

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Нормамаатов Б.П

Сатторов А.Х

Хурсанов Ё.Э

-Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан, г. Самарканд

- Самаркандский Государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Резюме Проведен анализ хирургического лечения 208 больных с закрытой травмой печени. У 40 из них были повреждения 1V-V степени (по E. Moore). У 50% больных в качестве средства окончательного гемостаза была применена марлевая тампонада. Показано, что уменьшение объема операции, в том числе резекционных вмешательств, приводит к значительному снижению летальности.

Ключевые слова: Травмы печени, марлевая тампонада, резекционные вмешательства

Травма – повреждение внутренних органов, расположенных в брюшной полости и забрюшинном пространстве, при сохранении целостности кожных покровов передней брюшной стенки, поясничной области и боковых отделов живота. Представляет угрозу для жизни больного, при этом внешние признаки тяжелого повреждения отсутствуют или минимальны (кожные покровы целы, видимых деформаций нет), характерно наличие светлого промежутка (состояние пострадавшего сразу после травмы может оставаться удовлетворительным).

Все перечисленное в ряде случаев становится причиной позднего обращения больных к специалистам, затрудняет оказание первой помощи и создает определенные сложности в процессе диагностики. Между тем, вероятность благополучного исхода напрямую зависит от своевременного начала лечения. При развитии тяжелого состояния эффективность врачебной помощи значительно снижается, а вероятность летального исхода и возникновения опасных осложнений резко увеличивается.

Введение До настоящего времени повреждения печени относятся к числу наиболее опасных по прогнозу и трудных для хирургов. Летальность при



закрытой травме печени в ведущих мировых центрах составляет 25-45%. Диагностика закрытого повреждения печени, его характера и степени в последние десятилетия вышли на качественно более высокий уровень. Применение УЗИ, КТ, ЯМРТ позволили выделять больных с повреждениями I - II степеней тяжести и вести их консервативно. Последнее особенно актуально для больных с множественной и сочетанной травмой. Однако, до настоящего времени лишь отдельные специализированные клиники могут позволить себе использовать метод компьютерного диагностического мониторинга. Среди других аспектов, влияющих на снижение летальности, можно выделить проблему хирургии тяжелых повреждений печени. В ней выделяют два основных аспекта: обеспечение временного и окончательного гемостаза. В литературе практически не освещена эффективность тампонады, как средства временного гемостаза, являющегося в то же время «классикой хирургии». В последние годы происходит очень медленное, по признанию самих авторов метода, внедрение в экстренную хирургию, в хирургию тяжелых сочетанных повреждений тактики DamageControl, главный принцип которой - этапность лечения. Задачей первого этапа является остановка кровотечения. Основным средством остановки кровотечения из обширных ран печени является марлевая тампонада. Цель Улучшение результатов хирургического лечения больных с травмой печени путем изменения алгоритма тактики при ее закрытых повреждениях. Материал и методы В основу работы положен опыт хирургического лечения 208 пациентов с закрытой травмой печени, оперированных в клинике в 1976 - 2008 гг. При анализе интраоперационных методов гемостаза и исходов операций были выделены две группы пострадавших. Большая группа (81%) была представлена повреждениями I - III степеней (здесь и далее используется классификация E. Moore, являющаяся международной). Применены следующие виды гемостаза: узловый шов (53), П-образный шов (9), ушивание с тампонадой сальником (27), лазеркоагуляция ран (74) и электрокоагуляция (5). Вторая группа была представлена повреждениями IV - V степеней. Всего оперировали 40 пациентов (19%). В анализируемом тридцатилетнем периоде работы были выделены два этапа. В 1976 - 1992 гг., активно используя лазерный гемостаз, мы стремились к радикальности выполняемых операций, выполнив у 14 из 16 пациентов резекционные методы обработки. Неудовлетворенность полученными результатами лечения, а также ряд объективных факторов привели в последующие годы к отказу от широкого использования резекционных методов операций. Было отмечено, что 40



пациентов поступило в клинику за 33 года работы. До 70% таких операций выполняется в вечернее и ночное время, что в совокупности не способствует формированию четких практических навыков у хирургов. Наиболее часто в качестве средства временного гемостаза у данной группы пациентов использовали марлевую тампонаду ран (35%), которая еще в 27% наблюдений дополнялась пережатием печеночно- двенадцатиперстной связки. Отмечено, что у 80% больных с IV - V степенями повреждения раны и зоны размозжения включают задне-диафрагмальную и дорсальную часть правой доли. Обязательным этапом операции в таких случаях являются мобилизация правой доли печени с возможным расширением разреза. Применение таких методов гемостаза как ушивание ран, резекционных методов обработки, лазерного излучения у 16 больных было не эффективно и в этих случаях как заключительный этап операции выполнено тампонирование. Еще у 4 больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, тампонирование явилось первым и окончательным средством обеспечения гемостаза. Результаты Таким образом, как показывают наши наблюдения, тампонирование реально выполняется у 50% больных с наиболее тяжелыми повреждениями печени. На наш взгляд, алгоритм действий хирурга в случаях тяжелой травмы печени должен заключаться в установлении зоны повреждения и, при наличии повреждений на заднедиафрагмальной и дорсальной поверхностях, их тугом тампонировании запеченочно без предварительной мобилизации печени и без расширения операционного доступа. Обязательным является трубчатое дренирование зоны вокруг тампонов. Ни в одном из наблюдений мы не оперировали больных повторно в ранние сроки (1-3 сутки) после оставления тампонов с целью их извлечения, что было обусловлено, прежде всего, тяжестью состояния пострадавших. Двенадцать из них умерли на первые сутки после операции, еще 2 - на вторые сутки. В 3 случаях тампоны извлекли на 2 - 3 сутки без лапаротомии. Во всех этих наблюдениях тампоны были подведены к ране через гемостатическую губку. Еще в 3 наблюдениях тампоны извлекали поэтапно с 3 по 14 сутки. Адекватное дренирование препятствовало распространению гнойного процесса. Таким образом, не менее чем у половины больных с наиболее тяжелыми повреждениями печени в качестве средства окончательного гемостаза реально использовали тугую марлевую тампонаду. Сроки извлечения тампонов определялись, прежде всего, тяжестью состояния пострадавшего. Адекватное дренирование и применение антибиотиков позволяли избежать тяжелых гнойных осложнений. За последние 16 лет





количество резекционных вмешательств уменьшилось с 88% до 25%. Таким образом, в каждом конкретном случае уменьшилась травматичность операции и время ее выполнения. Все это привело к снижению летальности в сравниваемых группах с 75% до 54%. Показательно, что в первый период работы (1976 - 1992 гг.) все больные, которым было выполнено тампонирование, погибли, тогда как во втором (1993 - 2008 гг.) периоде из 10 больных погибли 4 (40%; $p < 0,05$). В первый анализируемый период работы резекции печени в 7 случаях были вынужденно дополнены тампонадой. Все пострадавшие погибли. В тех же случаях, когда тампонада была применена первично либо дополняла минимальные по времени и объему операции (ушивание/лазеркоагуляция) из 12 больных выжило 6. Однако, летальность даже в группе пострадавших с повреждениями I — II степеней тяжести остается достаточно высокой, что обусловлено, прежде всего, множественными и сочетанными повреждениями.

Обсуждение Накопленный нами клинический и временной опыт позволяет высказаться в пользу унификации и сокращения времени операции при тяжелых травмах печени, что достигается путем тугого тампонирования ее ран и разрывов. Предложенная тактика полностью соответствует тактике Damage Control, главный принцип которой этапность лечения и максимальное сокращение первого этапа, направленного на остановку кровотечения из поврежденной паренхимы. Возможность и необходимость повторной операции определяется как уровнем анестезиологореанимационных возможностей лечебного учреждения, так и тяжестью сочетанного повреждения и в каждом случае решение о релапаротомии должно приниматься индивидуально.

Заключение

1. Причинами смерти у больных с закрытой травмой печени являются геморрагический шок (34,7%), травматический шок (33,3%), черепно- мозговая травма (10,7%) и гнойно-септические осложнения (8%).

2. В качестве средства временного гемостаза у больных с закрытой травмой печени IV - V степеней тяжести наиболее часто применяется марлевая тампонада (35%), которая еще в 27% наблюдений дополняет пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки.

3. Тампонада ран печени, расположенных на задне-диафрагмальной и дорсальной поверхностях печени, значительно сокращает время операции за счет исключения этапов мобилизации правой доли и расширения операционного доступа. У 50% больных с наиболее тяжелыми закрытыми



повреждениями печени марлевая тампонада применена в качестве средства окончательного гемостаза.

4. Уменьшение числа резекционных вмешательств у больных с повреждениями IV - V степеней с 88% до 25% привело к снижению летальности с 75% до 54%.

ЛИТЕРАТУРА :

1. Abduraxmanovich A. A. et al. POSSIBILITIES OF APPLYING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 246-249.

2. 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.

3. 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.

4. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая значимость уровня прокальцитонина при ожоговой болезни //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.

5. Ахмедов Р. Ф. и др. Наш опыт лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 10-11.

6. АВАЗОВ А. А. и др. KUYISHLARDA ERTA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.

7. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Мухаммадиев М. Х. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ BISAP ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 158-164.

8. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.

9. Davlatov S. et al. Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 12. – №. Suppl. ry 2. – С. 1931-1939.



10. Erkinovich K. Y. Methods of early surgical treatment of burns //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. Special Issue 4. – С. 184-188.
11. Fayozza E., Shokhrom I., Azizovich K. N. USE OF NEW METHODS IN THE TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 266-275.
12. QURBONOV N. A. et al. Current trends in the management of Mirizzi syndrome: A review of literature //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 1927-1932.
13. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ РАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 185-194.
14. Хурсанов Ё. Э. У., Жуманов Х. А. У., Эргашев А. Ф. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 332-340.
15. ХУРСАНОВ Я. Э. и др. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ //ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
16. Даминов Ф. А., Хурсанов Ё. Э., Карабаев Х. К. НАШ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 143-151.
17. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.
18. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. STANDARDIZATION OF THE THERAPEUTIC DIAGNOSTIC APPROACH FOR COMBINED CLOSED INTESTINAL INJURY //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 120-132.
19. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.
20. Kurbonov N. A. et al. MANAGEMENT OF THE MIRIZZI SYNDROME AND THE SURGICAL IMPLICATIONS OF CHOLECYSTCHOLEDOCHAL FISTULA //INTERNATIONAL SCIENTIFIC REVIEW OF THE PROBLEMS OF NATURAL SCIENCES AND MEDICINE. – 2021. – С. 24-32.



21. Кадыров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 47-49.
22. Кадыров Р. и др. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 4 (97). – С. 44-47.
23. Курбанов Н. А. и др. Differentiated surgical tactics for Mirizzi syndrome in patients with cholelithiasis //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – №. 1. – С. 56-61.
24. Курбонов Н. А. и др. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
25. Курбонов Н. А., Давлатов С. С., Рахманов К. Э. OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MIRIZZI SYNDROME //ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Т. 3. – №. 1.
26. Курбонов Н. А., Исматуллаев Ф. Х. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ //EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY. – 2022. – С. 95-101.
27. Курбонов Н. А., Карабаев Н. А., Тагаев К. Р. ОЖОГОВЫЙ ШОК У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 48-48.
28. Курбонов Н. А., Карабаев Х. К., Нормаматов Б. П. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 47-47.
29. Курбонов Н., Давлатов С., Амонов М. Modern methods of diagnosis and treatment of patients with Mirizzi syndrome //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 2 (99). – С. 158-161.
30. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
31. Рузиев, Э., Хамраев, Х., Курбанова, Н., Сабиров, Б., Абдуллаев, У., Эгамов, Б., ... & Курбонов, Н. Все статьи-Эндокринология и метаболизм. Морфология, 65(68), 23.
32. Сабиров Б. и др. Лечебно-диагностическая видеолапароскопия в экстренной хирургии //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 1 (82). – С. 70-72.



33. Тухтаев Ж. К., Хурсанов Ё. Э. У. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-31.

34. Турсунов О. А. и др. В условиях экстренной медицинской помощи растворы кристаллических аминокислот для дополнительного парентерального питания в интенсивной терапии больных оперированных на желудочно-кишечном тракте //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 221-228.

35. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 252-257.

36. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. НОВЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 276-286.

37. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 238-251.

38. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 258-265.

39. Янгиев Б. А. и др. Тактические подходы в современном лечении травматических повреждений печени //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 204-210.

40. Янгиев Б. А., Курбонов Н. А. СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 59-65.

