

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**ГУ «ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

УДК 616-001; 616-005.7-07-08

НАИМОВ АБДУКАРИМ МАХМАРАХИМОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.15 – Травматология и ортопедия**

д.м.н, профессор

Научный руководитель:

А.А.Раззоков

Душанбе - 2021

Диссертационная работа выполнена в ГУ «Таджикский научно – исследовательский институт профилактической медицины» и отделения сочетанной травмы и экстренной хирургии ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш».

Научный руководитель: **Раззоков А.А.** - доктор медицинских наук, профессор.

Официальные оппоненты: **Сироджов К.Х.** - зав. кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», д.м.н., доцент.

Назаров Х. Н. – к.м.н., зав. отделением травматологии и ортопедии Хатлонской областной клинической больницы имени Б. Вохидова МЗ и СЗНРТ.

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Башкирский Государственный медицинский Университет» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «___» _____ 2021 г. в «___» часов на заседании диссертационного совета **6D.KOA- 025** ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке (734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139) и на официальном сайте (www.tajmedun.tj) ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «___» _____ 2021г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Юнусов И.А.

Введение

Актуальность и необходимость проведения исследований по теме диссертации. В настоящее время наблюдается тенденция в сторону возрастания удельного веса травматизма в структуре заболеваемости. По этой причине травматизм и связанные с ним проблемы отнесены к числу актуальных медико-социальных задач современной медицинской науки, что связано с многогранностью и неординарностью этой проблемы, а также с высокой частотой инвалидности, осложнений и летальности [Бондаренко А.В. и др., 2014; Штейнле А.В., 2009]. В свою очередь, в структуре травматизма в 49,8%-83,5% случаях встречаются переломы костей, течение которых нередко осложняется развитием синдрома посттравматической жировой эмболии (СЖЭ). Удельный вес СЖЭ, по данным одних авторов, колеблется от 0,5% до 10% [Борисов М.Б., 2001; Ладейщиков В.М., 2008; Радужкевич В.Л., 2010; Хаджибаев А.М., 2014], другие авторы сообщают о более высоких цифрах - от 23% до 90% [Городниченко А.И., 2004; Oçgüder D.A. et al., 2005]. Это, по-видимому, объясняется отличием исследуемых выборок по характеру и тяжести травм. Летальность при СЖЭ также колеблется в широком диапазоне. Так одни авторы сообщают о частоте СЖЭ от 53% - 67%, другие - до 3% - 15% [Борисов М.Б., 2006; Габдуллин М.М., 2012; Радужкевич В.Л., 2010; Мирджалилов Ф.Х. и др., 2018; Paredes J.C. et al., 2011]. Причиной таких резких колебаний удельного веса летальности, с нашей точки зрения, заключается в том, что одни ученые в исследуемую выборку включали только молниеносную и классическую формы СЖЭ, другие - все формы обсуждаемого симптомокомплекса.

При диагностике СЖЭ одни исследователи рекомендуют исходить из описанных A.R.Guard (1972) критериев, другие считают целесообразным учитывать совокупность клинико-лабораторных данных. До сих пор нет однозначных рекомендаций относительно клинических форм СЖЭ, а выделяемые некоторые формы заболевания не подкреплены объективными данными.

Мнения исследователей при определении тактики профилактики и лечения СЖЭ также носят противоречивый характер. В литературе последних лет все же доминирует подход, основанный на комплексной профилактике и лечении рассматриваемого симптомокомплекса [Bliemel C. et al., 2014; Böhme J. et al., 2013; Park K.C. et al., 2014; Poenaru D.V. et al., 2015; Vallier H.A. et al., 2013]. Несмотря на пристальное внимание исследователей к проблеме лечения СЖЭ, в литературе нет единых подходов при выборе оптимальной тактики комплексного лечения. Причем последнее утверждение относится ко всем составляющим лечебной тактики, в том числе медикаментозного и хирургического лечения. В частности, нет единых подходов относительно сроков, методов и сроков стабилизации переломов длинных костей в контексте профилактики и лечения СЖЭ. В этом вопросе известен широкий диапазон консервативных и хирургических подходов, в рамках каждой из которых рекомендуются различные пути их реализации. Остаются также дискуссионными вопросы выбора

оптимального метода остеосинтеза в контексте профилактики и лечения СЖЭ в остром периоде травм. Некоторые исследователи применение консервативной тактики считают оправданным с точки зрения развития СЖЭ [Иманалиев А.Б., 2009; FuC.G. etall., 2009]. Другие, напротив, считают эту тактику одной из причин развития этого грозного осложнения и в связи с этим рекомендуют раннюю хирургическую стабилизацию переломов длинных костей, в том числе и на фоне СЖЭ [Шапкин Ю.Г. и др., 2017; BliemelC. etall., 2014; BöhmeJ. etall., 2013; LiuX. etall., 2016; ParkK.C. etall., 2014; PoenaruD.V. etall., 2015; VallierH.A.etall., 2013]. В свете вышеприведенных данных литературы становится очевидной необходимость разработки оптимальных лечебно-профилактических мероприятий при СЖЭ, чему посвящена настоящая работа.

Степень изученности научной задачи. Литературные данные показывают, что по различным аспектам сочетанной травмы, осложненной СЖЭ, проведено множество комплексных работ, а также защищены диссертационные исследования [Борисов М.Б., 2001; Бялик Е.И., 2004; Желтиков Д.И., 2015; Плахотина Е.Н., Бочаров С.Н., 2009]. В комплексной диагностике и лечении сочетанной травмы с СЖЭ был ряд новых инновационных методов [Яковлев А.Ю. и др., 2013; Сироджов К.Х. и др., 2015; Габдуллин М.М. и др., 2015]. Несмотря на это, в доступной литературе обобщающих исследований, направленных на оптимизацию диагностики, профилактики и лечения обсуждаемых повреждений, мы не встретили. В большинстве известных работ предлагаемые критерии для выбора оптимальной тактики диагностики, профилактики и лечения рассматриваемых травм основаны на анализе субъективных параметров. Рекомендуемые тактические подходы порой носят декларативный характер и не подкреплены объективными данными. Кроме того, круг нуждающихся в изучении вопросов при сочетанной травме с СЖЭ настолько велик и многогранен, что нельзя их решить в рамках отдельных или нескольких комплексных исследований. В целом, в этом вопросе в литературе остается ряд вопросов, нуждающихся в более углубленном изучении.

Теоретическая и методологическая основы исследований. Теоретической основой диссертационной работы явились выполненные ранее диссертационные и различные научно-клинические исследования отечественными и зарубежными учеными по различным аспектам диагностики, профилактики и лечения сочетанной травмы с СЖЭ.

Методология диссертационной работы построена на разработке путей улучшения комплексной диагностики, профилактики лечения обсуждаемых повреждений. Исходя из этих предпосылок был составлен поэтапный план выполнения всех разделов диссертационной работы. Определены объекты исследования и подобран комплекс современных методов их изучения. Объектами исследования являлись больные с сочетанной травмой, осложненной синдромом СЖЭ. Для выявления удельного веса и структуры СЖЭ, факторов риска развития и разработки эффективных методов

прогнозирования и диагностики этого осложнения данные по этой проблеме сравнивались с больными с сочетанной травмой без названного осложнения.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования - совершенствование научно-обоснованных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при СЖЭ, направленных на снижение летальности и улучшение результатов лечения сочетанной травмы.

Объект исследования. Объектом исследования являлись результаты диагностики, профилактики и лечения СЖЭ среди 250 больных с сочетанной травмой.

Предмет исследования. Предметом исследования явились особенности клинического течения СЖЭ, улучшение результатов ее диагностики путем изучения факторов риска развития и разработки на этой основе алгоритма диагностики и прогнозирования, а также оптимальных методов профилактики и лечения обсуждаемого осложнения при сочетанной травме. В качестве рабочей гипотезы был выбран тезис о зависимости течения СЖЭ не только от характера травмы, но и от особенностей избранной тактики лечения. С этой целью результаты традиционной тактики лечения сочетанной травмы с учетом СЖЭ сравнивались с предложенными лечебно-диагностическими и профилактическими подходами.

Задачи исследования

1. Дать оценку традиционным лечебно-профилактическим мероприятиям при СЖЭ (контрольная группа).
2. Изучить факторы риска развития СЖЭ и на их основе совершенствовать схемы прогнозирования и диагностики СЖЭ.
3. Совершенствовать научно-обоснованные комплексные лечебно-профилактические мероприятия при СЖЭ (основная группа).
4. Провести сравнительный анализ результатов лечебно-профилактических мероприятий при СЖЭ в контрольной и основной группах.

Методы исследования. Обследование больных проводилось с учетом вероятности присутствия клинических критериев СЖЭ, соматических заболеваний, оценки тяжести состояния больных по шкале Гуманенко, тяжести повреждений по многомерной шкале оценки тяжести травматического шока по Назаренко, определения доминирующей травмы, объема кровопотери и других критериев. Инструментальные методы исследования включили в себя рентгенографию различных органов и систем в динамике (n=250), компьютерную и магнитно-резонансную томографию (n=15; 6,0%), офтальмоскопию (n=96; 38,4%), определение показателей красной крови (n=250; 100,0%), тромбоцитов (n=250; 100,0%) и содержания жира в крови экспресс-методом по Корнилову (n=250; 100,0%), определение подфасциального давления. Статистическую обработку полученных

результатов проводили с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 10.0».

Область исследования.

Диссертация выполнена в соответствии с паспортом ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.15 – Травматология и ортопедия и соответствует следующим пунктам:

1. Изучение этиологии, патогенеза и распространенности заболеваний опорно-двигательной системы.
2. Изучение травматизма и разработка методов его профилактики.
3. Разработка и усовершенствование методов диагностики и профилактики заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы.
4. Клиническая разработка методов лечения заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы и внедрение их в клиническую практику.

Этапы исследования. На первом этапе исследования проведены сбор и критической анализ современной литературы с определением малоизученных аспектов сочетанной травмы с СЖЭ. В последующем были сформулированы цель и задачи исследования, написан обзор литературы и собрана ретроспективная часть клинического материала. Третий этап исследования включил в себя разработку стратегии улучшения диагностики, профилактики и тактику лечения сочетанной травмы с СЖЭ и начата их реализация. На четвертом этапе были изучены результаты и степень эффективности оптимизированной тактики диагностики, профилактики рассматриваемых повреждений и лечения с формулированием основных научных результатов диссертации и рекомендации по их практическому применению.

Основная информационная и исследовательская база.

Информационной базой настоящего исследования явились опубликованные ранее научные работы и выполненные диссертационные исследования по различным аспектам сочетанной травмы с СЖЭ, доступные в базе данных Российской научной электронной библиотеки Elibrary.ru, медицинской библиотеки Национального центра биотехнологической информации США, Научной электронной библиотеки диссертаций и авторефератов Российской Федерации, а также всемирной системы объединённых компьютерных сетей для хранения и передачи информации Интернет. Также в качестве информационных источников были использованы опубликованные в сборниках научных трудов республиканских и международных научно-практических конференций и конгрессов научные статьи и тезисы.

Достоверность диссертационных результатов. Достоверность результатов диссертационного исследования, основных положений выносимых на защиту, заключения и практического их применения определяется достаточным количеством клинического материала, использованием современных и информативных методов исследования, критическим анализом полученных данных и статистической их обработкой с позиций доказательной медицины. Основные научные результаты

диссертации в виде оригинальных научных исследований прошли слепое рецензирование и опубликованы в рецензируемых научных изданиях, что также свидетельствует о достоверности и новизне полученных данных.

Научная новизна исследования

1. Определены основные факторы риска развития СЖЭ при сочетанной травме.
2. Предложена усовершенствованная шкала профилактики СЖЭ в остром периоде сочетанной травмы.
3. Обоснована необходимость выделения классической, клинической и субклинической форм СЖЭ.
4. Разработаны критерии комплексной диагностики СЖЭ в остром периоде сочетанной травмы и на их основе разработаны алгоритм и шкала для диагностики рассматриваемого синдрома.
5. Разработана оптимизированная тактика комплексного лечения острого периода сочетанной травмы, основанная на комплексной патогенетической медикаментозной профилактике и лечении, а также ранней хирургической и консервативной стабилизации нестабильных переломов длинных костей.
6. Дифференцированный подход к лечению переломов длинных костей с учетом результатов прогнозирования СЖЭ, тяжести состояния и повреждений при сочетанной травме.

Теоретическая ценность исследования. Теоретическая значимость работы заключается в том, что в ходе ее выполнения реализована концепция, согласно которой больные с сочетанной травмой рассматривались как потенциальные пациенты в плане развития СЖЭ. Результатами работы доказан тезис о зависимости течения, удельного веса и продолжительности СЖЭ не только от тяжести повреждений, но и от избранной тактики диагностики, профилактики и лечения СЖЭ при сочетанной травме. Доказано, что реализация предложенной оптимизированной тактики лечения, ключевым звеном которой является ранняя оперативная или консервативная стабилизация «нестабильных» переломов, а также применение комплексного лечения с патогенетической медикаментозной профилактикой СЖЭ, без статистического увеличения частоты летальности способствует улучшению результатов рассматриваемых повреждений.

Практическая ценность исследования

1. Применение предложенной шкалы профилактики СЖЭ позволяет на ранних этапах провести превентивные лечебно-диагностические мероприятия, что способствует снижению риска развития данного осложнения и минимизирует его негативные последствия.
2. Внедрение предложенных подходов позволит повысить удельный вес диагностики СЖЭ и минимизировать применение лечебно-диагностических пособий в остром периоде сочетанной травмы.
3. Внедрение предложенных лечебно-профилактических подходов при сочетанной травме позволит уменьшить удельный вес СЖЭ в 1,7 раза

по сравнению с контрольной группой (соответственно 38,5% и 63,1% до 38,5%).

4. Под влиянием предложенных подходов в основной группе наблюдается уменьшение тяжелых форм рассматриваемого заболевания по сравнению с традиционными подходами, о чем свидетельствует уменьшение частоты классической формы СЖЭ в 2,5 раза (соответственно 5,5% и 13,9%), клинической формы – в 2 раза (соответственно 9,4% и 18,9%) и субклинической формы – в 1,3 раза (соответственно 22,6% и 30,3%) по сравнению с контрольной группой.
5. Реализация предложенных комплексных подходов позволила в ближайшем периоде снизить частоту летальных исходов в 1,9 раза по сравнению с контрольной группой (соответственно 8,6% и 16,4%).
6. Внедрение в клиническую практику оптимизированной тактики лечения сочетанной травмы позволило в отдаленном периоде уменьшить частоту неудовлетворительных результатов в 1,8 раза по сравнению с традиционными подходами (соответственно 8,6% и 15,6%).

Положения, выносимые на защиту

1. Установлена структура СЖЭ при сочетанной травме: в 9,6% наблюдений установлена классическая форма, в 14,0% – клиническая форма, в 26,4% – субклиническая форма, в 4,8% - жировая глобулемия без клинических проявлений, в 45,2% – СЖЭ и жировая глобулемия отсутствовали.
2. Применение разработанного алгоритма диагностики СЖЭ позволяет минимизировать вероятность использования предпринимаемых диагностических мероприятий, что очень важно с позиции отрицательного их влияния на гемодинамику и общее состояние больных с сочетанной травмой.
3. Применение разработанных объективных шкал для прогнозирования и диагностики СЖЭ относится к эффективным путям улучшения результатов сочетанной травмы.
4. Оптимизирована тактика профилактики, а также медикаментозного и хирургического лечения СЖЭ в остром периоде сочетанной травмы.
5. Ближайшие и отдаленные результаты лечения сочетанной травмы зависят не только от тяжести повреждений и клинической формы СЖЭ, но и от избранной тактики лечения обсуждаемых повреждений.

Личный вклад соискателя. Личный вклад автора в выполнении диссертационного исследования заключается в критическом анализе современной литературы по теме диссертации, определении цели и задач научного исследования, написании литературного обзора и других глав диссертационной работы. Также диссертантом совместно с научным руководителем разработан план комплексного исследования пациентов. Диссертант лично провел анализ ретроспективного материала и собрал необходимые данные проспективной группы пациентов. Он также принимал непосредственное участие при проведении клинического обследования

пациентов, выполнил более 75% оперативных вмешательств при травмах опорно-двигательного аппарата, лично участвовал в определении эффективности предложенных и внедренных методов лечения пациентов. Им также проведены анализ и статистическая обработка полученных результатов, на основании чего были сформулированы основные научные положения, заключение и практические рекомендации диссертационного исследования.

Апробация диссертации и информация об использовании её результатов. Результаты работы доложены на: годичной конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (2020); годичной конференции молодых ученых ТГМУ им. Абуали ибни Сино (2021); заседании Республиканского общества травматологов-ортопедов Таджикистана (г. Душанбе, 2018, 2021); заседании Ученого совета Таджикского института профилактической медицины (2021).

Результаты исследования внедрены в работу отделений сочетанной травмы и экстренной хирургии и нейрохирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан, а также отделений травматологии и ортопедии ГКБ №3 г. Душанбе и Хатлонской областной больницы. Основные положения диссертации используются в учебном процессе на кафедрах травматологии, ортопедии и ВПХ и нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Опубликование результатов диссертации. По материалам диссертации опубликованы 18 научных работ, в том числе 4 статьи в журналах, входящих в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан, 2-рационализаторские предложения.

Структура и объем диссертации. Материалы диссертации изложены на 167 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, общей характеристики работы, 4-х глав исследований, обсуждения полученных результатов, заключения и списка литературы, содержащего 230 работ, из них 129 на русском и 101 на иностранном языках. Диссертация иллюстрирована 44 таблицами и 18 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Работа основана на комплексном анализе данных о 250 больных с сочетанной травмой в возрасте от 18 до 60 лет, медиана возраста – 45,6 лет. Мужчин было 174 (69,6%), женщин – 76 (30,4%). Возраст больных: 18-20 лет – 13 (5,2%), 21-30 лет – 74 (29,6%), 31-40 лет – 81 (32,4%), 41-50 лет – 55 (22,0%) и 51-60 лет – 27 (10,8%). В зависимости от реализованной тактики больные распределялись на две группы:

- основная группа – 128 (51,2%) больных с сочетанной травмой, у которых диагностика, профилактика и лечение СЖЭ проводились совершенствованными подходами;

- контрольная группа - 122 (48,8%) больных с сочетанной травмой, у которых диагностика, профилактика и лечение СЖЭ проводились традиционными подходами.

В структуре материала преобладали ДТП (59,2%) и кататравмы (20,0%), отличающиеся возникновением наиболее тяжелых повреждений. У всех (n=250) пациентов определялись переломы длинных костей (100%). Частота повреждений других органов и систем при сочетанной травме: череп – 54,0%, переломы других костей – 33,6%, грудь – 30,0%, раны – 29,6%, таз – 26,8%, челюстно-лицевая область – 14,0%, позвоночник – 13,6%, мочеполовые органы – 12,8%, вывихи – 5,6%, сосуды и нервы – 4,4%. У 57 (22,8%) пациентов определялись различные соматические заболевания. Соотношение частоты повреждений различных органов и систем в анализируемых группах было приблизительно одинаковым. Сравнимые группы по интегральным показателям относились к сопоставимым выборкам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В целом, у 201 (80,4%) больного тяжесть их состояния явилась противопоказанием для полноценного проведения лечебно-диагностических пособий. Причем у 60 (24,0%) из них имелись показания только для выполнения реанимационных оперативных вмешательств. Средняя тяжесть состояния больных по шкале Гуманенко в основной группе составляла $28,7 \pm 1,8$ балла, в контрольной – $28,1 \pm 2,1$ балла. Тяжесть повреждений по шкале Назаренко в основной группе составила $19,7 \pm 2,1$ балла, в контрольной – $19,2 \pm 2,3$ балла. Наиболее часто встречались доминирующие повреждения конечностей (47,2%), таза (12,4%) и взаимо konkurрирующие травмы (25,2%). Удельный вес больных с наиболее клинически значимым кровотечением (более 1500 мл), составил 79 (31,6%), в том числе в основной группе – 43 (33,6%), в контрольной – 36 (29,5%).

В структуре материала (n=250) СЖЭ установлен у 125 (50,0%) больных, в основной группе (n=128) – у 48 (37,5%), в контрольной группе (n=122) – у 77 (61,6%) пациентов. У 24 (9,6%) больных установлена классическая форма, у 35 (14,0%) – клиническая форма СЖЭ, у 66 (26,4%) – субклиническая форма, у 12 (4,8%) – жировая глобулемия (ЖГ) без клинических проявлений, у 113 (45,2%) – СЖЭ и ЖГ отсутствовали.

Сочетание трех больших симптомов с жировой глобулемией должны трактоваться как классическая форма СЖЭ. При этом дальнейшая детализация диагноза с применением других методов исследования, а также выявление «малых» симптомов не требуются.

В качестве исходных критериев для диагностики клинической формы СЖЭ рассматривались случаи сочетания нарушения сознания и дыхания или один из них с «малыми» симптомами, включая обязательно положительный лабораторный тест на жировую глобулему. При клинической форме «большие» симптомы СЖЭ могут протекать как в форме тяжелой, так и средней тяжести. Сроки регресса клинико-лабораторных проявлений СЖЭ в среднем составляют до 2-3 недель. Частота встречаемости различных «малых» симптомов колеблется от 8,6% до 68,0%, на одного больного приходится до 4,5 «малых» симптомов.

Субклиническая форма СЖЭ идентифицировалась на основании только выявления «малых» симптомов в сочетании с жировой глобулемией.

Основными объективными причинами выделения субклинической формы СЖЭ являлись: устойчивое и характерное сочетание «малых» признаков в различных комбинациях; сочетание с жировой глобулемией; совпадение сроков развития и регресса «малых» признаков со сроками развития и регресса жировой глобулемии; проявление признаков СЖЭ после недели от начала травмы; короткие сроки регресса клинических проявлений и жировой глобулемии; переход в клиническую или классическую форму при выборе неадекватной тактики лечения; сочетание с жировой глобулемией II или III степени: отсутствие летальных исходов.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о выраженной корреляционной зависимости течения СЖЭ от сроков его развития. В первую неделю развитие обсуждаемого симптомокомплекса отмечено у 70 (56,0%) больных, из которых 55 (78,6%) приходится на его тяжелые (классическую и клиническую) формы.

На основании полученных результатов нами разработан алгоритм диагностики СЖЭ. Основной целью разработанного алгоритма диагностики СЖЭ при сочетанной травме явились минимизация и оптимизация предпринимаемых диагностических мероприятий, что очень важно для острого периода сочетанной травмы (рис. 1).

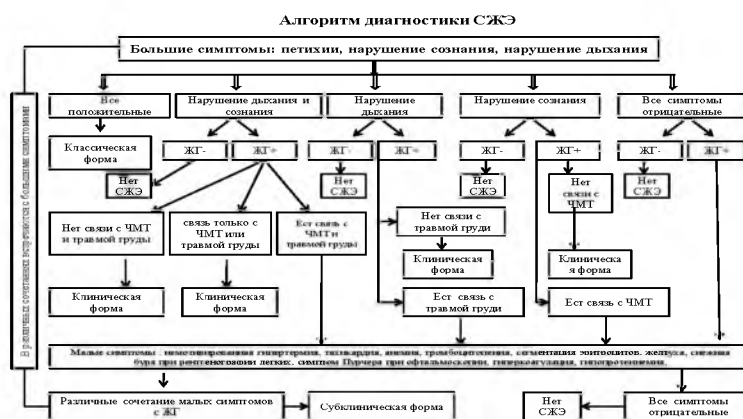


Рис. 1. Алгоритм диагностики СЖЭ в остром периоде сочетанной травмы

Установлена выраженная статистическая зависимость между клиническими формами СЖЭ и степенью жировой глобулемии. При классической и клинической форме СЖЭ выявились только III и IV степени жировой глобулемии, при субклинической - только II и III степени жировой глобулемии. При жировой глобулемии без клинических проявлений (n=12) выявлены I и II степень жировой глобулемии.

На основании изучения частоты симптомов предложена усовершенствованная шкала для диагностики СЖЭ, основана на анализе частоты симптомов СЖЭ и определения их диагностической ценности методом экспертных оценок. Она может применяться как для скрининг-диагностики, так и для клинической диагностики СЖЭ (табл. 2).

Таблица 1. Усовершенствованная шкала для диагностики СЖЭ

Критерии	Значения и баллы
Петихии	нет-0, есть-9
Нарушение сознания	ясное-0, сопор-2, кома-5
Дыхательная недостаточность	нет-0, есть-5
Симптом Пурчера	нет-0, есть-2
Нарушение психики	нет-0, есть-2
Желтуха	нет-0, есть-2
Гипертермия более 38 градусов	нет-0, есть-2
Тахикардия	нет-0, есть-2
Симптом «снежной бури» при рентгенографии легких	нет-0, есть-2
Жировая глобулемия	1 степень-1; 2 степень-2; 3 степень-5; 4 степень-9; отр.-0
Внезапное снижение гематокрита (менее 28 об.%)	нет-0, есть-2
Снижение числа тромбоцитов менее $160 \times 10^9 / л$	нет-0, есть-2
Гиперкоагуляция	нет-0, есть-2
Повышение подфасциального давления	нет-0, есть-3

Примечание: при сумме баллов более 25 выставлялась классическая форма, от 15 до 24 - клиническая форма, от 5 до 14 - субклиническая форма, от 2 до 5 - жировая глобулемия и ниже 2 баллов - исключалась СЖЭ и жировая глобулемия.

Эффективность шкалы в целом составила 84,4%, при классической и клинической формах 100,0%, при субклинической форме – 83,4%, при жировой глобулемии без клинически проявлений – 80,3%, при отсутствии СЖЭ и жировой глобулемии – 75,0%.

С целью совершенствования прогнозирования СЖЭ при сочетанной травме данные о частоте клинических симптомов у 125 (50%) больных с установленной формой СЖЭ сопоставлялись с остальными 125 (50%) больными, у которых клинические проявления СЖЭ отсутствовали. По результатам проведенного исследования выявлены интегральные факторы риска развития СЖЭ (табл. 2).

Таблица 2. Факторы риска развития СЖЭ

Наименование признака	Число наблюдений	С СЖЭ (n=125)		Без СЖЭ (n=125)		p
		Абс.	%	Абс.	%	
Наличие двух и более переломов длинных костей	175	112	89,6	63	50,4	<0,001
Тяжесть травмы таза по шкале Назаренко более 4 баллов	45	42	33,6	3	2,4	<0,001*
Общая тяжесть повреждений по	55	39	31,2	16	12,8	<0,001

шкале Назаренко более 21 балла						
Тяжесть травмы груди по шкале Назаренко более 4 баллов	47	33	26,4	14	11,2	<0,001
Тяжесть состояния больного по шкале Гуманенко более 35 баллов	181	112	89,6	69	55,2	<0,001
Объем кровопотери более 1500 мл	79	56	44,8	23	18,4	<0,001
Сроки доставки в стационар более 6 часов после травмы	46	34	27,2	12	9,6	<0,001
Длительная гипотония (ниже 40 мм.рт.столба) при поступлении	42	31	24,8	11	8,8	<0,001
Неадекватная иммобилизация	154	108	86,4	46	36,8	<0,001

*Примечание: p – статистическая значимость показателей между группами (по критерию χ^2 Пирсона; * – по точному методу Фишера).*

Используя эти данные и методику экспертных оценок, предложена шкала для прогнозирования риска развития СЖЭ (табл. 3).

Таблица 3. Усовершенствованная шкала для прогнозирования развития СЖЭ

Критерии	Значения и баллы
Наличие двух и более переломов длинных костей	нет-0; есть-4
Тяжесть травмы таза по шкале Назаренко более 4 баллов	нет-0; есть-2
Общая тяжесть повреждений по шкале Назаренко	до 12 баллов-0; до 21 балла-1; более 21 балла-2
Тяжесть травмы груди по шкале Назаренко более 4 баллов	до 4 баллов-0, > 4 баллов-3
Тяжесть состояния по шкале «ВПХ-СП» по Гуманенко	до 35 баллов-0;>35 баллов-2
Объем кровопотери	до 1,5 литров-0; более 1,5 литров-1
Сроки доставки в стационар после травмы	до 6 часов-0; от 6 до 12 часов-1; от 12 до 24 часов-2; более 24 часов-4
Длительная гипотония (ниже 40 мм.рт.ст) при поступлении	до 40 мин-0; более 40 мин-4
Неадекватная иммобилизация	нет-0; есть-2
Повышение подфасциального давления	нет-0; есть-2

Критериями оценки результатов шкалы являлись: высокий риск развития СЖЭ - свыше 10 баллов; средний риск развития СЖЭ - 6-10 баллов; низкий риск развития СЖЭ – меньше 6 баллов. Чувствительность

метода прогнозирования развития СЖЭ составила 90,4%, отрицательные результаты отмечены у 12 (9,6%) пациентов, которые приходятся на субклинические формы СЖЭ.

В основной группе разработана и реализована оптимизированная тактика лечения сочетанной травмы, ключевым звеном которой явилась ранняя оперативная и консервативная стабилизация нестабильных переломов до развития СЖЭ и отсроченная или поздняя их репозиция после развития СЖЭ. Эта тактика включает первоочередное хирургическое лечение жизнеугрожающих повреждений, максимально раннюю хирургическую стабилизацию переломов длинных костей и таза, преимущественное применение стабильных и малоинвазивных методов остеосинтеза и по показаниям широкое применение симультанных операций.

Оперативное лечение в общей выборке выполнено у 227 (90,8%) больных, в том числе в основной группе - у 123 (96,1%) и в контрольной группе – у 104 (85,2%) пациентов. В частности, остеосинтез выполнен у 198 (79,2%) больных, трепанация черепа – у 17 (6,8%), лапаротомия – у 41 (16,4%), ПХО ран – 182 (72,8%) и другие операции – у 66 (26,4%) пациентов. В целом, в различных состояниях выполнены 504 или 2,5 вмешательства на одного больного.

Удельный вес различных оперативных вмешательств в анализируемых группах был приблизительно одинаковым за исключением остеосинтеза нестабильных переломов. Данная операция в основной группе выполнялась в 1,2 раза чаще, чем в контрольной группе (соответственно 85,2% и 72,3%, $p < 0,05$).

С целью изучения влияния вышеописанных оперативных вмешательств на вероятность развития СЖЭ проведен сравнительный анализ их частоты в группе больных с и без СЖЭ (табл. 4)

Таблица 4. Сравнительный анализ оперативных вмешательств у больных с и без СЖЭ

Название операций	С СЖЭ (n=125)		Без СЖЭ (n=125)		p
	абс	%	абс	%	
Остеосинтез	100	80,0	98	78,4	>0,05
Трепанация	8	6,4	9	7,2	>0,05*
Лапаротомия	20	16,0	21	16,8	>0,05
ПХО раны	93	74,4	99	71,2	>0,05
Другие	34	27,2	32	25,6	>0,05

*Примечание: p – статистическая значимость показателей между группами (по критерию χ^2 Пирсона; * – с поправкой Йетса); удельный вес в процентах рассчитан для каждой группы отдельно, исходя из количества операций в этой группе.*

Как видно из таблицы 4, результаты исследования не выявили статистически достоверного влияния оперативных вмешательств на развитие СЖЭ при всех выполненных видах оперативных вмешательств.

Выбор оптимальных сроков и метода окончательной репозиции переломов зависел от итогов разработанных результатов прогнозирования риска развития СЖЭ: у больных с высокой степенью риска предпринимались методы отсроченной репозиции переломов и при наличии вынужденных показаний - малоинвазивные и малотравматичные методы остеосинтеза; у больных со средним риском репозиция переломов выполнялась в ранние сроки с малоинвазивной технологией; у больных с низким риском по показаниям применялись любые оперативные и консервативные методы окончательной репозиции переломов.

В период манифестации клинических проявлений СЖЭ при классической и клинической ее формах репозиция переломов проводили в плановом порядке. При субклинической форме СЖЭ, при отсутствии других противопоказаний, репозиция выполнялась после стабилизации состояния больного и регресса жировой глобулемии и малых симптомов.

В ходе выполнения работы тактика лечения переломов оптимизирована в зависимости от одновременного учета тяжести повреждений по шкале Назаренко и состояния больных по шкале Гуманенко. У больных с травматическим шоком I степени и в состоянии средней тяжести в ранние сроки выполнялись коррекция повреждений жизненно-важных органов, ПХО, ранняя стабилизация нестабильных переломов консервативными и оперативными методами. При необходимости проводились органосохраняющие и пластические оперативные вмешательства.

Тактика лечения переломов у больных с травматическим шоком II степени и состоянием средней тяжести заключалась в ранней репозиции с применением современных малоинвазивных технологий. У больных с травматическим шоком II степени и тяжелым состоянием до развития СЖЭ репозиция переломов проводилась после стабилизации состояния больных. Оперативные методы лечения переломов преимущественно выполнялись с применением малоинвазивных технологий. При наличии показаний к консервативному лечению выполняли временную фиксацию нестабильных переломов гипсовой повязкой. После развития СЖЭ лечение переломов проводилось в отсроченном порядке. Тактика лечения у больных с травматическим шоком II степени и крайне тяжелым состоянием заключалась в выполнении только неотложных оперативных вмешательств в упрощенном варианте. Стабилизация нестабильных переломов, в зависимости от динамики состояния больных, проводилась в отсроченном или в плановом порядке.

У больных с травматическим шоком III степени и крайне тяжелым или критическим состоянием. Тактика лечения у них заключалась только в выполнении реанимационных оперативных вмешательств и неотложных вмешательств по поводу повреждений жизненно-важных органов. Стабилизация нестабильных переломов проводилась в отсроченном или в плановом порядке.

Переломы костей наблюдались у всех 250 больных, у которых определялись 675 переломов. Лечение переломов в 339 (50,2%) наблюдениях

проводилось методом остеосинтеза, а при 336 (49,8%) наблюдениях – консервативными методами. У больных основной группы диагностированы 352 (52,1%) перелома, контрольной группы – 323 (47,9%) перелома. В ранние сроки репозиция переломов выполнялась в 320 (47,4%) наблюдениях, в отсроченном порядке – в 161 (23,9%) и в поздние сроки – в 194 (28,7%) наблюдениях. При сравнительном анализе удельный вес ранней репозиции преобладал в основной группе – 194 (55,1%). Этот показатель в контрольной группе был значительно ниже – 126 (39,0%). Удельный вес отсроченной репозиции переломов также преобладал в основной группе – 113 (32,1%), в контрольной группе этот показатель составил 48 (1,9%). Напротив, удельный вес поздней репозиции переломов преобладал в контрольной группе – 149 (46,1%), в основной группе этот показатель составил 45 (12,8%).

В целом, переломы (n=675) в 395 (58,5%) наблюдениях встречались у больных с СЖЭ, в 280 (41,5%) - у пациентов без СЖЭ. По срокам лечения переломов у больных с СЖЭ преобладал отсроченный (17,2%) и поздний (13,9%) остеосинтез по сравнению с больными без СЖЭ (соответственно 5,7% и 7,8%). В то же время удельный вес раннего остеосинтеза доминировал при лечении переломов без СЖЭ по сравнению с СЖЭ (соответственно 31,1% и 23,0%). При консервативном лечении переломов у больных без СЖЭ преобладала ранняя репозиция переломов (32,1%) по сравнению с переломами с СЖЭ (13,2%). Отсроченная репозиция переломов приблизительно одинаково применялась у больных с и без СЖЭ (соответственно 10,4% и 12,9%). Напротив, при консервативном лечении переломов у больных с СЖЭ преобладала поздняя репозиция переломов по сравнению с лечением переломов у больных без СЖЭ (соответственно 22,3% и 10,4%).

Следовательно результаты работы не подтверждали гипотезу о роли дополнительной травмы в развитии СЖЭ, связанной оперативной репозиции переломов. После открытой репозиции переломов наступает декомпрессия подфасциального давления в зоне перелома, создаются благоприятные условия для синхронизации темпов репаративной регенерации в зоне перелома и сроков репозиции, устраняется источник поступления новых порций жира в кровяное русло, что способствует снижению удельного веса СЖЭ и ее течению в более легких клинических формах.

Декларированная выше тактика в основной группе проводилась под прикрытием медикаментозной базисной специфической и неспецифической профилактики данного симптомокомплекса с обязательным мониторингом за динамикой жировой глобулемии. В контрольной группе профилактика СЖЭ носила только неспецифический характер. В основной группе в качестве стабилизатора жира с первых дней после травмы нами используется эссенциале (по 10,0 мл внутривенно 2 раза в день в течение 5 дней). В качестве растворителя нейтрального жира в крови использовали 33% раствор этилового спирта. Последний вводился в количестве по 3-4 мл на килограмм веса. Этиловый спирт вводили непрерывно инфузодомом в течение всего

периода проведения профилактического лечения. У больных с низким риском развития СЖЭ, по данным шкалы прогнозирования, она составила три дня, со средним риском – до 5 дней и с высоким риском – до 7 дней.

После развития СЖЭ комплексное ее лечение проводилось с применением используемых при профилактике этого заболевания подходов. Больные с классическими и клиническими формами СЖЭ временно переводились на ИВЛ. Отличие в проведении профилактической и лечебной патогенетической базисной специфической медикаментозной терапии СЖЭ заключалось в длительности и интенсивности ее проведения. Особенностью медикаментозного лечения при развитии СЖЭ явилось применение вышеназванных стабилизаторов и растворителей жира в вышеуказанных дозировках внутривенным способом до нормализации клинико-лабораторных проявлений СЖЭ.

В основной группе (n=128) суммарный удельный вес клинических форм СЖЭ составил 48 (38,5%), в контрольной группе - 63,1% (P<0,05%).

Реализация приложенных комплексных мер профилактики СЖЭ в основной группе позволила снизить удельный вес обсуждаемого осложнения острого периода сочетанной травмы в 1,7 раза по сравнению с контрольной группой. Этот показатель в отношении классической формы СЖЭ составил 2,5 раза (соответственно 5,5% и 13,9%), клинической формы – 2 раза (соответственно 9,4% и 18,9%) и субклинической формы -1,3 раза (соответственно 22,6% и 30,3%). В целом, суммарный удельный вес наиболее тяжелых клинических форм СЖЭ (классическая и клиническая) в основной группе составил 19 (14,9%), в контрольной – 40 (32,8%), (P<0,05). Другими словами, частота тяжелых форм СЖЭ в основной группе в 2,2 раза ниже, чем в контрольной группе. Удельный вес жировой глобулемии без клинических проявлений в основной группе составил 3,9%, в контрольной группе – 5,7%. В то же время в основной группе удельный вес больных без СЖЭ и жировой глобулемии в 1,9 раза выше, чем в контрольной группе (соответственно 58,6% и 31,2%), (P<0,05). Применение предложенных подходов в основной группе позволило не только уменьшить суммарный вес СЖЭ, но и способствовало развитию более легких клинических форм СЖЭ по сравнению с традиционными подходами.

Ближайшие результаты лечения сочетанной травмы оценивались по показателю летальности и частоты осложнений к моменту выписки больного из стационара. В целом, в общей выборке летальные исходы отмечены у 31 (12,4%) больного, в том числе у 11 (8,6%) пациентов из основной группы и у 20 (16,4%) – из контрольной группы. В общей выборке причиной летальных исходов у 16 (6,4%) больных являлась СЖЭ, у 15 (6,0%) – тяжелые повреждения и другие осложнения сочетанной травмы. Эти показатели соответственно в основной группе составили 5 (3,9%) и 6 (4,7%), в контрольной – 11 (9,0%) и 9 (7,4%). Следовательно, реализация предложенных подходов позволила без статистически достоверного увеличения летальности решить многие аспекты комплексного лечения сочетанной травмы.

При детальном анализе причин летальности установлено преобладание в ее структуре тяжелых клинических форм СЖЭ. Удельный вес классической формы СЖЭ в структуре летальности составил 12 (4,8%), клинической формы – 4 (1,6%). В общей выборке частота летальности при классической форме СЖЭ (n=24) составила 12 (50,0%), при клинической форме (n=35) – 4 (11,4%). В общей выборке летальные исходы в первые трое суток после травмы отмечены у 5 (2,0%) больных, в 4-7 сутки – у 16 (6,4%) и более недели – у 10 (4,0%) больных. В первые трое суток летальные исходы обусловлены тяжестью повреждений. В остальные сроки в развитии летальности при сочетанной травме вносят вклад как СЖЭ, так и тяжесть повреждений.

Отдаленные результаты оценивались в сроки от 6 месяцев до 5 лет с применением новой объективной методики, состоящей из трех этапов: раздельная балльная оценка отдаленного результата каждого повреждения опорно-двигательного аппарата по усовершенствованной нами методике СОИ [Мионов С.П. с соавт., 2008], оценка отдаленного результата внескелетных повреждений и определение окончательного результата. Отдаленным считали наиболее худший результат среди всех значений отдаленного результата лечения травм опорно-двигательного аппарата и внескелетных повреждений.

Установлено относительное преобладание удельного веса хороших результатов (43,7%) и снижение неудовлетворительных результатов (8,6%) и летальности (8,6%) в основной группе по сравнению с контрольной группой. Напротив, в контрольной группе преобладал удельный вес удовлетворительных (36,0%) и неудовлетворительных результатов (15,6%) и летальных исходов (16,4%). В группе больных с СЖЭ (n=125) преобладают удовлетворительные (40,0%), неудовлетворительные (15,2%) результаты по сравнению с больными без СЖЭ (соответственно 24,8% и 8,8%). Напротив, в последней группе отмечен более высокий удельный вес хороших результатов по сравнению с больными с СЖЭ (соответственно 35,2% и 28,0%). Удельный вес летальных исходов в обеих группах был приблизительно одинаковым.

Таким образом, подводя итог результатам проведенной работы по профилактике СЖЭ и лечению сочетанной травмы с учетом этого осложнения, можно отметить, что реализованные в основной группе тактические подходы без статистического увеличения удельного веса летальности способствовали снижению удельного веса СЖЭ и улучшению результатов лечения данной патологии. Также установлен существенный вклад СЖЭ в увеличение летальности и ухудшение отдаленных результатов сочетанной травмы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. При применении традиционных подходов сохраняются периферический очаг болевой импульсации и другие негативные последствия, которые способствуют развитию более

- тяжелых проявлений СЖЭ и пролангированию его течения [1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 5-А].
2. При сравнительном анализе частоты признаков у больных с СЖЭ и без него установлена следующая структура статистически значимых факторов риска развития СЖЭ: наличие двух и более переломов длинных костей (соответственно 89,6% и 50,4%), тяжесть травмы таза по шкале Назаренко более 4 баллов (соответственно 33,6% и 2,4%), общая тяжесть повреждений по шкале Назаренко более 21 балла (соответственно 31,2% и 12,8%), тяжесть травмы груди по шкале Назаренко более 4 баллов (соответственно 26,4% и 11,2%), тяжесть состояния больного по шкале «ВПХ-СП» по Гуманенко более 35 баллов (соответственно 89,6% и 55,2%), объем кровопотери более 1500 мл (соответственно 44,8% и 18,4%), сроки доставки в стационар более 6 часов после травмы (соответственно 27,2% и 9,6%), длительная гипотония (ниже 40 мм.рт.столба) при поступлении (соответственно 24,8% и 8,8%), неадекватная иммобилизация (соответственно 86,4% и 36,8%) и «повышение подфасциального давления» (при СЖЭ – 80,4%, без СЖЭ – отсутствует) [3-А, 5-А].
 3. На основе учета этих факторов разработана шкала для прогнозирования развития СЖЭ, применение которой позволяет на ранних этапах провести превентивные лечебно-диагностические мероприятия и, тем самым, способствует снижению риска развития СЖЭ и минимизирует его негативные последствия. Эффективность шкалы составила 90,4%, отрицательные результаты приходятся на субклинические формы СЖЭ [4-А, 5-А].
 4. Диагностика, профилактика и лечение СЖЭ в остром периоде сочетанной травмы должны проводиться с применением предложенной комплексной программы, ключевыми звеньями которой являются построение лечебно-профилактических мероприятий с применением: алгоритма и шкалы диагностики СЖЭ; прогнозирование развития СЖЭ; оптимизированная тактика комплексного лечения с ранней оперативной стабилизацией переломов, патогенетической медикаментозной профилактикой и лечением СЖЭ [2-А, 3-А, 4-А, 5-А, 6-А, 8-А, 9-А, 10-А, 11-А, 12-А, 13-А, 14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А].
 5. При сравнительном анализе результатов лечебно-профилактических мероприятий при СЖЭ в контрольной и основной группах установлено следующее:
 - внедрение предложенных лечебно-профилактических подходов при сочетанной травме позволило уменьшить удельный вес СЖЭ в 1,7 раза по сравнению с контрольной группой (соответственно 38,5% и 63,1%);
 - в основной группе наблюдается уменьшение удельного веса тяжелых форм рассматриваемого заболевания по сравнению с

традиционными подходами, о чем свидетельствует уменьшение частоты классической формы СЖЭ в 2,5 раза (соответственно 5,5% и 13,9%), клинической формы – в 2 раза (соответственно 9,4% и 18,9%) и субклинической формы – в 1,3 раза (соответственно 22,6% и 30,3%) по сравнению с контрольной группой;

- частота летальных исходов в 1,9 раза снизилась по сравнению с контрольной группой (соответственно 8,6% и 16,4%);
- частота неудовлетворительных результатов снизилась в 1,8 раза по сравнению с традиционными подходами (соответственно 8,6% и 15,6%) [3-А, 4-А, 5-А, 11-А, 14-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. При выборе оптимальной тактики диагностики и лечения сочетанной травмы эти больные должны рассматриваться как потенциально опасные в плане развития СЖЭ.
2. В комплексной схеме обследования и лечения больных с сочетанной травмой с СЖЭ необходимо использовать данные объективной шкалы оценки тяжести состояния больных по Гуманенко и оценки тяжести повреждений по многомерной шкале оценки тяжести травматического шока по Назаренко.
3. При сочетанной травме для эффективного прогнозирования СЖЭ, достижения декомпрессии в зоне переломов и с целью предотвращения проникновения жировых эмболов в венозную систему необходимо прибегнуть к лечебно-диагностическому измерению подфасциального давления.
4. Применение предложенного алгоритма диагностики СЖЭ позволяет минимизировать необходимость использования сложных, дорогостоящих и травматичных методов исследования в остром периоде сочетанной травмы.
5. Для оценки динамики регресса СЖЭ и мониторинга состояния больных с сочетанной травмой, наряду с клинкорентгенологическими данными, необходимо прибегнуть к динамическому контролю за тяжестью жировой глобулемии.
6. Применение предложенных шкал для прогнозирования и диагностики СЖЭ относится к эффективным путям улучшения результатов лечения сочетанной травмы.
7. При сочетанной травме до развития СЖЭ в максимально короткие сроки необходимо выполнить оперативную или консервативную стабилизацию «нестабильных» переломов.
8. Выбор метода остеосинтеза в остром периоде сочетанной травмы необходимо определить с учетом тяжести состояния больных и повреждений, характера повреждений и результатов прогнозирования и диагностики СЖЭ.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ

Статьи в рецензируемых журналах ВАК

[1-А] Наимов А.М. Сравнительный анализ результатов лечения травм и ортопедической патологии при различных формах организации медицинской помощи в стационаре / А.М. Наимов, А.А. Раззоков // Здравоохранение Таджикистана. -2015. -№3 (326). –С. 61-68.

[2-А] Наимов А.М. Тактика лечения переломов длинных костей при сочетанной травме с учетом идентификации синдрома жировой эмболии / А.М. Наимов, А.А. Раззоков // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2020. -№4. - С.31-36.

[3-А] Наимов А.М. Новые подходы к профилактике синдрома жировой эмболии при сочетанной травме / А.М. Наимов, А.А. Раззоков// Вестник академии медицинских наук Таджикистана. -2020. -№4 (36). - С.85-92.

[4-А] Наимов А.М. Диагностика синдрома жировой эмболии при сочетанной травме / А.М. Наимов, А.А. Раззоков // «Здравоохранение Таджикистана». -2021. -№2. С. 75-80.

Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференций

[5-А] Наимов А.М. Новые подходы к профилактике и лечению жировой эмболии при политравме / А.А. Раззоков, А.М. Наимов // Материалы науч.прак. конф. «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии. Душанбе. «Сурушан». -2002. -С. 137-142.

[6-А] Наимов А.М. Поздние осложнения диафизарных переломов костей голени / А.А.Раззоков, А.М.Наимов, Н.Ф.Салимов, Б.С. Айниев, Д.М. Саидов // В кн.: Акт.вопросы клинической медици-ны. Сб. науч. статьей, посвященных 40-ле-тию РКБ им. Дьякова. –Душанбе. -2004. -С. 156-159.

[7-А] Наимов А.М. Организационные аспекты и результаты применения внеочагового остеосинтеза в травматологии и ортопедии / Н.Ф.Салимов, К.Д. Хасанов, А.М. Наимов, // Материалы I съезда травматологов-орто-педов Таджикистана с международным участием. – Душанбе. Здравоохранение Таджикистана. -2009. - №1, -С. 35-37.

[8-А] Наимов А.М. Внеочаговый остеосинтез в травматологии и ортопедии / А.М. Наимов, К.Д. Хасанов, С.Н. Ярбобоев // Материалы 57 годичной научно- практической конференции с международным участием, посвящённой 70- летию образования ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе . – 2009. - С.419-421.

[9-А] Наимов А.М. Хирургический подход к лечению переломов крупных сегментов/ К.К. Каримов, А.М. Наимов, Дж.М. Саидов // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов Узбекистана «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии». 3-4 июня 2016 года. – Бухара. - С. 160-161

[10-А] Наимов А.М. Анализ эффективности результаты оперативного лечения пациентов с повреждением длинных трубчатых костей/ К.К. Каримов, А.М. Наимов, Дж.М. Саидов // Материалы научно-практической

конференции травматологов-ортопедов Узбекистана «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии». 3-4 июня 2016 года. – Бухара. - С. 162-163.

[11-А] Наимов А.М. Отсроченный остеосинтез переломов длинных трубчатых костей при политравме / А.М. Наимов, К.К. Каримов, Ф.М. Парпиев // Материалы 67-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее». 29 ноября 2019 года. – Душанбе. -2019. -Том 1. -С. 185-186.

[12-А] Наимов А.М. Хирургическое лечение низкоэнергетических переломов при нарушенном костном метаболизме / А.М. Наимов, К.К. Каримов, Ф.М. Парпиев // Материалы 67-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее». 29 ноября 2019 года. – Душанбе. -2019. -Том 1.-С.239-240.

[13-А] Наимов А.М. Estimation of effectiveness of results of intramedular osteosynthesis in treatment of non-aging fractures and false joints of long tubular bones of lower extremities / F.M.Parpiev, A.M.Naimov, Q.K. Karimov, N.Sh. Mirov // Материалы 67-ой годичной научно –практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее». 29 ноября 2019 года. – Душанбе. -2019. -Том 1. -С.464.

[14-А] Наимов А.М. Синдром жировой эмболии у пациентов с сочетанной травмой / Х.А.Шамсзода, А.М.Наимов, К.К.Каримов, Ф.М. Парпиев // «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний». Сборник материалов II-съезда врачей РТ, - Душанбе - 2019 года. -С. 186.

[15-А] Наимов А.М. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с повреждением длинных трубчатых костей / Х.А.Шамсзода, А.М.Наимов, К.К.Каримов, Ф.М. Парпиев // «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний». Сборник материалов II-съезда врачей РТ, - Душанбе - 2019 года. С. 185.

[16-А] Наимов А.М. Малоинвазивные хирургические методы профилактики посттравматического синдрома жировой эмболии при интрамедуллярном остеосинтезе/ А.М. Наимов, А.А.Раззоков // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» 27.11.2020. -2020. -С.229.

[17-А] Наимов А.М. Факторы риска развития синдрома жировой эмболии при сочетанной травме / А.М. Наимов, А.А.Раззоков, М.С. Пирназаров // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной

«Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» 27.11.2020.
-2020. -С.231.

[18-А] Наимов А.М. Организация медицинской помощи, диагностики и лечения острого периода сочетанной и множественной травмы / А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимзода, Д.Н. Салихов, С.Х. Курбанов, И.С. Бандаев, Х.М. Джураев, Дж.М. Сафаров, Ф.А. Разоков, М.К. Назаров, А.М. Наимов. И.Г. Умонов, Т.А. Пиров, Ф.А. Батыров // Душанбе: «Маориф». -2016. -649 стр.

Удостоверения на рационализаторские предложения

1. Наимов А.М. Способ скелетного вытяжения при лечении центрального вывиха бедра / Наимов А.М., Курбонов С.Х., Саидов Дж.М. // №3327/R542 от 05.12.2012 года.

2. Наимов А.М. Метод определения объёма и степени острой кровопотери / Наимов А.М., Айниев Б.С., Давлатов Д.Н. // №3333/R548 от 07.12.2012 года.

Список сокращений

ВПХ	военно-полевая хирургия
ВПХ-СП	военно-полевая хирургия – состояние при поступлении
ПХО	первичная хирургическая обработка
ТГМУ	Таджикский государственный медицинский университет
УЗИ	ультразвуковое исследование
НМЦ РТ	Национальный медицинский центр Республики Таджикистан
ЖГ	жировая глобуллемия
СЖЭ	синдром жировой эмболии
КДО	компрессионно-дистракционный остеосинтез
КТ	компьютерная томография

**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**МД «ДОНИШКАДАИ ИЛМӢ-ТАҲҚИҚОТИИ ТИББИ
ПРОФИЛАКТИКӢ»**

УДК 616-001; 616-005.7-07-08

НАИМОВ АБДУКАРИМ МАҲМАРАҲИМОВИЧ

**БЕҲСОЗИИ ТАШХИС, ПРОФИЛАКТИКА ВА ТАБОБАТИ
СИНДРОМИ ЭМБОЛИЯИ ҶАРБӢ ҲАНГОМИ ОСЕБИ ОМЕХТА**

АВТОРЕФЕРАТИ

**диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илми тиб аз рӯйи ихтисоси
14.01.15 – Особшиносӣ ва раддодӣ**

Душанбе – 2021

Таҳқиқот дар МД «Донишкадаи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикӣ» ва шуъбаи осеби омехта ва ҷарроҳии ғаврии МД ММТҚТ «Шифобахш» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ Раззоқов А.А.- д.и.т., профессор.

Муқарризони расмӣ: Сироджов К.Х. – д.и.т., дотсент, мудири кафедраи травматология ва ортопедияи МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”

Назаров Х. Н. – н.и.т., мудири шуъбаи травматология ва ортопедияи Беморхонаи клиникаи вилояти Хатлон ба номи Б. Воҳидов ВТ ва ҶИАҚТ.

Муассисаи тақриздиханда: Муассисаи таҳсилоти олии бучавии федералии давлатии "Донишгоҳи давлатии тиббии Бошқирд"-и Вазорати тандурустии Русия

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ 2021с. соати «___» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-025 МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, tajmedun.@tj, +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2021 ирсол гардид.

Котиби илмӣ
Шӯрои диссертатсионӣ,
д.и.т.,

Юнусов И.А.

МУҚАДДИМА

Мубрамӣ ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Айни замон тамоюли афзоиши вазни холиси травматизм дар сохтори беморшавиҳо ба мушоҳида мерасад. Аз ин сабаб травматизм ва проблемаҳои бо он алоқамандро ба қатори масъалаҳои мубрами вазифаҳои тиббӣ-ичтимоии илми тибби муосир дохил кардаанд, ки ин аз бисёрпахлӯ ва гуногун будани ин проблема, ҳамчунин аз миқдори зиёди маънубшавӣ, оризаҳо ва фавтият вобаста аст [Бондаренко А.В. ва диг., 2014; Штейнле А.В., 2009]. Дар навбати худ, дар сохтори травматизм дар 49,8%-83,5% -и ҳолатҳо шикастагиҳои устухонҳо ба назар мерасад, ки чараёни онҳо дар бештари мавридҳо бо пайдо шудани синдроми эмболияи чарбӣ (СЭЧ) оризанок мегардад. Вазни хоси СЭЧ тибқи маълумоти баъзе муаллифон аз 0,5% то 10% аст [Борисов М.Б., 2001; Ладейщиков В.М., 2008; Радушкевич В.Л., 2010; Хаджибаев А.М., 2014], муаллифони дигар аз мавҷуд будани рақамҳои баланд - аз 23% то 90% иттилоъ медиҳанд [Городниченко А.И., 2004; Oçgüder D.A. et al., 2005]. Ин бо мавҷудияти фарқият байни таҳқиқоти интихобӣ аз руи хусусият ва дараҷаи осеб асоснок карда мешавад. Сатҳи фавт дар СЭЧ низ дар доираи васеъ тағйир меёбад. Ҳамин тариқ, баъзе муаллифон басомади СЭЧ-ро аз 53% - 67%, дигарон - то 3% - 15% гузориш медиҳанд [Борисов М.Б., 2006; Габдуллин М.М., 2012; Радушкевич В.Л., 2010; Мирджалилов Ф.Х. и др., 2018; Paredes J.C. et al., 2011]. Сабаби чунин тағйирёбии яқбораи таносуби фавт аз нуқтаи назари мо дар он аст, ки баъзе олимони дар намунаи таҳқиқотӣ танҳо шаклҳои фулминантӣ ва классикии СЭЧ-ро дар бар гирифтаанд, дигарон бошанд, ҳамаи шаклҳои комплекси аломатҳои мавриди баррасӣ қарор доранд.

Ҳангоми ташҳиси СЭЧ, баъзе муҳаққиқон тавсия медиҳанд, ки аз меъёрҳои тавсифшудаи A.R.Guard (1972) истифода баранд, дар ҳоле ки дигарон ба назар гирифтани маҷмӯи маълумоти клиникӣ ва лабораториро мувофиқ медонанд. То ҳол дар бораи шаклҳои клиникии СЭЧ тавсияҳои яқхела вучуд надоранд ва баъзе шаклҳои беморӣ, ки чудо карда шудаанд, бо маълумоти объективӣ тасдиқ карда намешаванд.

Андешаҳои муҳаққиқон дар муайян кардани тактикаи пешгирӣ ва табобати СЭЧ низ баҳсбарангезанд. Дар адабиёти солҳои охир ханӯз ҳамравиш бартарӣ дорад, ки ба пешгирӣ ва муолиҷаи комплекси маҷмааи аломатҳои баррасишаванда асос [Bliemel C. et al., 2014; Böhme J. et al., 2013; Park K.C. et al., 2014; Poenaru D.V. et al., 2015; Vallier H.A. et al., 2013]. Сарфи назар аз таваччуҳи чиддии тадқиқотчиён ба проблемаи табобати СЭЧ, дар адабиёт ҳангоми интихоби тактикаи оптималии табобати комплексӣ равишҳои ягона вучуд надоранд. Гузашта аз ин, изҳороти охирин ба ҳама чузъҳои тактикаи тиббӣ, аз ҷумла табобати тиббӣ ва ҷарроҳӣ дахл дорад. Аз ҷумла, оид ба мӯхлат, усулҳо ва мӯхлатҳои муътадилсозии шикастани устухонҳои дароз дар заминаи пешгирӣ ва муолиҷаи СЭЧ ягон равиши ягона мавҷуд нест.

Дар ин масъала доираи васеи равишҳои консервативӣ ва ҷарроҳӣ маълуманд, ки дар ҳар кадоми онҳо роҳҳои гуногуни татбиқи онҳо тавсия дода мешаванд.

Масъалаҳои интиҳоби усули оптималии остеосинтез дар доираи профилактика ва табобати СЭЧ дар давраи шадиди осебҳои омехта баҳснок боқӣ мемонад. Баъзе муҳаққиқон истифода кардани табобати консервативиро аз нуқтаи назари пайдо шудани СЭЧ дуруст меҳисобанд [Иманалиев А.Б., 2009; Fu С.G. et al., 2009]. Баръакс, муҳаққиқони дигар ин тактикаро яке аз сабабҳои пайдо шудани ин оризаи даҳшатнок мешуморанд ва бинобар ин, устуворсозии барвақти ҷарроҳии шикастагиҳои устухонҳои дароз, аз ҷумла дар заминаи СЭЧ тавсия карда мешавад [Шапкин Ю.Г. и др., 2017; Bliemel С. et al., 2014; Böhme J. et al., 2013; Liu X. et al., 2016; Park K.C. et al., 2014; Poenaru D.V. et al., 2015; Vallier H.A. et al., 2013]. Дар партави маълумотҳои дар боло зикршудаи адабиёти илмӣ зарурати коркарди ҷорабиниҳои оптималӣ ҳангоми СЭЧ талаб карда мешавад, ки пажӯҳиши мазкур низ ба ҳамин масъала баҳшида шудааст.

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ. Маълумотҳои адабиёт нишон медиҳанд, ки оид ба ҷанбаҳои гуногуни осебҳои омехтаи бо СЭЧ оризанокшуда корҳои илмӣ зиёди комплексӣ анҷом дода шуда, ҳамчунин рисолаҳои илмӣ низ дифоъ карда шудаанд [Борисов М.Б., 2001; Бялик Е.И., 2004; Желтиков Д.И., 2015; Плахотина Е.Н., 2009; Бочаров С.Н., 2009]. Дар самти ташҳис ва табобати комплекси осебҳои омехтаи бо СЭЧ оризанокшуда як қатор усулҳои нави инноватсионӣ пешниҳод карда шуда буд [Яковлев А.Ю. и др., 2013; Сироджов К.Х. и др., 2015; Габдуллин М.М. и др., 2015]. Бо вучуди ин, дар адабиёти мавҷуда, мо таҳқиқоти умумиро пайдо накардем, ки ба оптимизатсияи ташҳис, пешгирӣ ва табобати ҷароҳатҳои мавриди баррасӣ қарор гирифтаанд. Дар аксари бештари таҳқиқотҳои маъруфи илмӣ меъёрҳои пешниҳодшаванда ҷиҳати интиҳоб кардани тактикаи оптималии ташҳис, пешгирӣ ва табобати осебҳои баррасишаванда дар заминаи таҳлили параметрҳои субъективӣ асос ёфтаанд. Равишҳои тактикаи пешниҳодшаванда баъзан хусусияти декларативӣ доранд ва бо маълумотҳои объективӣ мустаҳкам карда нашудаанд. Дар маҷмӯъ, дар ин ҳусус, дар адабиёти илмӣ як миқдори масъалаҳое ибоқӣ мемонанд, ки ба омӯзиши нисбатан амиқтар зарурат доранд.

Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот. Асосҳои таҳқиқотро пажӯҳишҳои диссертатсионӣ қаблан иҷро кардашуда ва таҳқиқотҳои гуногуни илмӣ-клиникии олимони ватанӣ ва хориҷӣ оид ба ҷанбаҳои мухталифи ташҳис, пешгирӣ ва табобати осебҳои омехта ҳамроҳ бо СЭЧ ташкил доданд.

Методологияи пажӯҳиши диссертатсионӣ дар коркарди роҳҳои беҳсозии ташҳис, пешгирӣ ва табобати комплекси осебҳои баррасишаванда тартиб дода шудааст. Бо назардошти ин нақшаи марҳала ба марҳалаи иҷро намудани ҳама ҷаҳатҳои кори диссертатсионӣ таҳия карда шуда буд. Объекти таҳқиқот муайян ва

комплекси усулҳои муосири омӯзиши онҳо интихоб карда шуд. Бо мақсади муайян кардани вазни ҳолис ва сохтори СЭЧ, омилҳои хатари пайдошавӣ ва коркарди усулҳои самараноки пешгӯӣ ва ташҳиси ин ориза маълумотҳои ба ин проблема дахлдор бо беморони дорои осебҳои омехтаи бидуни ҳамин ориза муқоиса карда шуд. Бо мақсади ташҳис кардани СЭЧ дар барномаи таҳқиқоти комплекси осебдидагон усулҳои клиникӣ (маълумот дар бораи вучуд доштани петехиядар пӯст, ҳалалдор шудани шуур, муоинаи қаъри чашм, вучуд доштани симптоми рентгенологии «бӯрони барфӣ» дар шушҳо, ҳамчунин дигар аломатҳои барои СЭЧ хос дар динамика), инструменталӣ (рентгенография, ТУС-и узвҳо, лапаросентез ва торакосентез, тазриқи люмбалӣ, томографияи компютерӣ, томографияи магнитӣ-резонансӣ, дар ҳолатҳои, ки нишондод доранд, дигар усулҳои таҳқиқот), лаборатории (нишондодҳои хуни сурх, тромбоситҳо, мухтавои чарб дар хун бо экспресс-метод тибқи Корнилов дар динамика) таҳқиқот истифода шуданд.

Иттилои рақамӣ дар бораи ҳамаи беморон барои коркарди математикии маводи клиникӣ бо истифода аз баъзе барномаи амалӣ барои таҳлили омӯри ба сифати пойгоҳи маълумот истифода карда шуд. Коркарди омӯрии маълумотҳои ҳосилшуда дар компютери инфиродӣ бо истифода аз баъзе барномаҳои амалии омӯрии «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., ИМА) гузаронида шуд. Нишондиҳандаҳои сифатӣ дар шакли ҳисса ва басомад (%) пешниҳод карда шудаанд. Муқоисаи онҳо аз рӯи меъёри χ^2 Пирсон анҷом дода шуд. Агар миқдори муоинаҳо дар ҳар як ҳоначаи ҷадвали ҷорҳонаҷадори 2×2 аз 10 камтар бошад, истифодаи меъёри χ^2 бо ислоҳи Йетса, дар ҳолате ки миқдори муоинаҳо аз 5 камтар бошад, истифодаи меъёри дақиқи Фишер ба кор бурда шуд. Фарқият дар ҳолати $p < 0,05$ аз ҷиҳати омӯри муҳим ҳисобида шуд.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот- тақмил додани ҷорабиниҳои ташҳисӣ, табобатӣ-профилактикии илман асоснок ҳангоми СЭЧ, ки ба кам кардани ғавт ва беҳтар сохтани табобати осебҳои омехта нигаронида шудаанд.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот натиҷаи ташҳис, табобат ва профилактикаи СЭЧ дар байни 250 бемори гирифтори осебҳои омехта мебошад.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот хусусиятҳои клиникии ҷараёни СЭЧ, беҳтар сохтани натиҷаҳои ташҳиси он бо роҳи омӯختани омилҳои хатари пайдошавӣ ва дар ин асос коркарди алгоритми ташҳис ва пешгӯӣ, ҳамчунин усулҳои оптималии профилактика ва табобати оризаи мавриди омӯзиши осебҳои омехта мебошад. Ба сифати гипотезаи корӣ тезис дар бораи вобастагии ҷараёни СЭЧ аз хусусияти осеб, ҳамчунин аз хусусиятҳои тактикаи интихобшудаи табобат интихоб карда шуд. Бо ин мақсад натиҷаҳои тактикаи анъанавии табобати осебҳои омехта бо назардошти СЭЧ бо равишҳои пешниҳодшудаи табобатӣ-ташҳисӣ ва профилактикӣ муқоиса карда шуданд.

Вазифаҳои таҳқиқот

1. Баҳо додан ба чорабиниҳои анъанавии табобатӣ- профилактикӣ ҳангоми СЭЧ (гурӯҳи назоратӣ).
2. Омӯхтани омилҳои хатари пайдошавии СЭЧ ва дар асоси онҳо такмил додани схемаи пешгӯӣ ва ташҳиси СЭЧ.
3. Такмил додани комплексҳои илман асосноки чорабиниҳои комплекси табобатӣ- профилактикӣ ҳангоми СЭЧ (гурӯҳи асосӣ).
4. Гузаронидани таҳлили муқоисавии натиҷаҳои чорабиниҳои комплекси табобатӣ- профилактикӣ ҳангоми СЭЧ дар гурӯҳҳои назоратӣ ва асосӣ.

Усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти беморон бо назардошти эҳтимолияти вучуд доштани меъёрҳои клиники СЭЧ, бемориҳои соматикӣ, баҳо додан ба вазнинии ҳолати беморон мувофиқи шкалаи Гуманенко, вазнинии осеб мувофиқи шкалаи бисёрандозаи баҳогузорӣ ба вазнинии шоки травматикӣ тибқи Назаренко, муайян кардани осеби бартаридошта, андозаи талафи хун ва дигар меъёрҳо гузаронида шуд. Усулҳои инструменталии таҳқиқот рентгенографияи узвҳо ва системаҳои гуногунро дар динамика (n=250), томографияи компютерӣ ва томографияи магнитӣ-резонансӣ (n=15; 6,0%), офталмоскопия (n=96; 38,4%), муайян кардани нишондихандаҳои хуни сурх (n=250; 100,0%), тромбоситҳо (n=250; 100,0%) ва муҳтавои чарб дар хун бо экспресс-методи Корнилов (n=250; 100,0%), муайян кардани фишори зери фатсиалӣ иборат буданд. Коркарди омории натиҷаҳои бадастомада бо истифода аз баътаи нарм афзори омории Statistica 10.0 амалӣ карда шуд.

Соҳаи таҳқиқот. Пажӯҳиши диссертатсия мувофиқи шиносномаи КОА-и назди Президенти ҶТ оид ба ихтисоси 14.01.15 – «травматология ва ортопедия» таълиф шуда, ба бандҳои зерин мутобиқат дорад:

1. Омӯхтани этиология, патогенез ва паҳншавии бемориҳои системаи такавӣ ҳаракат.
2. Омӯхтани травматизм ва коркарди усулҳои профилактикаи он.
3. Коркард ва такмили усулҳои ташҳис ва профилактикаи бемориҳо ва осебҳои системаи такавӣ ҳаракат.
4. Коркарди клиники усулҳои табобати бемориҳо ва осебҳои системаи такавӣ ҳаракат ва татбиқи онҳо дар амалияи клиникӣ.

Марҳалаҳои таҳқиқот. Дар марҳалаи якуми таҳқиқот чамъоварӣ ва таҳлили танқидии адабиёти илмӣ муосир бо муайян кардани ҷанбаҳои кам омӯхташудаи осебҳои омехта бо СЭЧ анҷом дода шуд. Баъдан мақсад ва вазифаҳои пажӯҳиш мушаххас карда, шарҳи адабиёт навишта шуд ва қисми ретроспективии маводи клиникӣ чамъоварӣ карда шуд. Марҳалаи сеюми таҳқиқот коркарди стратегияи беҳтарсозии ташҳис, профилактика, тактикаи табобати осебҳои омехта бо СЭЧ ва саркардани татбиқи онро дар бар гирифтааст. Дар марҳалаи чорум натиҷаҳо ва дараҷаи самаранокии тактикаи беҳтаршудаи ташҳис, профилактикаи осебҳои баррасишаванда ва табобат бо мурағаб сохтани натиҷаҳои асосии илмӣ диссертатсия ва тавсия оид ба истифодаи амалии онҳо омӯхта шуд.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот. Пойгоҳи иттилоотии ин тадқиқот қаблан мақолаҳои илмӣ ва рисолаҳои анҷомёфтаи ба ҷанбаҳои гуногуни осеби омехта бо СЭЧ нашр шудаанд, ки дар пойгоҳи додаҳои китобхонаи электронии илмии Русия Elibrary.ru, китобхонаи тиббии Маркази миллии иттилооти биотехнологияи Иёлоти Муттаҳида дастрасанд. Давлатҳо, китобхонаи илмии электронии рисолаҳо ва тезисҳои Федератсияи Россия, инчунин системаи умумичаҳонии шабакаҳои компютери баҳампайваст барои нигоҳдорӣ ва интиқоли иттилоот - интернет. Ҳамчунин, мақолаҳои илмӣ ва тезисҳои, ки дар маҷмӯаҳои мақолаҳои илмии конференсияву конгрессҳои илмию амалии ҷумҳуриявӣ ва байналмилалӣ ба таърифи расидаанд, ҳамчун манбаи иттилоот истифода шуданд.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсия, нуқтаҳои асосии барои ҳимоя пешниҳодшаванда, хулоса ва истифодаи амалии онҳоро миқдори кофӣ маводи клиникӣ, истифодаи усулҳои иттилоотнок ва муосири таҳқиқот, таҳлили интиқодии маълумотҳои ҳосилшуда ва коркарди омории онҳо аз нуқтаи назари тибби исботшуда муайян мекунад. Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия дар шакли таҳқиқоти оригиналии илмӣ аз тақризи махфӣ гузаштаанд ва дар маҷмӯаҳои тақризишавандаи илмӣ нашр шудаанд, ки гувоҳи эътимоднокии ва нағзгони маълумотҳои ба даст овардашуда мебошанд.

Нағзгони илмии таҳқиқот

1. Муайян кардани омилҳои хатари пайдошавии СЭЧ ҳангоми осебҳои омехта.
2. Такмил додани шкалаи профилактикаи СЭЧ дар давраи шадиди осебҳои омехта.
3. Зарурати ҷудо кардани шаклҳои классикӣ, клиникӣ ва субклиникии СЭЧ асоснок карда шудааст.
4. Меъёрҳои таъхиси комплекси СЭЧ дар давраи шадиди осебҳои омехта коркард шуда, дар асоси онҳо алгоритм ва шкала барои таъхиси синдроми баррасишаванда таъхия карда шудааст.
5. Тактикаи беҳтаршудаи таъбати комплекси давраи шадиди осебҳои омехта коркард шудааст, ки дар заминаи профилактика ва таъбати комплекси патогенетикии медикаментозӣ, инчунин устворсозии барвақти ҷарроҳӣ ва консервативии шикастагиҳои ноустувори устухонҳои дароз.
6. Рағзи тафриқавии таъбати шикастагиҳои устухонҳои дароз бо назардошти натиҷаҳои пешгӯии СЭЧ, вазнинии ҳолат ва осебҳои ҳангоми осебҳои омехта.

Аҳамияти назарии таҳқиқот. Аҳамияти назариявии кор дар он аст, ки дар ҷараёни таъбиқи он консепсия амалӣ карда шуд, ки мувофиқи он беморони гирифтори осеби омехта дар робита ба руғди СЭЧ ҳамчун беморони эҳтимолӣ ба ҳисоб мерафтанд. Натиҷаҳои таҳқиқот тезиси вобастагии ҷараён, вазни ҳолис ва давомнокии СЭЧ-ро на танҳо аз

вазнинии осеб, балки аз тактикаи интиҳобшудаи ташхис, табобат ва профилактикаи СЭЧ ҳангоми осебҳои таркибиро исбот кардаанд. Татбиқ намудани тактикаи беҳтаршудаи пешниҳодгардида, ки звенои калидии он ҷарроҳии барвақт ё устуворсозии консервативии шикастагиҳои «ноустувор», ҳамчунин истифодаи табобати комплекси патогенетикии профилактикаи медикаментозии СЭЧ ба ҳисоб меравад, бидуни зиёдшавии омории басомакди ғавт ба беҳтар гаштани натиҷаҳои осебҳои баррасишаванда мусоидат мекунад.

Аҳамияти амалии таҳқиқот:

1. Истифода кардани шкалаи пешниҳодшудаи профилактикаи имконият медиҳад, ки дар марҳалаҳои ибтидоӣ ҷорабиниҳои пешгирикунандаи табобатӣ-ташхисӣ гузаронида шаванд, ки ин ба кам кардани хатари пайдошавии ин ориза мусоидат мекунад ва оқибатҳои манфии онро то ҳадди минимум мерасонад.

2. Татбиқ намудани усулҳои пешниҳодшуда имконият медиҳанд, ки вазни ҳолиси ташхиси СЭЧ баланд ва истифодаи воситаҳои табобатӣ-ташхисӣ дар давраи шади осебҳои омехтаба ҳадди минимум расонида шавад.

3. Татбиқ намудани равишҳои пешниҳодшудаи воситаҳои табобатӣ-ташхисӣ ҳангоми осебҳои омехта имконият медиҳад, ки вазни ҳолиси СЭЧ дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ то 1,7 маротиба (мутаносибан 38,5% ва 63,1%) кам карда шавад.

4. Таҳти таъсири равишҳои пешниҳодшуда дар муқоиса аз равишҳои анъанавӣ дар гурӯҳи асосӣ кам шудани шаклҳои вазнини бемории баррасишаванда ба мушоҳида мерасад, ки дар он 2,5 маротиба (мутаносибан 5,5% ва 13,9%), шакли клиникӣ – 2 маротиба (мутаносибан 9,4% ва 18,9%) ва шакли субклиникӣ – 1,3 маротиба коҳиш ёфтани басомади шакли классикии СЭЧ шаҳодат медиҳад, ки маротибан (мутаносибан 22,6% ва 30,3%) нисбат ба гурӯҳи назоратӣ.

5. Татбиқ намудани равишҳои комплекси пешниҳодшуда имконият дод, ки дар давраи наздиктарин басомади ғавт то 1,9 маротиба нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (мутаносибан 8,6% ва 16,4%) кам карда шавад.

6. Дар амалияи клиникӣ татбиқ намудани тактикаи беҳтаршудаи табобати осеби омехта имкон дод, ки дар давраи дурр басомади натиҷаҳои ғайри қаноатбахш то 1,8 маротиба дар муқоиса аз равишҳои анъанавӣ (мутаносибан 8,6% ва 15,6%) кам карда шавад.

1. Нуқтаҳои ҷимояшавандаи диссертатсия.

1. Сохтори СЭЧ ҳангоми осеби омехта муқаррар карда шуд: дар 9,6% муоина шакли классикӣ, дар 14,0% – шакли клиникӣ, дар 26,4% – шакли субклиникӣ, дар 4,8% - глобулемияи ҷарбӣ бидуни зухуроти клиникӣ, дар 45,2% – СЭЧ ва глобулемияи дида нашуд.

2. Истифода кардани алгоритми таҳияшудаи ташхиси СЭЧ имконият медиҳад, ки эҳтимолияти истифодаи ҷорабиниҳои истифодашавандаи ташхисӣ кам карда шавад, ки ин аз нуқтаи назари таъсири манфии онҳо ба гемодинамика ва ҳолати умумии бемори дорои осеби омехта хеле муҳим ба шумор меравад.

3. Истифодаи шкалаҳои объективии коркардшудабарои пешгӯӣ ва таҳхиси СЭЧба роҳҳои самараноки беҳтарсозии натиҷаҳои осеби омехта дохил мешаванд.

4. Тактикаи профилактика, инчунин табобати а медикаментозӣ ва ҷарроҳии осеби омехта дар давраи шадиди осеби омехта беҳтар карда шуд.

5. Натиҷаҳои наздиктарин ва дури табобати осебҳои омехта на танҳо аз вазнинии осеб ва шакли клиникии СЭЧ, балки аз тактикаи интихобнамудаи табобати осеби баррасишаванда низ вобаста аст.

Саҳми шахсии довтолаб. Саҳми шахсии муаллифи рисола дар ҷамъоварии мавод ва таҳлили адабиёти илмӣ, аз навиштани шарҳи адабиёт ва дигар бобҳои рисола, коркарди нақшаи комплекси таҳқиқоти беморон, таҳлили маводи ретроспективӣ ва ҷамъоварии гурӯҳи проспективии беморон, омӯхтани натиҷаҳои табобат ва коркарди омории мавод иборат аст. Муаллифи диссертатсия ҳамчунин хангоми гузаронидани таҳқиқоти клиникии беморон зиёда аз 75%-и амалиётҳои ҷарроҳиро хангоми осебҳои дастгоҳи тақяву ҳаракат иҷро намудааст, дар муайян кардани самарои усулҳои пешниҳодшуда ва ҷорӣ намудани муолиҷаи беморон шахсан иштирок кард. Ҳамчунин таҳлил ва коркарди омории натиҷаҳои бадастомадаро ба роҳ монда, дар асоси он муқаррароти асосии илмӣ, хулоса ва тавсияҳои амалии таҳқиқоти диссертатсия тартиб дода шудаанд.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.

Натиҷаҳои таҳқиқот гузориш шудаанд: дар конференсияи солони илмӣ-амалии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (соли 2020); дар конференсияи олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (соли 2021); ҷаласаи Ҷамъияти ҷумҳуриявии травматолог-ортопедҳои Тоҷикистон(ш. Душанбе, соли 2018,); ҷаласаи Шӯрои олимони МД «Донишкадаи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикӣ» (соли 2021).

Натиҷаҳои таҳқиқот дар фаъолияти амалии шӯбаи осебҳои омехта ва ҷарроҳии ҷаврӣ ва ҷарроҳии асаби ММТ Ҷумҳурии Тоҷикистон, инчунин шӯбаи травматология ва ортопедияи БКШ №3 ш. Душанбе ва беморхонаи вилояти Хатлон татбиқ шудааст. Нуқтаҳои асосии диссертатсия дар раванди таълимии кафедраҳои травматология, ортопедия ва ҷарроҳии ҳарбӣ-саҳроии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” татбиқ шудаанд.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Дар доираи мавзӯҳои диссертатсия 18 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 4 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи тавсиянамудаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҷоп расидааст. 2 – пешниҳодҳои ратсионализаторӣ.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 167 саҳифаи матни компютерӣ бо ҳуруфи Times New Roman, кириллӣ (андозаи 14, фосилаи 1,5) таълиф шуда, аз аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, 4 боби таҳқиқот, баррасии натиҷаҳои ба даст овардашуда, хулосаҳо ва

фехристи адабиёти истифодашуда, аз 230 адад иборат мебошад, аз он 129 адад бо забони русӣ ва 101 сарчашма бо забонҳои дигари хориҷӣ мебошанд. Дар диссертатсия 44 ҷадвал ва 18 расм оварда шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқотдар заминаи таҳлили комплекси 250 бемори дорои осеби омехта, синну соли аз 18-сола то 60-сола сурат гирифт, медианаи синну сол – 45,6 сол буд. Мардҳо - 174 (69,6%), занҳо – 76 (30,4%) буданд. Синну соли беморон: 18-20-сола – 13 (5,2%), 21-30 - 74 (29,6%), 31-40-сола – 81 (32,4%), 41-50-сола – 55 (22,0%) ва 51-60-сола - 27 (10,8%). Вобаста аз тактикаи истифодашуда беморонро ба ду гурӯҳ ҷудо кардем:

- гурӯҳи асосӣ – 128 (51,2%) беморони дорои осеби омехта, ки дар онҳо ташҳис, профилактика ва табобати СЭЧ бо равишҳои такмилифта гузаронида шуд;

- гурӯҳи назоратӣ - 122 (48,8%) беморони дорои осеби омехта, ки дар онҳо ташҳис, профилактика ва табобати СЭЧ бо равишҳои анъанавӣ гузаронида шуд;

Дар сохтори мавод ҳодисаҳои роҳу нақлиёт (ХРН) (59,2%) ва кататравмаҳо (20,0%) бартарӣ доштанд, ки бо пайдо шудани осебҳои нисбатан вазнин фарқ карда меистанд. Дар ҳамаи беморон ($n=250$) шикастагии устухонҳои дароз дида шуд (100%). Басомади осебҳои узвҳо ва системаҳои дигар хангоми осебҳои омехта: косахонаи сар – 54,0%, шикастани дигар устухонҳо – 33,6%, қафаси сина – 30,0%, чароҳатҳо – 29,6%, кос – 26,8%, мавзеи ҷоғу рӯй – 14,0%, сутунмуҳра – 13,6%, узвҳои пешобу таносул – 12,8%, баромадагӣҳо – 5,6%, рағҳо ва асабҳо – 4,4%. Дар 57 (22,8%) - и беморонбемориҳои гуногуни соматикӣ ба қайд гирифта шуд. Таносуби басомади осебҳои узвҳо ва системаҳои гуногун дар гурӯҳҳои таҳлилшаванда тақрибан як хел буд. Таҳлилҳои муқоисавӣ аз рӯйи нишондиҳандаҳои интегралӣ ба гурӯҳҳои муқоисашаванда дохил мешаванд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Дар маҷмӯъ, дар 201 (80,4%) - и беморон вазнинии ҳолаташон барои гузаронидани воситаҳои мукаммали табобатӣ-ташҳисӣ зиддинишондод дошт. Дар 60 (24,0%) - и онҳо нишондод танҳо барои иҷро кардани амалиётҳои реаниматсионии ҷарроҳӣ нишондод мавҷуд буд. Вазнинии миёнаи ҳолати беморон аз рӯйи шкалаи Гуманенко дар гурӯҳи асосӣ $28,7 \pm 1,8$ балл, дар гурӯҳи назоратӣ – $28,1 \pm 2,1$ балл буд. Вазнинии осеб аз рӯйи шкалаи Назаренко дар гурӯҳи асосӣ $19,7 \pm 2,1$ балл, дар гурӯҳи назоратӣ – $19,2 \pm 2,3$ баллро ташкил дод. Бештар осебҳои андомҳо (47,2%), кос (12,4%) ва осебҳои ба ҳам рақобаткунанда (25,2%) бартарӣ доштанд. Вазни ҳолиси бемороне, ки дар онҳо хунравӣ аҳамияти бештари клиникӣ (зиёда аз 1500 мл) дошт, 79 (31,6%) - ро, аз ҷумла дар гурӯҳи асосӣ – 43 (33,6%), дар гурӯҳи назоратӣ – 36 (29,5%) ташкил дод.

Дар сохтори мавод ($n=250$) СЭЧдар 125 (50,0%) беморон, дар гурӯҳи асосӣ ($n=128$) – дар 48 (37,5%), дар гурӯҳи назоратӣ ($n=122$) - дар

77 (61,6%) бемор ба мушоҳида расид. Дар 24 (9,6%) –и беморон шакли классикӣ, дар 35 (14,0%) – шакли клиникӣ СЭЧ, дар 66 (26,4%) – шакли субклиникӣ, дар 12 (4,8%) - глобулемияи чарбӣ (ГЧ) бидуни аломатҳои клиникӣ буданд, дар 113 (45,2%) – СЭЧ ва ГЧ мавҷуд набуд.

Омезиш ёфтани се симптоми бузург бо глобулемияи чарбӣ ҳамчун шакли классики СЭЧ доништа шудааст. Дар ин маврид шарҳи муфассалтари ташхис бо истифода аз дигар усулҳои таҳқиқот ва ошкор намудани симптомҳои «хурд» талаб карда намешавад.

Ба сифати меъёрҳои ибтидоӣ барои ташхиси шакли клиники СЭЧ ҳодисаҳои яқоя шудани ихтилолҳои шуур ва нафаскашӣ ё яке аз онҳо бо симптомҳои «хурд», бо ҳатман мусбат будани тести лаборатории глобулемияи чарбӣ баррасӣ шудааст. Дар шакли клиникӣ симптоми «бузург»-и СЭЧ метавонад, ки дар намуди вазнин ва ҳам вазнини миёна чараён гирад. Муҳлати регрессии аломатҳои клиникӣ-лаборатории зухуроти СЭЧ ба ҳисоби миёна то 2-3 ҳафта ро ташкил медиҳад. Басомади дучоршавии симптомҳои гуногуни «хурд» аз 8,6% то 68,0% буда, барои як бемор то 4,5 симптоми «хурд» рост меояд.

Шакли субклиники СЭЧ дар асоси танҳо ошкор кардани симптомҳои «хурд» дар яқоягӣ бо глобулемияи чарбӣ шинохта шудааст. Сабабҳои асосии объективӣ шакли субклиники СЭЧ инҳо буданд: яқояшавии устувор ва махсуси аломатҳои «хурд» дар комбинатсияҳои гуногун: яқоя шудан бо глобулемияи чарбӣ; мувофиқат кардани муҳлати пайдошавва регрессии глобулемияи чарбӣ; пайдо шудани аломатҳои СЭЧ пас аз сар шудани осеб; муҳлати кӯтоҳи регрессии аломатҳои клиникӣ ва глобулемияи чарбӣ; гузаштан ба шакли клиникӣ ё классикӣ ҳангоми интихоб кардани тактикаи номуносиби табобат; яқоя шудан бо глобулемияи чарбии дараҷаи II-III: набудани ҳолатҳои фавт.

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда вобастагии назарраси коррелятсионии чараёни СЭЧ-ро аз муҳлатҳои пайдошавии он нишон медиҳанд. Дар ҳафтаи якум пайдо шудани симптомокомплекси баррасишаванда дар 70 (56,0%) бемор дида шуд, ки аз онҳо 55 (78,6%) ба шакли вазнини беморӣ (классикӣ ва клиникӣ) рост меояд.

Дар асоси натиҷаҳои ба даст овардашуда мо алгоритми ташхиси СЭЧ-ро таҳия намудем. Мақсади асосии алгоритми таҳияшуда ҳангоми осеби омехта ба ҳадди камтарин расонидан ва беҳсозии чорабинӣҳои ташхисӣ мебошанд, ки барои давраи шадиди осебҳои омехта хеле муҳим доништа мешавад (расми 1).

Алгоритми ташхиси СЭЧ



Расми. 1. Алгоритми ташхиси СЭЧ дар давраи шадидаи осебҳои омехта

Вобастагии назарраси омории байни шаклҳои клиникии СЭЧ ва дараҷаи глобулемияи чарбӣ муқаррар карда шуд. Ҳангоми шаклҳои классикӣ ва клиникии СЭЧ танҳо дараҷаҳои III ва IV - глобулемияи чарбӣ, дар шакли субклинӣ - танҳо дараҷаҳои I ва III-и глобулемияи чарбӣ ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми глобулемияи чарбӣ бидуни аломатҳои клиникӣ (n=12) дараҷаҳои I ва II-и глобулемияи чарбӣ дида шуд.

Дар асоси омӯзиши басомади симптомҳо шкалаи такмилёфтаи ташхиси СЭЧ пешниҳод карда шуд, ки дар заминаи таҳлили басомади симптомҳои СЭЧ ва муайян кардани арзиши ташхиси онҳо тавассути усули баҳогузорию эксперти бунёд шудааст. Вай метавонад, ки ҳам барои скрининг-ташхис, ва ҳам барои ташхиси клиникии СЭЧ истифода шавад (ҷадвали 2).

Ҷадвали 1. Такмил додани шкала барои ташхиси СЭЧ

Меъёр	Ифода ва балл
Петихия	нест-0, ҳаст -9
Ихтилоли шуур	равшан-0, сопор-2, кома-5
Норасоии нафаскашӣ	нест-0, ҳаст -5
Симптоми Пурчер	нест-0, ҳаст -2
Ихтилоли психика	нест-0, ҳаст -2
Зардпарвин	нест-0, ҳаст -2
Гипертермия зиёда аз 38 ⁰	нест-0, ҳаст -2
Тахикардия	нест-0, ҳаст -2
Симптоми «тӯфони барфӣ» дар	нест-0, ҳаст-2

рентгенографияи шушҳо	
Глобулемияи чарбӣ	дараҷаи 1 - 1; дараҷаи 2 -2; дараҷаи 3 -5 ; дараҷаи 4-9; манфӣ-0
Ногаҳон кам шудани гематокрит (камтар аз 28 об.%)	нест-0, ҳаст -2
Кам шудани миқдори тромбоцитҳо камтар аз $160 \times 10^9 /л$	нест-0, ҳаст -2
Гиперкоагулясия	нест-0, ҳаст -2
Баланд шудани фишори зери пасифассиалӣ	нест-0, ҳаст -3

Эзоҳ: дар ҳолати маҷмӯи баллҳо зиёда аз 25 будан, шакли классикӣ, аз 15 то 24 –шакли клиникӣ, аз 5 то 14 –шакли субклиникӣ, аз 2 то 5 –глобулемияи чарбӣ доништа мешавад ва аз 2 балл паст - СЭЧваглобулемияи чарбӣ истисно мешавад.

Самаранокии шкала дар маҷмӯъ 84,4%-ро ташкил дод, дар шаклҳои классикӣ ва клиникӣ - 100,0%, дар шакли субклиникӣ – 83,4%, дар глобулемияи чарбӣ бидуни аломатҳои клиникӣ – 80,3%, дар ҳолати набудани СЭЧваглобулемияи чарбӣ – 75,0% буд.

Бо мақсади тақмили додани пешгӯӣ кардани СЭЧхангоми осебҳои омехта маълумот дар бораи басомади симптомҳои клиникӣ дар 125 (50%) бемор бо шакли муқаррарнамудаи СЭЧбо 125 (50%)-и беморони боқимонд, ки дар онҳо аломатҳои клиники СЭЧ вучуд надоштанд, муқоиса карда шуд. Аз рӯи натиҷаҳо таҳқиқоти гузаронидашуда омилҳои интегралӣ хатари пайдошавии СЭЧ муайян карда шуд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. Омилҳои хатари пайдошавии СЭЧ

Номи аломат	Миқдори муоинаҳо	Бо СЭЧ (n=125)		Бе СЭЧ (n=125)		p
		Мут.	%	Мут.	%	
Мавҷуд будани ду ё зиёда шикастагиҳои устухонҳои дароз	175	112	89,6	63	50,4	<0,001
Вазнинии осеби кос аз рӯи шкалаи Назаренко зиёда аз 4 балл	45	42	33,6	3	2,4	<0,001
Вазнинии умумии осебҳо аз рӯи шкалаи Назаренко зиёда аз 21 балл	55	39	31,2	16	12,8	<0,001
Вазнинии осеби қафаси сина рӯи шкалаи Назаренко зиёда аз 4 балл	47	33	26,4	14	11,2	<0,001
Вазнинии ҳолати беморон рӯи шкалаи Гуманенко зиёда аз 35 балл	181	112	89,6	69	55,2	<0,001

Андозаи талафи хун зиёда аз 1500 мл	79	56	44,8	23	18,4	<0,001
Муҳлати ба статсионар расонидан зиёда аз 6 соат баъди осеббинӣ	46	34	27,2	12	9,6	<0,001
Гипотонияи тӯлонӣ (пасттар аз 40мм.сут. сим.) хангоми бистарӣ шудан	42	31	24,8	11	8,8	<0,001
Иммобилизатсияи номуносиб	154	108	86,4	46	36,8	<0,001

*Эзоҳ: p – аҳамияти омории нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо критерияи χ^2 Пирсон; * – мувофиқи усули дақиқи Фишер).*

Ин маълумотҳо ваметодикаи баҳогузорию экспертиро ба эътибор гирифта, шкала барои пешгӯӣ кардани хатари пайдошавии СЭЧ пешниҳод карда шуд (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. Шкалаи тақмил додасуда барои пешгӯӣ кардани пайдошавии СЭЧ

Меъёр	Аҳамият ва балл
Мавҷуд будани ду ё зиёда шикастагиҳои устухонҳои дароз	нест-0; ҳаст -4
Вазнинии осеби кос аз рӯйи шкалаи Назаренко зиёда аз 4 балл	нест-0; ҳаст -2
Вазнинии умумии осебҳо аз рӯйи шкалаи Назаренко	то 12 балл-0; то 21 балл-1; зиёда аз 21 балл-2
Вазнинии осеби қафаси сина рӯйи шкалаи Назаренко зиёда аз 4 балл	то 4 балл-0, > 4балл-3
Вазнинии ҳолати беморон аз рӯйи шкалаи «ЧХС –ХВ» мувофиқи Гуманенко	то 35 балл-0;>35 балл-2
Андозаи талафи хун	то 1,5 литр-0; зиёда аз 1,5 литр-1
Муҳлати ба статсионар расонидан баъди осеббинӣ	то 6соат-0; аз 6 то 12 соат-1; аз 12 то 24соат-2; зиёда аз 24 соат-4
Гипотонияи тӯлонӣ (пасттар аз 40 мм.сут. сим.) хангоми бистарӣ шудан	то 40 мин-0; зиёда аз 40 дақ.-4
Иммобилизатсияи номуносиб	нест-0; ҳаст-2
Баланд шудани фишори зерифастсисалӣ	нест-0; ҳаст -2

Меъёрҳои баҳогузорию натиҷаҳои шкалаҳо инҳоянд: хатари баланди пайдошавии СЭЧ - бландтар аз 10 балл; хатари миёнаи пайдошавии СЭЧ - 6-10 балл; хатари пастии пайдошавии СЭЧ – камтар аз 6 балл. Ҳассосияти усули пешгӯии пайдошавии СЭЧ 90,4%-ро ташкил дод, натиҷаҳои манфӣ дар 12 (9,6%) бемор дида шуд, ки ба шаклҳои субклиникии СЭЧ дида шуд.

Дар гурӯҳи асоситактикаи оптималии табобати осебҳои омехта таҳия ва татбиқ шуд, ки звенои калидии онро устуворсозии барвақти ҷарроҳӣ ва

консервативии шикастагиҳои ноустувор то пайдо шудани СЭЧ ва репозитсияи таъхиркарда ва дери онҳо пас аз пайдошавии СЭЧ ташкил медоданд. Ин тактика таъбобати аввалиндараҷаи ҷарроҳии осебҳои барои ҳаёт хатарнок, устуворсозии максималии ҷарроҳии барвакти шикастагиҳои устухонҳои дароз ва қос, асосан истифода намудани усулҳои каминвазивии остеосинтез ва аз рӯйи нишондодҳои истифодаи васеи ҷарроҳҳои симултаниро дар бар мегирад.

Таъбобати ҷарроҳӣ дар интиҳоби умумӣ дар 227 (90,8%)-и беморон, аз ҷумла дар гурӯҳи асосӣ - дар 123 (96,1%) ва дар гурӯҳи назоратӣ – дар 104 (85,2%)-и беморон, аз ҷумла, остеосинтез дар 198 (79,2%) бемор, трепанатсияи косахонаи сар - дар 17 (6,8%), лапаротомия – дар 41 (16,4%), коркарди аввалияи ҷарроҳии ҷароҳат– 182 (72,8%) ва дигар ҷарроҳӣ – дар 66 (26,4%) беморон иҷро карда шуд. Дар маҷмӯъ, дар ҳолатҳои гуногун 504 ё 2,5 ҷарроҳӣ дар як бемор иҷро карда шуд.

Вазни ҳолиси амалиётҳои гуногуни ҷарроҳӣ дар гурӯҳҳои таҳлилшаванда, ба истиснои остеосинтези шикастагиҳои ноустувор, тақрибан як хел буд. Ин ҷарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳи назоратӣ 1,2 маротиба зиёдтар (мутаносибан 85,2% ва 72,3%, $p < 0,05$). Иҷро карда шудааст.

Бо мақсади омӯختани таъсири амалиётҳои ҷарроҳии дар боло зикршуда бо эҳтимолияти пайдо шудани СЭЧ таҳлили муқоисавии басомади онҳо дар гурӯҳҳои беморон дорои СЭЧ ва бидуни он гузаронида шуд (ҷадвали 4)

Ҷадвали 4. Таҳлили муқоисавии амалиётҳои ҷарроҳӣ дар беморони дорои СЭЧ ва бидуни он.

Номи ҷарроҳӣ	Бо СЭЧ (n=125)		Бе СЭЧ (n=125)		p
	мутл.	%	мутл.	%	
Остеосинтез	100	80,0	98	78,4	>0,05
Трепанатсия	8	6,4	9	7,2	>0,05*
Лапаротомия	20	16,0	21	16,8	>0,05
КАҶ ҷароҳат	93	74,4	99	71,2	>0,05
Дигар	34	27,2	32	25,6	>0,05

*Эзоҳ: p – аҳамияти омории нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо критерияи χ^2 Пирсон; * – бо иловаи Йетс); вазни ҳолис бо % , бо назардошти миқдори ҷарроҳӣ дар ин гурӯҳ, барои ҳар як гурӯҳ ҷудогона ҳисоб карда шудааст.*

Тавре ки аз ҷадвали 4 бармеояд, мутобиқи натиҷаҳои таҳқиқоттаъсири аз ҷиҳати оморӣ муҳимми амалиёти ҷарроҳиро ба пайдошавии СЭЧ ҳангоми иҷро намудани ҳама гуна намудҳои ҷарроҳӣ ошкор накарданд.

Интиҳоби муҳлатҳои оптималӣ ва усулҳои репозитсияи ниҳонии шикастагиҳо аз ҷамъбасти натиҷаҳои таҳқиқот пешгӯӣ кардани

хатари пайдошавии СЭЧ вобаста аст: дар беморони дорои дараҷаи баланди хатар усулҳои репозитсияи таъхиркарда ва ҳангоми мавҷуд будани нишондодҳои маҷбурӣ-усулҳои каминвазивӣ ва камосеби остеосинтез истифода карда шуданд; репозитсияи шикастагиҳо дар беморони дорои хатари миёна дар муҳлати барвақт бо технологияи каминвазивӣ иҷро карда шуд; дар беморони дорои хатари кам аз рӯи нишондод ҳама гуна амалиётҳои ҷарроҳӣ ва усулҳои консервативии репозитсияи ниҳии шикастагиҳо анҷом дода шуд.

Дар давраи манифестатсияи аломатҳои клиникии СЭЧ ҳангоми шаклҳои классикӣ ва клиникии он репозитсияи шикастагиҳо бо тартиби нақшавӣ сурат гирифт. Дар шакли субклиникии СЭЧ, дар ҳолати набудани дигар зиддинишондодҳо, репозитсия пас аз босубот шудани ҳолати беморон ва регрессияи глобулемияи ҷарбӣ ва симптомҳои хурд иҷро карда мешавад. Дар ҷараёни иҷро намудани пажӯҳиш тактикаи табобат вобаста аз баҳисобгирии ҳамзамони вазнинии осеб мувофиқи шкалаи Назаренко ва ҳолати беморон мувофиқи шкалаи Гуманенко оптимизатсия карда шуд. Дар беморони мубтало ба шоки травмикии дараҷаи I ва дар ҳолати вазнинии миёна дар муҳлатҳои барвақт осебҳои узвҳои ҳаётан муҳим, КАҶ, устуворсозии барвақти шикастагиҳои ноустувор бо усулҳои консервативӣ ва ҷарроҳӣ ислоҳ карда шуданд. Дар мавриди зарур будан амалиётҳои ҷарроҳии узвҳифзкунанда ва пластикӣ иҷро карда шуд.

Тактикаи табобати шикастагиҳо дар беморони гирифтори шоки травмикии дараҷаи II ва ҳолати вазнинии миёна аз репозитсияи барвақт бо истифода аз технологияи муосири каминвазивӣ иборат буд. Дар беморони гирифтори шоки травмикии дараҷаи II ва ҳолати вазнинии миёна то пайдо шудани СЭЧ репозитсияи шикастагиҳо баъди устуворсозии ҳолати беморон сурат гирифт. Усулҳои ҷарроҳии табобат асосан бо истифода аз технологияи каминвазивӣ иҷро карда шуд. дар ҳолати мавҷуд будани нишондодҳо барои табобати консервативӣ фиксатсияи муваққатии шикастагиҳои ноустувор бо бандинаи гачӣ иҷро карда шуд. Баъд аз пайдо шудани СЭЧ табобати шикастагиҳо бо тартиби таъхиркарда анҷом дода шуд. Тактикаи табобат дар беморони гирифтори шоки травмикии дараҷаи II ва ҳолати ниҳоят вазнин аз иҷро намудани танҳо амалиётҳои ҷарроҳии фаврӣ дар варианти содатар иборат аст. Устуворсозии шикастагиҳои ноустувор, вобаста аз динамикаи ҳолати бемор дар намуди таъхиркарда ё нақшавӣ гузаронида шуд. Дар беморони гирифтори шоки травмикии дараҷаи III ва ҳолати ниҳоят вазнин ё ниҳой. Тактикаи табобат дар онҳо аз иҷро намудани амалиётҳои ҷарроҳии реаниматсионӣ ва амалиётҳои ҷарроҳии таъчилӣ аз хусуси осебҳои узвҳои ҳаётан муҳим иборат буд. Устуворшавии шикастагиҳои ноустувор бо тартиби таъхирӣ ё нақшавӣ иҷро карда шуданд.

Шикастагии устухонҳо дар ҳамаи 250 бемор ба мушоҳида расид, дар онҳо 675 шикастагӣ ба қайд гирифта шуд. табобати шикастагиҳо дар 339 (50,2%)-и муоинаҳо бо усули остеосинтез ва дар 336 (49,8%)-и

муоинаҳо бо усули консервативӣ иҷро карда шуд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ 352 (52,1%) шикастагӣ, дар гурӯҳи назоратӣ – 323 (47,9%) шикастагӣ таххис карда шуд. Репозитсияи шикастагиҳо дар муҳлатҳои барвақт дар 320 (47,4%) муоина ва бо тартиби таъхиркарда дар 161 (23,9%) ва дар муҳлатҳои дер дар 194 (28,7%) муоина иҷро карда шуд. Репозитсияи барвақт хангоми таҳлили муқоисавии вазни холис дар гурӯҳи асосӣ бартарӣ – 194 - (55,1%) дошт. Ин нишондиҳанда дар гурӯҳи назоратӣ хеле паст (126 - 39,0%) буд. Вазни холиси репозитсияи таъхиркардаи шикастагиҳо низ дар гурӯҳи асосӣ (113 - 32,1%) бартарӣ дошт. Ин нишондиҳанда дар гурӯҳи назоратӣ (48 - 1,9%) -ро ташкил дод. Баръакс, вазни холиси репозитсияи шикастагиҳо дар гурӯҳи назоратӣ (149 - 46,1%) бартарӣ дошт, дар гурӯҳи асосӣ ин нишондиҳанда ба 45 (12,8%) баробар аст.

Дар маҷмӯъ, шикастагиҳо (n=675) дар 395 (58,5%) муоинаҳо дар беморони дорои СЭЧ, дар 280 (41,5%) -двар беморони бидуни СЭЧ ба қайд гирифта шуд. Аз хусуси муҳлати табобати шикастагиҳо дар беморони дорои СЭЧ остеосинтези таъхиркарда (17,2%) ва дер (13,9%), назар ба гурӯҳи беморони бидуни СЭЧ (мутаносибан 5,7% ва 7,8%) бартарӣ доштанд. Дар айни замон вазни холиси остиосинтези барвақт асноӣ табобати шикастагиҳои бидуни СЭЧ, назар ба гурӯҳи беморони дорои СЭЧ (мутаносибан 31,1% ва 23,0%) бештар буданд. Хангоми табобати консервативии шикастагиҳо дар беморони бидуни СЭЧ репозитсияи барвақти шикастагиҳо (32,1%) назар ба гурӯҳи беморони дорои СЭЧ (13,2%) афзалият доштанд. Репозитсияи таъхиркардаи шикастагиҳо тақрибан ҳам дар гурӯҳи беморони дорои СЭЧ ва ҳам беморони бидуни СЭЧ (мутаносибан 10,4% и 12,9%) тақрибан як хел истифода шудааст. Баръакс, дар табобати консервативии шикастагиҳо дар гурӯҳи беморони дорои СЭЧ назар ба табобати беморони бидуни СЭЧ репозитсияи таъхиркардаи шикастагиҳо бартарӣ (мутаносибан 22,3% ва 10,4%) дошт.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои пажӯҳиш гипотезаи нақши осеби иловагиро дар пайдошавии СЭЧ тасдиқ накарданд, ки тавассути репозитсияи ҷарроҳии шикастагиҳо алоқаманд аст. Баъди репозитсияи кушодаи шикастагиҳо дар мавзеи шикастагӣ декомпрессияи фишори зерифастиалӣ ба амал меояд, барои синхронизатсияи суръати регенератсияи репаративӣ дар минтақаи шикастагӣ ва муҳлатҳои репозитсия шароити мусоид ба вучуд меояд, сарчашмаи воридшавии ҳиссаҳои нави ҷарбӣ ба маҷрои хун бартараф карда мешавад ва ин барои кам шудани вазни холиси СЭЧ ва ҷараёни он дар шаклҳои нисбатан сабуки клиникӣ мусоидат менамояд.

Тактикаи дар боло расман зикршуда дар гурӯҳи асосӣ дар зери ниқоби профилактикаи медикаментозии базисии махсус ва номахсуси ҳамин симптомокомплекс бо мониторинги ҳатмии динамикаи глобулемияи ҷарбӣ гузаронида шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ профилактикаи СЭЧ танҳо хусусияти номахсус дошт. Дар гурӯҳи асосӣ ба сифати стабилизатори ҷарб аз рӯзҳои аввали пас аз осеб дидан мо эссенциалро

(10,0 мл дохиливаридӣ 2 маротиба дар як рӯз дар давоми 5 рӯз) истифода намудем. Ба сифати маҳлули чарби нейтрал дар хун аз маҳлули 33%-и спирти этилӣ истифода кардем. Он бо миқдори 3-4мл дар 1кг вазни бадан ворид карда шуд. Спирти этилӣ тавассути инфузومات бефосила дар давоми тамоми давраи гузаронидани табобати профилактикӣ ворид карда шуд. Дар беморони дорои хатари ками СЭЧ, тибқи маълумоти шкалаҳои пешгӯйикунӣ, вай дар се рӯзро ташкил дод, бо хатари миёна то- 5 рӯз ва бо хатари баланд то 7 рӯз буд. Баъд аз пайдо шудани СЭЧ табобати комплекси он бо истифода аз равишҳои ҳангоми профилактикаи ин беморӣ истифодашаванда сурат гирифт. Беморони дорои шаклҳои классикӣ ва клиникӣ СЭЧ муваққатан ба вентилятсияи сунъии шушҳо гузаронида шуданд. Фарқият дар гузаронидани табобати профилактикӣ ва табобати базисии патогенетикии махсуси медикаментозии СЭЧ аз дарозмуддат ва интенсивӣ будани гузаронидани он иборат аст. Хусусияти табобати медикаментозӣ ҳангоми пайдо шудани СЭЧ аз истифода намудани стабилизаторҳо ва маҳлулкунандаҳои чарби зикршуда бо дозаи дар боло қайдшуда бо усули дохиливаридӣ то муътадил гаштани аломатҳои клиникӣ-лаборатории СЭЧ иборат аст.

Дар гурӯҳи асосӣ (n=128) вазни умумии ҳолиси ҳама шаклҳои клиникӣ СЭЧ 48 (38,5%), дар гурӯҳи назоратӣ- 63,1% ($P<0,05$) буд. Татбиқи чорабиниҳои пешниҳодшудаи комплекси профилактикаи СЭЧ дар гурӯҳи асосӣ имконият дод, ки дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ вазни ҳолиси оризаи баррасишавандаи давраи шадиди осебҳои омехта то 1,7 маротиба кам карда шавад. Ин нишондиҳанда нисбат ба шакли клиникӣ СЭЧ 2,5 маротиба (мутаносибан 5,5% ва 13,9%), шакли клиникӣ- 2 маротиба (мутаносибан 9,4% ва 18,9%) ва шакли субкlinikӣ -1,3 маротиба (мутаносибан 22,6% ва 30,3%)-ро ташкил дод. Дар маҷмӯъ вазни ҳолиси умумии шаклҳои нисбатан вазнинтари СЭЧ (классикӣ ва клиникӣ) дар гурӯҳи асосӣ 19 (14,9%), дар гурӯҳи назоратӣ – 40 (32,8%) – ро ташкил дод, ($P<0,05$). Ба таври дигар ғӯем, басомади шаклҳои вазнини СЭЧ дар гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳи назоратӣ 2,2 маротиба камтар аст. Вазни ҳолиси глобулемияи чарбӣ бидуни аломатҳои клиникӣ дар гурӯҳи асосӣ-3,9%, дар гурӯҳи назоратӣ– 5,7% буд. Дар айни замон дар гурӯҳи асосӣ вазни ҳолиси беморони бидуни СЭЧ ва глобулемияи чарбӣ назар ба гурӯҳи назоратӣ 1,9 маротиба (мутаносибан 58,6 % ва 31,2%), баланд буд ($P<0,05$). Истифодаи равишҳои пешниҳодшуда дар гурӯҳи асосӣ имконият доданд, ки натавонанд вазни умумии СЭЧ кам карда шавад, балки дар муқоиса аз равишҳои анъанавӣ барои пайдо шудани шаклҳои нисбатан сабуктари СЭЧ низ мусоидат намудааст.

Натиҷаҳои наздиктарини табобати осебҳои омехта аз рӯйи нишондоди фавтият ва басомади оризаҳо дар лаҳзаи руҳсат додани бемор аз стационар баҳогузорӣ карда шуданд. Дар маҷмӯъ, оқибатҳои фавтовар дар интиҳоби умумӣ дар 31 (12,4%) бемор, аз ҷумла дар 11 (8,6%) бемори гурӯҳи асосӣ ва дар 20 (16,4%) – и гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида расид. Дар интиҳоби умумӣ сабаби оқибатҳои фавтовар дар

16 (6,4%) бемор СЭЧ, дар 15 (6,0%) – осебҳои вазнин ва дигар оризаҳои осебҳои омехта буданд. Ин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи асосӣ мутаносибан 5 (3,9%) ва 6 (4,7%), дар гурӯҳи назоратӣ – 11 (9,0%) ва 9 (7,4%) –ро ташкил доданд. Ҳамин тавр, татбиқ намудани равишҳои пешниҳодшуда имкон дод, ки бидуни эътимоднокии омории зиёдшавии фавт бисёр ҷанбаҳои таъобати комплекси осебҳои омехта ҳаллу фасл карда шаванд.

Ҳангоми таҳлили муфассали сабабҳои фавт бартарӣ доштани шаклҳои классикии СЭЧ дар сохтори он муайян карда шуд. Вазни ҳолиси шаклҳои клиникаи СЭЧ дар сохтори фавтият 12 (4,8%), шаклҳои клиникаи он – 4 (1,6%) –ро ташкил дод. Дар интиҳоби умумӣ басомади фавт ҳангоми шакли клиникаи СЭЧ (n=24) 12 (50,0%) –ро ва ҳангоми шакли клиникаи СЭЧ (n=25) – 4 (11,4%) –ро ташкил дод. Дар интиҳоби умумӣ оқибатҳои фавтовар дар се шабонарӯзи авали пас аз осеб дар 5 (2,0%) –и беморон, дар шабонарӯзи 4-7-ум – дар 16 (6,4%) ва зиёда аз як ҳафта – дар 10 (4,0%) беморон дида шуд. Дар се шабонарӯзи аввал оқибатҳои фавтовар аз сабаби осебҳои вазнин ба амал омаданд. Дар муҳлатҳои дигар дар руҳ додани фавт ҳангоми осебҳои омехта ҳам СЭЧ ва ҳам осебҳои вазнин сахмдоранд.

Натиҷаҳои дур дар муҳлати аз 6 моҳагӣ то 5 сол аз давраи истифода намудани методикаи нави объективӣ баҳогузорӣ гардид, ки аз се марҳила иборат аст: баҳогузори натиҷаи дури ҳар як осеби дастгоҳҳои таъяву ҳаракат бо методикаи аз тарафи мо тақмилшудаи СОИ бо балл [Миронов С.П. с соавт., 2008], баҳогузори натиҷаҳои дури осебҳои хориҷискелетӣ ва муайян кардани натиҷаҳои ниҳой. Натиҷаи дур натиҷаи бадтарин дар байни ҳама ифодаҳои натиҷаҳои дури таъобати осебҳои дастгоҳи таъяву ҳаракати осебҳои хориҷискелетиро ҳисобиданд.

Бартари нисбии вазни ҳолиси натиҷаҳои хуб (43,7%) ва кам шудани натиҷаҳои ғайри қаноатбахш (8,6%) ва фавт (8,6%) дар гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳи муқоисавӣ муайян карда шуд. Баръакс, дар гурӯҳи назоратӣ вазни ҳолиси натиҷаҳои қаноатбахш (36,6%) ва ғайри қаноатбахш (15,6%) ва ҳолатҳои фавт (16,4%) бартарӣ доштанд. Дар гурӯҳи беморони дорой СЭЧ (n=125) натиҷаҳои қаноатбахш (40,0%), ғайри қаноатбахш (15,2%) дар муқоиса аз беморони бедауни СЭЧ (мутаносибан 35,2% и 28,0%) бартарӣ доштанд. Вазни ҳолиси оқибатҳои фавтовар дар ҳарду гурӯҳ тақрибан як хел буд.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашударо оид ба профилактикаи СЭЧ ва таъобати осебҳои омехта бо назардошти оризаҳо ҷамъбаст намуда, қайд кардан мумкин аст, ки равишҳои тақтикий дар гурӯҳи асосӣ татбиқшуда бидуни афзоиши омории вазни ҳолиси фавтиятбарои кам шудани вазни ҳолиси СЭЧ ва беҳтар кардани натиҷаҳои таъобати ин беморӣ мусоидат карданд. Ҳамчунин сахми муҳимми СЭЧ дар зиёд шудани фавт ва бад шудани натиҷаҳои дури осебҳои омехта муайян карда шуд.

ХУЛОСА

Натиҷаҳои асосии илмӣ диссертатсия

1. Ҳангоми истифода намудани равишҳои анъанавӣ лонаи периферии импульсатсияи дард ва дигар оқибатҳои негативӣ боқӣ мемонанд, ки барои пайдо шудани аломатҳои нисбатан вазнинтари СЭЧ ва тӯлонӣ шудани чараёни он мусоидат мекунанд [1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 5-А].

2. Аснои таҳлили муқоисавии басомади аломатҳо дар беморони дорои СЭЧ ва бидуни он чунин сохтори омилҳои аз ҷиҳати омӯри муҳими хатари пайдошавии СЭЧ муқаррар карда шуд: мавҷуд будани ду ё зиёда шикастагиҳои устухонҳои дароз (мутаносибан 89,6% ва 50,4%), вазнинии шикастагии кос мувофиқи шкалаи Назаренко зиёда аз 4 балл (мутаносибан 33,6% ва 2,4%), вазнинии умумии осебҳо мувофиқи шкалаи Назаренко зиёда аз 21 балл (мутаносибан 31,2% ва 12,8%), вазнинии осеби қафаси сина мувофиқи шкалаи Назаренко зиёда аз 4 балл (мутаносибан 26,4% ва 11,2%), вазнинии ҳолати бемор мувофиқи шкалаи “ВПХ - СП” Гуманенко зиёда аз 35 балл (мутаносибан 89,6% ва 55,2%), андозаи талафи хун зиёда аз 1500 мл (мутаносибан 44,8% ва 18,4%), муҳлати расонидан ба статсионар зиёда аз 6 соати баъди осеббинӣ (мутаносибан 27,2% ва 9,6%), гипотонияи тӯлонӣ (пасттар аз 40 мм.сут. сим.) ҳангоми воридшавӣ (маутаносибан 24,8% ва 8,8%), имобилизатсияи номуносиб (мутаносибан 86,4% ва 36,8%) ва «фишори баланди зерфастиалӣ» (ҳангоми СЭЧ – 80,4%, бидуни СЭЧ – нест) [3-А, 5-А].

3. Дар асоси ба ҳисоб гирифтани омилҳои хатари пайдошавии СЭЧ шкала барои пешгӯӣ кардани пайдошавии он таҳия карда шуд, ки истифодаи он имконият дод, то дар марҳалаҳои аввал чорабиниҳои пешгирикунандаи табобатӣ-ташхисӣ гузаронида шаванд ва ба ин васила барои кам кардани хатари пайдошавии СЭЧ ва ба ҳадди минимум расонидани оқибатҳои манфии он мусоидат карда шавад. Самаранокии шкала 90,4%-ро ташкил дод, натиҷаҳои манфӣ ба шакли субклиникии СЭЧ рост меоянд [4-А, 5-А].

4. Ташхис, профилактика ва табобати СЭЧ дар давраи шадиди осебҳои омехта бо истифода аз барномаи пешниҳодшудаи комплексӣ гузаронида шуд, ки звенои калидии он тартиб додани чорабиниҳои табобатӣ-профилактикӣ бо истифода аз алгоритм ва шкалаи ташхиси СЭЧ, пешгӯӣ кардани пайдошавии СЭЧ, ҳамчунин истифодаи тактикаи бехшудаи табобати комплекси устуворсозии барвакти ҷарроҳии шикастагӣ, профилактика ва табобати патогенетикии медикаментозии СЭЧ ба ҳисоб мераванд [2-А, 3-А, 4-А, 5-А, 6-А, 8-А, 9-А, 10-А, 11-А, 12-А, 13-А, 14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А].

5. Ҳангоми таҳлили муқоисавӣ кардани натиҷаҳои чорабиниҳои табобатӣ- профилактикии СЭЧ дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ инҳо муқаррар карда шуданд:

- татбиқ намудани равишҳои пешниҳодшудаи табобатӣ- профилактикӣ ҳангоми осебҳои омехта имконият доданд, ки вазни

ҳолиси СЭЧ назар ба гурӯҳи назоратӣ то 1,7 мароти ба кам карда шавад (мутаносибан 38,5% ва 63,1%):

- дар гурӯҳи асосӣ кам шудани шаклҳои вазнини бемории мазкур дар муқоиса аз равишҳои анъанавӣ ба мушоҳида расид, аз ин хусус кам шудани басомади шакли классикии СЭЧ то 2,5 маротиба (мутаносибан 5,5% ва 13,9%), шакли клиникӣ – 2 маротиба (мутаносибан 9,4% ва 18,9%) ва шакли субклиникӣ – 1,3 маротиба (мутаносибан 22,6% ва 30,3%) дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ гувоҳӣ медиҳад;

- миқдори ҳолатҳои фавт дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ 1,9 маротитба кам шуд (мутаносибан 8,6% ва 16,4%);

- миқдори натиҷаҳои ғайри қаноатбахш дар муқоиса аз равишҳои анъанавӣ то 1,8 маротиба паст шуд (мутаносибан 8,6% ва 15,6%) [3-А, 4-А, 5-А, 11-А, 14-А].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Ҳангоми интихоб намудани тактикаи оптималии ташҳис ва табобати осебҳои омехта ин беморон бояд ҳамчун хатари потенциалии вучуд доштани СЭЧ баррасӣ карда шаванд.

2. Дар схемаи комплекси таҳқиқот ва табобати беморони дорои осебҳои омехта бо СЭЧ аз маълумотҳои шкалаи объективи баҳодихии вазнини ҳолати беморон мувофиқи Гуманенко ва баҳодихии вазнини осеб мувофиқи шкалаи серандозаи баҳодихии вазнини шоки трвматикӣ мувофиқи Назаренко истифода кардан зарур аст.

3. Ҳангоми осебҳои омехта барои пешгӯии самарноки СЭЧ ва ба даст овардани декомпрессия дар мавқеи шикаст ва бо мақсади бартраф кардани воридшавии эмболҳои ҷарбӣ ба системаи варидӣ ба андозагирии табобатӣ-ташҳисии фишори зерӣ фастсиалӣ рӯ овардан лозим мебошад.

4. Истифода кардани алгоритми пешниҳодшудаи ташҳиси СЭЧ имконият медиҳад, ки зарурати истифода намудани усулҳои мураккаб, гаронарзиш ва осебрасони таҳқиқот дар давраи шадиди осебҳои омехта ба ҳадди камтарин расонида шавад.

5. Бо мақсади баҳо додан ба регресси СЭЧ ва мониторинги ҳолати ин беморон, дар қатори маълумотҳои клиникӣ-рентгенологӣ бояд ба назорати динамикии вазнини глобулемияи ҷарбӣ муроҷиат карда шавад.

6. Истифода кардани шкалаҳои пешниҳодшуда барои пешгӯӣ ва ташҳиси СЭЧ ба роҳҳои самараноки бехтарсозии натиҷаҳои табобати осебҳои омехта дохил мешаванд.

7. Ҳангоми осебҳои омехта то пайдо шудани СЭЧ дар муҳлати кӯтоҳтарин иҷро намудани устуворсозии ҷарроҳӣ ё консервативии шикастагиҳои «ноустувор» зарур аст.

8. Интихоби усули остеосинтез дар давраи шадиди осебҳои омехта бояд бо назардошти вазнини ҳолати бемор ва осебҳо, хусусияти осебҳо ва натиҷаҳои пешгӯӣ ва ташҳиси СЭЧ муайян карда шавад.

РҶҶҲАТИ КОРҶОИ НАШРШУДАИ УНВОНҚҶҶИ ДАРАҚАИ ИЛМӢ

Мақолаҳои дар маҷаллаҳои ҚОА тақризшаванда нашршуда

[1-М] Наимов А.М. Сравнительный анализ результатов лечения травм и ортопедической патологии при различных формах организации медицинской помощи в стационаре / А.М. Наимов, А.А. Раззоков // Здравоохранение Таджикистана. -2015. -№3 (326). –С. 61-68.

[2-М] Наимов А.М. Тактика лечения переломов длинных костей при сочетанной травме с учетом идентификации синдрома жировой эмболии / А.М. Наимов, А.А. Раззоков // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2020. -№4. - С.31-36.

[3-М] Наимов А.М. Новые подходы к профилактике синдрома жировой эмболии при сочетанной травме / А.М. Наимов, А.А. Раззоков// Вестник академии медицинских наук Таджикистана. -2020. - №4 (36). - С.85-92.

[4-М] Наимов А.М. Диагностика синдрома жировой эмболии при сочетанной травме / А.М. Наимов, А.А. Раззоков // «Здравоохранение Таджикистана». -2021. -№2. - С.75-80.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конгрессҳои нашршуда

[5-М] Наимов А.М. Новые подходы к профилактике и лечению жировой эмболии при политравме / А.А. Раззоков, А.М. Наимов // Материалы науч.прак. конф. «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии. Душанбе. «Сурушан». -2002. -С. 137-142.

[6-М] Наимов А.М. Поздние осложнения диафизарных переломов костей голени / А.А.Раззоков, А.М.Наимов, Н.Ф.Салимов, Б.С. Айниев, Д.М. Саидов // В кн.: Акт.вопросы клинической медицины. Сб. науч. статей, посвященный 40-ле-тию РКБ им. Дьякова. –Душанбе. -2004. -С. 156-159.

[7-М] Наимов А.М. Организационные аспекты и результаты применения внеочагового остеосинтеза в травматологии и ортопедии / Н.Ф.Салимов, К.Д. Хасанов, А.М. Наимов, // Материалы I съезда травматологов-ортопедов Таджикистана с международным участием. – Душанбе. Здравоохранение Таджикистана. -2009. - №1, -С. 35-37.

[8-М] Наимов А.М. Внеочаговый остеосинтез в травматологии и ортопедии / А.М. Наимов, К.Д. Хасанов, С.Н. Ярбобоев // Материалы 57 годичной научно- практической конференции с международным участием, посвящённой 70- летию образования ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе . – 2009. - С.419-421.

[9-М] Наимов А.М. Хирургический подход к лечению переломов крупных сегментов/ К.К. Каримов, А.М. Наимов, Дж.М. Саидов // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов Узбекистана «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии». 3-4 июня 2016 года. – Бухара. - С. 160-161

[10-М] Наимов А.М. Анализ эффективности результатов оперативного лечения пациентов с повреждением длинных трубчатых костей/ К.К. Каримов, А.М. Наимов, Дж.М. Саидов // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов Узбекистана «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии». 3-4 июня 2016 года. – Бухара. - С. 162-163.

[11-М] Наимов А.М. Отсроченный остеосинтез переломов длинных трубчатых костей при политравме / А.М. Наимов, К.К. Каримов, Ф.М. Парпиев// Материалы 67-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее». 29 ноября 2019 года. – Душанбе. -2019. -Том 1. -С. 185-186.

[12-М] Наимов А.М. Хирургическое лечение низкоэнергетических переломов при нарушенном костном метаболизме / А.М. Наимов, К.К. Каримов, Ф.М. Парпиев // Материалы 67-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее». 29 ноября 2019 года. – Душанбе. -2019. -Том 1. -С.239-240.

[13-М] Наимов А.М. Estimation of effectiveness of results of intramedullar osteosynthesis in treatment of non-aging fractures and false joints of long tubular bones of lower extremities / F.M.Parpiev, A.M.Naimov, Q.K. Karimov, N.Sh. Mirov// Материалы 67-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее». 29 ноября 2019 года. – Душанбе. -2019. -Том 1. -С.464.

[14-М] Наимов А.М. Синдром жировой эмболии у пациентов с сочетанной травмой / Х.А.Шамсзода, А.М.Наимов, К.К.Каримов, Ф.М. Парпиев // «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний». Сборник материалов II-съезда врачей РТ, - Душанбе - 2019 года. -С. 186.

[15-М] Наимов А.М. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с повреждением длинных трубчатых костей / Х.А.Шамсзода, А.М.Наимов, К.К.Каримов, Ф.М. Парпиев // «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний». Сборник материалов II-съезда врачей РТ, - Душанбе - 2019 года. С. 185.

[16-М] Наимов А.М. Малоинвазивные хирургические методы профилактики посттравматического синдрома жировой эмболии при интрамедуллярном остеосинтезе/ А.М. Наимов, А.А.Раззоков // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» 27.11.2020. -2020. -С.229.

[17-М] Наимов А.М. Факторы риска развития синдрома жировой эмболии при сочетанной травме/ А.М. Наимов, А.А.Раззоков, М.С.

Пирназаров // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» 27.11.2020. -2020. -С.231.

[18-М] Наимов А.М. Организация медицинской помощи, диагностики и лечения острого периода сочетанной и множественной травмы / Раззоков А.А., Н.Ф. Салимзода, Д.Н. Салихов, С.Х. Курбанов, И.С. Бандаев, Х.М. Джураев, Дж.М. Сафаров, Ф.А. Разоков, М.К. Назаров, А.М. Наимов. И.Г. Умонов, Т.А. Пиров, Ф.А. Батыров // Душанбе: «Маориф». -2016. -649 стр.

Шаҳодатнома барои пешниҳодҳои ратсионализаторӣ

1. Наимов А.М. Усулҳои кашиши скелети хангоми табобати баромадагиҳои рон / Наимов А.М., Курбанов С.Х., Саидов Дж.М. // №3327/R542 аз 05.12. соли 2012.

2. Наимов А.М. Усулҳои муайян кардани андоза ва дараҷаи талафи шадидаи хун / Наимов А.М., Айниев Б.С., Давлатов Д.Н. // №3333/R548 аз 07.12. соли 2012.

ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҶО

ЧҲС	чарроҳии харбӣ-сахроӣ
ЧҲС- ХВ	чарроҳии харбӣ-сахроӣ – ҳолат хангоми воридшавӣ
КАЧ	коркарди аввалияи чарроҳӣ
ДДТТ	Донишгоҳи джавлатии тиббии Тоҷикистон
ТУС	Таҳқиқоти ултрасадоӣ
ММТ ЧТ	Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон
ГЧ	глобуллемияи чарбӣ
СЭЧ	синдром эмболияи чарбӣ
ОКД	остеосинтези компрессионӣ-дистраксионӣ
ТК	томография компютерӣ

АННОТАЦИЯ

Наимова Абдукарима Махмарахимовича «Оптимизация диагностики, профилактики и лечения синдрома жировой эмболии при сочетанной травме»

Ключевые слова: сочетанная травма, синдром жировой эмболии, диагностика, профилактика и лечение.

Цель исследования. Совершенствование научно-обоснованных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при СЖЭ, направленных на снижение летальности и улучшение результатов лечения сочетанной травмы.

Методы исследования и использованная аппаратура. Проведено обследование и лечение 250 больных в возрасте от 18 до 60 лет с сочетанной травмой, среди которых в 125 наблюдениях выявлялись клинические проявления синдрома жировой эмболии (СЖЭ). В основной группе (50,0%) проведена оптимизированная тактика диагностики, профилактики и лечения, в контрольной – традиционные подходы.

В работе использованы клинические методы обследования, рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, офтальмоскопия, определение показателей красной крови, тромбоцитов, содержания жира в крови по методу Корнилова, определение подфасциального давления.

Полученные результаты и их новизна. Определены основные факторы риска развития СЖЭ при сочетанной травме. Предложена усовершенствованная шкала профилактики СЖЭ в остром периоде сочетанной травмы. Обоснована необходимость выделения классической, клинической и субклинической форм СЖЭ. Разработаны критерии комплексной диагностики СЖЭ в остром периоде сочетанной травмы и на их основе разработаны алгоритм и шкала для диагностики рассматриваемого синдрома. Разработана оптимизированная тактика комплексного лечения острого периода сочетанной травмы, основанная на комплексной патогенетической медикаментозной профилактике и лечении, а также ранней хирургической и консервативной стабилизации нестабильных переломов длинных костей. Предложен дифференцированный подход к лечению переломов длинных костей с учетом результатов прогнозирования СЖЭ, тяжести состояния и повреждений при сочетанной травме.

Рекомендации по использованию. Основные положения и разработки внедрены и используются в практике работы отделения сочетанной травмы травматологии и ортопедии НМЦ РТ «Шифобахш» и в учебной работе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Применение предложенных подходов позволило значительно улучшить результаты лечения сочетанной травмы. Внедрение их в клиническую практику способствуют снижению летальности и ближайших и отдаленных результатов лечения сочетанной травмы.

Область применения. Травматология.

АННОТАТСИЯИ

Наимов Абдукарим Маҳмараҳимович «Беҳсозии ташхис, профилактика ва табобати синдроми эмболияи чарбӣ ҳангоми осеби омехта»

Калимаҳои калидӣ: осебҳои омехта, синдроми эмболияи чарбӣ, ташхис, профилактика ва табобат.

Мақсад таҳқиқот. Такмил додани чорабиниҳои ташхисӣ, табобатӣ-профилактикии илман асоснок ҳангоми СЭЧ, ки ба кам кардани ғавт ва беҳтар сохтани табобати осебҳои омехта нигаронида шудаанд.

Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда. Таҳқиқот ва табобати 250 бемори дорои осеби омехта, синну соли аз 18-сола то 60-сола сурат гирифт, ки дар байни онҳо дар 125 муоина аломатҳои клиникии синдроми эмболияи чарбӣ (СЭЧ) муайян карда шуд. Дар гурӯҳи асосӣ (50,0%) равишҳои такмилёфтаи ташхис, профилактика ва табобат ва дар гурӯҳи назоратӣ – равишҳои анъанавӣ гузаронида шуданд.

Дар таҳқиқот усулҳои клиникии пажӯҳиш, рентгенография, томографияи компютерӣ ва томографияи магнитӣ-резонансӣ офталмоскопия, муайян кардани нишондиҳандаҳои хуни сурх, тромбоситҳо, мухтавои чарб дар хун бо экспресс-методи Корнилов, муайян кардани фишори зерӣ фатсиалӣ ирстифода карда шуданд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навагонӣ. Омилҳои асосии хатари пайдошавии СЭЧ ҳангоми осебҳои омехта муайян карда шуданд. Такмил додани шкалаи профилактикаи СЭЧ дар давраи шадиди осебҳои омехта пешниҳод гардид. Зарурати ҷудо кардани шаклҳои классикӣ, клиникӣ ва субклиникии СЭЧ асоснок карда шуд. Меъёрҳои ташхиси комплекси СЭЧ дар давраи шадиди осебҳои таркибӣ коркард шуда, дар асоси онҳо алгоритм ва шкала барои ташхиси синдроми баррасишаванда таҳия карда шуд. Тактикаи беҳтаршудаи табобати комплекси давраи шадиди осебҳои омехта коркард шудааст, ки дар заминаи профилактика ва табобати комплекси патогенетикии медикаментозӣ, инчунин устворсозии барвакти ҷарроҳӣ ва консервативии шикастагиҳои ноустувори устухонҳои дароз асос ёфтааст. Равиши тафриқавии табобати шикастагиҳои устухонҳои дароз бо назардошти натиҷаҳои пешгӯии СЭЧ, вазнинии ҳолат ва осебҳо ҳангоми осебҳои омехта пешниҳод карда шуд.

Тасияҳо барои истифода. Нуқтаҳои асосӣ ва коркардҳо дар фаъолияти амалии шӯъбаи осебҳои омехтаи травматология ва ортопедияи ММТ ҶТ «Шифобахш» ва дар равнди таълими кафедраи травматология, ортопедия ва ҶҲС МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» татбиқ ва мавриди истифода қарор дода шудаанд. Истифодаи равишҳои пешниҳодшуда имконият доданд, ки натиҷаҳои табобати осебҳои омехта хеле беҳтар гардонидани шаванд. Татбиқ намудани онҳоро амалияи клиникӣ барои кам кардани сатҳи ғавтият ва натиҷаҳои наздиктрину дуртарини табобати осебҳои омехта мусоидат мекунад.

Соҳаи истифода. Осебшиносӣ.

SUMMARY

of Naimov Abdukarim Makhmarakhimovich “Diagnostics optimization, prevention and treatment of fat embolism syndrome in combined trauma”

Keywords: combined trauma, fat embolism syndrome, diagnosis, prevention and treatment.

The purpose of the study. Improvement of scientifically-based diagnostic and therapeutic and preventive measures in FES aimed at reducing mortality and improving the results of treatment of combined trauma.

Research methods and equipment used. 250 patients aged 18 to 60 years with combined trauma were examined and treated, among which 125 observations revealed clinical manifestations of fat embolism syndrome (FES). In the main group (50.0%), optimized tactics of diagnosis, prevention and treatment were carried out, in the control group - traditional approaches.

The work used clinical examination methods, radiography, computer and magnetic resonance imaging, ophthalmoscopy, determination of red blood, platelets, blood fat according to the Kornilov method, determination of subfacial pressure.

The obtained results and their novelty. The main risk factors of FES development in case of combined trauma are determined. Improved FES prevention scale in acute period of combined trauma is proposed. The need to isolate classical, clinical and subclinical forms of FES is justified. Criteria of complex diagnosis of FES in acute period of combined trauma have been developed and on their basis algorithm and scale for diagnosis of the syndrome under consideration are developed. Optimized tactics of complex treatment of acute period of combined trauma are developed, founded on complex pathogenetic drug prevention and treatment, as well as early surgical and conservative stabilization of unstable fractures of long bones. A differentiated approach to treatment of long bone fractures is proposed taking into account the results of FES forecast, severity of the condition and injuries in combined trauma.

Usage guidelines. The main provisions and developments have been introduced and are used in the practice of the Department of Combined Traumatology and Orthopedics of NMC RT “Shifobakhsh” and in the educational work of the Department of Traumatology, Orthopedics and MFS of Avicenna TSMU. The application of the proposed approaches made it possible to significantly improve the treatment results of combined trauma. Their introduction into clinical practice contributes to the reduction of lethality and the nearest and followed-up treatment of combined trauma.

Scope. Traumatology.