

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПАРЕНХИМАТИЧЕСКИХ ОРГАНОВ

**Мустафакулов Ишназар Бойназарович**  
**Норов Мирвохид Чариевич**  
**Джураева Зилола Арамовна**  
*Самаркандский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Главной проблемой является диагностика и лечение сочетанной закрытой травмы живота, сопровождающейся шоком на фоне массивного внутрибрюшного кровотечения при повреждениях печени и селезёнки [Хаджибаев А.М. с соавт., 2011]. Госпитальная летальность при данном варианте патологии составляет от 17,3 до 72,7% [1,3,5,18].

Актуальность проблемы, как считают Панасюк А.И. с соавт. (2005), обусловлена продолжающимся ростом сочетанной травмы живота, при этом большое число осложнений (45,7-69,9%) и высокая летальность (16,2- 69,5%), по мнению авторов, связаны с отсутствием рациональной общепринятой хирургической тактики при повреждениях паренхиматозных органов. [11,14,16,19].

При тупой травме живота повреждения печени встречаются от 10 до 17% [2,4,8,20,21]. Среди закрытых повреждений органов живота разрывы селезёнки составляют 16-30% [6,7,12,13,15].

**Цель:** улучшить результаты лечения повреждения паренхиматозных органов при сочетанных травмах живота.

**Материалы и методы.** Мы проанализировали лечение и исходы 539 больных с закрытыми травмами органов брюшной полости за 2011 – 2021 гг. По механизму травмы пострадавшие распределились следующим образом: в 190 (35,3%) наблюдениях был нанесен удар в живот, в 205 (38,0%) – автодорожная травма, в 84 (15,6%) падение с высоты, в 60 (11,1%) – сдавление. По возрасту преобладали молодые люди: до 30 лет 355 пострадавших, от 31 до 50 лет – 137 и старше 51 года – 47.

Из 539 пострадавших 199 (36,9 %) поступили в состоянии в состоянии алкогольного опьянения. До 6 часов с момента травмы поступило 439 пострадавших, до 12 часов – 58, до 24 часов – 15, и позже 24 часов – 27 пострадавших. Наиболее часто при закрытой травме живота отмечалось повреждение паренхиматозных органов 131 (24,3%) в сочетании с повреждением кишечника (44), мочевого пузыря (15), почки (12). Обширные забрюшинные гематомы чаще наблюдались с повреждением грудной клетки, таза и позвоночника.

**Результаты.** Из 539 больных с закрытыми травмами живота оперировано 269 (49,9%). Из них у 131 (48,7%) с повреждениями печени и селезенки. По локализации повреждение по классификации Moore были: печени I степени у 9 человек, II степени – 18, III степени – у 25, IV степени – у 17 и V степени у 3 пострадавших. Разрывы



селезенки диагностированы I степени – у 6 больных, II степени – у 15, III степени – у 26, IV степени – у 10 и V степени – у 2 больных.

Выраженность клинических проявлений при данной патологии полностью зависит от степени разрушения печени, величины кровопотери, развившегося шока и печеночно-почечного синдрома.

Особенностью ран печени является массивное кровотечение без склонности к самостоятельной остановке. Оно обусловлено двойным кровоснабжением печеночной ткани (из печеночной артерии и воротной вены), наличием неспадающихся и долгое время нетромбирующихся поврежденных сосудов. Длительное профузное кровотечение особенностью строения сосудов печени, которые не спадаются, а держатся на строге, как на растяжках. По видимому, имеется сочетание обоих указанных механизмов.

Основными жалобами больных являются общая слабость, головокружение, боли в животе различной интенсивности. Несмотря на то что отдельные авторы не придают им большого значения и считают их нехарактерным симптомом при данном повреждении, мы в клинике не наблюдали ни у одного больного «безболевого» разрыва печеночной ткани. Бледность кожных покровов, похолодание конечностей, тошнота, головокружение, частый слабый пульс являются результатом анемии. При осмотре живота в отдельных случаях можно отметить асимметрию за счет увеличения правой его половины. Поверхностная пальпация дает возможность отметить резистентность передней брюшной стенки, а в некоторых случаях и защитное мышечное напряжение. Довольно часто наблюдается вздутие живота. Симптомы раздражения брюшины слабоположительны, а при сочетании с повреждением полого органа — проявляются четко. При изолированном повреждении симптом Щеткина—Блюмберга становится положительным через 6—8 ч, когда начинает развиваться травматический или желчный перитонит. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота является довольно частым симптомом. Френикус-симптом, симптом перемещения жидкости в брюшной полости, болезненность при толчкообразном сдавлении нижних отделов грудной клетки (симптом Дмитрука), болезненность при надавливании на нижнюю часть грудины и правой реберной дуги (симптом Хадри), по данным нашей клиники, встречаются в единичных случаях. Таким образом, при тупой травме живота распознать повреждение печени довольно трудно, однако механизм травмы, наличие крови в брюшной полости, клиника шока и значительной кровопотери дают основание для такого предположения.

При подкапсульных разрывах клиническая картина казалось бы не дает основания думать о повреждении внутренних органов: незначительная болезненность в области ушиба, иногда несколько увеличенная печень с болезненным краем при пальпации. Однако у таких больных через 1—3 дня боли несколько усиливаются, температура тела повышается до субфебрильных цифр, отмечается легкая желтушность склер, что уже позволяет предположить наличие подкапсульных



разрывов. При продолжающемся кровотечении напряжение гематомы возрастает, что может привести к разрыву капсулы и опорожнению гематомы в свободную брюшную полость (двухфазный разрыв органа) [10,15].

Клиническая картина одномоментного разрыва пульпы и капсулы селезенки довольно яркая и проявляется симптомами внутрибрюшного кровотечения. Многие авторы обращают внимание, что при этой патологии, как правило, наблюдается кратковременная потеря сознания («первичный обморок»). Кроме обычных симптомов, свойственных кровопотере: бледности кожных покровов, беспокойства, частого малого пульса, снижения артериального давления, напряжения мышц живота в левом верхнем квадранте, притупления перкуторного звука в проекции левого бокового канала, следует указать на иррадиацию болей в левое плечо и лопатку, (симптом «ваньки-встаньки», подтягивание яичка кверху слева за ) счет сокращения мышцы, поднимающей яичко (m. cremaster). Совершенно правильно указывает [1,2]., что увеличение размера селезенки, определяемое перкуторно, может быть связано не только с подкапсульной гематомой, но и со скоплением сгустков крови между селезенкой и диафрагмой.

В то же время диагностика центральной и подкапсульной гематомы очень сложна. После «первичного обморока» наступает светлый промежуток: боли почти полностью стихают, общее самочувствие улучшается. Особое внимание следует обращать на механизм травмы. Наличие переломов нижних ребер слева и слабые боли в левом подреберье с иррадиацией в левое плечо и лопатку должны насторожить врача. При пальпации иногда удается пальпаторно и перкуторно определить расширение границ и увеличение селезенки. Длительность светлого промежутка может продолжаться от нескольких часов до 3—4 нед. [7,8,19]. Особое внимание обращает на малые симптомы, которые могут навести врача на мысль о субсерозных повреждениях селезенки: субфебрилитет, лейкоцитоз, парез кишечника, стойко держащиеся от момента получения травмы до момента разрыва капсулы. [6,11,21].

В дальнейшем среди относительно удовлетворительного состояния наступает «вторичный обморок» с кратковременной потерей сознания и нарастающими явлениями профузного внутрибрюшного кровотечения. Все указанное выше требует от медицинского персонала постоянного динамического наблюдения за больными с закрытыми повреждениями живота при приложении силы в области левого подреберья.

Из 131 оперированных больных у 20 (15.3%) человек с разрывами печени IV и V степени по Мооре кровотечение остановлено по «Damage Control». Эффективность многоэтапной тактики оценивалась по уровню летальности и числу гнойно-септических осложнений.

Были проанализированы результаты хирургического лечения 20 пациентов с массивными травмами печени, в возрасте от 17 до 50 лет, средний возраст 26 лет. Мужчин было 12, женщин — 8. Средняя оценка степени тяжести повреждения по



шкале ISS составила 34 балла (17-76), по E.Мооге IV и V степени повреждения. Средняя величина кровопотери составила 2850 мл (1750-3850 мл). Все пациенты перенесли многоэтапную лапаротомию с марлевой (пленкой) тампонадой, среднее число операций на 1 человека 3 (2-5), ушивание раны печени с тампонадой (14), обширная гепатотомия и перевязка сосудов (3), атипичная резекция (2), прошивание крупных магистральных сосудов с тампонадой (1). Средний койко/день в отделении реанимации - 13 (3-16), средний койко/дней в клинике 25 (3-28). Летальность составила 25,0% (5 из 20), в основном гнойно-септические осложнения и полиорганная недостаточность.

Повреждения печени, при которых применялась многоэтапная хирургическая тактика типа «damage control», мы квалифицировали следующим образом.

1- й вариант - тупая травма живота с изолированным массивным повреждением печени и кровопотерей более 2-х литров (у 11 больных).

2- й вариант - проникающие сквозные ранения печени с повреждением магистральных сосудов (у 4).

3- й вариант - сочетанные массивные повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости (у 5).

Критерии к применению многоэтапного лечения тяжелой категории пострадавших явилось наличие 3-х из 5 признаков:

1- интероперационная гемотрансфузия 2 более литров;

2- нестабильность пострадавшего;

3- гипотермия ( $t$  в пищеводе  $< 34^{\circ}\text{C}$ );

4- развитие ДВС-синдрома;

5- повреждения печени и других органов с массивным кровотечением.

У 30 больных с травмой печени (16) и селезенки (у 14) по классификации Мооге I-II степени при поступлении в клинику отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 30 больных от 200 до 450 мл. Это гемодинамически стабильные больные. В результате у этих больных наступило выздоровление без оперативного лечения.

У 30 больных с повреждениями печени и селезенки объем гемоперитонеума составили  $355,5 \pm 10,0$  мл. Им проводили консервативное лечение.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по  $3,5 \pm 0,3$  дозы, 12 больным – свежезамороженной плазмы по  $350,80 \pm 55,8$  мл каждому пациенту, и 8 больным  $250,5 \pm 40,0$  мл донорской эритроцитарной массы.

**Выводы.** 1. Многоэтапная хирургическая тактика «damage control» при изолированных и сочетанных тяжелых повреждениях печени является эффективным методом у нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности. Необходимым компонентом на завершающем этапе хирургического вмешательства является интестинальная декомпрессия с целью



проведения энтерального зондового питания для коррекции гиперметаболизма и профилактики вторичных системных осложнений, связанных с возникающей энтеральной недостаточности.

2. Летальность среди 131 больных с повреждениями паринхиматозных органов составило 1,53% (2 больных).

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абакумов М.М., Богопольский П.М. Damagecontrol: что нового? //Хирургия. – 2009. – № 11. – С. 59 – 62
2. Альперович Б.И. Хирургия печени: практическое руководство / Б.И. Альперович. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с
3. Багненко С.Ф., Чикин А.Е. Основные принципы организации оказания помощи пострадавшим с ранениями и повреждениями печени и поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. - 2009. - №4. - С. 96-101.
4. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Мухуддинов Н.Д. и др. Диагностика и хирургическое лечение изолированных и сочетанных травматических повреждений печени // Вестник хирургии. - 2007. - № 4. - С. 35-39.
5. Mustafakulov I.B. et al. Aetiology and outcome of combined closed trauma of the abdomen according to the date of Samarkand hospital // Journal of Surgery, 2013; 1 (5): 73-76.
6. Mustafakulov I.B. et al. Same Different Surgical Treatment of Bladder Injuries in Abdominal Polytrauma // Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences. Vol-2, Iss-3 (Mar, 2016): 59-61.
7. Mustafakulov I.B. et al. Intra-abdominal Hypertension at Combined Injuries of the Abdominal Organs//American Journal of Medicine and Medical Sciences 2019, 9(12): 499-502
8. Mustafakulov I. B. et al. Severe associated trauma to the abdomen diagnosis and treatment // European journal of pharmaceutical and medical research. 2020,7(6), 113-116
9. Mustafakulov I. B. et al. Evaluaton of the effectiveness of multi-stage surgical tactics for liver damage // World journal of advance healthcare research. 2020, 4(3), 264-266.
10. Мустафакулов И. Б. и др. AMNIOTIC MEMBRANE-AS AN EFFECTIVE BIOLOGICAL WOUND COVERING //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.
11. Мустафакулов И. Б. и др. SURGICAL TACTICS IN CASE OF ISOLATED INJURIES OF SMALL AND LARGE INTESTINE //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
12. Mustafakulov I. B. et al. Evaluaton of the effectiveness of multi-stage surgical tactics for liver damage //World journal of advance healthcare research. – 2020. – Т. 4. – №.



3. – С. 264-266.

13. Alisherovich U. K. et al. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MULTI-STAGE SURGICAL TACTICS IN SEVERE LIVER DAMAGE //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 312-318.

14. Alisherovich U. K., Rashidovich S. H., Ugli K. Y. E. OUR EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF SPLEEN INJURY IN CLOSED ABDOMINAL TRAUMA //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 319-325.

15. Shakirov B. M., Avazov A. A., Umedov X. A. Peculiarities of hand burn treatment in the conditions of moist medium //ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (108). – 2022. – С. 289-291.

16. Мустафакулов И. Б. и др. OPTIMIZATION OF INTENSIVE THERAPY FOR BURN SHOCK //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.

17. Мустафакулов И. Б., Камалов Т. К., Рахматова Л. Т. Модульное обучение в подготовке специалиста с высшим сестринским образованием //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2017. – №. 4. – С. 18-19.

18. Хаджибаев А. М., Мустафакулов И. Б. Современное состояние и нерешенные проблемные вопросы диагностики и тактики лечения тяжелых повреждений живота при сочетанной травме //Вестник экстренной медицины. – 2011. – №. 4. – С. 77-81.

19. Мустафакулов И., Умедов Х. СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 52-55.

20. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.

21. Мустафакулов И., Умедов Х. СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 48-51.

22. Авазов А. и др. Ожоговый шок: патогенез, клиника, принципы лечения //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 4 (104). – С. 227-231.

23. Карабаев Х. и др. Ожоговый шок: патогенез, клиника, принципы лечения //Журнал вестник врача. – 2011. – Т. 1. – №. 03. – С. 74-78.

24. АВАЗОВ А. А. и др. QO'SHMA SHIKASTLANISHLARDA QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING OG'IR DARAJADAGI SHIKASTLANISHLARINI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHDA HAL ETILMAGAN MUAMMOLLARI //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 3.

25. МУСТАФАКУЛОВ И. Б. и др. QO'SHMA ABDOMINAL SHIKASTLANISHLARIDA " DEMAGE CONTROL" QO'YISH TAKTIKASI //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 3.

26. Мустафакулов И. Б. и др. INTESTINAL INJURIES IN COMBINED ABDOMINAL TRAUMA //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.



27. Mustafakulov I. B., Khadzhibaev A. M., Mavlyanov F. S. Наш опыт хирургического лечения повреждений желудка при сочетанной травме //Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2016. – Т. 15. – №. 1. – С. 71-73.

28. Мустафакулов И. и др. ТЯЖЕЛАЯ СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ЖИВОТА //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 63-68.

29. Муртазаев З. И. и др. Выбор оптимальной хирургической тактики при эхинококкозе легких //Национальная ассоциация ученых. – 2016. – №. 3-1 (19). – С. 51-54.

30. Рустамов М., Муртазаев З., Дусияров М. Выбор оптимальной хирургической тактики при эхинококкозе печени //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 2 (83). – С. 106-109.

31. Рузибоев С. и др. Наш опыт консервативного лечения повреждении селезенки при закрытой травме живота //Журнал вестник врача. – 2013. – Т. 1. – №. 01. – С. 131-132.