

КРАНИОФАЦИАЛ-АБДОМИНАЛ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРНИ ЭРТА ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

© 2016 ¹Ш.А. Боймуродов, ²Д.Д. Ибрагимов, ³А. Ашуров

¹Тошкент тиббиёт академияси, ²Тошкент Давлат стоматология институти
Самарқанд филиали, ³Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Таянч сўзлар: калла-юз ва ички аъзолар жароҳати, краниофациал – абдоминал жароҳатлар, лапаротомия, магнит-резонанс томографияси, ультратовуш текшируви, қўшма жароҳатлар.

Ключевые слова: краниофациальная-абдоминальная травма, лапаротомия, магнитно-резонансная томография, повреждение черепно-лицевого скелета и внутренних органов, сочетанные травмы, ультразвуковое исследование.

Keywords: combined trauma, craniofacial-abdominal injury, damage to the craniofacial skeleton and internal organs, laparotomy, magnetic resonance imaging, ultrasound.

Краниофациал – абдоминал жароҳатлар (КФАЖ) жароҳатларни оғир тури ҳисобланиб ўзининг ҳозирда тарқалиши даражаси, даволашда катта фоизли қоникарсиз натижалари борлиги билан социал аҳамият касб этмоқда. Жароҳатдан сўнг шошилишч мурожаат этган КФАЖ олган 56 бемор текширилди. Беморларни умумий ҳолатини оғирлигига қараб 2 та гуруҳга бўлинди. Биз томондан ўтказилган текширувлар шуни кўрсатдики 49% бемор ҳушида бўлган, 51% беморларда сопороз, кома ва чуқур ҳушсизлик кўринишида ҳушни йўқотган. Барча беморларга бирламчи жарроҳлик ишлови берилган, улардан 14% да диагностик лапароскопия, 12% да краниотомия, 29% да юз суяклари очик остеосинтези бажарилган. КФАЖ бор бўлган беморларни оптимал скрининг усуллари бу қорин бўшлиғини УТТ ва МРТ текшируви ҳисобланади.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ-АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ.

Ш.А. Боймуродов, Д.Д. Ибрагимов, А. Ашуров

Краниофациальная-абдоминальная травма (КФАТ) является одной из наиболее сложных видов травм и имеет огромное социальное значение, как в силу своей распространенности, так и большого процента неудовлетворительных результатов лечения. Нами обследованы 56 больных с КФАТ, поступивших в экстренном порядке после травмы. В зависимости от тяжести общего состояния, больных разделили на 2 группы. Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют, что 49 % больных с КФАТ были в сознании, у 51% больных отмечали нарушение сознания в виде сопора, комы и оглушения. Всем больным была произведена первичная хирургическая обработка, из них 14% проводилась диагностическая лапароскопия, 12% - краниотомия, 29% - открытый остеосинтез. Оптимальным методом скрининга больных с КФАТ является УЗИ и МРТ брюшной полости.

EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMBINED CRANIOFACIAL-ABDOMINAL INJURY.

Sh.A. Boimurodov, D.D. Ibragimov, A. Ashurov

Craniofacial-abdominal injury (CFAI) is one of the most difficult types of injuries and has great social importance, both because of its prevalence, and a large percentage of poor outcomes. We examined 56 patients with CFAI admitted on an emergency basis after the injury. Depending on the severity of the general condition of the patients were divided into 2 groups. As a result of our study indicate that 49% of patients with CFAI were conscious, in 51% of patients have noted a violation of consciousness in the form of sopor, coma, and stunning. All patients were performed primary surgical treatment, of which 14% were performed diagnostic laparoscopy, craniotomy 12%, 29% open osteosynthesis. The optimal method of screening patients with CFAI is ultrasound and MRI of the abdomen.

Текширувнинг долзарблиги. Сўнгги йилларда қўшма жароҳатларни (ҚЖ) сони ортиб бормоқда, ушбу жароҳатлар аҳолини фаол ёшдагилари яъни 20-40 ёш орасида кўп учрамоқда. Натижада аҳолини меҳнатга яроқли ёшдаги беморларни меҳнат қобилятини бузилишига ва уларни ўлимига сабаб бўлмоқда [2,6,7,].

ҚЖ бир вақтнинг ўзида бир неча анатомик соҳаларни зарарланиши билан характерланиб оғир механик жароҳат олганлар орасида 50-70% ташкил қилади ва ушбу жароҳатлардан кейинги летал ҳолатлар 85% гача етади [1,3,5,7].

Қўшма краниофациал-абдоминал жароҳатлар (КФАЖ) шикастланишларни оғир тури ҳисобланиб, ўзининг ҳозирда тарқалиши даражаси даволашдан кейинги қоникарсиз натижалари борлиги билан ижтимоий аҳамият касб этмоқда. ҚЖ орасида КФАЖ 3,1 дан 4,3%гача учрайди. КФАЖ олган беморларда ўлим ҳолати 76,2% гача етади [2,7].

Чегараланган жароҳатлардан фарқли равишда КФАЖ ни ташҳислаш бирмунча қийинчиликлар туғдиради, яъни беморларни кўпгина қисми травматик шок, қарахт, ҳушсиз ва баъзан терминал ҳолатларда бўлади; бир вақтнинг ўзида бир неча анатомик соҳани шикастланиши жароҳатнинг клиник кўринишини ўзгартириб юборади, бу эса диагностика

жараёнини кийинлаштиради. Даволаш-профилактик муассасаларида жароҳатларга ўз вақтида ташҳис қўйишда хатоликлар даражаси юқори, яъни 20 дан 45% гача, КФАЖ да эса бу кўрсаткич 73,1% гача ошади, баъзи муассасаларда нейрожарроҳ ва юз-жағ жарроҳини йўқлиги муаммони янада чуқурлаштиради [1-5]. Бундай ҳолатларда ўз исботини топмаган лапаротомиялар кўрсаткичи 50 дан 80%гача ошади.

Кўпгина ҳолатларда юз-жағ жарроҳи, нейрожарроҳ томонидан керакли диагностик ва даволаш муолажалари ўз вақтида бажарилмайди, баъзи ҳолларда эса кечиктирилган ёрдам ҳам кўрсатилмайди, натижада юз-жағ соҳаларини қўшма жароҳатдан кейинги иккиламчи асоратларининг (юзни жароҳатдан кейинги иккиламчи шакл бузилиши, жағ суякларини остеомиелити, прикусни бузилиши, иккиламчи контрактура ва ҳ.о.) сони ошади [1,7].

Охириги ўн йиллар ичида паренхиматоз аъзоларни жароҳатланишини консерватив даволаш тенденцияси пайдо бўлди [7]. Америка Жароҳатларни Жарроҳлиги Ассоциацияси (AAST) бўйича барча жароҳатларни 1-2 даражасида (1 даражали ичак жароҳатлари) беморнинг ҳаёти хавф остида бўлмайди, беморни консерватив даволаса бўлади бир вақтнинг ўзида жароҳатларни 3-5 даражасида (ичаклар жароҳати учун 2-5 даражали) бемор ҳаётига жиддий хавф туғилади ва бу ҳолатда шошилиш жарроҳлик муолажалари ўтказилиш талаб қилинади. ҚЖ олган беморларни хушсиз бўлиши юз-жағ соҳасидаги ва бош мия жароҳатларини чуқурлигини даражасини аниқлашда кийинчиликлар туғдиради, шунинг учун беморларга жароҳатдан кейинги 24 соат ичида дастлабки бирламчи ёрдам кўрсатилмайди.

Бундан ташқари ҚЖ аниқлашда кам маълумот берувчи усуллардан фойдаланиш хатоликларга олиб келади. Диагностика жараёнида етарли асосли бўлмаган текширув усулларини қўллаш оқибатида асосли бўлмаган диагностик операцияларни ўтказишга бунинг оқибатида КФАЖ олган беморларнинг умумий аҳволини оғирлашишига сабаб бўлади [1,3,4,5,7].

КФАЖ олган беморларни текшириш ва даволашни оптимал тактикасини йўқлиги ушбу текширишни бажариш заруриятини туғдирди.

Текширишнинг мақсади: КФАЖ олган беморларни диагностикаси ва жарроҳлик даволаш тактикасини оптималлаштириш.

Текширишнинг усули ва материали: ҚЖ олган, жароҳатдан сўнг шошилиш мурожаат этган КФАЖ олган 56 бемор текширилди. Беморларни ёши 20 дан 58 гача бўлиб, улардан эркаклар 39 та, аёллар эса 17 тани ташкил этди. Барча мурожаат қилган беморларга қабул бўлимида шошилиш биринчи тиббий ёрдам кўрсатилиб, реанимация бўлимига ётқизилди. КФАЖ сабаблари қуйидагилар бўлган: автотравма - 26, баландликдан йиқиلىш - 9, майший жароҳатлар - 21. Беморларни текширишда юз-жағ жарроҳи, умумий жарроҳ, травматолог, нейрожарроҳ, реаниматологлар қатнашдилар.

Дастлаб беморларни шикоятлари, умумий аҳволи, ҳуши, нафас олиш сони, артериал қон босими текширилди. Зильберг бўйича беморларни ҳушига баҳо берилди. Беморларга қуйидаги ташҳислаш муолажалари ўтказилди: қоннинг умумий ва биохимик таҳлили, сийдикнинг умумий таҳлили, лапроцентез суякқлигининг цитологик ва биохимик текшируви, қоннинг резус факторини тўғри келишлиги; каласуяги, юз суяклари, ўпка, қорин бўшлиғи, скелет суякларини рентгенологик текшируви; бош мияни (эхоэнцефалоскопия), кўкрак қафаси аъзоларини, қорин бўшлиғи ва қорин орти бўшлиқларини ультратовуш текшируви; бош мия ва орқа мияни магнитно-резонанс томографик текшируви; диагностик лапароцентез, диагностик торакоцентез; орқа мия бўшлиғини пункцияси.

Беморларни умумий ҳолатини оғирлигига қараб 2 та гуруҳга бўлинди:

1-гуруҳ, 27 та ҳушини йўқотмаган беморлар;

2-гуруҳ, 29 та ҳушини йўқотган беморлар.

КФАЖ олган беморларнинг 49 % ҳушида бўлган, улар барча саволларга аниқ жавоб берган, уларга диагностик чораларни ўтказиш енгил бўлган, 51% хушсиз ҳолатда бўлган, шунинг учун уларга дастлабки тиббий ёрдам кўрсатилгач, улар реанимация бўлимига ётқи-

зилган, ушбу беморларда ҳаётий зарур органларни функцияларини тиклашга диққат қаратилганлиги учун бундай беморларда юз ва жағ, калла суяқларини жароҳатлари иккиламчи режага ўтган. КФАЖ олган беморларни қорин бўшлиғи аъзоларини зарарланишини ташхислаш физикал, инструментал ва лаборатор усуллар билан текширишга асосланди. Беморни ҳушида бўлмаслиги кўпгина ҳолатда физикал текширувлар маълумотига таяниб қорин бўшлиғидаги жароҳатларни ташхислаш имконини бермайди, бундай ҳолатда тезликда қўшимча ультратовуш текшируви (УТТ), диагностик лапароскопия (ДЛС) ўтказилиш зарурияти туғилади. Зарур бўлган вақтларда магнит-резонанс томография (МРТ) усулидан фойдаланилди.

Натижалар персонал компьютер (ПК): МО Excel ва Statistica 6.0 қўллаган ҳолда стандарт усуллар ёрдамида клиник маълумотлар статистик таҳлили ўтказилди.

Текширув натижалари ва уларнинг таҳлили. Барча текширилган беморларда (100%) биз калла-юз скелети ва ички аъзолар жароҳатланиши борлигини кузатдик. 1-чи гуруҳнинг 7-та беморларида (25,9%) бош миани эзилиши, 20 (74,1%) беморда калла-юз скелети ва ички аъзоларнинг жароҳати (калла суяги синиши – 4, юқориғи жағ синиши – 4, пастки жағ синиши – 8, юз юмшоқ тўқималари жароҳати – 4) борлиги аниқланди. Биринчи гуруҳ беморларида қуйидаги ички аъзолар жароҳати борлиги аниқланди: ички аъзоларни эзилиши-6, жигар ёрилиши – 3, талоқ ёрилиши – 2, буйрак лат ейиши – 16. Барча беморлар тўлақонли шикоят қилганлиги учун жароҳатни симптоматикасини аниқлаш қийин бўлмади. Бу беморларга қуйидаги диагностик ва даволаш тадбирлари ўтказилди: жароҳатларга бирламчи жарроҳлик ишлов бериш, жағларга бимаксилляр шиналар қўйиш-8 беморда, диагностик лапароскопия-4 беморда, лапаротомия-4, краниотомия-3 беморда. 1 гуруҳдаги беморларни ётоқ куни ўртача 10 кунни ташкил қилди. 2 гуруҳни ҳушини йўқотган беморлар ташкил қилди, улардан 17 (70%) да турли даражадаги бош миани эзилиши билан, 12 (30%) беморларда калла ва юз скелети суяқларини жароҳати ҳамда ички аъзолар жароҳати борлиги аниқланди. Иккинчи гуруҳ беморларида қуйидаги ички аъзолар жароҳати борлиги аниқланди: ички аъзоларни эзилиши-2, жигар ёрилиши-2, талоқ ёрилиши-3, буйрак лат ейиши-5.

Шундай қилиб КФАЖ беморларнинг 49% ҳушида бўлган, 51% беморларда сопороз, кома ва чуқур ҳушсизлик кўринишида ҳушни бузилиши кузатилган. КФАЖ вақтида қорин ички жароҳатларининг классик симптомлари бош миани жароҳати оқибатида ҳушни бузулиши ва рефлекс фаолиятни сусайиши туфайли етарли даражада ниқобланади ёки умуман аниқланмайди. Бемордаги бош мия жароҳати (БМЖ) борлиги организмни ички ва ташқи таъсиротларга бўлган реактивлигини пасайтиради, шунинг учун ички аъзолардаги зарарланишларнинг аниқ локал симптомлари суёт даражада ёки бемор ҳушсиз ҳолатдан тўлиқ чиқмагунча аниқ намоён бўлмайди. Шунинг учун беморларда ички аъзолар жароҳатини аниқлаш мақсадида УЗИ, МРТ, диагностик лапароскопиядан фойдаландик. КФАЖ бор бўлган беморларни оптимал скрининг усуллари бу қорин бўшлиғини УТТ ва МРТ текшируви ҳисобланади.

Использованная литература:

1. Абдоминальная травма /Под ред. А. С. Ермолова, М. Ш. Хубутия, М. М. Абакумова. Москва, 2010. 504с.
2. Боймурадов Ш.А. Лечение больных сочетанной травмой костей лица. Москва, 2014. 227с.
3. Боймурадов Ш.А. Инновационные методы лечения сочетанных травм костей лицевого скелета на основе алгоритмизации деятельности врача. //Биология ва тиббиёт муаммолари. 2014. №1. С.28-33.
4. Ситников В.Н. Диагностика и лечение повреждений живота при изолированной и сочетанной травме: автореф.дис....докт.мед.наук. Ростов-на-Дону, 2006. 42с.
5. Тания С.Ш. Лечение пострадавших с тяжелой сочетанной травмой: автореф.дис....докт.мед.наук. СПб., 2015. 54с.
6. Чирков Ю.В. Экстренная лапароскопия в хирургической тактике при травме //Медицинский академический журнал. 2007. Том 7-№3. Приложение №10. С. 255-256.
7. Янгиев Р.А. Комбинированный эндовизуальный способ диагностики повреждений полых органов при травмах живота //Сборник тезисов 15-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. Москва, 2011. С.307-309