

РАЗДЕЛ I.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ
КЛЮЧИЦЫ

УДК 616.717.2-001.5

Абдуразаков У.А., Абдуразаков А.У., Комник В.Р.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Переломы ключицы – довольно частое повреждение и встречаются как у взрослого населения, так и у детей, по данным ряда авторов, составляют 10-19,5% от всех переломов костей скелета [3, 13, 21, 25,56,57]. Наибольшее количество переломов происходит в диафизарном и проксимальном отделах ключицы. Данный вид переломов наиболее часто наблюдается у лиц молодого возраста, ведущих активный образ жизни и занимающихся спортом [46,52]. Переломы ключицы у взрослых пациентов со смещением отломков, требующих репозиции, встречаются в 86,9% случаев [3,41], а у детей младшего возраста в 2,4% [10,11]. Эти обстоятельства предъявляют повышенные требования к качеству лечения и срокам социальной реабилитации пациентов с переломами ключицы [6].

Следует отметить, что при лечении переломов ключицы широко используются консервативные и оперативные методы лечения. На основе доступных научных публикаций, мы постарались охарактеризовать применяемые методы переломов ключицы и определить путь их дальнейшего развития. Несмотря на множество существующих консервативных и оперативных способов лечения, ошибки и осложнения в лечении поврежденных данной локализации достигают 12,5 - 30,5% наблюдений [5,9, 27, 28, 34, 40,45, 58, 61, 63].

По литературным данным, до настоящего времени насчитывается более 250 различных видов повязок, шин, аппаратов, предназначенных для консервативного лечения переломов ключицы. Большинство из этих способов имеют лишь историческое значение и в практике не применяются. Среди иммобилизирующих повязок наиболее распространены гипсовая лонгета, гипсовая повязка Дезо, торако-брахиальная повязка, повязка Смирнова-Вайнштейна, иммобилизация которыми осуществляется не менее 6-8недель [11]. При применении их отрицательным моментом является то, что плечевой и локтевой суставы фиксированы на время ношения повязки. При длительной иммобилизации у лиц старше 40 лет может развиваться тугоподвижность и ограничение движений в суставах, вследствие быстрого образования периартикулярных спаек и сморщивания суставной сумки, а также мышечной гипотрофии [11, 59].

По сравнению с иммобилизационными способами, несколько лучшие результаты дает активное функциональное консервативное лечение с помощью колец Дельбе, восьмиобразной повязки, шины Белера, шины С.И.Кузьминского, овала А.В.Титовой и др.[11, 39, 65]. Однако при сильном стягивании колец или повязки ограничиваются движения, появляется отечность верхних конечностей. Большинство шин и аппаратов собственных конструкций авторов И.М.Чижина, М.Л.Хавкина, С.М.Кузьминского, А.В.Каплана, Ю.Г.Горюнова явились

дальнейшим развитием шины Белера. В основе своей они имеют конструкцию типа костыля-распорки, который крепится к туловищу со стороны повреждения. Шины и аппараты часто необеспечивают достаточного отведения плеча, сдавливают грудную клетку, а так же часто дорогостоящи и требуют заводского изготовления [11, 44]. Процент неудовлетворительных исходов при консервативном лечении колеблется от 12,5 до 33,3% [11, 44]. Наиболее частыми осложнениями в ранний период лечения (до 15 суток) являются: вторичное смещение отломков, сдавление плечевого сплетения, потертости, опрелости кожи, давление повязками [10, 11]. Осложнения в позднем периоде возникают в виде неправильного сращения с деформацией ключицы и выраженным косметическим дефектом вследствие неудавшейся первичной репозиции или вторичного смещения отломков, явлений раздражения плечевого сплетения, замедленной консолидации, образования избыточной костной мозоли, ложного сустава, ограничения движений в плечевом суставе, синостоза акромиального конца ключицы с клювовидным отростком лопатки [59].

Причиной смещения отломков являются недостаточные иммобилизирующие качества повязок, технические дефекты, допущенные при наложении повязок, а также, в ряде случаев, не дисциплинированность пациентов, которые в случае неудобств ослабляют повязку или недостаточно внимательно следят за ее состоянием. Такие осложнения, как парестезия и онемение, застойные явления в поврежденной конечности в основном встречаются при наложении костыльных повязок, вызывающих давление в подмышечной области [10]. Длительное восстановительное лечение, направленное на ликвидацию контрактур в смежных суставах и мышечной атрофии, часто продолжительней, чем сама иммобилизация [44]. Замедленная консолидация перелома наблюдается в 6,8-21% случаев [11]. Окончательное сращение достигается только к 2,5-3 месяцам от начала лечения, а образование псевдоартрозов отмечено в 2-9,1% [44].

Несмотря на то, что разработано множество различных способов консервативного лечения, в большинстве случаев они являются малоэффективными и приходится прибегать к оперативному вмешательству [6]. По сравнению с консервативными методами оперативное лечение поврежденных ключицы дает лучшие анатомические и функциональные результаты [25, 44].

По данным отечественных и зарубежных авторов показания к оперативному сопоставлению отломков следующие: 1) поперечные и косые переломы ключицы с небольшой плоскостью излома отломков; 3) все открытые переломы; 4) значительное смещение отломков, неподдающееся сопоставлению консервативными методами

и грозящее перфорацией кожи; 5) оскольчатые переломы, при которых отломки становятся перпендикулярно к оси ключицы и представляют опасность повреждения сосудисто-нервного пучка; 6) переломы дистальной трети с разрывом клювовидно-ключичной связки или сочетающиеся с переломами клювовидного отростка, суставной впадины лопатки и сопровождающиеся значительным смещением фрагментов; 7) риск нейрососудистых повреждений, обусловленный задним смещением отломков и давлением фрагментов кости на плечевое сплетение, подключичные сосуды; 8) врожденные псевдоартрозы, посттравматические несросшиеся переломы и ложные суставы ключицы, ограничивающие функцию верхней конечности и резко снижающие трудоспособность; 9) неправильно срастающиеся переломы, особенно в случаях, когда важен косметический дефект; 10) неспособность пациента выдерживать длительную иммобилизацию, необходимую при консервативном лечении, по причине болезни Паркинсона, эпилепсии, нервно-мышечных и подобных заболеваний [1, 16, 19, 21, 24, 25, 43, 44, 51, 53, 54, 60, 64].

Следует отметить, что оперативные методы при лечении переломов ключицы применяются с конца XIX века. Сшивание отломков ключицы проволочным, шелковыми ликетгуттовым швом – один из первых методов хирургического лечения переломов ключицы. Однако шов ключицы не обеспечивает надежной фиксации отломков, в результате чего в послеоперационном периоде часто наблюдается их смещение [6]. В настоящее время в России этот способ фиксации самостоятельного значения не имеет [21], но за рубежом, в ряде случаев, производится фиксация современными шовными материалами при переломах и переломо-вывихах дистального конца ключицы [35, 50, 55].

С внедрением в хирургическую практику остеосинтеза внутрикостной фиксацией отломков появилась возможность более надежно фиксировать ключицу. Использование внутрикостных фиксаторов позволило создать более устойчивый остеосинтез, но в процессе применения данного метода выявилось много недостатков [6]. При интрамедуллярном остеосинтезе стержнями круглого сечения или спицами сохраняется возможность ротационного смещения отломков даже с применением гипсовой иммобилизации [36, 48, 49]. При остеосинтезе ключицы стабильная фиксация достигается четырехгранным стержнем, благодаря врезыванию ребер четырехгранника во внутренние стенки костно-мозгового канала. Четырехгранный стержень более устойчив к изгибу и излому, а также исключает возможность вращательных движений отломков на стержне. По мнению авторов, конструкция стержня позволяет избирательно увеличить силу трения его со стенками костномозгового канала ключицы, устранить подвижность стержня в костномозговом канале и отломков ключицы, что позволяет сократить сроки консолидации в среднем до 2 месяцев, а также сроки иммобилизации в 2 раза.

В ряде случаев, при использовании металлических конструкций из нержавеющей стали, возникает неблагоприятное химическое воздействие их на кость и окружающие ткани. Поэтому некоторые авторы рекомендуют использовать титановые металлические конструкции, т.к. они биологически инертны [15, 31]. Разработана техника оперативного вмешательства при переломах ключицы с помощью конструкций из нитинола и никелида титана, моделированных к анатомическому строению ключицы [31]. Был выполнен комбинированный остеосинтез (интрамедуллярный и накостный) с использованием конструкций из никелидтитана, комбинированный остеосинтез с применением пластин из пористого никелида и проволокой из нитинола, и остеосинтез скобами и пластинами из нитинола. По

мнению авторов, комбинированные способы остеосинтеза с использованием для накостной фиксации (кольцевидных и S-образных) конструкций из нитинола выгодно отличаются создаваемой продольной и встречно-боковой компрессией в зоне поверхностных стыкуемых изломов.

Согласно публикациям, за рубежом успешно используется для интрамедуллярной фиксации титановый эластичный стержень, вводимый в костномозговой канал ключицы из малоинвазивного доступа [48].

Авторы оценивают методику как нетравматичную, обеспечивающую хороший функциональный и косметический результат, рекомендуют использовать фиксацию эластичным стержнем при необходимости хирургического вмешательства у детей и подростков [6]. Несращение перелома при применении эластичного стержня отмечено в 1,6% случаев [48].

Широкое распространение получило применение накостных пластин для остеосинтеза при переломах, врожденных и посттравматических ложных суставах ключицы [6, 14, 33, 37, 61]. Согласно рекомендациям ассоциации АО/ASIF по внутреннему остеосинтезу, наиболее подходящими имплантатами для остеосинтеза ключицы являются 3,5-мм DCP (динамическая компрессионная пластина) или LC-DCP (динамическая компрессионная пластина ограниченного контакта) и 3,5-мм реконструктивная пластина [33]. Для нестабильных латеральных переломов ключицы со смещением можно использовать фиксацию реконструктивной T-пластиной для малых фрагментов или специально разработанную пластину с крючком clavicular hooked plate) [41]. В биомеханических исследованиях [14] было доказано, что пластины LC-DCP обеспечивают наибольшую стабильность фиксации, особенно при расположении пластины по верхней поверхности ключицы, по сравнению с реконструктивными и пластинами DCP. При псевдоартрозах ключицы, сопровождающихся хронической болью, слабостью в конечности, неврологическими симптомами, рекомендуется операция с применением 3,5-мм DCP, LC-DCP или реконструктивных пластин для фиксации фрагментов в сочетании с резекцией гипертрофированной мозоли и аутопластикой губчатой кости [37]. Часто применяется при оперативном лечении псевдоартрозов ключицы корригирующая остеотомия по линии перелома в сочетании с фиксацией пластиной, шурупом, стержнем Ноуэла (Knowles pin) или спицами Киршнера [47]. В ряде случаев, дополнительно к фиксации металлоконструкциями, используется костная пластика или пластика аллопластическими материалами.

Оперативные вмешательства с применением накостных пластин отличаются высокой травматичностью (6). В связи с особенностями смещения отломков ключицы с характером сил, действующих на ключицу, выбранная пластина должна иметь минимум 6 или 7 отверстий для введения шурупов [14]. При использовании пластин необходимо скелетировать кость на большом протяжении, что резко нарушает кровоснабжение из-за отслоения надкостницы. Обширная поверхность контакта между нижней поверхностью пластины и костью приводит к значительному нарушению периостального кровообращения. Это является основной причиной, вызванного пластиной остеопороза [34]. Осложнения при применении пластин были отмечены в 12-23,2% случаев, включавших переломы вследствие расшатывания слишком коротких конструкций, инфекционные осложнения, формирование ложных суставов, рефрактуры после удаления пластины, ограничение движений в плечевом суставе, косметические дефекты – наличие грубого рубца [30]. Общая частота осложнений при интрамедуллярном, накостном и комбинированном остеосинтезе ключицы достигает 24,5-35,2% [2, 9, 30, 34, 38, 58, 62]. Частыми ослож-

нениями погружного остеосинтеза являются: миграция фиксатора, в том числе с перфорацией кожных покровов, угрозой повреждения подключичных сосудов, миграцией спицы Киршнера в позвоночный канал, грудную полость; деформация и перелом конструкции; вторичное смещение отломков; осложнения воспалительного характера, вплоть до развития остеомиелита; замедленная консолидация, образование псевдоартрозов.

Метод чрескостного остеосинтеза, получивший широкое распространение при лечении переломов конечностей, полностью отвечает современным требованиям [4, 8, 16, 17, 18, 20, 29]. Применение данного метода обеспечивает закрытую точную репозицию костных отломков, позволяет создавать жесткую, постоянную управляемую фиксацию отломков на весь период консолидации. Остеосинтез аппаратами внешней фиксации малотравматичен, способствует максимальному сохранению кровоснабжения и остеогенных тканей в месте повреждения, позволяет проводить раннее полноценное функциональное лечение и раннюю активизацию пострадавшего. Для внеочагового остеосинтеза ключицы также был предложен ряд различных аппаратов внешней фиксации, в том числе и минификсаторы [2, 16, 20, 23, 26, 63]. Большинство спицевых аппаратов внешней фиксации для лечения повреждений ключицы громоздки, затрудняют рентгенологический контроль за областью перелома и доставляют значительные неудобства как травматологам, так и пациентам [16]. Наряду с очевидными достоинствами метода, такими как управляемый стабильный остеосинтез фрагментов, малая травматичность вмешательства, сохранение функции суставов и верхней конечности в целом, в процессе его применения возникает достаточно большое количество ошибок и осложнений (18,3-32,5%) [1, 16, 20]. Наиболее часто встречаются осложнения местного воспалительного характера, связанные с поверхностной и глубокой инфекцией мягких тканей вокруг спицевых фиксаторов (3,4-21,4%), вплоть до развития спицевого остеомиелита (2%) [16]. Отмечена миграция фиксаторов 4-7,6%, вторичное смещение отломков 8,2-10% [22], приведшее к неправильному сращению с выраженной деформацией. Зачастую выполнение остеосинтеза с помощью спицевого аппарата является трудоёмким процессом, что увеличивает время оперативного вмешательства [16]. Для устранения недостатков спицевых аппаратов, снижения числа осложнений и повышения эффективности лечения, некоторые авторы предлагают как альтернативный вариант использование спицестержневой и стержневой фиксации [2, 16]. Среди различных аппаратов и устройств, для наружной фиксации выделяют группу стержневых аппаратов, содержащих четыре остеофиксатора, которые попарно вводят в каждый отломок до прохождения через вторую кортикальную пластинку и фиксируют одним концом к наружной консолидной опоре [2, 16].

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что, несмотря на наличие множества различных средств и конструкций, предложенных для лечения переломов ключицы, вопрос о предпочтительном способе фиксации отломков является нерешенным. Для оперативного лечения переломов ключицы предложены различные металлоконструкции для внутрикостного, накостного и внешнего остеосинтеза, позволяющие фиксацию костных отломков. Они наряду с достоинством имеют свои недостатки, которые являются нередко причиной развития различных осложнений в виде замедленной консолидации, несращения отломков и образования ложного сустава и др. До сих пор не разработан фиксатор для внутрикостного остеосинтеза, отличающийся простотой конструкции, стабильностью фиксации костных отломков, обеспечивающий оптимальное условие для репаративной

регенерации костной ткани и доступностью врачам для использования в клинической практике при лечении переломов ключицы. Все это диктует необходимость создания фиксатора для внутрикостного остеосинтеза переломов ключицы, разработку инструментов для его применения и технику оперативного вмешательства. Разработка рационального метода фиксации при переломах ключицы позволила бы улучшить результаты лечения пациентов с данным видом повреждений. Поэтому ведение научного исследования в этом направлении является актуальной задачей современной травматологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабушкин Ю.Н., Корнев В.П., Ланиаков В.А. Оперативное лечение переломов ключицы. Настоящее и будущее технологичной медицины: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. Новосибирск 2002; 79-80.
2. Бейдик О.В., Евдокимов М.М., Ромакина Н.А. Оперативное лечение переломов ключицы с использованием аппаратов внешней фиксации. Гений ортопедии: Научно-теоретический и практический журнал. Курган 2003; 2:45-50.
3. Коломиец А.А., Янковский В.Э., Тонких С.А. Микродеструкция костной ткани как одна из причин неудовлетворительных исходов при внутреннем остеосинтезе переломов ключицы. Травматология и ортопедия: современность и будущее: Материалы Междунар. конгр. М 2003; 240-241.
4. Ненашев Д.В. Лечение пострадавших с закрытыми переломами ключицы в условиях травматологического пункта. Амбулаторная хирургия. Стационарно замещающие технологии. СПб 2004; 1(2): 82-84.
5. Ислентьев А. В., Шарпарь В. Д., Стрелков Н.С., Каменских М. С. Современное состояние вопроса лечения пациентов с переломами ключицы. Вестник экспериментальной и клинической хирургии Том V, №2 2012 492-496
6. Морозова Л.Н. Межлестничная блокада при открытых репозициях ключицы у детей. Детская хирургия 2007;1: 34-35.
7. Пичахадзе И.М., Мацакян А.М., Кузьменков К.А., Жадин А.В., Дискарашвили А.В. Лечение больных с переломами ключицы и последствиями на основе биомеханической концепции фиксации отломков. Вестник травматологии и ортопедии им.Н.Н. Приорова. М 2009;2: 15-21
8. Ромакина, Н.А. Хирургическое лечение пациентов с переломами ключицы аппаратом внешней фиксации стержневого типа: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Саратов 2005; 22.
9. Тонких С.А., Коломиец А.А., Янковский В.Э. К вопросу об оптимизации остеосинтеза переломов ключицы. Многопрофильная больница: проблемы и решения: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. Новосибирск 2003; 286-287.
10. Тонких С.А., Янковский В.Э., Коломиец А.А. Причины неудовлетворительных исходов при внутреннем остеосинтезе ключицы. Гений ортопедии 2004; 1: 114-117.
11. Фомичев М.В. Оптимизация лечения повреждений ключицы с использованием фиксаторов с термомеханической памятью: Автореф. дисс.канд. мед. наук. Пермь 2011; 23.
12. Collinge C., Devinney S., Herscovici D. et al. Anteriorinferior plate fixation of middle-third fractures and nonunions of the clavicle. J. Orthop. Trauma. 2006; 20: 10: 680-686.
13. Fuch M., Losch A., Sturmer K.M. Surgical treatment of the clavicle - indication surgical technique and results. Zbl. Chir. 2002; 127, 6: 479-484.
14. Jubel A., Andermahr J., Weishaar G. et al. Intramedullary nailing (ESIN) in clavicular pseudoarthrosis. Results of a prospective clinical trial. Unfallchirurg 2005; 108: 7: 544-550.
15. Levy O. Simple, minimally invasive surgical technique for treatment of type 2 fractures of the distal clavicle. J. Shoulder Elbow Surg. 2003; 12, 1: 24-28.
16. Robinson C.M., Cairns D.A. Primary nonoperative treatment of displaced lateral fractures of the clavicle. J. Bone Jt. Surg. 2004; 86-A: 4: 778-782.

ТҮЙІН

Бұғана сүйегі сынықтарын емдеуде консервативтік және оперативтік әдістер кеңінен пайдаланылады. Бұғана сынығының қарапайым түрлерінде консервативтік ем қолданылса, ал күрделі сынықтарында оперативтік ем

колданылады. Клиникалық тәжірибеде тері асты және сүйек аралық остеосинтез түрлері кеңінен қолданыста. Аталмыш әдістердің жағымды жақтары және кемшіліктері бар. Сынықтардың күрделілігіне және деңгейіне қарай остеосинтез түрлері және қолданылатын темір құрылымдарды таңдауға болады. Бұғананың күрделі сынықтарында, жалған буындарында және дұрыс бітпеген сынықтарында тиімді емдеу әдістерінің бірі бұл сүйек пластикасын қолдана отырып сүйек ішілік темір құрылымды қолданып остеосинтез жасау.

Өзекті сөздер: бұғана сынығы, консервативтік және оперативтік ем.

SUMMARY

At treatment of crises clavicle conservative and operative methods of treatment are widely used. Conservative methods of

treatment are applied in patients with simple crises. At complex crises at accompanying damages of the copular device operative methods of treatment are applied. The greatest application in applied medicine was found with methods of external perosseous osteosynthesis. Each of the specified methods has both advantages, and lacks. Methods osteosynthesis and a choice of a design should be defined depending on a place of localization of crisis and its complexity. In osteosynthesis complex crises and treatment of false joints and nonadhesions the most effective method it is necessary to count internal intense osteosynthesis clamps with thermomechanical memory of forms as one of methods of osteosynthesis.

Key words: crises clavicle, conservative and operative methods.

ЖЕДЕЛ АБДОМИНАЛДЫ АҚАУЛАРДА ШҰҒЫЛ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ОНЫҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІН АНЫҚТАУ

УДК 616.381:616-072.1

Ахметов У.И., Абдуллаев М.Ш., Жұмабеков Ә.Т., Зейдулла А.Б.

АлМДБЖИ, Алматы қ-сы

Тақырыптың өзектілігі: Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы № 1113 Жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру негізінде халық денсаулығын емдеуде заманауи дәлелдемелі медициналық көмек көрсету біздің алдымызға қойған мақсатымыз (1). Елбасымыз Н.Ә. Назарбаевтың «Жаңа әлемдегі жаңа Қазақстан» атты Қазақстан халқына Жолдауында еліміздің дамуының жаңа кезеңіндегі мемлекеттік саясаттың бір бағыты медициналық қызмет көрсету сапасын жақсарту және денсаулық сақтаудың жоғары технологиялық жүйесін дамыту керек деп атап көрсетті. Аталып өткен үлкен бағыттардың бірі медициналық ұйымдарда қазіргі заманға сай заманауи технологияларды пайдалану арқылы емдеу жұмыстарын жүргізу болып табылады (2). Осы бағдарлама негізінде біз жұмысымыздың басым бөлігін заманауи технологияларды пайдалану тиімділігіне көңіл аудардық.

Бағдарламаны іске асыру мақсатында мемлекеттік бюджеттен денсаулық сақтау саласына 5 жыл көлемінде 359 358,9 млн. теңге бөліну қарастырылған (1). Жұмсалатын қаражаттардың басым бөлігі стационардағы медициналық көмекке жаратылады. Денсаулық сақтау саласына бөлінген қаражаттың 80-85% стационарды қаржыландыруға, оның жаңа технологиялы құрал-жабдықтармен қамтамасыздануына, қызметкерлердің жалақысына жұмсалады (3). Пациент өмірінің қауіпсіздігі қазіргі таңда басты мақсат, сондықтан халық денсаулығына жоғарғы сапалы медициналық көмек көрсету керек, ал ол үшін мемлекеттен бөлінген қаражат көп жағдайда жеткіліксіз. Сол себепті бөлінген қаражатты мүмкіндігінше тиімді пайдалану қажет (4).

Зерттеудің мақсаты: Құрсақ қуысы ағзаларының шұғыл хирургиялық сырқаттары және жарақаттарымен түскен науқастарға эндовидеохирургиялық технологияларды пайдалану арқылы көмек көрсетуді ғылыми негізделген

алгоритм бойынша дұрыс ұйымдастыру, осы арқылы ауруханадан жұмсалатын қаражат үшін экономикалық тұрғыдан тиімді екендігін анықтау.

Зерттеу мәліметтері және тәсілдері: Мәліметтерді жинау үшін орталық қалалық клиникалық ауруханасының мұрағатынан 2008-2012 жылдар аралығында хирургия бөлімшесінде шұғыл абдоминалды ауруларымен емделген 200 науқастардың сырқатнамаларына ретроспективті сараптама жүргізілді, әсіресе диагностикасы мен емінiң нәтижелерiне, өткiзген төсек күндерiне, ота жасау барысында жұмсалған медикаменттердiң бағаларына, пайдаланылған құрал – жабдықтар санына, отадан кейiнгi кезеңде тағайындалған консервативтi емге, жара таңу үшiн жұмсалатын құрал – жабдықтарға, аурухана жұмсаған қаражатқа көңiл аударылды. Негiзгi топты лапароскопиялық әдiспен емделген науқастар құрады 120(60%), ал, бақылау тобына дәстүрлi әдiс бойынша ем алған науқастар кiрдi 80(40%). Зерттеуiмiзге кiрген науқастарды жеке нозология бойынша алсақ: жедел аппендицитпен 80, жедел холециститпен 80, жедел панкреатитпен 10, жедел iшек өтiмсiздiгiмен 10, құрсақ қуысы ағзаларының жарақаттарымен 20. Олардың iшiнде 86 (43%) ерлер, 114 (57%) әйелдер құрайды. Емделушiлердiң көпшiлiгi еңбекке қабiлеттi 21 – 55 жас аралығындағы тұлғалар, олар жалпы 121 (60,5%) санын құрайды.

Зерттеу нәтижелері: Аурухананың қабылдау бөліміне шұғыл абдоминалды хирургиялық сырқаттар және жарақаттармен келіп түскен науқастарға медициналық жедел көмек көрсетуді жүйелі және тиімді етіп ұйымдастыру мақсатында ғылыми негізделген алгоритм енгізілді. Осы алгоритм негізінде аурухананың қабылдау бөлімі деңгейінде науқастар мен зардап шегушілерге шұғыл хирургиялық көмек көрсету жұмысы тиімді ұйымдастырылды, жанаша ұйымдастырылған жұмыстың нәтижесі толығымен зерттелінді және оның аурухананың бюджетіне экономикалық тұрғыдан тиімділігі анықталынды.