

ПОЛИТРАВМАДА ХИРУРГИК ЁРДАМ КЎРСАТИШ ҲАЖМИНИ ТАНЛАШ АЛГОРИТМИ
Қ. Т. Худайбердиев, Ш. З. Эхсонов, К. Х Мамаджанов, А. Б. Мамадалиев
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: политравма, дифференциаллашган ёндашув, қўшма жароҳатлар.

Ключевые слова: политравма, дифференцированный подход, сочетанная травма.

Key words: polytrauma, differentiated approach, combined trauma.

Маълумки, ҳозирги вақтда жароҳатларни даволашдаги сезиларли ютуқларга қарамай, политравма кузатишган беморларнинг ўлим даражаси 3,8 дан 45,3 %га етади. Бу аксарият ҳолатларда шошилиш тиббий ёрдамни ташкил этиш, устувор жароҳатни аниқлаш ва хирургик ёрдам кўламини белгилашдаги қийинчиликлар билан боғлиқ бўлади. Мақсад. Травматик касалликнинг ўткир ва эрта даврларида политравма билан оғриган беморларда жарроҳлик даволашнинг натижаларни яхшилашга қаратилган. Материал ва усуллар. Тадқиқот давомида Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалида политравма билан 2016-2019 йй. анъанавий даволанган 31 нафар ва 2020-2022 йй. биз таклиф этган алгоритм бўйича даволанган 40 нафар бемор ўрганилди. Хулоса. Таклиф этилган дифференциаллашган ёндашув тактикаси ўлим ҳолатлари, асоратлар, даволаниш муддатларини камайтириш ва функционал натижаларни яхшилаш имконини беради.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Қ. Т. Худайбердиев, Ш. З. Эхсонов, К. Х Мамаджанов, А. Б. Мамадалиев

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Как известно, несмотря на заметные достижения в лечении травм, смертность от политравмы составляет 3,8-45,3 %. Летальность преимущественно связана с трудностями в организации экстренной медицинской помощи, выявлении доминирующего повреждения и определении масштаба хирургической помощи. Цель. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с политравмой в остром и раннем периоде травматической болезни. Материал и методы. В процессе исследования изучены данные лечения пациентов с политравмой, находившихся на лечении в Андижанском филиале Республиканского центра экстренной медицинской помощи в период с 2016 по 2019 г. (31 пациент, пролеченный традиционно) и с 2020 по 2022 г. (40 пациентов, пролеченных согласно нашему алгоритму). Вывод. Применение предложенного дифференцированного подхода в хирургическом лечении пациентов с политравмой позволяет снизить показатель смертности и осложнений, сократить сроки лечения в стационаре и улучшить функциональные результаты.

ALGORITHM FOR CHOOSING THE VOLUME OF SURGICAL CARE FOR POLYTRAUMA

Қ. Т. Khudayberdiyev, Sh. Z. Ehsanov, K. H. Mamadjanov, A. B. Mamadaliev

Andijan state medical institute, Andijan, Uzbekistan

It is known, that despite the significant advances in the treatment of injuries, mortality from polytrauma is 3.8-45.3 %. Target. To improve the results of surgical treatment of patients with polytrauma in the acute and early period of traumatic disease. Material and methods. In the course of the study, the data on the treatment of patients with polytrauma who were treated at the Andijan branch of the Republican Center for Emergency Medical Care in the period from 2016 to 2019 (31 patients) and from 2020 to 2022. (40 patients) was studied. Conclusion. The use of the proposed differentiated approach in the surgical treatment of patients with polytrauma can reduce mortality and complications, shorten the duration of hospital treatment and improve functional results.

Тадқиқот долзарблиги. Таянч-ҳаракат тизимининг энг оғир ва кўп учрайдиган шикастланишларидан бири бу узун найсимон суякларнинг синиши бўлиб, улар политравмаларда 90,5-100 % ва қўшма жароҳатларда 62,1-78,9 % учрайди [5]. Ҳозирги вақтда жароҳатларни даволашдаги сезиларли ютуқларга қарамай, политравма кузатишган беморларнинг ўлим даражаси 3,8 дан 45,3 %га етади [4]. Политравма кузатишган беморларни даволашда қониқарсиз натижаларнинг асосий сабабларидан бири бу травматик касалликнинг ривожланиши шароитида жароҳатларнинг кечиши ва даволанишининг хусусиятларини етарли даражада билмаслик туфайли келиб чиқадиган тактик ва техник хатолардир [6, 8]. Анъанага кўра, яқин вақтгача травматологияда политравмада узун найсимон суякларнинг синишларини даволашда консерватив усуллар устунлик қилади [1, 9].

Узун найсимон суяклар ва чаноқ эрта остеосинтези қўшалок жароҳатларни даволашда муҳим ютуқлардан бўлди [1]. У травматик касаллик концепцияси таянувчи янги стратегия – ортопедик ёки хирургик реанимация асос солинишида катта аҳамият касб этган ҳолда, ушбу касалликда дифференциал ёндашувга таяниш кераклигини кўрсатиб бера олди [10].

Травматик касалликни ўткир ва эрта даврларида мутахассислар муҳим қарор қабул қилиншга мажбур бўладилар – асосиз радикализм ўлим кўрсакичини ошишига сабаб бўл-

са, операцияни кечиктириш ўз ўрнида оғир асоратлар туғдириш хавфини яратади [3, 7]. Шу сабабдан политравмада мувафакиятли даволаш асосий омиллари деб жароҳатлар оғирлиги ва бемор умумий ҳолатини баҳолаш, тўғри даволаш тактикасини танлашга ёрдам сифатида баҳоланиши мумкин [2].

Юқорида айтилганларнинг барчаси ушбу тадқиқот учун асос бўлди, чунки травматик касалликнинг ўткир ва эрта даврида узун найсимон суяклари синган беморларни даволаш нафақат тиббий, балки, айниқса саноатлашган Андижон вилояти миқёсида, муҳим ижтимоий вазифадир.

Тадқиқот мақсади: травматик касалликнинг ўткир ва эрта даврларида политравма билан оғриган беморларда узун суяклар синишларини жарроҳлик даволашнинг натижаларни яхшилашга қаратилган.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотимизда политравмада узун найсимон суяклари шикастланган 71 нафар беморнинг даволанишини таҳлил қилдик. Улардан 40 (56,3 %) нафари бизнинг назоратимиз остида даволанган ва асосий гуруҳни ташкил қилган. Тадқиқот 2019 йилдан 2021 йилгача бўлган даврни ўз ичига олади. Таққослаш гуруҳи 2016 йилдан 2018 йилгача РШТЎИМ Андижон филиалида даволанган (ретроспектив таҳлилдан ўтказилган) 31 (43,7 %) нафар беморни қамраб олди.

Политравмада беморларда узун суяклар синишларини жарроҳлик даволашнинг натижаларни яхшилаш ва травматик касалликни эрта муддатларда бартараф этиш йўлида бизнинг шифохонамизда политравмада беморларга шошилиш ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиш алгоритми ишлаб чиқилган (DGU №18865). Бунга кўра бемор ихтисослашган стационарга олиб келиниши билан унинг умумий ҳолати АРАСНЕ III (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) шкаласи бўйича баҳоланади ва унинг натиасига кўра кейинги даволаш чора-тадбирлар комплекси ишлаб чиқилади. Умумий ҳолат баҳолангач, беморларга клиник ва инструментал (рентгенологик, УТТ, МСКТ) текширув ўтказилиб, устувор жароҳат аниқланади.

Кўп сонли жароҳатлар вариациялари кўп бўлганлиги сабабли биз тадқиқотимизда икки ва ундан ортиқ жароҳати бўлган ва ҳар бир жароҳатни ўзи ҳам бемор ҳаёти учун хавф солиши мумкин бўлган ҳолатларни олганмиз. Жароҳатлар устуворлигига кўра ҳам тақсимланиш амалга оширилган (1 жадвал).

1 жадвал.

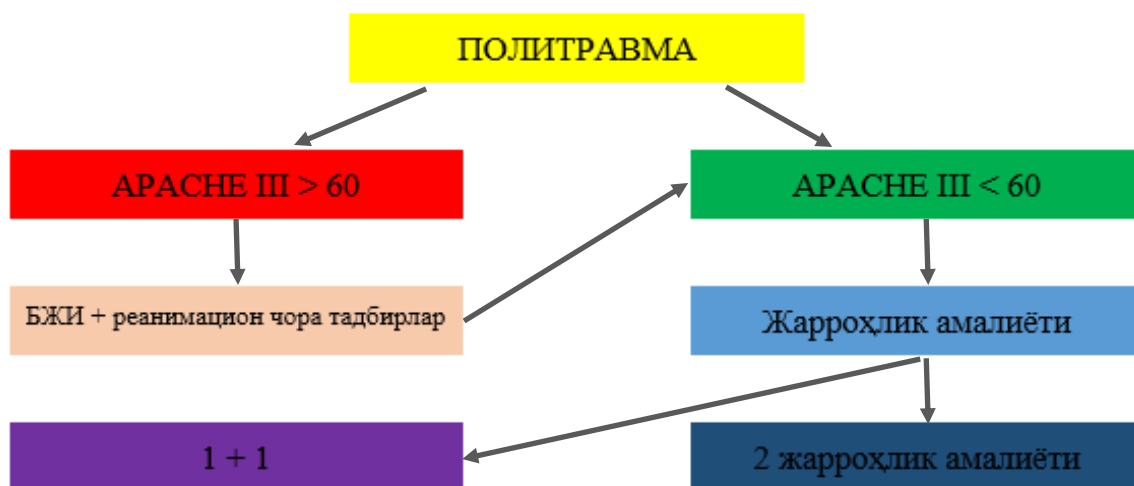
Беморларни устувор жароҳатига кўра тақсимланиши.

Устувор жароҳат	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи		Жами
	Сони	%	Сони	%	
Бош мия жароҳати	5	11,9	3	8,8	8 (11,2 %)
Кўкрак қафаси жароҳати	5	11,9	2	7,2	7 (9,9 %)
Қорин жароҳати	1	3,8	-	-	1 (1,4 %)
Суяклар жароҳати	17	42,1	13	42,0	30 (42,3 %)
Аралаш жароҳатлар	12	30,3	13	42,0	25 (35,2 %)
Жами	40	100,0	31	100,0	71 (100%)

Жадвалдан кўриниб турибдики, энг кўп учрайдиган устувор жароҳатлар суяклар жароҳати билан боғлиқ бўлиб катта қон йўқотиш билан кечган.

Беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда икки усулдан фойдаланилди. Назорат гуруҳида 2016-2019 йй. политравма кузатилган беморлар билан анъанавий усулда даволанган. Асосий гуруҳдаги беморларга эса 2020-2022 йй. биз таклиф этган алгоритм бўйича даволаш чора-тадбирлари ўтказилган. Бу алгоритмда беморлар умумий ҳолатига кўра “1+1” ёки 2 жарроҳлик бригадалар ёрдами ташкил этилган (1 расм).

Таклиф этилган алгоритмга кўра бемор умумий ҳолати АРАСНЕ III шкаласи бўйича 60 баллдан юқори бўлган ҳолатларда беморга аввало витал функцияларни стабиллаштириш ва қон тўхтатишга қаратилган чора тадбирлар ўтказилган ва АРАСНЕ III кўрсаткичлари 60 баллдан тушгачгина “1+1” схемаси бўйича шошилиш операциялар ўтказилади. Ва, аксинча, АРАСНЕ III шкаласи бўйича умумий ҳолати 60 баллдан паст бўлганда дарҳол, 2 жарроҳлик бригадаси иштирокида (техник амалга ошириш бўлган ҳолатларда) шошилиш хирургик даволаш тавсия этилган.



1 расм. Политравмада беморларга ёрдам кўрсатиш алгоритми.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Ушбу патологиянинг серқирралилиги ва “ўзаро оғирлаштириш” синдромини мавжудлиги танланган даволаш тактикасини самарадорлигини баҳолашда ўзига хос қийинчилик туғдиради. Бемор умумий ҳолати, Каплан-Мейер таҳлили, ҳар бир шикастланган соҳанинг функционал натижаларини баҳолаш шкаларидан кенг фойдаланилади. Тадқиқотимизда беморларни даволаш самарадорлигини баҳолашда бир неча мезонлардан фойдаланганмиз: шифохонадаги ўлим кўрсаткичи, стационарда даволаниш муддатлари, функционал натижалар.

Ўлим кўрсаткичини таққослаганда шу маълум бўлдики, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 25 %ни (10 нафар бемор) ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида эса 32,3 %га (10 нафар бемор) тенг бўлди. Стационарда даволаниш муддатларида ҳам сезиларли фарқ кўринди (2 жадвал).

2 жадвал.

Стационарда даволаниш муддатлари.

	ИТваРБ даволаниш (кун)	Умумий госпитализация (кун)
Асосий гуруҳ (n=40)	6,71 ±0,81	32,47±2,07
Назорат гуруҳи (n=31)	4,71 ±0,49	44,46±3,00

Функционал натижаларни Neer-Grantham-Shelton шкаласи бўйича баҳолашда маълум бўлишича, қониқарли натижаларга асосий гуруҳда 93,4 %, назорат гуруҳида эса 88,6 % ҳолатларда эришилди.

Хулоса. Даволаш натижаларини хулоса қилинганда, кўриш мумкинки, таклиф этилган хирургик тактика алгоритми аксарият ҳолатларда ижобий натижа олиш имконини берди. Яъни ўлим кўрсаткичини 7,3 %га камайитириш ва даволаниш муддатларини ўртача 12 кунга қисқариши, ҳамда асосий гуруҳда 93,4 % ҳолатларда қониқарли натижа кузатилганлиги билан изоҳланади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Салоҳиддинов Ф.Б., Каримов М.Ю. Результаты остеосинтеза при множественных повреждениях в раннем периоде травматической болезни // Сборник материалов конференции “VII Пироговский форум травматологов-ортопедов”, Салта-Махачкала, - 2022, С. 168
2. Berkeveld E., Popal Z., Schober P., Zuidema W.P., Bloemers F.W., Giannakopoulos G.F. Prehospital time and mortality in polytrauma patients: a retrospective analysis. BMC Emerg Med. 2021 Jul 6;21(1):78.
3. Chrysou K., Halat G., Hokschi B., Schmid R.A., Kocher G.J. Lessons from a large trauma center: impact of blunt chest trauma in polytrauma patients-still a relevant problem? Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2017 Apr 20;25(1):42.

4. Dozeman E.T., Prittie J.E., Fischetti A.J. Utilization of whole body computed tomography in polytrauma patients. *J Vet Emerg Crit Care (San Antonio)*. 2020 Jan;30(1):28.
5. Horst K., Höfler J., Martin L., Greven J., Schürholz T., Simon T.P., Marx G., Hildebrand F. Geriatric Polytrauma-Cardiovascular and Immunologic Response in a Murine Two-Hit Model of Trauma. *J Surg Res*. 2019 Sep;241:87-94.
6. Kanashvili B., Saganelidze K., Ratiani L. Recent principles of antimicrobial treatment in polytrauma induced sepsis and septic shock (review). *Georgian Med News*. 2018 May;(278):72-80.
7. Miele V., Di Giampietro I., Ianniello S., Pinto F., Trinci M. Diagnostic imaging in pediatric polytrauma management. *Radiol Med*. 2015 Jan;120(1):33-49.
8. Noureldine M.H.A., Hartnett S., Zavadskiy G., Pressman E., Kim J.K., Davis D., Ciesla D., Bull B., Agazzi S. Predicting neurosurgical clearance in the polytrauma patient with concomitant traumatic brain injury. *J Clin Neurosci*. 2021 Jul;89:51-55.
9. Scholten J., Poorman C., Culver L., Webster J.B. Department of Veterans Affairs Polytrauma Telerehabilitation: Twenty-First Century Care. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2019 Feb;30(1):207-215.
10. Żyłuk A., Fliciński F., Pakulski C. Hand injuries in polytrauma patients. *Pol Przegl Chir*. 2021 Mar 19;93 (4):21-27.