и

дренированием забрюшинного пространства. Еще у 1 пациента с отрывом холедоха и разрывом ДПК IV степени выполнена гепатикоюностомия по Ру в сочетании с разгрузочным гастроюнональным анастомозом (табл. 6).

При наиболее тяжелой V степени повреждения ДПК (n=3) потребовались расширенные и сложные хирургические вмешательства. В одном случае, при массивном повреждении головки ПЖ и распространении разрыва на дуоденум, выполнена панкреатодуоденальная резекция. В другом случае, при глубоком разрыве ДПК, но сохранности ее проксимального отдела, проведена реконструкция с наложением дуоденоюноанастомоза “конец в бок” с отключением дистальной части кишки. В третьем случае, когда имела место тотальная деваскуляризация ДПК, выполнена дуоденэктомия с формированием гастроэнтероанастомоза (табл. 6).

Во время операции у 5 (18,5%) пациентов выявлены изолированные повреждения ДПК, тогда как в остальных 22 (81,5%) случаях дуоденальная травма сочеталась с повреждениями других органов живота и забрюшинного пространства. Наиболее часто встречались разрывы почки – у 7 (25,9%) пациентов, поджелудочной железы – у 6 (22,2%), травмы печени – у 4 (14,8%). Нередко отмечались разрывы селезенки – у 3 (11,1%), желудка – у 2 (7,4%) и желчного пузыря – у 2 (7,4%). По одному случаю (3,7%) зафиксированы сочетанные повреждения тощей кишки и нижней полой вены. При повреждениях почек (n=7) тактика хирургического вмешательства определялась степенью тяжести их травмы. В 1 случае выявлена субкапсулярная гематома без признаков разрыва почечной ткани, что позволило ограничиться ревизией почки и динамическим наблюдением. В 4 наблюдениях с повреждениями II–III степени по AAST (2018) выполнено ушивание разрыва с сохранением почки. В 2 ситуациях, при тяжелом разрушении паренхимы, сопровождающемся массивным кровотечением, потребовалось проведение нефрэктомии.

У больных с сочетанной травмой ПЖ (n=6) объем вмешательства также зависел от степени тяжести повреждения. У 1 пациента с подкапсулярной гематомой без повреждения паренхимы лечение ограничилось тампонадой и дренированием забрюшинного пространства. В 3 случаях потребовалось ушивание капсулы и наложение наружного дренажа для профилактики формирования панкреатического свища. В 2 наблюдениях, при тяжелом сочетанном повреждении ДПК и ПЖ, в одном случае выполнена резекция хвоста железы, в другом – формирование оментобурсостомы.

Повреждения печени (n=4) сопровождались различной степенью кровотечения и повреждения паренхимы. В 3 случаях при поверхностных линейных разрывах выполнено ушивание дефектов печени, а в 1 случае при глубоком разрыве органа применены П-образные швы с дополнительной тампонадой сальником. При травме селезенки (n=3) лишь в 1 случае удалось сохранить орган, обеспечив гемостаз с помощью комбинированного применения аргоно-плазменной коагуляции и аппликации гемостатической губки Тахокомб. В 2 других случаях, из-за выраженного повреждения паренхимы и неконтролируемого кровотечения, была выполнена спленэктомия. При разрывах

ДПК с переходом на стенку желудка (n=2) выполнено ушивание линейных разрывов желудка. Необходимости в резекции органа не возникло. В обоих случаях сочетанного повреждения стенки желчного пузыря (n=2) выполнена холецистэктомия. При единственном случае сочетанной травмы тощей кишки выполнено ушивание дефекта стенки. У больного с сочетанным повреждением нижней полой вены выполнено наложение бокового шва на дефект сосуда, что позволило остановить кровотечение и сохранить его проходимость. В одном случае ушивание разрыва ДПК сочеталось с ушиванием дефекта диафрагмы.

Послеоперационные осложнения развились у 11 (40,4%) из 27 оперированных пациентов, причем у 7 больных наблюдалось сочетание нескольких осложнений. Среди специфических осложнений наблюдали несостоятельность швов, наложенных на дефект ДПК (2), несостоятельность швов межкишечных анастомозов (1), внутрибрюшное кровотечение (1), забрюшинную флегмону (2) и панкреонекроз (2). Среди общих осложнений наиболее часто встречались пневмония и ОРДС (10), синдром полиорганной недостаточности (3), а также острый инфаркт миокарда (1).

Релапаротомии потребовались у 5 больных, основными причинами чего являлись несостоятельность швов ушитых дефектов ДПК (2), несостоятельность швов анастомозов (1) и аррозивные кровотечения из зоны травмы (2).

Послеоперационная летальность при закрытой травме ДПК в наших наблюдениях составила 33,3% (9/27). От травматического шока в первые сутки после операции умерли 2 пациента, на 8-12 сутки после операции умерли 4 пациента из-за прогрессирования перитонита. В более поздние сроки послеоперационного периода умерли еще 3 больных от последствий обширной забрюшинной флегмоны с развитием сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности (1), панкреонекроза с аррозивным кровотечением (1) и острого инфаркта миокарда (1).

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. ЗТОЗП составляет 17,2% среди травм живота. Ведущими механизмами повреждения являются ДТП (54,7%) и падения с высоты (31,8%). Наиболее часто в виде изолированного и сочетанного поражения травмируются почки (67,2%), реже – поджелудочная железа (27,1%) и ДПК (13,5%). ЗТОЗП в 43,8% случаев сопровождаются повреждениями других анатомических областей, преимущественно органов брюшной полости (26,6%) и грудной клетки (16,7%). Большинство пациентов поступает в стационар в тяжелом (36,5%) или крайне тяжелом (8,3%) состоянии, а у 23,9% отмечаются нарушения сознания. Ввиду постепенного нарастания симптоматики ЗТОЗП 72,4% пострадавших госпитализируются спустя более 3 часов после травмы, в среднем через  $6,6 \pm 7,5$  часов.

2. При закрытой травме почек УЗИ имеет ограниченные диагностические возможности, тогда как МСКТ является наиболее информативным методом, позволяющим детально оценивать степень повреждения, состояние сосудов, паренхимы и наличие продолжающегося кровотечения. Повреждения I–II

степени диагностируются в 51,2% случаев, III степени – в 26,4%, а IV–V степени – в 22,4%, что обосновывает возможность и целесообразность расширения показаний к консервативному и органосохраняющему хирургическому лечению, а также более строгого ограничения показаний к нефрэктомии. Персонализированный подход к выбору лечебной тактики с использованием МСКТ-стратификации тяжести повреждения способствует снижению частоты нефрэктомии до 17,8%.

3. При закрытой травме поджелудочной железы УЗИ и МСКТ позволяют выявлять забрюшинные гематомы и свободную жидкость в брюшной полости, при этом МСКТ обладает большей точностью. Видеолапароскопия применима в 61,5% случаях, а ее успешность составляет 75%. У 71,2% пострадавших диагностируются сочетанные повреждения, наиболее частыми из которых являются травмы селезенки (19,2%) и печени (17,3%). При повреждениях I–II ст. предпочтение отдается минимально травматичным вмешательствам, тогда как при III–IV ст. требуются резекционные и восстановительные операции. Частота послеоперационных осложнений составляет 57,1%, летальность – 14,3%.

4. При повреждениях ДПК в 77,8% случаев госпитализация была запоздалой, что подчёркивает значительные трудности ранней диагностики данной категории травм. Информативность УЗИ составляет 88,9%, однако, выявляемые сонографические признаки травмы не являются патогномичными для дуоденальной травмы. Наиболее информативным методом диагностики является МСКТ, общая информативность которой достигает 90,0%. Интраоперационно наиболее часто выявляются повреждения ДПК III степени (33,3%), IV степени (25,9%) и II степени (18,5%), реже встречаются травмы I и V степени (по 11,1%). Для данной травмы характерным является высокая частота (85,2%) сочетанного повреждения других органов брюшной полости и забрюшинного пространства, наиболее часто – почек (25,9%), поджелудочной железы (22,2%) печени (14,8%) и селезенки (11,1%). Частота послеоперационных осложнений при травмах ДПК составляет 40,4%, релапаротомии требуются у 18,5% пациентов, летальность достигает 33,3%.

5. ЗТОЗП характеризуется высокой частотой осложнений и значительным уровнем летальности. Высокая доля сочетанных травм (43,8%) и необходимость экстренного хирургического вмешательства у значительной части больных диктуют важность мультидисциплинарного подхода. Для улучшения исходов требуется ранняя диагностика, своевременное хирургическое вмешательство и индивидуальный подход к выбору лечебной тактики.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 ON THE AWARD OF  
SCIENTIFIC DEGREES AT THE  
REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICINE**  

---

**REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICINE**

**ALIJANOV ABROR ALIJON UGLI**

**IMPROVEMENT OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF  
CLOSED TRAUMA OF THE RETROPERITONEAL ORGANS**

**14.00.40 – Emergency medicine**

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

**TASHKENT - 2025**

**The theme of dissertation Doctor of Philosophy (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher education and innovations of the Republic of Uzbekistan under B2022.2.PhD/Tib2971**

Dissertation has been done at the Republican research center of emergency medicine and it's Namangan branch.

The abstract of the thesis in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) has been posted on the website of Scientific council ([www.emerge-centre.uz](http://www.emerge-centre.uz)) and the information-educational portal «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Scientific consultant:**

**Khadjibaev Abdukhakim Muminovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Official opponents:**

**Minnullin Ildar Pulatovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Tulyaganov Davron Bakhtiyarovich**  
Doctor of Medical Sciences

**Leading organization:**

**Abu Ali Ibn Sina Bukhara State medical Institute**

The defense will take place on « 29 » 12 2025 at 14<sup>00</sup> at the meeting of the Scientific council DSc.04/30 12.2019.Tib.63.01 at the Republican Research Centre of Emergency Medicine (Address: 2, Kichik halqa yoli str., 100115, Tashkent, Uzbekistan. Phone/fax: +998(78) 150-46-00, +998(78) 150-46-05, e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

The dissertation is available in the Information-resource center of the Republican research center of emergency medicine (is registered under № 14) (Address: 2, Kichik halqa yoli str., 100115, Tashkent, Uzbekistan. Phone/fax: (+99878) 150-46-00, +998(78)150-46-05).

Abstract of the dissertation sent out on « 15 » 12 2025 y  
(Protocol of mailing № 14 from « 15 » 12 2025 y.



**D.A. Alimov**  
Deputy chairman of the Scientific Council to Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

**Kh.E. Anvarov**  
Scientific Secretary of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Philosophy in Medical Sciences

**B.K. Altiev**  
Chairman of the Scientific Seminar at the Scientific Council to Award a Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

## INTRODUCTION (PhD dissertation's abstract)

**The aim of the study:** increasing the effectiveness of treatment of closed injuries of retroperitoneal organs by improving diagnostics, optimizing the choice of treatment tactics and introducing modern visualization methods and surgical technologies.

**The object of the study:** A total of 192 patients with closed trauma of the retroperitoneal organs who were treated at the Republican Research Center of Emergency Medicine (RRCEM) and its Namangan branch in the period from January 2019 to December 2023, including 129 patients with closed kidney injury, 52 patients with closed pancreatic injuries and 27 patients with duodenal injury, of which 16 patients were diagnosed with combined injury to these organs.

**The scientific novelty** of the research is as follows:

the characteristic clinical features of patients with blunt retroperitoneal organ injury were substantiated based on a comprehensive study of the patient demographic and clinical characteristics, including an analysis of age and gender structure, injury mechanism, risk factors, time of admission, and severity of the condition;

the diagnostic value of multi-slice computed tomography (CT) in closed kidney, pancreas, and duodenal injuries was substantiated and indications for it were clarified, including specific CT features that allow for an objective assessment of the extent of injury, the identification of indirect signs of retroperitoneal hematomas, and the determination of the need for surgical intervention;

the prognostic value of the frequency and structure of postoperative complications and mortality was determined for the selection of surgical tactics for various degrees of retroperitoneal organ damage, which allowed for clarification of indications for organ-preserving and radical interventions and the prevention of complications and death;

the feasibility and safety of using a comprehensive diagnostic approach based on a combination of clinical examination, ultrasound, MSCT and video laparoscopy was substantiated, which made it possible to increase the accuracy of diagnosis, reduce the frequency of diagnostic errors and optimize the choice of treatment tactics.

### **Implementation of research results.**

According to the conclusion:

*the first scientific novelty:* the conducted study of the demographic and clinical characteristics of patients with closed injuries of the kidneys, pancreas and duodenum, including the analysis of age and sex composition, injury mechanism, risk factors, timing of admission and severity of the condition, is reflected in the methodological recommendations "Features of the clinical course, diagnosis and treatment of patients with retroperitoneal hematomas", approved by Protocol No. 3 of the meeting of the Academic Council of the Republican Research Center of Emergency Medicine (RRCEM) dated May 18, 2023. The recommendations have been implemented in the clinical practice of the Khorezm branch of the RRCEM

(Order No. 263/1-"I" dated December 19, 2024; Implementation Act dated February 28, 2025). *Social efficiency*: systematization of clinical data allowed to improve the accuracy of diagnosis and increase the validity of the choice of treatment tactics. *Cost-effectiveness*: detailed risk factor analysis has reduced the volume of unnecessary diagnostic procedures and increased treatment effectiveness.

*the second scientific novelty*: the characteristic CT signs of blunt injuries of the retroperitoneal organs, including the kidneys, pancreas, and duodenum, are systematized and described, which made it possible to refine the diagnostic criteria for assessing the severity of injuries, identifying indirect signs of retroperitoneal hematomas, and differentiating surgical tactics. The study data have been incorporated into the methodological recommendations "Characteristics of the clinical course, diagnosis, and treatment of patients with retroperitoneal hematomas" approved by Protocol No. 3 of the meeting of the Academic Council of the RRCEM dated May 18, 2023. The recommendations have been implemented in the clinical practice of the Andijan branch of the RRCEM (Order No. 12 dated January 3, 2025; Implementation Act dated March 16, 2025). *Social effectiveness*: the accuracy of diagnosis has been increased, which helps to reduce the incidence of late detection of severe injuries and improve treatment outcomes. *Cost-effectiveness*: reduced diagnostic time and reduced costs for non-informative examination methods.

*the third scientific innovation*: optimal surgical approaches to the treatment of blunted injuries to the kidneys, pancreas, and duodenum were identified, which allowed for the development of recommendations for the choice of surgical tactics depending on the severity of the injury and the presence of concomitant injuries. These recommendations are reflected in the guidelines "Characteristics of the clinical course, diagnosis, and treatment of patients with retroperitoneal hematomas," approved by Protocol No. 3 of the meeting of the Academic Council of the RRCEM on May 18, 2023. The recommendations have been implemented into clinical practice at the Bukhara branch of the RRCEM (Order No. 40 dated April 1, 2024; Implementation Act dated March 15, 2025). *Social effectiveness*: reduced incidence of postoperative complications, decreased mortality, and improved functional outcomes in patients. *Cost-effectiveness*: reduced hospital stay, fewer repeat surgeries, and reduced burden on the healthcare system.

*the fourth scientific innovation*: implementation of the study results contributed to improved diagnosis and treatment of patients with blunt retroperitoneal injuries, thereby increasing the effectiveness of emergency medical care. The developed guidelines, "Characteristics of the Clinical Course, Diagnosis, and Treatment of Patients with Retroperitoneal Hematomas," were approved by Protocol No. 3 of the meeting of the Academic Council of the RRCEM on May 18, 2023, and are being used in the clinical practice of the Fergana branch of the RRCEM (Order No. 122 dated September 4, 2024; Implementation Act dated December 20, 2024), confirming their value for improving the diagnosis and treatment of this category of patients. *Social effectiveness*: improved quality of medical care through improved diagnosis and individualized treatment strategies. *Cost-effectiveness*: reducing

patient treatment costs by optimizing surgical interventions and shortening hospital stays.

**The structure and scope of the thesis.** The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, practical recommendations, and a list of references. The total volume of the dissertation is 129 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I қисм (I часть, I part)**

1. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Робиддинов Ш.Б., Робиддинов Ж.Б., Робиддинов Б.С. Случай успешного хирургического лечения ребенка с посттравматическим панкреонекрозом при тяжелой сочетанной множественной травме // Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14, № 6. – С. 79–85 (14.00.00; №11).

2. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Робиддинов Ш.Б. Случай успешного хирургического лечения больного с полным поперечным разрывом поджелудочной железы // Вестник экстренной медицины. – 2022. – Т. 15, № 2. – С. 44–51 (14.00.00; №11).

3. Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Исхаков Н.Б., Робиддинов Ш.Б., Собитханов М.С. Сочетанное повреждение желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы и аорты при ранении живота // Вестник экстренной медицины. – 2022. – Т. 15, № 5. – С. 50–55 (14.00.00; №11).

4. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Робиддинов Ш.Б. Повреждение поджелудочной железы при сочетанной травме // Вестник экстренной медицины. – 2023. – Т. 16, № 1. – С. 22–26 (14.00.00; №11).

5. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Ньматуллаев О.И. Травматические повреждения органов брюшинного пространства: повреждения почек при сочетанной травме // Вестник экстренной медицины. – 2023. – Т. 16, № 4. – С. 11–16 (14.00.00; №11).

6. Хаджибаев А.М., Алижанов А.А., Айтуганов А.Р. Травматические повреждения поджелудочной железы (обзор литературы) // Вестник экстренной медицины. – 2024. – Т. 17, № 2. – С. 76–84 (14.00.00; №11).

7. Алижанов А.А., Хаджибаев А.М. Травматические повреждения почек // Вестник экстренной медицины. – 2024. – Т. 17, № 2. – С. 84–92 (14.00.00; №11).

8. Хаджибаев А.М., Алижанов А.А. Травматические брюшинные кровоизлияния // Вестник экстренной медицины. – 2024. – Т. 17, № 3. – С. 93–99 (14.00.00; №11).

9. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Собитханов М.С. Травматические повреждения органов брюшинного пространства: повреждения 12-перстной кишки при сочетанной травме // Вестник экстренной медицины. – 2024. – Т. 17, № 3. – С. 31–39 (14.00.00; №11).

10. Хаджибаев А.М., Алижанов А.А. Травматические брюшинные кровоизлияния // Сəғраһиуə (Azarbaýsan Carrah va Qastroenteroloqlar İctimai Birliyi). – 2024. – № 2. – С. 15–21 (SJIF – 5.974).

11. Хаджибаев А.М., Муслумов Г.Ф., Алижанов А.А. Травматические повреждения двенадцатиперстной кишки // Сəғраһиуə (Azarbaýsan Carrah va Qastroenteroloqlar İctimai Birliyi). – 2024. – № 3. – С. 51–55 (SJIF – 5.974).

12. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Робиддинов Ж.Б. Посттравматический панкреатит при сочетанной травме // Джанелидзе-ские чтения – 2024: Сб. науч. трудов науч.-практ. конф. (05–07 марта 2024 г., Санкт-Петербург) / ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. – СПб.: СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2024. – С. 51–53.

## II қисм (II часть, II part)

13. Хаджибаев А.М., Туляганов Д.Б., Алижанов А.А. Особенности клинического течения, диагностики и лечения больных с забрюшинными гематомами: Методические рекомендации. – Ташкент, 2023.

14. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Хужамбердиев И.Р., Зуфарханов А.М., Робиддинов Б.С. Место видеолaparоскопии в диагностике и лечении повреждений паренхиматозных органов при закрытой травме живота у детей // Сб. тезисов XXVIII Междунар. конгр. Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – Ростов-на-Дону, 22–24 сент. 2021. – С. 108–109.

15. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Рузматов А.Э., Собитханов М.А. Видеолaparоскопия в диагностике и лечении повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства при закрытой травме живота // Материалы XXV Респ. науч.-практ. конф. «Вахидовские чтения – 2022» «Новые тенденции в миниинвазивной торакоабдоминальной и сердечно-сосудистой хирургии». – Термез, 13–14 мая. – Хирургия Узбекистана, 2022, № 1. – С. 34.

16. Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р., Худойбердиев Б.А., Рашидов Д.А. Результаты анализа хирургического лечения при повреждениях двенадцатиперстной кишки // Вестник экстренной медицины. – 2022. – № 3-4. – С. 123.

17. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б. Повреждение поджелудочной железы при сочетанной травме // Вестник экстренной медицины. – 2022. – № 3-4. – С. 125.

18. Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Базарбаев У.Р., Рузматов А.Э., Саидметов Ш.М. Поэтапная медицинская помощь при повреждениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Вестник экстренной медицины. – 2022. – № 3-4. – С. 127.

19. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б. Тактика лечения при повреждениях поджелудочной железы // Проблемы современной хирургии: Материалы междунар. науч.-практ. конф. с участием зарубежных учёных. – Андижан: Андижанский гос. мед. ин-т, 12 окт. 2022. – С. 69.

20. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Базарбаев У.Р. Повреждение почек при сочетанной травме // Проблемы современной хирургии: Материалы междунар. науч.-практ. конф. с участием зарубежных учёных. – Андижан, 12 окт. 2022. – С. 70.

21. Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р., Худойбердиев Б.А., Рашидов Д.А. Результаты хирургического лечения больных с повреждениями 12-

перстной кишки // Проблемы современной хирургии. – Андижан, 12 окт. 2022. – С. 71.

22. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Нематуллаев О.И. Оценка степени тяжести пострадавших с повреждением 12-перстной кишки // Проблемы современной хирургии. – Андижан, 12 окт. 2022. – С. 78.

23. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Собитханов М.С. Наш опыт хирургического лечения больных с повреждением 12-перстной кишки при сочетанной травме // Проблемы современной хирургии. – Андижан, 12 окт. 2022. – С. 79.

24. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б. Место видеолапароскопии в диагностике и лечении повреждений поджелудочной железы // Сб. тезисов 2-й Междунар. конф. «Гастроэнтерологическая неделя» и мастер-класс по гастроэнтерологии и бариатрической хирургии. – Наманган, 14–18 нояб. 2022. – С. 3.

25. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Хужамбердиев И.Р., Мухитдинов У.Р. Видеолапароскопия в диагностике и лечении повреждений поджелудочной железы // Материалы пленума правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Механическая желтуха». – Сургут, 18–19 мая 2023. – С. 123.

26. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Хужамбердиев И.Р. Место видеолапароскопии в диагностике и лечении повреждений паренхиматозных органов при закрытой травме живота // Материалы пленума правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Механическая желтуха». – Сургут, 18–19 мая 2023. – С. 125.

27. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Хужамбердиев И.Р., Мухитдинов У.Р. Особенности диагностики и лечения повреждений почек при сочетанной травме // Материалы пленума правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Механическая желтуха». – Сургут, 18–19 мая 2023. – С. 127.

28. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Базарбаев У.Р., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Мухитдинов У.Р., Собитханов М.С. Особенности диагностики и хирургического лечения больных с повреждением 12-перстной кишки при сочетанной травме // Материалы пленума правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Механическая желтуха». – Сургут, 18–19 мая 2023. – С. 129.

29. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Базарбаев У.Р., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Мухитдинов У.Р. Поэтапная медицинская помощь пострадавшим при травмах органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Материалы пленума правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Механическая желтуха». – Сургут, 18–19 мая 2023. – С. 131.

30. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Базарбаев У.Р., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Курбанбаев Б.Н., Собитханов М.С. Особенности диагностики и хирургического лечения

больных с повреждением 12-перстной кишки при сочетанной травме // International scientific and practical conference on “Problems of Modern Surgery”. – АндГосМИ, Андижан, 6 окт. 2023. – С. 29.

31. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Мамадумаров Т.С. Закрытая травма органов брюшинного пространства: повреждения почек // Материалы XVIII Респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи» (Бухара, 12 окт. 2023) // Вестник экстренной медицины. – 2023. – Т. 16, № 3. – С. 106.

32. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Устабаев Х.Х., Исхаков Н.Б. Сочетанные повреждения органов брюшной полости и брюшинного пространства: современные аспекты организации оказания помощи на догоспитальном и стационарном этапах // Вестник экстренной медицины. – 2023. – Т. 16, № 3. – С. 110.

33. Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Исхаков Н.Б. Оценка степени тяжести пострадавших с повреждением 12-перстной кишки при сочетанной травме // Вестник экстренной медицины. – 2023. – Т. 16, № 3. – С. 122.

34. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Мамадумаров Т.С., Курбанбаев Б.Н., Робиддинов Ш.Б. Малоинвазивные методы диагностики и лечения повреждений поджелудочной железы при сочетанной травме // Материалы XXVII Респ. науч.-практ. конф. «Вахидовские чтения – 2023» «Роль малоинвазивных, высокотехнологичных и гибридных оперативных вмешательств в трансформации хирургической службы страны». – Самарканд. – Хирургия Узбекистана, 2023, № 3 (99). – С. 27.

35. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Исхаков Н.Б., Хужамбердиев И.Р., Якубов А.А. Видеолапароскопия в диагностике и лечении повреждений поджелудочной железы // Материалы XIX Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: критические состояния в экстренной медицине. Вопросы патогенеза, диагностики и интенсивной терапии». – Хива, 10–11 октября 2024 г. – Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2024. – С. 35.

36. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Хужамбердиев И.Р. Результаты лечения повреждений почек при сочетанной травме // Материалы XIX Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: критические состояния в экстренной медицине. Вопросы патогенеза, диагностики и интенсивной терапии». – Хива, 10–11 октября 2024 г. – Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2024. – С. 35–36.

37. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С. Случай полного поперечного разрыва поджелудочной железы при сочетанной травме // Материалы XIX Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: критические состояния в экстренной медицине. Вопросы патогенеза, диагностики и интенсивной терапии». – Хива, 10–11 октября 2024 г. – Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2024. – С. 36–37.

38. Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Мухитдинов У.Р., Исхаков Н.Б. Роль лапароскопии в оптимизации лечения больного разрывом печени, страдающего гемофилией А // Материалы XIX Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: критические состояния в экстренной медицине. Вопросы патогенеза, диагностики и интенсивной терапии». – Хива, 10–11 октября 2024 г. – Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2024. – С. 66–67.

39. Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Мухитдинов У.Р., Исхаков Н.Б. Тактика при сочетанных травмах органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Материалы XIX Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: критические состояния в экстренной медицине. Вопросы патогенеза, диагностики и интенсивной терапии». – Хива, 10–11 октября 2024 г. – Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2024. – С. 67–68.

40. Алижанов А.А., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т., Хомидов М.А., Туйчиев Б.А. Хирургия закрытых повреждений поджелудочной железы // Материалы XX Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: достижения, вызовы и перспективы развития» и I Конгресса анестезиологов и реаниматологов тюркского мира. – Бухара, 20–21 октября 2025 г. – Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2025. – С. 20–21.

41. Алижанов А.А., Рашидов М.М., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т., Хомидов М.А., Туйчиев Б.А., Акбаров Ф.К. Выбор тактики лечения больных с закрытой травмой почек // Материалы XX Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: достижения, вызовы и перспективы развития» и I Конгресса анестезиологов и реаниматологов тюркского мира. – Бухара, 20–21 октября 2025 г. – Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2025. – С. 21–22.

42. Хаджибаев А.М., Алижанов А.А., Шукуров Б.И., Пулатов Д.Т. Хирургия закрытых травм двенадцатиперстной кишки // Материалы XX Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: достижения, вызовы и перспективы развития» и I Конгресса анестезиологов и реаниматологов тюркского мира. – Бухара, 20–21 октября 2025 г. – Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2025. – С. 85–86.

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

Босмахона лицензияси:



**9338**

Бичими: 84x60 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. «Times New Roman» гарнитураси.  
Рақамли босма усулда босилди.  
Шартли босма табағи: 4,5. Адади 100 дона. Буюртма № 47/25.

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