

Մ $\frac{4}{1151}$

19.00.15

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇՎԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԴԱՎԻԹ ՍՈՒՐԵՆԻ ՄԱՑԱԿՑԱՆ

ՈՐՈՎԱՑՆԻ ԵՎ ԿՈՆՔԻ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ
ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՕՊՏԻՄԱԼԱՑՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ

ԺՂ.00.15 - «Վիրաբուժություն»

մասնագիթությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

ՄԵՂՍԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ - 2015

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. М. ГЕРАЦИ

МАЦАКЯН ДАВИД СУРЕНОВИЧ

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ЖИВОТА И ТАЗА

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.00.15 - «Хирургия»

ЕРЕВАН - 2015

Ատենախոսության թեման հաստատվել է ՀՀ ԱՆ ակադ. Ս.Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտի գիտակորոչիացիոն խորհրդի 2011 թ. ապրիլի 28-ի թիվ 3 նիստում

Գիտական ղեկավար՝ Բ.Գ.Պ. Ս.Լ. Օրդույան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ Բ.Գ.Պ. Մ.Մ. Միրձեյանյան
Բ.Գ.Պ. Ա.Ա. Ուզանկիչյան

Առաջատար կազմակերպություն՝ “Արմենիա” Հանրապետական բժշկական կենտրոն

Պաշտպանությունը կայանալու է 2015 թ.-ի հունիսի 5-ին ժամը 15:30-ին Երևանի Մ.Հերացու անվան Պետական Բժշկական Համալսարանի 027 - «Վիրաբուժություն» մասնագիտական խորհրդի նիստում (0025, Երևան, Կոբյունի 2)

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Մ.Հերացու անվան ԵՊԲՀ-ի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 04 մայիսի 2015 թ.:

027- «Վիրաբուժություն» մասնագիտական խորհրդի
Գիտական քարտուղար Բ.Գ.Պ.

[Signature]
Ի.Է.Մալխասյան

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого совета Национального Института Здравоохранения им. акад. С.Х. Авдалбекяна МЗ РА 28 апреля 2011 г. (протокол №3).

Научный руководитель: д.м.н. С.Л. Ордуян

Официальные оппоненты: д.м.н. М.М.Мирджанян
д.м.н. А.А.Узункичян

Ведущая организация: Республиканский Медицинский Центр “Армения”

Защита диссертации состоится 5 июня 2015г. в 15.30 часов на заседании Специализированного совета 027 - “ Хирургия” при Ереванском Государственном Медицинском Университете им. М.Гераци по адресу: 0025, Ереван, ул. Корюна 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ереванского Государственного Медицинского Университета им. М. Гераци.

Ученый секретарь Специализированного совета 027- “ Хирургия”, д.м.н.



[Signature]
И.Э. Малхасян

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐ

Թեմայի ակտուալություն

Տրանսպորտային միջոցների քանակի ավելացման և գիտատեխնիկական զարգացման արդյունքում տարեց տարի աճում է տեխնոգեն աղետների և վթարների քանակը: Տարբեր հեղինակների տվյալներով ամեն տարի աշխարհում վնասվածքներից մահանում են մինչև 5 մլն մարդ [Абакумов М.М. и соавт. 2013, Анкин Л.Н. и соавт, Western H. et al. 2001]: Մահացու էլքերի մեծ մասը կապված է ավտոտրոնսպորտի (50%), կենցաղային(22%) և արտադրական (12%) տրավմատիզմով: ՀՎ-ը բնորոշվում է բարձր (մինչև 40%) մահացությամբ: Մահացության պատճառների մեջ այն զբաղեցնում է երրորդ տեղը՝ զիջելով տեղը միայն մահացությանը օնկոլոգիական հիվանդություններին և սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդություններին, իսկ 40 տարեկանից ցածր մարդկանց խմբում՝ առաջին տեղը [Сokolov В.А и соавт 1997, Алимов А. Н. и соавт, 2013]: Գրականության տվյալներով, ՀՎ-ի ժամանակ վնասվածքների ախտորոշման բարդությունը բերում է տակտիկական սխալների 30-70% դեպքերում: Այլ հաստատություններից տեղափոխված հիվանդների 51.6%-ի մոտ հայտնաբերվել են հավելյալ վնասվածքներ, իսկ 17%-ը բերվել են արդեն զարգացած բարդություններով: Մինչևսպիտալային օդակի նշանակության մասին վկայում են մահացության ցուցանիշները՝ հիվանդների մինչև 80%-ը ճանաչարհատրանսպորտային պատահարների ժամանակ մահանում են հենց մինչևհոսպիտալային էտապում [Алимов А. Н и соавт, 2013, Селезнёв С.Л. и соавт 2004]: Հաջորդ կարևոր օղակը հանդիսանում է բուժական գործընթացի կազմակերպումը հոսպիտալային էտապում: Բուժաստատություններ ընդունվելիս համակցված վնասվածքներով տուժածների մեծ մասը գտնվում են շոկի վիճակում, կամ առանց գիտակցության, ինչն, անշուշտ, դժվարեցնում է հետազոտությունը: Որովայնի փակ վնասվածքների ժամանակ կլինիկական սխալումների արժեքը խիստ բնկնում է ՀՎ-ի ժամանակ [Смоляр А. Н и соавт,2009]: Որովայնի վնասվածքը կազմում է 5-10% ընդհանուր վնասվածքների կառույցում և բոլոր տեսակի վնասվածքների կապակցությամբ իրականացվող շտապ վիրահատական միջամտությունների թվում զբաղվում է առաջին տեղը [Абакумов М.М. и соавт. 2013]: Որովայնի փակ վնասվածքների մինչև 12% -ը համակցված են կոնքի վնասվածքներով [Брюсов П.Г. и соавт, 2001, Shojaee M, et al. 2013]: Կոնքի վնասվածքով հիվանդների մոտ, որովայնի խոռոչի օրգանների վնասվածքների ժամանակին և ճիշտ ախտորոշումը ծայրահեղ դժվար է: Դա կախված է նրանից, որ երկու անատոմիական շրջանները տեղակայված են միմյանց նկատմամբ շատ մոտ, իսկ ներդրվայնային աղետների և կոնքի վնասվածքների կլինիկան շատ նման են: Համարվում է, որ ճանաչարհա-տրանսպերտային վնասվածքների մահացության հիմնական պատճառ է հանդիսանում կոնքի և որովայնի ՀՎ՝ զիջելով միայն «հաղթանակի դափնին»՝ ԳՈՒՎ-ին [Лебедев Н.В. Н и соавт, 2002, Маскин С.С. и соавт, 2005]: Նշված տրավմատիկ կոմբինացիայի պայմաններում տուժածների մահացությունը տատանվում է 20-56%, այդ թվում մահացածների մինչև 86%-ը մահանում է վնասվածքից հետո առաջին երկու օրվա ընթացքում: Հրատարակվել են բազմաթիվ աշխատանքներ, որոնք ուսումնասիրում են առանձին որովայնի համակցված վնասվածքների [Агаджанян, В. В. и соавт, 2001, Абакумов М.М. и соавт. 2013] և կոնքի համակցված վնասվածքների վիճակագրությունը: Սակայն որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքների դեպքում այդ ինֆորմացիան հանդիպում է հավաղեպ: Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով տուժածների 60-100%-ը ընդունվում են ստացիոնար տրավմատիկ և հեմոռագիկ շոկի վիճակում [Абакумов М.М. и соавт. 2013, Yasumura K., et al 2005]: Կոնքի կտրվածքների կլինիկական պատկերը 43-80%-ում արտահայտվում է հեմոռագիկ և տրավմատիկ շոկի զար-

զգացմամբ, որոնք պայմանավորում են մահացության 96%-ը մինչև սպիտակային էտապում և մինչև 60%-ը վնասվածքից հետո առաջին 2 օրվա ընթացքում: Կոնքային օդի անկայունությունը բերում է ոսկրերի բեկորների կրեպիտացիայի, անզամ տուժածի չնչին շարժումների ժամանակ՝ դրանով առաջացնելով արտահայտված ցավային սինդրոմ, որն էլ պահպանում է շուրջ: Այսպիսով կոնքի ոսկրերի վնասվածքներով հիվանդներին բուժելիս առաջնահերթ խնդիր է աղեկվատ ցավազրկումը, արյան կորստի լրացումը և հետորոկվանամզային տարածություն արյունահոսքի դադարեցումը: Անցած դարի 70-ական թվականների վերջում կոնքային կարկասի կայունացման համար սկսեցին օգտագործել կոնքի արտաքին ֆիքսացիա: Այդ նպատակով մշակվեցին բոլոր հնարավոր սարքավորումները, որոնք ամրանում են կոնքի ոսկրերին մաշկային ոչ մեծ կտրվածքներից, և շնորհիվ իրենց ամուր կառուցվածքի, ապահովում են լողացող բեկորների կայունությունը [Анкин Л.Н. и соавт. 2002, Кузьменков К.А. и соавт. 2004., Bireher M. et al. 1996]: Այդ մեթոդի լուրջ առանձնահատկությունները կայանում են նրա փոքր վնասելիության, պարզության և կատարման արագության մեջ: Այդ հատկությունները հատկապես արժեք ունեն վնասվածքային շոկի շրջանում, երբ նույնիսկ շնչական շարժումները ունակ են զգալի խորացնելու ցավային զգացողությունը, իսկ ոսկրային բեկորների մինիմալ շարժումները՝ ոչնչացնել ձևավորված թրոմբոզները և նպաստել արյունահոսությանը բերելով տարածուն ներանոթային մակարդելիության զարգացման: Համարվում է, որ որովայնի և կոնքի շՎ-ով հիվանդների մոտ տեղ ունի ԿՇԱՏ-ի յուրահատուկ անհրաժեշտությունը, այնպես ինչպես լապարոտոմիան մեծացնում է կոնքի բջջային տարածության ծավալը 15–20 % ով և փոխվում է ճնշման գրադիենտը որովայնի խոռոչի և հետորոկվանամզային տարածության միջև, ինչը նպաստում է կոնքի վնասված հատվածից արյունահոսության շարունակմանը: Դա հիմք է հանդիսանում խորհուրդ տալ տեղադրել ԿՇԱՏ-ի ապարատը այն հիվանդների մոտ, որոնք մինչև լապարոտոմիան կարիք ունեն որովայնային վնասվածքի վիրահատական բուժման: Վերջին 20 տարիների ընթացքում որովայնի վնասվածքով հիվանդների բուժական տակտիկան կրել է բավականին փոփոխություններ: Նորագույն տեխնիկայի լայն ներդրումը կլինիկական պրակտիկայում, վնասվածքի պարոֆիզիոլոգիական պրոցեսների խորացված ուսումնասիրությունները և ներքին օրգանների ռեպարատիվ հնարավորությունները, ստիպեցին վերանայել որովայնում և հետորոկվանամզային տարածությունում վնասվածքների բուժման մոտեցումները: Չի կարելի չնշել, որ գրեթե բոլոր նման միջամտությունները որովայնի խոռոչի օրգանների վրա իրականացնում են վնասվածքային շոկի «թեժ» պահին, երբ նույնիսկ մինիմալ ինվազիվ միջամտությունը կարող է վնասել օրգանիզմի կենսագործունեությունը պահպանող կոմպենսատոր մեխանիզմները: Դա հատկապես իրական է շՎ-ով հիվանդների մոտ, այնպես ինչպես փոխադարձ ծանրացման ֆեոմենը, որն ուղեկցում է այդ հիվանդների վնասվածքային հիվանդությանը, հնարավոր է բաց թողնվի կամ խորանցնի առաջին հայացքից ամենաանվնաս միջամտությամբ: Որոշ շտապ բուժօգնության մասնագետներ գտնում են, որ վնասվածքային շոկի վիճակում գտնվող ՇՎ հիվանդների վրա կատարված ցանկացած շտապ վիրահատական միջամտությունը պետք է կրի բացառապես հակաշոկային բնույթ: Հակառակ դեպքում այն բերում է լրացուցիչ տրավմայի, որն առաջին մի քանի օրերին խորացնում է վնասվածքային շոկը, իսկ հիվանդների կողմից շոկային շրջանի հաղթահարման դեպքում նպաստում է թարախային և թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների զարգացմանը: Դրա սպասարկում է հանդիսանում, ախտորոշիչ լապարոտոմիա կատարված, շՎ-ով հիվանդների մահացության մակարդակը, որը հասնում է 43% ի [Mohapatra S et al. 2003, Sorensen V. et al. 2002, Jailer S. et al. 2005, Jean A, et al. 2013]:

Հետազոտության նպատակը

Հետազոտության նպատակը՝ որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների բուժման արդյունքների լավացում:

Հետազոտության խնդիրները

1. Ուսումնասիրել կոնքի և որովայնի համակցված վնասվածքների տարածվածությունը ծանր համակցված վնասվածքների շարքում և գնահատել այդ հիվանդների բուժման արդյունքները,
2. Որոշել վնասվածքների ծանրությունը կոնքի և որովայնի համակցված վնասվածքով հիվանդների մոտ, համաձայն համակցված վնասվածքների ծանրության գնահատման ստանդարտների Injury Severity Score,
3. Առանձնացնել կոնքի կտրվածքների շտապ ֆիքսացիայի կարիք ունեցող հիվանդներին և որոշել կոնքի շտապ արտաքին ֆիքսացիայի դերը կոնքի և որովայնի համակցված վնասվածքով հիվանդների բուժման մեջ,
4. Ճշտել ախտորոշիչ մեթոդների տեղը և դերը (ախտորոշիչ լապարոցենտոզ, ուլտրաձայնային հետազոտություն, ախտորոշիչ լապարոսկոպիա) կոնքի և որովայնի համակցված վնասվածքով հիվանդների մոտ շտապ որովայնային վիրահատության ցուցանիշները,
5. Առանձնացնել հիվանդներին, որոնք կարիք ունեն շտապ լապարոտոմիայի և որոշել շտապ որովայնային վիրահատության դերը կոնքի և որովայնի համակցված վնասվածքով հիվանդների բուժման մեջ,
6. Մշակել բուժիչ ախտորոշիչ ալգորիթմ կոնքի և որովայնի համակցված վնասվածքով հիվանդների համար:

Գիտական նորույթը

1. Մշակվել է որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների ախտորոշման և բուժման ալգորիթմ:
2. Ներկայացված են որովայնային պարոլոգիայի ախտորոշման մեթոդների համեմատականները որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների մոտ:
3. Ներկայացված են որովայնի և կոնքի վրա կատարված վիրահատությունների դերը որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների մոտ:

Պրակտիկ նշանակությունը

Կոնքի վնասվածքներով հիվանդների մասը, որոնք պահանջում են շտապ որովայնային վիրահատություն, կազմում են 11.7 %: Շտապ ախտորոշիչ որովայնային վիրահատությունը հանդիսանում է գործոններից մեկը, որը վատացնում է կոնքի և որովայնի համակցված վնասվածքներով տուժածների բուժման արդյունքները: Կոնքի կայուն կտրվածքներով հիվանդների մոտ ախտորոշիչ լապարոտոմիան ավելացնում է մինչև մեկօրյա մահացությունը 4.7 անգամ, իսկ ընդհանուր մահացությունը՝ 3.7 անգամ: Եթե կոնքի անկայուն կտրվածքը ֆիքսված է, ախտորոշիչ լապարոտոմիան ավելացնում է ընդհանուր մահացությունը 1.9 անգամ: Կոնքի անկայունության պահպանման դեպքում ախտորոշիչ լապարոտոմիան չի ցուցաբերում էական ազդեցություն կոնքի և որովայնի շՎ հիվանդների բուժման արդյունքների վրա:

Հետազոտության արդյունքների ներդրումը պրակտիկայում

Այս ատենախոսական աշխատանքի հիմնական դրույթները օգտագործվում են «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» ԲԿ-ի ընդհանուր վիրաբուժության բաժանմունքում:

Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքով հիվանդների վնասվածքների ռեգիոնար բաշխումը

Վնասված շրջանը	Դիտարկումների թիվը
Գլուխ	109
Կրծքավանդակ	57
Որովայն	120
Կոնք	120
Վերջույթներ	76

120 հիվանդներից 80-ի մոտ որովայնի վնասվածքը բուժել են կոնսերվատիվ, 40 հիվանդի կատարվել է անհետաձգելի վիրահատություն: Կոնսերվատիվ բուժում ստացող 80 հիվանդներից 59ը տղամարդ էին, 61-ը՝ կին: Հիվանդների տարիքը տատանվում էր 18-67 տարեկան: Համակցված վնասվածքի ծանրության աստիճանը գնահատված ISS-ով, տատանվել է 11-36 միավոր: 42 հիվանդ մահացել են: Առաջին օրը մահացել են 22 հիվանդ: Լապարոտոմիա կատարված 40 հիվանդներից 28-ը տղամարդ են, 12-ը՝ կին: Տարիքը տատանվել է 14-93 տարեկան: Համակցված վնասվածքի ծանրության աստիճանը գնահատված ISS-ով, տատանվել է 11-66 միավոր: Մահացել են 23 հիվանդ: Մեկ օրյա ժամկետում մահացել են 12 հիվանդ:

Անհետաձգելի լապարոտոմիայի ցուցումները ձևավորվել են ֆիզիկալ հետազոտման և լրացուցիչ լաբորատոր, գործիքային հետազոտությունների (ԱՒՏ, ՈւՂՁ, ԱՄՍ), հիման վրա: Յուրաքանչյուր դեպքում վիրաբույժը ինքն է որոշել այս կամ այն մեթոդողի ընտրության անհրաժեշտությունը, դրանք համակցումն ու հաջորդականությունը: ԱՒՏ-ի դրական արդյունք է համարվել որովայնի խոռոչից թարմ արյան հոսք 10մլ-ից ավելի քանակությամբ, լվացման հեղուկում աղիքային պարունակության առկայություն կամ վերջինիս ինտենսիվ ներկում արյունով: Եթե մակրոսկոպիկ պատկերը կասկածի տեղիք է տվել, լավաժային հեղուկն ուղարկվել է լաբորատորիա, որտեղ որոշվել է նրա ամփյալային ակտիվությունը, էրիթրոցիտների, լեյկոցիտների կոնցենտրացիան և բակտերիաների առկայությունը: ԱՒՏ իրականացվել է 65 հիվանդի մոտ: Այդ խմբում եղել են 39 տղամարդ, 26 կին: Տարիքը տատանվել է 14-88 տարեկան: Համակցված վնասվածքի ծանրությունը գնահատված ISS-ով, տատանվել է 14-66 միավոր: Մահացել են 38 հիվանդ: Մեկօրյա ժամկետում մահացել են 18 հիվանդ: Վնասվածքի առաջացումից մինչև ստացիոնար ընդունվելը նվազագույն ժամանակահատվածը եղել է 60 րոպե, առավելագույնը՝ 120 րոպե: 28 հիվանդի կատարվել է լապարոտոմիա: ՈւՂՁ կատարվել է 120 հիվանդի: Այս խմբում եղել են 67 տղամարդ, 53 կին: Տարիքը տատանվել է 14-93 տարեկան: Համակցված վնասվածքի ծանրության աստիճանը գնահատված ISS-ով, տատանվել է 11-66 միավոր: Մահացել են 51 հիվանդ: Վնասվածքի առաջացումից մինչև ստացիոնար ընդունվելը նվազագույն ժամանակը հավասար է եղել 60 րոպեի, առավելագույնը՝ 160 րոպեի: 25 հիվանդի կատարվել է լապարոտոմիա: ԱՄՍ-ն կատարվել է 14 հիվանդի մոտ: Այդ խմբում եղել են 9 տղամարդ, 5 կին: Տարիքը տատանվել է 15-80 տարեկան: Համակցված վնասվածքի ծանրության աստիճանը գնահատված ըստ ISS-ի տատանվել է 11-52 միավոր: Մահացել է 8 հիվանդ: Մեկօրյա ժամկետում մահացել է 4 հիվանդ: Վնասվածքի առաջացումից մինչև ստացիոնար ընդունվելը մինիմալ ժամանակահատվածը հավասար է եղել 20 րոպեի, մաքսիմալը՝ 140: 7 հիվանդի կատարվել է լապարոտոմիա: Մեթոդների խտտությունը արժեքը որոշվել է զգայունության, սպեցիֆիկու-

Աշխատանքի նախնական փորձաքննություն

Հետազոտության հիմնական դրույթները և արդյունքները ներկայացվել են թիվ 1 համալսարանական կլինիկական հիվանդանոցի 100-ամյակին նվիրված «Կլինիկական բժշկագիտության արդի հիմնախնդիրները» խորագրով գիտաժողովում: Աշխատանքի նախնական փորձաքննությունը կատարվել է ԵՊԲՀ-ի գիտա-կորդինացիոն խորհրդի «Վիրաբուժական հիվանդություններ» փորձագիտական հանձնաժողովի 06.11.14թ.-ի նիստին:

Լշված թեմայով տպագրված աշխատանքներ

Ատենախոսության թեմայով տպագրված են 4 /չորս/ գիտական աշխատանքներ:

Հետազոտության կատարման բազան

« Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» Բժշկական Կենտրոն, ընդհանուր վիրաբուժության բաժանմունք, ԵՊԲՀ, օպերատիվ վիրաբուժության և տեղագրական անատոմիայի ամբիոն:

Աշխատանքի ծավալը և կազմությունը

Աշխատանքը ներկայացված է 150 էջերի վրա, իրականացված էլեկտրոնային ֆորմատով, կազմված է ներածությունից, 4 գլուխներից, եզրակացություններից, գործնական առաջարկներից և գրականության ցանկից, որը ներառում է 268 աղբյուր: Ներկայացված նյութը ցուցադրվում է 31 աղյուսակներով և 31 գրաֆիկական պատկերներով

ԼՏՈՒԹԵՐ և ՄԵԹՈՂՆԵՐ

Ներկա հետազոտության առարկան են 2009-2013թթ. Երևանի «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» Բժշկական Կենտրոնում ընդունված հիվանդներից 120-ը, որոնց մոտ առկա են եղել որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներ: Հետազոտվող խմբում 67 հիվանդ արական սեռի են, 53-ը՝ իգական: Հիվանդների տարիքը՝ 14-ից 93 տարեկան: Համակցված վնասվածքի ծանրության աստիճանը գնահատվել է ISS-ով և տատանվում է 11-66 միավոր: Մահացել են 51 հիվանդ: 27 հիվանդ մահացել են 24 ժամվա ընթացքում: 118 հիվանդի մոտ վնասվածքի պատճառը ճՏՊ կամ կատարարվման: Վնասվածքի առաջացումից մինչև ստացիոնար ընդունման նվազագույն ժամանակահատվածը եղել է 20 րոպե, առավելագույնը՝ 160 րոպե:

Աղյուսակ 1

Հետազոտվող խումբը

Խմբի բնութագրիչը	Արդյունքը
Դիտարկումների քանակը	120
Սեռը ար/իգ	67/53
Տարիքը(տարեկան)	14-93
ISS(միավոր)	11-66
Մահացած հիվանդներ	51
Մեկօրյա ժամկետում մահացած հիվանդներ	27
ապտո և կատարարվման	118
Վնասվածքի առաջացումից մինչև ստացիոնար ընդունվելու ժամանակահատվածը(րոպե)	20-160

Հետազոտության մեջ ընդգրկված յուրաքանչյուր հիվանդ ունեցել է որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներ: 109 հիվանդի մոտ այդ համակցումը գույակցվել է ԳՈՒՎ-ով, 57 հիվանդի մոտ՝ կրծքավանդակի վնասվածք, 76-ի մոտ՝ վերջույթների վնասվածքի հետ:

թյան, հստակության, դրական և բացասական կանխատեսող հատկության հաշվարկումով՝ օգտագործելով Bayesի թեորեմը և Ֆիշերի աղյուսակը:

Կոնքի վնասվածքները բաշխվել են ըստ M.Tileի դասակարգման կայուն (տիպ A), ռոտացիոն անկայուն(տիպ B) և ռոտացիոն ուղղահայաց անկայուն (տիպ C): 120 հիվանդից 19-ի մոտ կոնքի կոտրվածքները կայուն էին (տիպ A), 73-ի մոտ հարաբերականորեն կայուն(տիպ B), այսինքն առկա էին միայն ռոտացիոն անկայունության նշաններ: 28 հիվանդի մոտ կոնքի կոտրվածքներն ունեին ինչպես ռոտացիոն, այնպես էլ ուղղահայաց անկայունության նշաններ(տիպ C): Սուր շրջանում կոնքի կոտրվածքների բուժման ընտրությունից կախված բոլոր հիվանդները բաշխվել են երկու խմբի՝ կոնքի կոտրվածքների արտաքին ֆիքսացիայի խումբ՝ 16 դիտարկում, և կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների կոնսերվատիվ բուժման խումբ՝ 104 դիտարկում: Ակտիվ վնասվածքաբանական տակտիկայով բուժված 16 հիվանդից 14-ի մոտ առկա էին կոնքի B տիպի կոտրվածքներ, 2-ի մոտ կոնքի կոտրվածքները C տիպի էին: Այդ խմբում եղել են 9 ողամարդ, 7 կին: Տարիքը տատանվել է 16-50 տարեկան: Համակցված վնասվածքի ծանրությունը գնահատված ISS-ով, տատանվել է 23-48 միավոր: Կատարվել է 6 լապարոտոմիա: Մահացել է 4 հիվանդ: Մեկօրյա ժամկետում մահեր չեն եղել: Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքով պահպանողական բուժում ստացող 104 հիվանդից 19-ի մոտ կոնքի A տիպի կոտրվածք էր, 59-ի մոտ՝ կոնքի B տիպի կոտրվածք և 26 հիվանդի մոտ կոնքի C տիպի կոտրվածք: Այս խմբում եղել են 58 տղամարդ և 46 կին: Հիվանդների տարիքը տատանվել է 14-93 տարեկան: Համակցված վնասվածքի ծանրությունը՝ գնահատված ISS-ով, տատանվել է 11-66 միավոր: Կատարվել է 35 լապարոտոմիա: Մահացել են 47 հիվանդ: Մեկօրյա ժամկետում մահացել են 27 հիվանդ:

Հետազոտության ընթացքում ստացված բոլոր տեսակի տվյալները վիճակագրորեն մշակվել են՝ կիրառելով SPSS 16.0 for Windows վիճակագրական փաթեթը և Microsoft Excel 2007 ծրագիրը: Ստատիստիկ հետազոտության նպատակն է եղել որովայնային վնասվածքների և կոնքի վնասվածքների դեպքում մահացության անկարգակի կախվածությունը ընտրված ախտորոշիչ և բուժական տակտիկայից հիպոթեզի օբյեկտիվ հաստատումը:

Բոլոր քանակական անամնեստիկ, կլինիկական, գործիքային և սանդղակային տվյալները մշակվել են վարիացիոն վիճակագրության մեթոդներով: Յուրաքանչյուր քանակական չափանիշի համար որոշվել են նրա միջին թվաբանականը (M), միջին քառակուսային շեղումը (Շ), միջին թվաբանականի միջին սխալը (m), շարքի մեդիանան (Me), 95% վստահելիության սահմանները, կվարտիլային բաշխումը, որակական չափանիշների համար որոշվել է հանդիպելու հաճախականությունը (%): Հետազոտության ընթացքում անցկացվել է քանակական (p – Ստյուդենտի չափանիշ) և որակական տվյալների (Ման-Ուիլիսոնի չափանիշ, Կոլմոգորով-Սմիրնովի ոչ պարամետրիկ ցուցանիշ) համեմատական անալիզ, ինչպես նաև կորելյացիոն (Պիրսոնի և Սպիրմենի չափանիշներ) և նաև ռեգրեսիոն անալիզ (գծային կամ բինար լոգիստիկ ռեգրեսիայի եղանակներով), կազմվել են գուգորդման աղյուսակներ [6]:

Ըստ վերը նշված չափանիշների որոշվել է տարբերությունների հավաստիության աստիճանը: Հավաստի տարբերություն է համարվել, եթե $p < 0,05$ (95% վստահելիության աստիճան) և $p < 0,01$ (99% վստահելիության աստիճան): Կորելյացիոն կապը համարվել է ուժեղ երբ $\rho > 0,7$, միջին՝ $0,7 - \rho > 0,3$ և թույլ, երբ $\rho < 0,3$: Գրաֆիկների, դիագրամների և հիստոգրամների կառուցման համար օգտագործվել են և SPSS 16.0 for Windows և Microsoft Excel 2007 ծրագրերը:

Հետազոտության արդյունքները

Հետազոտման մեջ ընդգրկված յուրաքանչյուր հիվանդ բացի կոնքի (100%) և որովայնի (100%) վնասվածքից, ունեցել է առավելագույնը մեկ այլ անատոմիական-ֆունկցիոնալ շրջանի վնասվածք: Այդ վնասվածքային համադրության 90,8% (109) դիտարկումներում ուղեկցել է ԳՈՒՎ, 47,5% (57)՝ կրծքավանդակի վնասվածք, 63,3% (76)՝ վերջույթների վնասվածք: Այդ թվում, ծանր ԳՈՒՎ հաստատվել է հետազոտվածների 42,3% (46) մոտ, ԳՈՒՎ-ի ոչ ծանր աստիճանը՝ 57,7% (63) մոտ: 76% (43) հետազոտություններում կրծքավանդակի վնասվածքը դիտվել է որպես ծանր, 24% (14)՝ որպես ոչ ծանր: 33,5% (40) որովայնի վնասվածքով հիվանդների բուժել են վիրահատական միջոցով՝ կապված այն բանի հետ, որ այն գնահատել են որպես կյանքին վտանգ սպառնացող, 66,5% (80)՝ որովայնի վնասվածքները դիտվել են ոչ էական և բուժվել են կոնսերվատիվ: 49,7% (59) հետազոտություններում կոնքի վնասվածքներն եղել են ծանր, այդ ժամանակ որպես ոչ ծանր կոնքի վնասվածքներ հայտնաբերվել են 50,3% (61) տուժածների մոտ: Վերջույթների ծանր վնասվածքները նշվել են 59% (45) հետազոտություններում, վերջույթների ոչ այդքան ծանր վնասվածքները հաստատվել են 41% (31) տուժածների մոտ: Կախված որովայնի վնասվածքի բուժման եղանակից հիվանդների բաժանումը հայտնաբերեց, որ 66,7% (80) տուժածների մոտ որովայնային վնասվածքը բուժել են կոնսերվատիվ, այն ժամանակ, երբ 33,3% (40) հիվանդների մոտ կատարվել է շտապ որովայնահատում: Կոնսերվատիվ բուժման եղանակով հիվանդների խմբում 49,6% (59) տուժածներ եղել են արական սեռի անձինք, 50,4% (61)՝ իգական, միջին տարիքը՝ 43,1=18 տարի: ISS հավասար է 26,2=13 միավոր: Մահացությունը կազմել է 35,3% (28 հիվանդներ), մեկօրյա ժամկետում մահացությունը՝ 51,2%: Հիվանդների խմբում, որոնց մոտ որովայնային վնասվածքը բուժել են շտապ վիրահատական եղանակով, 70% (28) հիվանդներ եղել են արական սեռի ներկայացուցիչներ, 30% (12)՝ իգական: Միջին տարիքը՝ 36,8=14 տարի: ISS հավասար է 33,9=10 միավոր: Մահացությունը կազմել է 57,5% (23 հիվանդներ), մեկօրյա ժամկետում մահացությունը՝ 53,6% (12 հիվանդներ): Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով բոլոր հիվանդների որովայնային վնասվածքների ախտորոշումը, բացի ֆիզիկական հետազոտության, իրականացվել է ԱՆՑ, ՈՒՂՂ, ԱՆՍ օգնությամբ կամ դրանց գուգորդմամբ: Արդյունքում, հետազոտության ներթափանցելով խմբում 33,5 % (40) հիվանդների մոտ հայտնաբերվել են ներորովայնային աղետի նշաններ: Այդ հիվանդներն ենթարկվել են շտապ լապարոտոմիայի: 66,5 % (80) դիտարկումներում ներորովայնային աղետի նշանները բացակայել են և որովայնի վնասվածքը բուժել են կոնսերվատիվ:

ԱՆՑ կատարվել է 65 հիվանդների, որը կազմում է հետազոտված խմբի 53,6 %-ը: ԱՆՑ խմբում 61,5 % (39) հիվանդներ եղել են արական սեռի, 48,5% (26)՝ իգական: Միջին տարիքը հավասար է 38,9 =16 տարի: ISS – 32,4=10 միավոր: Մահացությունը կազմել է 55,7 % (38): Մեկօրյա ժամկետում մահացությունը՝ 45,8% (18): Վնասվածքից հետո մինչև հիվանդանոց ընդունվելու միջին ժամանակը՝ 76=31 րոպե: Լապարատոմիա կատարվել է 38,5% (25) հիվանդների: 65 հիվանդներից, որոնց կատարվել է ԱՆՑ, «դրական» արդյունք հաստատվել է 29 հիվանդների մոտ, «բացասական» արդյունք՝ 36 հիվանդների մոտ: Այդ թվում, ճիշտ դրական արդյունք գրանցվել է 23 հետազոտություններում, կեղծ դրական՝ 6 դեպքում: Ճիշտ բացասական արդյունք հայտնաբերվել է 33 դեպքում, կեղծ բացասական՝ 3 դեպքում:

Աղյուսակ 3.

ԱՄՏ արդյունքների դասակարգումը

ԱՄՏ արդյունք	Վիրահատությունը անհրաժեշտ էր	Վիրահատությունը պետք չէր
Դրական	23	6
Բացասական	3	33

Ախտորոշիչ արժեքի ուսումնասիրությունը հայտնաբերել է, որ որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների մոտ ԱՄՏ զգայունությունը հավասար է 78%, սպեցիֆիկությունը՝ 84,7%, ճշգրտությունը՝ 86,4%, դրական կանխատեսման հնարավորությունը՝ 78,6%, բացասական կանխատեսման հնարավորությունը՝ 92,6%: Ախտորոշիչ լապարոտոմիայի տոկոսը ԱՄՏ-ի կիրառման դեպքում եղել է հավասար 19,6%:

Ուլտրաձայնային հետազոտության ենթարկվել են 120 հիվանդներ, որը կազմում է 100%: Ուլտրաձայնային հետազոտության ենթարկվածների խմբում 51,5% (67) հիվանդներ եղել են արական սեռի, 48,5% (53)՝ իգական: Միջին տարիքը հավասար է եղել 42=18 տարի: ISS՝ 29,2=12 միավոր: Մահացությունը կազմել է 45,8% (51): Մեկօրյա ժամկետում մահացությունը՝ 52,3% (27): Վնասվածքից հետո մինչև հիվանդանոց ընդունվելու միջին ժամանակը՝ 104=36 րոպե: 39,1% (40) հիվանդների կատարվել է լապարոտոմիա: Ուլտրաձայնային հետազոտության ենթարկված 120 հիվանդներից «դրական» արդյունք գրանցվել է 33 հիվանդների մոտ, «բացասական» արդյունք՝ 87 հիվանդների մոտ: Ընդ որում, իրական դրական արդյունք գրանցվել է 31 հետազոտություններում, կեղծ դրական՝ 2-ում: Իրական բացասական արդյունք հայտնաբերվել է 114 դեպքում, կեղծ բացասական՝ 12-ում:

Աղյուսակ 4.

Ուլտրաձայնային հետազոտության արդյունքների բաժանումը

Ուլտրաձայնային հետազոտության արդյունք	Վիրահատությունը անհրաժեշտ է	Վիրահատությունը պետք չէ
Դրական	31	2
Բացասական	8	79

Ախտորոշիչ արժեքի ուսումնասիրությունը հայտնաբերել է, որ որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների մոտ ուլտրաձայնային հետազոտության զգայունությունը հավասար է 81,3%, սպեցիֆիկությունը՝ 97%, ճշգրտությունը՝ 91%, դրական կանխատեսման հնարավորությունը՝ 95%, բացասական կանխատեսման հնարավորությունը՝ 89%: Ախտորոշիչ լապարոտոմիայի տոկոսը ուլտրաձայնային հետազոտության կիրառման դեպքում եղել է հավասար 3,8%:

ԱՄՏ կատարվել է 14 հիվանդների, որը կազմել է 11,7%: ԱՄՏ խմբում 66,6% (9) հիվանդներ եղել են արական սեռի, 34,4% (5)՝ իգական: Միջին տարիքը հավասար է եղել 43,2=18 տարի: ISS՝ 25,2= 9 միավոր: Մահացությունը կազմել է 57,1% (8): Մեկօրյա ժամկետում մահացությունը՝ 50% (4): Վնասվածքից հետո մինչև հիվանդանոց

ընդունվելու միջին ժամանակը՝ 79=27 րոպե: Լապարոտոմիա կատարվել է 52,4% (7) հիվանդների:

14 հիվանդներից, որոնց կատարվել է ԱՄՏ, «դրական» արդյունք գրանցվել է 8 հիվանդների մոտ, «բացասական» արդյունք՝ 6: Ընդ որում, իրական դրական արդյունք գրանցվել է 20 հետազոտություններում, կեղծ դրական՝ 3-ում: Ճիշտ բացասական արդյունք հայտնաբերվել է 17 դեպքում, կեղծ բացասական՝ 2-ում:

Աղյուսակ 5.

ԱՄՏ արդյունքների բաժանումը

ԱՄՏ արդյունք	Վիրահատությունը անհրաժեշտ էր	Վիրահատությունը պետք չէր
Դրական	7	1
Բացասական	1	5

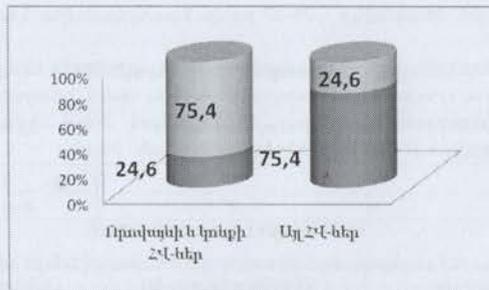
Ախտորոշիչ արժեքի ուսումնասիրությունը հայտնաբերել է, որ որովայնի կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների մոտ ԱՄՏ զգայունությունը հավասար է 91%, սպեցիֆիկությունը՝ 85%, ճշգրտությունը՝ 88%, դրական կանխատեսման հնարավորությունը՝ 87%, բացասական կանխատեսման հնարավորությունը՝ 89,5%: Ախտորոշիչ լապարոտոմիայի տոկոսը ԱՄՏ կիրառման դեպքում եղել է հավասար 12-ի:

Բոլոր հետազոտված (120) հիվանդներից 13,1% (16) հիվանդների մոտ կոնքի վնասվածքը բուժել են կոնքի ոսկրերի շտապ արտաքին ամրացման (ֆիքսելու) օգնությամբ, 86,9% (104) հիվանդների կոտրվածքները ոսկրերի կոնքի բուժել են կոնսերվատիվ: Բոլոր հիվանդների բաժանումը, կախված կոնքի կոտրվածքների բուժման միջոցից, թույլ չի տալիս լիովին գնահատել կոնքի ամրակցման ազդեցությունը վնասվածքի արդյունքի վրա, ինչպես որ կոնքի ոչ բոլոր կոտրվածքներն են կարիք գգում ամրակցման (ֆիքսացիայի): Այդ պատճառով, բոլոր հիվանդները վերադասակարգվել են ոչ թե ըստ բուժման եղանակի, այլ ըստ արտաքին ամրակցման (ֆիքսացիայի) կիրառման անհրաժեշտության: Պարզվեց, որ կոնքի կոտրվածքների կոնսերվատիվ բուժումը եղել է բացարձակ արդարացված 61 (50,3%) հիվանդների մոտ, այն դեպքում, երբ կոնքի ոսկրերի շտապ ամրակցման (ֆիքսացիայի) կարիք ունեցել են 59(49,7%) հիվանդներ:

Ստացված արդյունքների ընկալումը

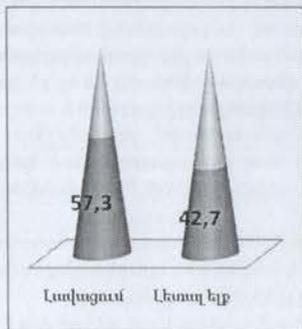
Այս հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքները հանդիպում են բավականին հաճախ և կազմում են կլինիկա ընդունված բոլոր համակցված վնասվածքների մոտավոր ¼ մասը (24,6%) /տկար 1/:

Սովորաբար, վնասվածքով հիվանդների խմբում անհամեմատ զերակշռում է արական սեռը: Մեր աշխատանքում այդպիսի զերակշռումը համոզիչ չէ: Չնայած, հիվանդների մեծ մասը կազմում են տղամարդիկ, որոնք կազմում են 55,8%, կանանց մասը կազմում է ընդամենը 12% ով պակաս հասնելով 44,2%: Հիվանդների միջին տարիքը կազմում է 40,9 ± 17,5 տարեկան: Վնասվածքի պահից մինչև հոսպիտալիզացիա ընկած ժամանակահատվածի միջին տևողությունը 94 րոպե է ± 24 րոպե, որը վկայում է «շտապ օգնություն» քաղաքային ծառայության օպերատիվ աշխատանքի մասին և թույլ է տալիս ենթադրել, որ շատ ծանր վնասվածքով տուժածներ կարող են տեղափոխվել հիվանդանոց կենդանի վիճակում:

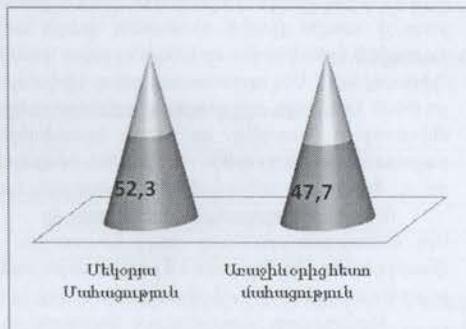


Նկար.1

Եվ իրականում, շՎ ծանրությունը, գնահատված ըստ ISS, միջինում հավասար էր 28.7 աստիճանի: Այս ցուցանիշը բնութագրում է հետազոտվող խմբին որպես ծանր շՎ-ով հիվանդների խումբ, որում սպասվելիք մահացությունը կազմում է 25-55%: Վերը նշվածի ապացույցն է հանդիսանում, չնայած էրիտասարդ տարիքի, բավականին կարճ ժամանակահատվածի և վնասվածքի պահից մինչև հիվանդանոց ընդունվելուն, մահվան ելքի 42.7%: Բացի բարձր մահացությունից և ISS-ի էական նշանակությունից, վնասվածքի ծանրության մասին վկայում է շատ բարձր մինչև մեկօրյա ընթացքում մահացությունը, որը հասնում է 52.3%-ի: Այս փաստը վկայում է այն մասին, որ մահվան պատճառները ավելին են, քան հիվանդանոցում հիվանդների կեսի մահը, որի պատճառը պետք է հանդիսանա վնասվածքային և հեմոռագիկ շոկը:



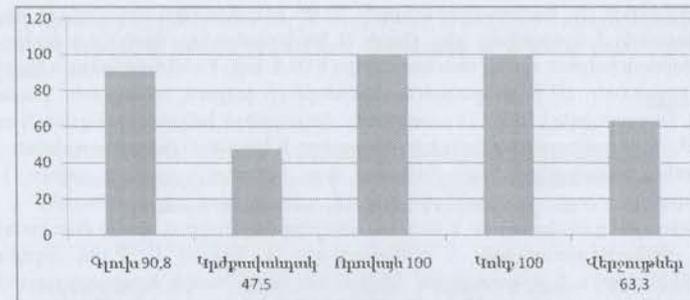
Նկար. 2



Նկար. 3

Որպեսզի ստանանք ամբողջական պատկերացում շՎ-ի կառուցվածքի մասին, մենք վերլուծել ենք մյուս անատոմո-ֆունկցիոնալ հատվածների վնասվածքները:

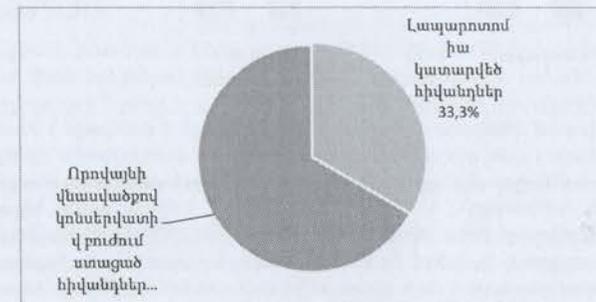
Պարզվել է, որ կոնքի և որովայնի շՎ-ով առավել հաճախ ուղեկցվում է ԳՈՒՎ-ը, որն առկա է հետազոտված 10 հիվանդներից 9-ի մոտ, հասնելով 90.8%-ի: Հետազոտվողների 2/3 ի մոտ (63.3 %) առկա է վերջույթների վնասվածք: Վնասվածքով հիվանդների զրեթե կեսի մոտ (47.5 %)ախտորոշվել է կրծքավանդակի վնասվածք:



Նկար. 4.

Վիրաբուժական մեթոդի գնահատման նպատակով, բոլոր որովայնի և կոնքի շՎ-ով հիվանդները բաժանվում են երկու խմբի՝ կախված որովայնային վնասնաճքի բուժման մեթոդի ընտրությունից:

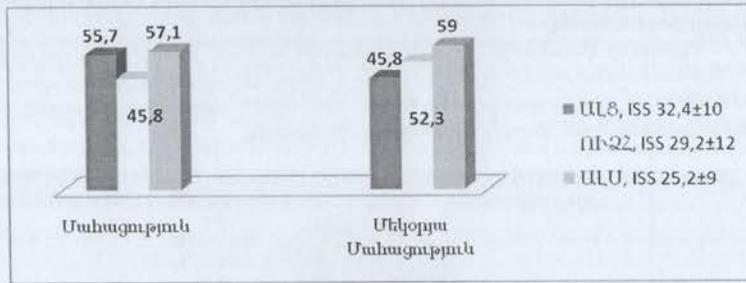
Որովայնի վնասվածքների վիրահատական բուժման խմբի մեջ ընդգրկվեցին 40 (33.3%) տուժածներ , որոնց մոտ կատարվել է շտապ վիրահատություն: Կոնսերվատիվ բուժման խմբի մեջ ընդգրկվեցին 80 (66.7%) հիվանդներ, որոնց մոտ որովայնի վնասվածքի բուժումը իրականացվեց կոնսերվատիվ մեթոդով:



Նկար. 5.

Հիվանդների խումբը, որոնց մոտ որովայնի վնասվածքը բուժել են վիրահատական միջամտությամբ, համեմատվել էր հիվանդների խմբի հետ, որոնց մոտ որովայնի վնասվածքը բուժել են կոնսերվատիվ ըստ հետազոտվող հիվանդների քանակի (40; 80 համապատասխանաբար), ըստ տարիքի (36.8 ± 14 տարեկան; 43.1 ± 18 տարեկան համապատասխանաբար) և ըստ շՎ-ի ծանրության (ISS=33.9 ± 10 աստիճան; ISS= 26,2 ± 13 աստիճան համապատասխանաբար, p>0.05): Աշխարհի բոլոր երկրներում ներորովայնային վնասվածքի ախտորոշման նպատակով կիրառում են ԱՆՑ; ՈՒՉ2 և ԱԼՍ: Մենք փորձեցինք առանձնացնել այս մեթոդների դերը կոնքի և որովայնի շՎ-ով հիվանդների ախտորոշման մեջ: Այս մեթոդների հայտնիության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բոլոր հիվանդների մոտ կիրառվել է ՈՒՉ2 100%, ԱՆՑ կիրառվել է համեմատական

կարգով ավելի քիչ հաճախականությամբ՝ 53.6% հետազոտվող հիվանդների մոտ: ԱՄՍ օգտագործվել է նշանակալի քիչ՝ միայն 11.7% հիվանդների մոտ: ՀՎ-ի ծանրությունը հիվանդների խմբում, որոնց մոտ կատարվել է ԱՄՍ, եղել է ամենաբարձրը և հասել է 32.4 ± 10 աստիճան: ՀՎ-ի ծանրությունը հիվանդների խմբում, որոնց մոտ կատարվել է ՌԻՉԶ, հավասարվել է 29.2 ± 12 աստիճանի: Հիվանդների խմբում, որոնց մոտ կատարվել է ԱՄՍ, ՀՎ-ի ծանրությունը եղել է ամենացածրը և կազմել է 25.2 ± 9 աստիճան: Մահացությունը, հիվանդների խմբում, որոնց մոտ կատարվել է ԱՄՍ, գտնվել է 55.7% մակարդակի վրա: Հիվանդների խմբում, որոնց մոտ իրականացվել է ՌԻՉԶ, մահացությունը հավասարվել է 45.8 %-ի: Հիվանդների խմբում, որոնց մոտ կատարվել է ԱՄՍ, մահացությունը եղել է ամենաբարձրը և կազմել է 57.1%: Ջգայնություն, սպեցիֆիկություն և ճշգրտություն՝ հիմնական ստատիստիկ հասկացություններն են, որոնք թույլ են տալիս օբյեկտիվ գնահատել մեթոդի ախտորոշիչ արժեքը: Բացի այդ, նույն նպատակներով, հաճախ օգտագործում են տեստի դրական և բացասական կանխատեսվող հնարավորությունները:



Նկար.6.

Մինչև մեկօրյա ընթացքում մահացությունը հիվանդների խմբում, որոնց կատարվել է ԱՄՍ, հավասարվել է 45.8%-ի: Հիվանդների խմբում, որոնց ներդրվայնային վնասվածքի ախտորոշման նպատակով օգտագործվել է ՌԻՉԶ, մինչև մեկօրյա ընթացքում մահացությունը կազմել է 52.3 %: Հիվանդների խմբում, որոնց կատարվել է ԱՄՍ, մինչև մեկօրյա ընթացքում մահացությունը գտնվում է ամենաբարձր մակարդակի վրա՝ հասնելով 59 %-ի: Իսկզբանե, մենք կողմնորոշվում էինք ներվիրահատական բուժական իրադարձություններով հիվանդության պատմության մեջ վիրահատող վիրաբույժի գրառումներով (հեմոստագ, օրգանի հեռացում, օրգանի մասնահատում), և գնահատում էինք յուրաքանչյուր վիրաբուժական միջամտություն, ինչպես փրկող վիրահատություն՝ իրականացված կյանքին վտանգ սպառնացող որովայնի խոռոչի օրգանների վնասվածքների կապակցությամբ: Սակայն, վերլուծելով կլինիկական նյութը մինչև վերջ, մենք հայտնաբերեցինք, որ որովայնի խոռոչի օրգանների նմանատիպ վնասվածքով հիվանդների թիվը (խոռոչավոր օրգանների 2-5 աստիճանի վնասվածքներ, պարենխիմալ օրգանների 3-5 աստիճանի վնասվածքներ (ըստ AAST-ի)) չի համընկնում շտապ վիրահատված հիվանդների թվի հետ: Վիրահատության ընթացքում կյանքի համար վտանգ սպառնացող վնասվածք հայտնաբերվել է միայն 14 հիվանդների մոտ: 26 հիվանդների մոտ որովայնի վնասվածքը չի կրել աղետալի բնույթ: Ստացված արդյունքների վերլուծումը ստիպեց վերանայել մեծ մաս որովայնային վիրահատությունների նպատակա-

հարմարությունը և կրկին գնահատել յուրաքանչյուր մեթոդի ախտորոշիչ արժեքը՝ հաշվի առնելով որովայնի խոռոչի օրգանների վնասվածքի աստիճանը ըստ AAST դասակարգման:

Աղյուսակ 6.

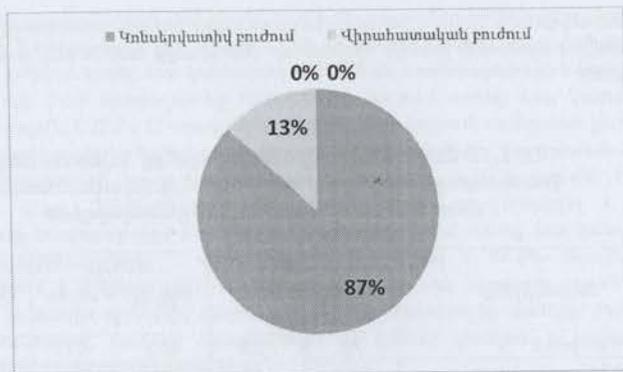
ԱՄՍ-ի, ՌԻՉԶ-ի և ԱՄՍ-ի ախտորոշիչ արժեքը՝ ներդրվայնային վնասվածքների ծանրության աստիճանների վերագնահատումից առաջ և հետո, համաձայն AAST դասակարգման

Ցուցանիշներ	ԱՄՍ		ՌԻՉԶ		ԱՄՍ	
	Սկզբից	Շետո	Սկզբից	Շետո	Սկզբից	Շետո
Ջգայնություն	78	92,8	81,3	71	91	89
Սպեցիֆիկություն	84,7	64,6	97	77,3	85	54,5
Չստակություն	86,4	68,7	91	76	88	62
Դիագնոստիկ լայարոտոմիա	19,6	67,4	3,8	44,7	12	62,5
Դրական կանխատեսման հնարավորություն	78,6	31	95	46	88	34,8
Բացասական կանխատեսման հնարավորություն	92,6	98,1	89	90,6	89,5	95

Այսպիսով, կատարված հետազոտությունները վկայում են, որ որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների մոտ ներդրվայնային աղետների ախտորոշումը հանդիսանում է բարդ և չուժված խնդիր, մինչ ներկայիս ժամանակները: ՌԻՉԶ-ն հանդիսանում է որովայնի և կոնքի ՀՎ-ով հիվանդների որովայնի խոռոչի օրգանների վնասվածքների ախտորոշման առավել կիրառելի մեթոդը, որը թույլ է տալիս խուսափել ախտորոշիչ որովայնահատումից, ինչպես նաև չուշանալ փրկող վիրահատություն կատարելուց:

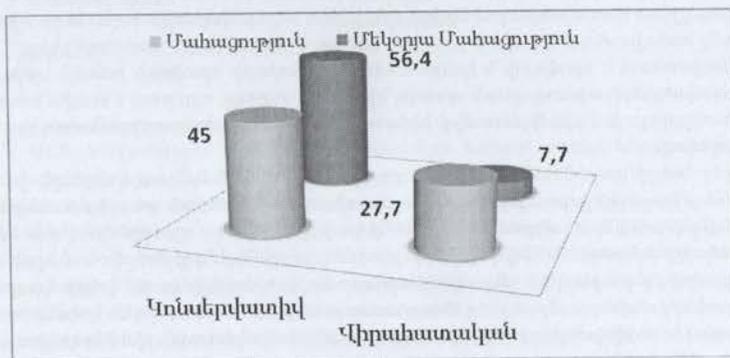
Կոնքի ըստ բնույթի (ըստ ծանրության) ոչ միանման կտրվածքների բուժման համար կարելի է օգտագործել կոնքի վնասվածքների բուժման տարբեր մոտեցումներ՝ կոնսերվատիվ կամ վիրահատական: Ղեկավարվելով այդ դրությամբ, վերլուծվել են որովայնի և կոնքի ՀՎ հիվանդների բուժման արդյունքները, հաշվի առնելով կոնքի վնասվածքների բուժման մեթոդի ընտրությունը, և պարզեցվինք, որ կոնքի կտրվածքներով հիվանդների զերբաշտող մեծամասնությունը (86.9 %) բուժվել են կոնսերվատիվ և միայն 13.1 % հիվանդների մոտ կիրառվել է կոնքի ոսկրերի արտաքին ֆիքսացիա:

Այս խմբի համեմատական վերլուծությունը ցույց տվեց, որ հիվանդների խումբը, որոնց մոտ կոնքի վնասվածքը բուժել են կոնսերվատիվ մեթոդով, համեմատական է հիվանդների խմբին, որոնց կատարվել է կոնքի արտաքին ֆիքսացիա շտապ կարգով՝ ըստ սեռի (% տ/կ=56/44; % տ/կ=57/43, համապատասխանաբար), տարիքի (41.8±18 տարեկան, 32±6.7 տարեկան, համապատասխանաբար) և ՀՎ ծանրության (ISS 27.3±12 աստիճան):



Նկար 7.

ISS 33±8 աստիճան համապատասխանաբար, $p > 0.05$): Կոնքի վնասվածքների կոնսերվատիվ բուժման եղանակով հիվանդների խմբում մահացությունը կազմել է 45%: Մահացությունը հիվանդների խմբում, որոնց մոտ կատարվել է շտապ կոնքի արտաքին ֆիքսացիա, հավասար է եղել 27.7 % ($p > 0.05$): Կոնքի կոտրվածքների կոնսերվատիվ բուժման խմբում, մինչև մեկօրյա ընթացքում մահացությունը հասել է 56.4%: Հիվանդների խմբում, որոնց մոտ կատարվել է կոնքի շտապ արտաքին ֆիքսացիա, մինչև մեկօրյա ընթացքում մահացությունը հավասար է եղել 7.7 %:



Նկար 8.

Ընդհանուր մահացության և մինչև մեկօրյա ընթացքում մահացության տարբեր ցուցանիշները խմբերում համեմատելի են ըստ հիմնական ցուցանիշների, բայց տարբերվող կոնքի վնասվածքների բուժման եղանակներով, հիմք է հանդիսանում ենթադրել, որ հենց բուժման տարբեր մոտեցումները պետք է որոշեն տրավմատիկ հիվանդության ընթացքը և նրա էլքը: Ուշադրության է արժանի այն փաստը, որ եթե որովայնի և կոնքի 24 հիվանդի մոտ առկա է կոնքի անկայուն կոտրվածք, կատարվում է կոնքային կարկասի շտապ կայունացում մինիմալ ինվազիվ եղանակով արտաքին ֆիքսացիա, ապա

մահացությունը այդ խմբում նվազում է ավելի քան երկու անգամ, հասնելով որովայնի և կոնքի 24 հիվանդների խմբի մահացության մակարդակին, որոնք ունենին կոնքի կայուն կոտրվածք: Մինչև մեկօրյա ընթացքում մահացությունը այդպիսի հիվանդների մոտ նվազել է մի քանի անգամ: Մահացության ցուցանիշների համեմատական վերլուծությունը ուսումնասիրվող խմբերում թույլ է տալիս անել եզրակացություն, որ որովայնի և կոնքի 24-ով հիվանդների կոնքի շտապ արտաքին ֆիքսացիան հանդիսանում է կարևորագույն բուժիչ հակաշոկային միջոցառումը, որը թույլ է տալիս լավացնել այդ հիվանդների բուժման արդյունքները: Իրականացված հետազոտությունները վկայում են այն մասին, որ որովայնի և կոնքի 24-ը հանդիսանում են լուրջ խեղդի ուրզենա բժշկության մեջ, ուղեկցվելով շատ բարձր մահացությամբ: Մեր կողմից իրականացված հետազոտությունների արդյունքները թույլ տվեցին առաջարկել հետևյալ բուժա-ախտորոշիչ ալգորիթմը, որը հաշվի առնելով առկա փորձի չիրականացված հնարավորությունները, կօգնի փոխել այդ հիվանդների բուժման արդյունքները դեպի լավը: Տվյալ ալգորիթմի հաջող օգտագործման համար, յուրաքանչյուր հիվանդին անհրաժեշտ է 1. կատարել որովայնի խոռոչի ՌՁ: Եթե հայտնաբերվել է ազատ հեղուկ ավելի քան երկու հետազոտվող շրջաններում, արդյունքը համարվում է դրական: Եթե հեղուկը հայտնաբերվել է պակաս, քան երեք հետազոտվող շրջաններում, արդյունքը համարվում է բացասական, 2. գնահատել կոնքի կայունությունը հիմնվելով ռենտգեն հետազոտության վրա: Այն դեպքում, երբ ՌԻՁ2 արդյունքը գնահատվել է որպես դրական, իսկ ռենտգեն հետազոտությունը ցույց է տալիս կոնքային օղի անկայունության համոզիչ նշաններ, տուժածին ուղարկում են վիրահատարան շտապ որովայնային վիրահատություն և շտապ կոնքի արտաքին ֆիքսացիա իրականացնելու համար: Եթե ՌԻՁ2 արդյունքը բացասական է, իսկ կոնքային օղի անկայունության ռենտգեն նշանները կապված չեն առաջացնում, հիվանդին ուղարկում են վերակենդանացման բաժանմունք՝ հակաշոկային կոմպլեքս միջոցառումներ իրականացնելու համար, անպայման կոնքի շտապ արտաքին ֆիքսացիայով: Եթե ՌԻՁ2 գրանցում է ներորովայնային աղետների նշաններ, իսկ ռենտգենոգրաֆիան կոնքային օղի կայունություն, ապա հիվանդին շտապ ուղեկցում են վիրահատարան շտապ լավարտոմիա իրականացնելու համար: Ներորովայնային աղետների ուլտրաձայնային նշանների բացակայության դեպքում, կոնքի ոչ կայուն կոտրվածքը պետք է ֆիքսվի առավելագույն վաղ շրջանում:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդները կազմում են բոլոր ծանր համակցված վնասվածքներով հիվանդների 24.6 %: Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների մահացությունը հասնում է 42.7 %, այդ թվում, առաջին օրերի ընթացքում մահանում են 52.3 %:
2. Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների ծանրությունը, որոշված ըստ միջազգային ստանդարտների գնահատման Injury Severity Score, միջինում կազմում է 28.7 ± 11 աստիճան:
3. Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների 49.7%-ը կարիք ունեն կոնքի ոսկրերի շտապ արտաքին ֆիքսացիայի: Կոնքի ոսկրերի շտապ արտաքին ֆիքսացիան հանդիսանում է կարևորագույն հակաշոկային, բուժական միջոցառում, որը թույլ է տալիս իջեցնել մինչև մեկ օրվա ընթացքում մահացությունը ավելի քան 8 անգամ, իսկ մահացությունը ավելի քան 2 անգամ:

4. Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների ներորովայնային աղետների ախտորոշման համար կիրառվող ախտորոշիչ մեթոդների ճշտությունը հետևյալն է՝ ՈՒՉՁ 76 %, լապարոցենտեզ 68.7 %, լապարոսկոպիա 62%:
5. Կոնքի վնասվածքներով հիվանդների մասը, որոնք պահանջում են շտապ որովայնային վիրահատություն, կազմում են 11.7 %: Շտապ ախտորոշիչ որովայնային վիրահատությունը հանդիսանում է այն գործոններից մեկը, որը վատացնում է որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով տուժածների բուժման արդյունքները: Կոնքի կայուն կոտրվածքներով հիվանդների մոտ ախտորոշիչ լապարոտոմիան ավելացնում է մինչև մեկ օրվա ընթացքում մահացությունը 4.7 անգամ, իսկ ընդհանուր մահացությունը՝ 3.7 անգամ: Եթե կոնքի անկայուն կոտրվածքը ֆիքսված է, ախտորոշիչ լապարոտոմիան ավելացնում է ընդհանուր մահացությունը 1.9 անգամ: Կոնքի անկայունության պահպանման դեպքում ախտորոշիչ լապարոտոմիան չի ցուցաբերում էական ազդեցություն որովայնի և կոնքի շՎ հիվանդների բուժման արդյունքների վրա:
6. Կատարված աշխատանքների վրա հիմնվելով՝ առաջարկվել է բուժիչ ախտորոշիչ ալգորիթմ Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների համար:

ԳՈՐԾԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

1. Ծանր վնասվածքով հիվանդների մոտ, պարտադիր կարգով, պետք է հետազոտվեն կոնքի ոսկրերը և որովայնի խոռոչը, քանի որ որովայնի և կոնքի կոմբինացված վնասվածքները հանդիպում են ծանր համակցված վնասվածքներով հիվանդների 1/4 մասի մոտ:
2. Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների մոտ ներորովայնային աղետների ախտորոշման օպտիմալ մեթոդն է հանդիսանում որովայնի խոռոչի ուլտրաձայնային հետազոտությունը, որը անհրաժեշտ է կատարել այնպես, ինչպես և կոնքի ոսկրերի ռենտգեն հետազոտությունը, տուժածի առաջնային զննման ժամանակ: Այդ թվում, վիրահատական մտեցումը որոշվում է կլինիկական պատկերով և որովայնի խոռոչում ազատ հեղուկի քանակությամբ:
3. Այն դեպքում, երբ ուլտրաձայնային հետազոտության արդյունքները դրական են, հիվանդին ուղարկում են վիրահատարան շտապ որովայնային վիրահատություն իրականացնելու համար:
4. Եթե ռենտգեն հետազոտությունների արդյունքում հայտնաբերվել են կոնքային օղակի անկայունության համոզիչ նշաններ, ապա անհրաժեշտ է կատարել կոնքի արտաքին ֆիքսացիա վիրահատարանում որովայնային միջամտությունից առաջ կամ հետո: Այդ հակաշոկային միջոցառումներ ենթակա են Որովայնի և կոնքի շՎ հիվանդների 49.7%:
5. Որովայնի խոռոչի ուլտրաձայնային հետազոտությունների արդյունքների բացասական լինելու դեպքում և հայտնաբերվել են կոնքային օղակի անկայունության համոզիչ ռենտգեն նշաններ, հիվանդին ուղարկում են ռեանիմացիայի բաժանմունք, որտեղ անցկացնում են հակաշոկային միջոցառումներ, ընդգրկելով իր մեջ, պարտադիր կարգով, կոնքի շտապ արտաքին ֆիքսացիա և որովայնի խոռոչի կրկնակի ուլտրաձայնային հետազոտություն 1 – 2 ժամ հետո:
6. Միայն այն դեպքերում, երբ որովայնի վնասվածքի կլինիկա-ուլտրաձայնային ախտորոշումը հնարավոր չէ, դժվարացած է կամ իվիճակի չէ բացառել ներորովայնային աղետը, անհրաժեշտ է կիրառել լապարոցենտեզ: Այդ դեպքում հեմոպերիտոնիումի արտահայտվածությունը որոշվում է լավաժային հեղուկի մակրոսկոպիկ

զննահատականով, իսկ զարգացող պերիտոնիտը՝ լավաժային հեղուկի լաբարատոր զննահատականի հիման վրա (բակտերիաների առկայություն, ամիլազայի ակտիվություն):

7. Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների մոտ պետք է խուսափել լապարոսկոպիա իրականացնելուց, քանի որ վերջինս հանդիսանում է առավել ինվազիվ և նվազագույն ճշգրիտ (62 %) մեթոդը, բերելով ախտորոշիչ լապարոտոմիայի կամ մինիմալ բուժիչ ծանրաբեռնվածությամբ լապարոտոմիայի 62.5 % դեպքերում:
8. Պետք է խուսափել ախտորոշիչ վիրահատություններից, քանի որ շտապ որովայնահատումը կկրի փրկողական - հակաշոկային բնույթ, միայն շարունակվող ներորովայնային արյունահոսությունների կամ զարգացող պերիտոնիտի դեպքում: Մնացած բոլոր դեպքերում շտապ որովայնահատումը հանդիսանում է բարձր ինվազիվ ախտորոշիչ միջամտություն, ունակ բացասական ազդել վնասվածքի էլքի վրա, իսկ նրա կիրառումը պետք է դիտվի ինչպես լուրջ տակտիկական սխալ:

ԱՏԵՆԱՆՈՍՈՒԹՅԱՆ ԹԵՄԱՅՈՎ ՏՊԱԳՐՎԱԾ ՀՈՐԿԱՄՆԵՐԻ ՑՈՒՑԱԿ

1. Օրդույան Ս.Լ., Մինասյան Ա.Ս., Մացակյան Դ.Ս., «Որովայնի, վերջույթների և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների ախտորոշման և բուժման օպտիմալացման ուղիները»: Տեսական և կլինիկական բժշկության հարցեր, հատոր 17, N 4(91), 2014, 22-29 էջ:
2. Օրդույան Ս.Լ., Մինասյան Ա.Ս., Մացակյան Դ.Ս., «Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքներով հիվանդների բուժման եղանակները»: Կլինիկական բժշկագիտության արդի հիմնախնդիրները թիվ 1 համալսարանական կլինիկական հիվանդանոցի 100-ամյակին նվիրված գիտաժողով, 2014թ., 47-52էջ:
3. Մացակյան Դ.Ս., «Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքների ժամանակ որովայնային պարոլոգիայի ախտորոշման եղանակները»: Տեսական և կլինիկական բժշկության հարցեր, հատոր 17, N 6(95), 2014, 23-26 էջ:
4. Օրդույան Ս.Լ., Մինասյան Ա.Ս., Մացակյան Դ.Ս., «Որովայնի և կոնքի համակցված վնասվածքների ժամանակ լապարոտոմիայի դերը»: Տեսական և կլինիկական բժշկության հարցեր, հատոր 17, N 7(96), 2014 9-11էջ:

РЕЗЮМЕ

**ДАВИД СУРЕНОВИЧ МАЦАКЯАН
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ЖИВОТА И ТАЗА**

Целью данного исследования является улучшение результатов лечения пациентов с сочетанными травмами живота и таза - с использованием оптимальных методов диагностики и лечения.

Предложены следующие задачи: 1. Изучить распространенность сочетанных травм живота и таза среди пациентов с тяжелыми сочетанными травмами и оценить результативность лечения, 2 определить степень тяжести у больных с сочетанными травмами живота и таза по стандартам оценки тяжести сочетанных травм -Injury Severity Score, 3 . Разделить больных, которые нуждаются в экстренной фиксации таза и определить роль экстренной наружной фиксации таза у больных с сочетанными травмами живота и таза, 4. определить роль и место диагностических методов (диагностический лапаросцентез, УЗИ, диагностическая

лапароскопия) при постановлении показаний экстренной лапаротомии у больных с сочетанными травмами живота и таза. 5 Разделить больных нуждающихся в экстренной лапаротомии и определить роль и место лапаротомии у больных с сочетанными травмами живота и таза. 6. Разработать диагностический и лечебный алгоритм для больных с сочетанными травмами живота и таза.

Научная новизна заключается в том, что разработан лечебно-диагностический алгоритм больных с сочетанными травмами живота и таза, представлены соотношение диагностических методов абдоминальной патологии у больных с сочетанными травмами живота и таза, представлены роль и место абдоминальных и тазовых операций у больных с сочетанными травмами живота и таза.

Предметом данного исследования являются 120 больных с сочетанными травмами живота и таза, поступивших в МЦ «Сурб Григор Лусаворич» с 2009-2013г. В исследуемой группе 67 больные мужского пола, 53- женского. Возраст больных от 14 до 93 лет. Степень тяжести сочетанных травм определялась по ISS и колеблется от 11 до 66 баллов. Умерло 51 больных. 27 больных умерло за первый день. Минимальное время от получения травмы до поступления в стационар было 20 минут, максимальное – 160 минут.

Каждый больной входящий в исследование кроме повреждений живота(100%) и таза(100%) имел еще повреждение минимум одной другой анатомо-функциональной области. В этой травматической комбинации у 90,8%(109) больных было обнаружено ЧМТ, у 47,5% (57) была повреждена грудная клетка, у 63,3%(76) были повреждены конечности. В том числе тяжелая ЧМТ подтвердилась у 42,3%(46) больных, средней и легкой тяжести у 57,7%(63) больных. В 76%(43) исследований повреждения грудной клетки рассматривались как тяжелые, 24% (14)- как легкие.

Все полученные данные при исследовании были статистически обработаны с использованием статистического пакета SPSS 16.0 for Windows и программы Microsoft Excel 2007. Целью статистического исследования является подтверждение гипотезы- связь уровня смертности при выборе диагностических и лечебных методов у больных с травмами живота и таза. Полученные данные представлены в выводах -1. Больные с сочетанными травмами живота и таза составляют 24.6% от всех тяжелых сочетанных травм. Смертность больных с сочетанными травмами живота и таза достигает до 42.7%, при этом в первые сутки умирают 52.3%, 2. Тяжесть больных с сочетанными травмами живота и таза, определенная по международным стандартам оценивания- Injury Severity Score, в среднем состоит 28.7±11 баллов, 3. 49.7%-ов больных с сочетанными травмами живота и таза нуждаются в экстренной наружной фиксации костей таза. Экстренная наружная фиксация костей таза является важным противошоковым лечебным мероприятием, которое позволяет снизить досуточную смертность более чем на 8 раз, а общую смертность более чем на 2 раза, 4. Точность диагностических методов у больных с сочетанными травмами живота и таза при диагностике внутрибрюшной катастрофы следующие- УЗИ 79%, лапароцентез 68.7%, лапароскопия 62%. Этот фактор в некоторых случаях является причиной диагностических и лечебных ошибок. 5. Больные с травмами таза, которые нуждаются в экстренной лапаротомии, составляют 11.7%. Экстренная диагностическая лапаротомия является одним из факторов, которое ухудшает результаты лечения больных с сочетанными травмами живота и таза. Диагностическая лапаротомия у больных с стабильными переломами костей таза увеличивает досуточную смертность на 4.7 раза, а общую смертность на 3.7 раза. Если

нестабильный перелом таза фиксирован, диагностическая лапаротомия увеличивает общую смертность на 1.9 раза. При сохранении неустойчивости таза диагностическая лапаротомия не несет существенных влияний на результаты лечения больных с сочетанными травмами живота и таза, 6. Опираясь на сделанные работы-предложен лечебно-диагностический алгоритм для больных с сочетанными травмами живота и таза.

SUMMARY

DAVIT MATSAKYAN SUREN

WAYS OF OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH COMBINED INJURIES OF ABDOMEN AND PELVIS

The aim of this study is to improve the outcomes of patients with combined injuries of the abdomen and pelvis - using the best methods of diagnosis and treatment.

The following objectives are proposed: 1. To study the prevalence of combined injuries of the abdomen and pelvis for patients with severe combination of injuries and to evaluate the results of treatment, 2 to determine the severity of combined injuries of the abdomen and pelvis for patients according to the standards of the severity of injuries -Injury Severity Score, 3. To separate the patients who need additional fixation of the pelvis and to determine the roll of pelvic external fixation for patients with combined injuries of the abdomen and pelvis, 4. To define the role and place of the diagnostic methods (diagnostic laparocentesis, ultrasound, diagnostic laparoscopy) for emergency laparotomy for patients with the combination of injuries of the abdomen and pelvis. 5 To separate the patients who need emergency laparotomy and to define the role and place of laparotomy for patients with combined injuries of the abdomen and pelvis 6. To develop diagnostic and treatment algorithm for patients with combined injuries of the abdomen and pelvis.

Scientific novelty lies in the fact that diagnostic and treatment algorithm is developed for patients with combined injuries of the abdomen and pelvis, the ratio of diagnostic methods for abdominal pathology are presented for patients with combined injuries of the abdomen and pelvis, the role and place of the abdominal and pelvic surgery are presented for patients with combined injuries of the abdomen and pelvis.

The subject of this study are 120 patients with combined injuries of the abdomen and pelvis, who entered the MC «St. Gregory the Illuminator» 2009-2013. In the study group 67 are male patients, 53 - female. The patients' age is from 14 to 93 years. Severity of associated injuries is determined by ISS and varies from 11 to 66 points. 51 patients died. 27 patients died during the first day. Minimum time of the injuries before admission was 20 minutes, maximum - 160 minutes.

Each patient included in the study except for abdominal injuries (100%) and pelvis (100%) had more damage of at least one other anatomical and functional area. In this traumatic combination in 90.8% (109) of patients was found TBI, 47.5% (57) had injuries of chest, 63.3%

(76) had injuries of limbs. Besides the severe TBI was confirmed among 42.3% (46) of patients, mild and moderate severity among 57.7% (63) of patients. In 76% (43) of studies the chest damage was severe, 24% (14) was mild.

All the data obtained in the study were statistically processed using the statistical package SPSS 16.0 for Windows program and Microsoft Excel 2007. The purpose of statistical research is the confirmation of the hypothesis - Feedback mortality in the selection of diagnostic and therapeutic methods for patients with injuries of the abdomen and pelvis. Data obtained are reported in conclusion -1. Patients with combined injuries of the abdomen and pelvis constitute 24.6% of all severe concomitant injury. Mortality of patients with combined injuries of the abdomen and pelvis is up to 42.7%, while during the first day 52.3% dies. 2. The severity of state of patients with combined injuries of the abdomen and pelvis, defined by international standards of estimating - Injury Severity Score, in average is 28.7 ± 11 points 3. 49.7% Female patients with combined injuries of the abdomen and pelvis need emergency external fixation of pelvic bones. The external fixation of the pelvis is an important therapeutic measure that can reduce the daily mortality more than 8 times and the total mortality more than 2 times 4. Accuracy of diagnostic methods for patients with combined injuries of the abdomen and pelvis in the diagnosis of the disaster are the followings: US - 79%, 68.7% - laparocentesis, laparoscopy - 62%. This factor, in some cases, is the cause of therapeutic and diagnostic errors. 5. Patients with pelvic injuries that require emergency laparotomy, compose 11.7%. Emergency laparotomy is one of the factors that affects the results of treatment of patients with combined injuries of the abdomen and pelvis. Exploratory laparotomy for patients with stable fractures of the pelvis increases the daily mortality for 4.7 times and the total mortality for 3.7 times. If an unstable pelvic fracture is fixed, exploratory laparotomy increases overall mortality for 1.9 times. While maintaining the instability of the pelvis the exploratory laparotomy does not have a significant impact on the result of the treatment of patients with combined injuries of the abdomen and pelvis. 6. Based on the work done, diagnostic and treatment algorithm is proposed for patients with combined injuries of the abdomen and pelvis.



