

НЫНЕШНЕЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Умедов Хушвакт Алишерович

*ассистент кафедры хирургических болезней №2 лечебного факультета
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

CURRENT STATUS AND PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT IN ABDOMINAL INJURY

Umedov Khushvaqt Alisherovich

assistant of the department of surgical diseases №2

Аннотация: Техногенные и природные катастрофы, локальные военные конфликты, транспортные и производственные аварии в 50-60% случаев всех травм приводят к сочетанным и множественным повреждениям органов и систем человеческого тела, и, как следствие, к высоким санитарным потерям в первые часы и сутки. Сочетанная травма представляет собой одновременное повреждение двух и более из семи анатомических областей тела одним травмирующим агентом. Среди причин летальных исходов от повреждений на долю сочетанных травм приходится более 60%, хотя они составляют 8-10% стационарных больных с повреждениями. На долю повреждений органов брюшной полости приходится от 1,5 до 36,5% травм мирного времени, но их частота и тяжесть продолжают нарастать. По данным Тулупова А.Н., при тяжелой сочетанной травме повреждения органов брюшной полости имеются почти у 30% пострадавших. Такая травма из-за тяжести повреждений внутренних органов и трудностей диагностики характеризуется высокой частотой осложнений и летальностью, которая, по данным различных авторов, составляет от 25 до 65%. При изолированной травме одного органа брюшной полости летальность колеблется от 5,1 до 20,4%, а при сочетанной – от 18,3 до 62%.

Ключевые слова: абдоминальная травма, диагностика, лечение.

Annotation: Man-made and natural disasters, local military conflicts, transport and industrial accidents in 50-60% of cases of all injuries lead to combined and multiple damage to organs and systems of the human body, and, as a result, to high sanitary losses in the first hours and days. A combined injury is a simultaneous injury to two or more of the seven anatomical areas of the body by a single traumatic agent. Among the causes of deaths from injuries, combined injuries account for more than 60%, although they account for 8-10% of inpatient patients with injuries. Abdominal injuries account for 1.5 to 36.5% of peacetime injuries, but their frequency and severity continue to increase. According to Tulupov A.N., with severe combined trauma, almost 30% of the victims have abdominal injuries. Such an injury due to the

severity of internal organ damage and diagnostic difficulties is characterized by a high complication rate and mortality, which, according to various authors, ranges from 25 to 65%. With an isolated injury to one organ of the abdominal cavity, the mortality rate ranges from 5.1 to 20.4%, and with a combined one – from 17.7 to 62%.

Key words: *severely burned, burn disease, deep burns, earlier surgical treatment, early necrectomy.*

Техногенные и природные катастрофы, локальные военные конфликты, транспортные и производственные аварии в 50-60% случаев всех травм приводят к сочетанным и множественным повреждениям органов и систем человеческого тела, и, как следствие, к высоким санитарным потерям в первые часы и сутки. Сочетанная травма представляет собой одновременное повреждение двух и более из семи анатомических областей тела одним травмирующим агентом. Среди причин летальных исходов от повреждений на долю сочетанных травм приходится более 60%, хотя они составляют 8-10% стационарных больных с повреждениями.

Закрытые травмы живота сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью из-за трудностей диагностики и частого сочетания с повреждениями других органов и систем. Особой проблемой является диагностика и лечение сочетанной закрытой травмы органов брюшной полости, сопровождающейся шоком. Госпитальная летальность при данном варианте патологии составляет от 17,3 до 72,7%. К примеру, за последние 5 лет летальность от ДТП в России увеличилась на 65%, и число погибших, достигает 33-35 тыс. человек в год.

На долю повреждений органов брюшной полости приходится от 1,5 до 36,5% травм мирного времени, но их частота и тяжесть продолжают нарастать. По данным Тулупова А.Н., при тяжелой сочетанной травме повреждения органов брюшной полости имеются почти у 30% пострадавших. Такая травма из-за тяжести повреждений внутренних органов и трудностей диагностики характеризуется высокой частотой осложнений и летальностью, которая, по данным различных авторов, составляет от 25 до 65%. При изолированной травме одного органа брюшной полости летальность колеблется от 5,1 до 20,4%, а при сочетанной – от 17,7 до 62%.

В литературе встречается несколько терминов, определяющих множественные повреждения различных областей тела при тяжелой травме. В отечественной литературе наиболее часто применяется термин тяжелая сочетанная травма (ТСТ). Однако в большой медицинской энциклопеди имеется следующее определение: политравма – одновременное повреждение нескольких анатомических областей у одного пострадавшего.

Сочетанными повреждениями являются одновременные повреждения нескольких различных систем или органов. ТСТ как модель экстремального состояния – это повреждение двух и более анатомических областей тела. Сочетанная травма, под которой мы понимаем одновременное повреждение двух и более из семи анатомических областей тела, является сложной многофакторной и тяжелой формой повреждения, проявляется многочисленными патологическими синдромами,

сопровождается частой сменой доминирующего фактора, большим числом осложнений и высокой летальностью. В диагнозе авторы рекомендуют указывать ведущее повреждение. Отличительной особенностью ТСТ является феномен взаимного отягощения повреждений. Каждое из местных повреждений не связано с угрозой жизни, но их совокупность реально создает такую угрозу. Роль каждого фактора определяется не столько суммарным количеством повреждений, сколько одновременным сосуществованием нескольких очагов повреждения, т.е. на первый план выступает жизнеугрожающая травма, которая в совокупности с другими повреждениями таит в себе угрозу развития шокового состояния с последующим летальным исходом.

По данным ВОЗ, травматизм на сегодняшний день занимает третье место в ряду причин общей смертности населения, а в группе лиц моложе 45 лет стойко удерживает первое место. ТСТ – это большая проблема не только хирургическая, анестезиолого-реанимационная, но и социальная. В США травма стоит на первом месте как причина смерти в возрастной группе до 35 лет и составляет 50%, является третьей по частоте причиной госпитализации в лечебные учреждения США.

Тяжелая сочетанная травма составляет 26,6-80% от всех видов травм. У 82% пострадавших она явилась следствием ДТП, у 9% – падения с высоты, у 6% была производственной и у 3% – бытовая травма. Сочетанные травмы грудной клетки и органов брюшной полости в большинстве случаев сопровождаются шоком, причем в 64,4% – тяжелой степени. Доминирующей травмой среди них является ЧМТ – 72,2%; травма нижних конечностей составляет 67,8%, травма живота – 43,9%, травма груди – 39,4%, верхних конечностей – 32,1%, таза – 26,6%.

Летальность от травмы имеет следующую структуру: в половине случаев смерть наступает немедленно, в 30% случаев – в течение нескольких часов после травмы. При этом 80% пострадавших погибает на догоспитальном этапе. Летальность при некоторых травмах достигает 70-80%. Летальность пострадавших с сочетанием ЧМТ, травмы легких и ушиба сердца достигает 100%. По данным зарубежных авторов из всех пострадавших с травмами, находящихся на стационарном лечении, политравма зафиксирована в 9-15% случаев, в том числе в 70-75% у лиц молодого и среднего возраста. У 75% пострадавших наблюдались множественные повреждения опорно-двигательного аппарата, у остальных – различные повреждения внутренних органов, чаще головного мозга, сочетающиеся с переломами костей конечностей.

Повреждения, составляющие политравму, чаще всего отягощают друг друга. При множественных переломах шок встречается у 21%, при сочетанных повреждениях – у 57% пострадавших.

После выведения из шока пациенты с политравмой нередко длительно остаются в тяжелом состоянии, обусловленном массивной кровопотерей и нарушением деятельности органов и систем. Основные причины смерти при травмах: ЧМТ – 34,2%, шок – 24%, сочетание этих причин – 10,1%, жировая эмболия – 5,1%, острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) – 2,6%. По утверждению ряда авторов,

травматический шок, вызванный массивной травмой органов и тканей, даже без большой кровопотери может приводить к тяжелым нарушениям перфузии органов и тканей, синдрому системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности. Летальность при массивном повреждении тканей – 47,6%, а при множественных повреждениях – 64%. Среди выживших после травмы 35,5-40,9% становятся инвалидами.

Травмы – это первоочередная проблема в любом обществе, и ее адекватное решение в будущем должно играть центральную роль в системе здравоохранения. Сегодня в промышленных странах травма является основной причиной смерти людей в возрасте до 40 лет. В Германии в 2019 году только вследствие транспортных катастроф смертность на 100тыс населения составила 3,8, в России – 12, в Англии – 3,2. На Украине вследствие травм показатель смертности на 100тыс населения составил 10,2. В Республике Узбекистан в 2019 году от травм при ДТП смертность на 100тыс населения составляла 11,7, в 2020 году – 11,5.

Более 50% травмированных – лица моложе 40 лет, что является причиной значительных медицинских и социальных проблем, а также огромных экономических потерь.

Как в зарубежной, так и в отечественной литературе имеются различные подходы к классификациям сочетанной травмы.

Современные классификации множественной и сочетанной травмы весьма разнообразны в основу положили характер и тяжесть повреждений. Другие рекомендуют распределять пострадавших с сочетанной травмой по принципу соответствия тактики доминирующему повреждению.

В литературе встречается несколько терминов, определяющих множественные повреждения различных областей тела при тяжелой травме. В отечественной литературе наиболее часто применяется термин тяжелая сочетанная травма (ТСТ). Однако в большой медицинской энциклопедии имеется следующее определение: политравма – одновременное повреждение нескольких анатомических областей у одного пострадавшего.

Сочетанными повреждениями являются одновременные повреждения нескольких различных систем или органов. ТСТ как модель экстремального состояния – это повреждение двух и более анатомических областей тела. По заключению В.Е. Розанова (1999), «Сочетанная травма, под которой мы понимаем одновременное повреждение двух и более из семи анатомических областей тела, является сложной многофакторной и тяжелой формой травматического повреждения, проявляется многочисленными патологическими синдромами, сопровождается частой сменой доминирующего фактора, большим числом осложнений и высокой летальностью». В диагнозе автор рекомендует указывать ведущее повреждение. Отличительной особенностью ТСТ является феномен взаимного отягощения повреждений. Каждое из местных повреждений не связано с угрозой жизни, но их совокупность реально создает такую угрозу. Роль каждого фактора определяется не столько суммарным количеством

повреждений, сколько одновременным сосуществованием нескольких очагов повреждения, т.е. на первый план выступает функциональный компонент, взаимодействие, реализующееся в функциональном ущербе.

По данным ВОЗ, травматизм на сегодняшний день занимает третье место в ряду причин общей смертности населения, а в группе лиц моложе 45 лет стойко удерживает первое место. ТСТ – это большая проблема не только хирургическая, анестезиолого-реанимационная, но и социальная. В США травма стоит на первом месте как причина смерти в возрастной группе до 35 лет и составляет 50%, является третьей по частоте причиной госпитализации в лечебные учреждения США.

Тяжелая сочетанная травма составляет 26,6-80% от всех видов травм. У 82% пострадавших она явилась следствием ДТП, у 9% – падения с высоты, у 6% была производственной и у 3% – бытовая травма. Сочетанные травмы груди и живота всегда сопровождаются шоком, причем в 64,4% – тяжелой степени. Доминирующей травмой среди них является ЧМТ – 72,2%; травма нижних конечностей составляет 67,8%, травма живота – 43,9%, травма груди – 39,4%, верхних конечностей – 32,1%, таза – 26,6%.

Летальность от травмы имеет следующую структуру: в половине случаев смерть наступает немедленно, в 30% случаев – в течение нескольких часов после травмы. При этом 80% пострадавших погибает на догоспитальном этапе. Летальность при некоторых травмах достигает 70-80%. Летальность пострадавших с сочетанием ЧМТ, травмы легких и ушиба сердца достигает 100%. По данным ЦИТО, из всех пострадавших с травмами, находящихся на стационарном лечении, политравма зафиксирована в 9-15% случаев, в том числе в 70-75% у лиц молодого и среднего возраста. По данным Rossaint R, Bouillon В сочетанные травмы составляют 40-60% от всех травм. У 75% пострадавших наблюдались множественные повреждения опорно-двигательного аппарата, у остальных – различные повреждения внутренних органов, чаще головного мозга, сочетающиеся с переломами костей конечностей.

Повреждения, составляющие политравму, чаще всего отягощают друг друга. При множественных переломах шок встречается у 21%, при сочетанных повреждениях – у 57% пострадавших.

После выведения из шока пациенты с политравмой нередко длительно остаются в тяжелом состоянии, обусловленном массивной кровопотерей и нарушением деятельности органов и систем. Основные причины смерти при травмах: ЧМТ – 34,2%, шок – 24%, сочетание этих причин – 10,1%, жировая эмболия – 5,1%, острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) – 2,6%. По утверждению Ф.С. Глумчера с соавт. (2002), травматический шок, вызванный массивной травмой органов и тканей, даже без большой кровопотери может приводить к тяжелым нарушениям перфузии органов и тканей, синдрому системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности. Летальность при массивном повреждении тканей – 47,6%, а при множественных повреждениях – 64%. Среди выживших после травмы 35,5-40,9% становятся инвалидами.

Травмы – это первоочередная проблема в любом обществе, и ее адекватное решение в будущем должно играть центральную роль в системе здравоохранения. Сегодня в промышленных странах травма является основной причиной смерти людей в возрасте до 40 лет. В Федеративной Республике Германии (ФРГ) в 1994 году только вследствие транспортных катастроф умерло 9896 человек, в России – 36000, в Англии – 18000, в Украине вследствие травм в 1993 году погибли 27494, в 1995 году – 30965 человек. В Республике Узбекистан в 2006 году от травм при ДТП умерли – 2393 человек, в 2008 году – 2731.

Более 50% травмированных – лица моложе 40 лет, что является причиной значительных медицинских и социальных проблем, а также огромных экономических потерь. В ФРГ общие экономические затраты на лечение травм после несчастных случаев оцениваются в 23.1 млрд. DM в год. В США в 1985 году ежегодно стоимость клинического лечения травмированных оценивались в 11 млрд. долларов. Половина этих затрат и около $\frac{3}{4}$ стоимости пребывания в стационаре приходится на долю изолированных повреждений, 25% затрат падают на тяжелые повреждения, которые требуют лечения в специализированных травматологических центрах. В Англии экономические потери вследствие смертельных травм оцениваются в 2.2 млрд. фунтов стерлингов, что составляет 1% национального производства.

Сегодня травмы являются основной причиной смерти людей в возрасте до 40 лет. На первом месте среди причин летальности – сердечно-сосудистые заболевания, на втором – злокачественные заболевания, на третьем – травмы, но средний возраст умерших от сердечно-сосудистых заболеваний – 79 лет, от онкологических заболеваний – 68,6 лет. Средний возраст умерших от травм – 34,4 года.

Летальность от травм среди лиц до 40 лет выше, чем от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а занятость травматологических коек больше, чем коек для кардиологических и онкологических больных. Высокая летальность при сочетанных и множественных травмах связана с тяжестью повреждений внутренних органов, органов брюшинного пространства, мозга, конечностей, а также ранними и поздними осложнениями которые наблюдаются у 50% пострадавших. Инвалидность вследствие политравм достигает 28-50%, причем основной ее причиной являются повреждения опорно-двигательного аппарата.

Одной из актуальных медицинских и социальных проблем является сочетанная травма (Associated injury), которая в связи с интенсивностью производства, бурным ростом транспорта и строительства увеличивается во всех экономически развитых странах по частоте и тяжести повреждений. Сочетанная травма относится к захватывающим разделам хирургической деятельности, включающая в себя палитру хирургической науки и хирургической терапии от лечения ран до патофизиологических исследований, нарушения микроциркуляции и вентиляции, включая острую хирургию органов и конечностей. И наконец, диагностику и неотложную терапию внутричерепных кровоизлияний.

Сочетанная травма представляет собой одновременное повреждение двух и более из семи анатомических областей тела (головного и спинного мозга, костей скелета и мягких тканей конечностей, внутренних органов груди и живота, таза, позвоночника) в различных комбинациях одним травмирующим агентом.

Все виды сочетанных травм, при ориентации на ведущее повреждение, могут быть отнесены к одной из семи групп: 1-я группа – сочетанная черепно-мозговая травма, 2-я группа – сочетанная травма спинного мозга, 3-я группа – сочетанная травма груди, 4-я группа – сочетанная травма живота и органов забрюшинного пространства, 5-я группа – сочетанная травма опорно-двигательного аппарата, 6-я группа – сочетанная травма двух и более полостей, 7-я группа – сочетанная травма без ведущего повреждения.

Выделение политравмы в отдельную категорию имеет важное значение в связи с определенными особенностями таких повреждений, что должно учитываться при сортировке и оказании медицинской помощи. Частота повреждений отдельных областей тела при сочетанных огнестрельных ранениях и закрытых повреждениях, по данным И.А. Ерюхина и В.И. Хрупкина (2002), соответственно составляет: голова – 29,4 и 70,6%; шея – 1,3 и 0%; грудь – 32,4 и 40,7%; живот – 58,1 и 27,4%; таз – 36,8 и 32,2%; позвоночник – 5,9 и 11,3%; конечности – 74,4 и 66,2%). Поскольку при сочетанной травме одновременно повреждается несколько областей, общий итог значительно превышает 100%.

С практической точки зрения для общих хирургов наибольший интерес представляет 4-я группа – сочетанная травма живота и органов забрюшинного пространства. Ведущими являются повреждения паренхиматозных органов живота, главным образом печени и селезенки, сосудов брыжейки, сопровождающиеся кровотечением в брюшную полость, далее – травма полых органов, прежде всего толстого и тонкого кишечника, мочевого пузыря с выходом их содержимого в брюшную полость и развитием перитонита.

Значительно реже наблюдаются повреждения органов забрюшинного пространства – разрывы почки, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки и внебрюшинной части толстой кишки.

Ведущие повреждения, для которых характерны кровотечения в брюшную полость составляют более 85% всех травм живота, травмы полых органов – более 15%.

В первом случае у пострадавших отмечается классическая картина гиповолемического (геморрагического) шока, во втором – перитонеальные симптомы различной степени выраженности, что зависит от локализации и обширности повреждения кишечника. Шоковая гипотензия по сравнению с травмой паренхиматозных органов при повреждении полых органов выражена значительно меньше и в раннем периоде травмы относительно легко купируется.

Повреждения живота составляют от 1,5 до 18% от числа всех травм мирного времени, но частота и тяжесть их продолжают нарастать.

Закрытые травмы живота сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью из-за трудностей диагностики и частого сочетания с повреждениями других органов и систем. Диагностический алгоритм, с нашей точки зрения, должен быть рассмотрен в сторону максимального использования современных малотравматичных и высокоинформативных диагностических методов. Летальность при изолированной травме одного органа колеблется от 5,1 до 20,4%, при сочетанных повреждениях – от 18,3 до 64%. Как правило, открытые травмы не сопровождаются такими тяжелыми повреждениями внутренних органов и органов брюшинного пространства, как закрытые и летальность при них составляет 10-25%.

Колото-резанные раны передней брюшной стенки почти у 70% пострадавших проникают в брюшную полость, но повреждение внутренних органов отмечено примерно только у каждого четвертого из них.

Огнестрельные раны бывают проникающими у 80-90% пострадавших, а частота повреждений внутренних органов достигает 75-80%.

При закрытой травме реже всего повреждаются желудок, но при проникающих колото-резанных ранениях частота достигает 19%, и больные обычно умирают не от этой причины, а от сопутствующих (сочетанных) повреждений.

Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается одной из наиболее сложных и не до конца решенных проблем неотложной хирургии. При изолированных травмах ДПК летальность составляет 11,8-30,5%, а при сочетанных 46,6-80,0%. Диагностические и тактические ошибки при оказании помощи пострадавшим с повреждениями ДПК нередко приводят к развитию жизнеугрожающих осложнений в раннем послеоперационном периоде, частота которых колеблется от 25,0 до 72,5% и высокой летальности. В случаях развития брюшинной флегмоны летальность может достигать 100%. Высокая летальность обусловлена несостоятельностью швов, посттравматическим панкреатитом и развитием гнойных осложнений - брюшинной флегмоны, перитонита и сепсиса. В последние годы наметились тенденция к увеличению частоты повреждений ДПК, что в первую очередь связано с увеличением количества автодорожных травм, падений с высоты (кататравма), ранений живота холодным и огнестрельным оружием.

До настоящего времени нет единых подходов в определении характера и объема оперативного вмешательства при повреждениях ДПК. Некоторые авторы рекомендуют ограничиться наложением двухрядного шва на дефект ДПК, другие дополняют первичный шов дренирующими желудок операциями. Ряд хирургов отдает предпочтение операциям на «выключение» ДПК, а в отдельных случаях прибегают к ее резекции, или используют серозно-мышечно-подслизистый лоскут большой кривизны желудка на сосудистой ножке для укрытия линии швов ДПК.

Наибольшие затруднения в своевременной постановке диагноза отмечаются при повреждениях брюшинной части ДПК, которые не диагностируются у 10-30% пострадавших.

Достаточно редко встречаются и повреждения двенадцатиперстной кишки (1,4-

5%), которые трудно диагностируются, особенно при ретроперитонеальных разрывах. Летальность при изолированных повреждениях двенадцатиперстной кишки колеблется от 12,5 до 26%, при сочетанных повреждениях достигает 50-80%.

Повреждения поджелудочной железы составляют 6,4-12%, и в подавляющем большинстве бывают сочетанными. Летальность в среднем достигает 18%, при обширных поражениях органа превышает 70%.

Большинство авторов при оценке танатогенеза травмы отдают приоритет травматическому шоку, считая его главным и преобладающим у пострадавших с сочетанной травмой.

На самом деле, травматический шок, как проявление острой кровопотери, отмечается примерно у 60% пострадавших. У остальных пациентов на первый план выходят острые расстройства дыхания как следствие поражения головного и спинного мозга или поражения аппарата внешнего дыхания при травме груди.

Основная причина шока – внечерепные повреждения, сопровождающиеся значительной кровопотерей. При этом наблюдается большая лабильность показателей жизненно-важных функций почти у всех пострадавших с сочетанной травмой, осложненной шоком. Рекомендуется при лечении пострадавших с шоком при политравме, наряду с проведением противошоковых мероприятий, максимально быстро решать диагностические задачи путем широкого применения рентгенологических исследований, лапароскопии, «шарящего катетера», диагностической пункций, ультразвукового сканирования и др. Выбор, объем и последовательность выполнения диагностической программы определяется характером заподозренных повреждений и состоянием пострадавшего.

Нередки комбинации различных нарушений кровообращения и дыхания как центрального, так и периферического генеза, что дает основание говорить о синдроме взаимного отягощения.

Одной из причин летальности при сочетанной травме живота являются повреждения крупных сосудов, частота которых достигает при закрытой травме 2,2%, при огнестрельных ранениях – 3,8%. Из 51 пострадавшего с травмой живота с повреждением крупных сосудов брюшной полости умерли 29 (56,6%). Хирургическое лечение в полном объеме, по мнению авторов, следует проводить только после стабилизации гемодинамики. С нашей точки зрения при продолжающемся кровотечении и критическом состоянии пострадавшего необходимо использовать приемы и методы временной остановки кровотечения открытыми или эндохирургическими способами (пережатие сосудистой ножки селезенки и печеночно-двенадцатиперстной связки, клипирование сосудов брыжейки, сдавление крупных магистральных сосудов или брюшной аорты и др.). Тогда на фоне активно проводимой заместительной инфузионной терапии возможна быстрая стабилизация центральной гемодинамики за счет восполнения ОЦК и коррекции нарушений гомеостаза.

Всю летальность при политравмах распределяют на три большие группы – немедленную смерть в течение секунд или минут, ближайшую – в течении первых трех часов, и позднюю – свыше трех часов с момента травмы. Из числа погибших до 80% умирают немедленно на месте происшествия или в ближайшие три часа в стационаре, и только 20% в различные периоды травматической болезни.

Смерть в течении первых трех часов составляет 30% летальных исходов сочетанной травмы. Для пострадавших четвертой группы с сочетанными повреждениями живота причиной смерти явились гемоперитонеум вследствие разрывов печени и селезенки, забрюшинные гематомы при множественных переломах таза и разрывах почек.

Гемоперитонеум является безусловным показанием к оперативному вмешательству.

Операции по поводу кровотечения в брюшную полость составляют свыше 90% всех операций по поводу кровотечений любой локализации. Объем гемоперитонеума – важный прогностический признак: если он менее 2 л, прогноз благоприятный, от 2 до 3 л – летальность составляет 50-60%, от 3 до 3,5 л – выживают единицы. При гемоперитонеуме объемом около 4 л все пациенты погибают на операционном столе или в ближайшем послеоперационном периоде.

В срок свыше 3-х суток на первый план выходит смерть от пневмонии, интоксикации и сепсиса 72,7%, жировой эмболии – 7,2%, тромбоэмболии – 7,2%. Собственно хирургические причины (несостоятельность швов ЖКТ, перитонит и др.) занимают в структуре ранней летальности небольшое место – менее 1%.

Многие авторы отмечают большую частоту различного характера ошибок и дефектов в диагностике и лечении травм. Несвоевременное распознавание при жизни повреждения, которые приводит к гибели, по материалам L.M. Geeraedts et al. (2005), M.A. Schreiber et al. (2005), составляет 12,9%, а поздняя диагностика – 3,4%.

Данные литературы свидетельствуют, что большой удельный вес пока еще имеют «напрасные» лапаротомии, выполняемые с диагностической целью при немотивированном отказе от выполнения программы обследования пострадавших. Если такие вмешательства в экстренной абдоминальной хирургии или при изолированных травмах являются большим, но переносимым актом необоснованной хирургической агрессии, то при сочетанных повреждениях они нередко могут заканчиваться фатально.

Последовательность выполнения двух или более экстренных оперативных вмешательств у одного больного вызывает оживленную дискуссию. В большинстве случаев многие хирурги придерживаются тактики поочередно проводимых вмешательств, в соответствии со степенью их срочности. Мы разделяем точку зрения, что симультанно проводимые операции в течение «одного наркоза» (остановка внутрибрюшинного кровотечения, декомпрессионная трепанация черепа, ликвидация сдавления спинного мозга, фиксация костей таза при переломах типа Мальгенья, наложение скелетного вытяжения и другие комбинации) должны иметь место. Все

зависит от тяжести и шокогенности травмы, исходного состояния пострадавшего, его возраста и наличия сопутствующей патологии, прогноза развития осложнений каждого повреждения и суммарной оценки степени хирургической агрессии.

Таким образом, анализ научной литературы свидетельствует, что проблема с выбором объема оперативного вмешательства у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота на фоне травматического и геморрагического шока, по-прежнему остается не решенной.

Несмотря на то, что в научной литературе на протяжении многих лет сообщается о значительном риске операций при шоке, подавляющее большинство хирургов продолжают использовать традиционную тактику радикального устранения всех повреждений органов грудной и брюшной полости независимо от тяжести состояния пострадавшего.

ВЫВОДЫ:

1. Одним из патогенетических факторов развития травматической болезни, которые наблюдаются уже в первые часы после травмы, являются нарушения гомеостаза – травматический шок и острая кровопотеря.

2. Вызывает серьезную озабоченность тот факт, что в течении последних 10 лет, несмотря на успехи фундаментальных и прикладных наук, появление новых теоретических концепций в объяснении патогенеза травматической болезни, а вслед за этим и прогрессивных технологий интенсивной терапии и хирургического лечения сочетанных травм живота, абдоминальных и экстраабдоминальных осложнений, травматический шок и острой кровопотери по-прежнему остаются главными причинами гибели пациентов.

3. Несмотря на ряд положительных отзывов хирургов, использующих тактику «damage control», это направление в нашей стране (РУз) стало активно развиваться на протяжении последних лет, чему были посвящены ряд работ в системе экстренной медицинской помощи.

4. Важным компонентом в структуре проблемы сочетанных абдоминальных травм является оценка степени тяжести повреждения с использованием различных шкал.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. 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

2. 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.

3. Мустафакулов И. Б. и др. AMNIOTIC MEMBRANE-AS AN EFFECTIVE BIOLOGICAL WOUND COVERING //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.

4. Мустафакулов И. Б. и др. SURGICAL TACTICS IN CASE OF ISOLATED INJURIES OF SMALL AND LARGE INTESTINE //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Мустафакулов И. Б. и др. OPTIMIZATION OF INTENSIVE THERAPY FOR BURN SHOCK //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.
10. 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.
11. 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.
12. Мустафакулов И., Умедов Х. СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 52-55.
13. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
14. Мустафакулов И., Умедов Х. СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 48-51.
15. Авазов А. и др. Ожоговый шок: патогенез, клиника, принципы лечения //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 4 (104). – С. 227-231.
16. Карабаев Х. и др. Ожоговый шок: патогенез, клиника, принципы лечения //Журнал вестник врача. – 2011. – Т. 1. – №. 03. – С. 74-78.
17. 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.

18. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENSIVE DEEP BURNS LOWER LIMBS //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.
19. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
20. Abdurakhmanovich A. A., Furkatovich A. R. Methods of early surgical treatment of Burns //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 528-532.
21. 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.
22. Элмурадов Г. К., Шукуров Б. И. ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВОВ ДИАФРАГМЫ //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 40-58.
23. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
24. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСТОМИИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 238-242.
25. 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.
26. Рузибоев С. А., Авазов А. А., Хурсанов Е. Э. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 184-191.
27. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 144-150.
28. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.
29. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИОРИТЕТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 36-43.
30. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ

ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 44-51.

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

32. Ачилов М. Т. и др. ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 62-69.

33. Elmuradov G. O. K. et al. QORIN BO 'SHLIG 'I YOPIQ JARONATLARIDA SONOGRAFIYA VA VIDEOELAPAROSKOPIYANI QO'LLASH //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 173-180.

34. 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.

35. 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.

36. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.

37. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ РАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 185-194.

38. 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.

39. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х. К., Хурсанов Ё. Э. К. СОВРЕМЕННЫЕ И НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО И ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 103-113.

40. Нормаматов Б. П. К., Сатторов А. Х. К., Хурсанов Ё. Э. К. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 114-121.

41. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. К. СОВРЕМЕННЫЕ И АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 92-102.

42. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯМИ //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 13. – С. 158-167.

43. Avazov A. A., Xursanov Y. E. ERTA KUYGAN BOLALARDA AUTODERMOPLASTIKA QILISHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 23-28.

44. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НЕКРОЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ОЖОГАМИ //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 19-22.

45. 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.

46. 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.

47. 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.

48. Temirovich A. M. et al. CRF AND CKD: MODERN APPROACHES TO TERMINOLOGY, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 79-90.

49. Akhmedov R. F. et al. Our experience in the treatment of burn sepsis //Actual problems of thermal trauma. Emergency Surgery.-Saint-Petersburg. – 2021. – С. 10-11.