



Умедов Хушвақт Алишерович

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ И
СЕЛЕЗЁНКИ**

Умедов Хушвақт Алишерович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CLOSED INJURY IN LIVER AND SPLEEN

Umedov Khushvaqt Alisherovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: umedovxushvaqt_1988@g.mail.com

Резюме. Бугунги кунда илмий-техника тараққиёти урбанизацияга боғлиқ ҳолда автомобиллар сонининг ошиши натижасида келиб чиққан травматик пандемиянинг пайдо бўлишига олиб келмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг экспертларининг фикрига кўра «Механик жароҳатлардан ўлим барча ўлимлар орасида 3 ўринда туради ва 40 ёшгача вафот этганлар орасида 5 ўринда туради, ўсмирлар ва ёшлар орасида эса 80% гачани ташкил этмоқда». Қорин бўшлигининг ёпиқ шикастланишларида жигарнинг шикастланиш даражаси 12% дан 46,9%, қориннинг қўшма шокоген шикастланишларида эса 49,4% ташкил этади. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ травмалари орасида ички аъзолар шикастланиши 17-30% учрайди, қўшма жароҳатларда эса 40% ташкил қилади. Охирги 10 йилликда шикастланишлар таснифидаги ўзгаришларнинг характерли жиҳати шикастланишларнинг оғирлик даражасини ортиб бориши билан характерланиб, аксарият ҳолатларда қўшма ва кўплаб травмалар ҳисобига кўпайиб уларнинг учраш суръати 55,6-81,6% ташкил этамоқда. Ушбу тоифадаги шикастланишларида ўлимни кўрсаткичининг юқорилиги ва ногиронликсонини ошиши билан характерланиб, мос равишда 51,5% ва 74,8% гачани ташкил қилади. Қорин бўшлиғи аъзолари ёпиқ шикастланишларини кўпайиши ушбу патологияда диагностика ва даволаш усуллари оптималлаштиришни талаб қилади. Шу муносабат билан, бу муаммони ўрганишга бўлган талаб шоишнинг хирургияда долзарблигини давом эттирмоқда.

Калит сўзлар: қорин бўшлиғи шикастланиши, лапароскопия, жигар.

Abstract. Scientific and technological progress has led to the emergence of a traumatic pandemic caused by urbanization and the growth of the automobile fleet. According to experts from the World Health Organization, "Mortality from mechanical injuries ranks third among all deaths and comes out on top among people who died under the age of 40, reaching 80% among adolescents and young men." The frequency of organ damage in closed abdominal trauma ranges from 12.0% to 46.9%, and in combined abdominal shock injuries up to 49.4%. Among closed abdominal injuries, spleen injury occurs in 17-30% of cases, and in 40.0% of cases with combined abdominal injury. A characteristic feature of recent decades is a change in the structure of injuries, an increase in the severity of injuries, mainly due to an increase in the proportion of combined and multiple injuries, the frequency of which reaches 55.6-81.6%. This category of injuries is characterized by high mortality and disability, respectively 51.5% and 74.8%. An increase in closed abdominal injuries requires optimization of diagnostic and treatment methods for these pathologies. In this regard, this problem remains relevant and in demand.

Key words: videolaparoscopy, laparotomy, early diagnosis, surgical treatment.

Қириш. Сўнгги йилларда бутун дунёда шикастланишлар ортиб бормоқда, бу йўл-транспорт ҳодисалари, табиий офатлар ва бошқа ташқи таъсирларнинг кўпайиши билан боғлиқдир. Шикастланишлар юрак-қон томир касалликлари, онкологик касалликлар ва сурункали ўпка касалликларидан кейин ўлим даражасининг юқорилиги бўйича 4 ўринда туради. Шунингдек 40 ёшгача бўлганлар орасида ўлимнинг асосий сабабларидандир. ЖССТ маълумотларига кўра, ҳар йили 800 минг га яқин одамлар қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланишларидан вафот этади. [1, 2, 6]. Бутун дунё бўйлаб кўп сонли тадқиқотларга кўра,

қорин бўшлиғи шикастланишлари тинчлик давридаги шикастланишларнинг 15,0% дан 36,5% гачасини ташкил этади, аммо уларнинг учраш суръати ҳамда оғирлиги ортиб боришда давом этмоқда [2,4]. Оғир қўшма травмаларда қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланишлари 30,0% жароҳат олганларда учрайди. Қорин бўшлиғининг ёпиқ шикастланишларида жигарнинг шикастланиши 12,4% дан 46,9%, қориннинг қўшма шокоген шикастланишларида эса 49,6% ташкил этади [3,5]. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланишлари орасида талоқнинг шикастланиши 17-30% учрайди, қўшма жароҳатларда эса 40% ташкил

килади. Охирги ўн йилликда травматизм структурасидаги ўзгаришларнинг характерли жиҳати шикастланишларнинг оғирлик даражасини ортиб бориши билан характерланиб, аксарият ҳолатларда қўшма ва комбинациялашган шикастланишлар ҳисобига кўпайиб уларнинг учраши 55,4-80,6% ташкил этади. Ушбу категориядаги шикастланишлар юқори ўлим ва ногиронлик билан характерланиб, мос равишда 50,0% ва 74,0% ташкил қилади [7,8]. Қорин бўшлиғи аъзолари шикастланишларини кўпайиши ушбу патологияда диагностика ва даволаш усулларини оптималлаштиришни талаб қилади. Шу муносабат билан, бу муаммони ўрганишга бўлган талаб ўзининг долзарблигини давом эттирмоқда. Адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра, қорин бўшлиғи аъзоларининг травмасида жигар шикастланиши 56,0-66,8 % ҳолатларда кузатилади [6,9]. Операциядан кейинги даврнинг асоратли кечиши 37,0-45,0% ҳолатларда қайд этилган, жигарнинг изоляцияланган травмасида ўлим 30-36%, қўшма травмасида эса 39-44% ҳолатларда учрайди [10]. Сўнгги йилларда жигар шикастланишининг кўпайиши тенденцияси кузатилмоқда, аввалом бор, бу ҳолат ишлаб чиқариш травмасини ўсиши билан изоҳланади [11].

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланишларида диагностик қийинчиликлар ва бошқа аъзо ва тизимларнинг қўшма шикастланишлари билан бирга қўшилиб келиши сабабли кўплаб асоратлар ва ўлим кузатилади. Қорин қўшма ёпиқ травмаси шокнинг клиник кечиши билан бирга кузатилганда, унинг диагностикаси ва даволаш янада муҳим муаммо ҳисобланади. Патологиянинг ушбу вариантида ўлим 17,3 дан 72,7% гачани ташкил этади.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиши, жигар ва талокнинг субкапсуляр шикастланишига шубҳа мавжуд бўлган шубҳали ҳолатларда лапароскопия учун кўрсатмалар лапаротомия билан бир хил [12,15].

Лапароскопия пайтида асоратлар кам учрайди. Хаджибаев А.М ва ҳамуаллиф. (2011) 594 лапароскопик текширувда фақатгина катта чарвининг шикастланиши, тери ости эмфиземаси ва қорин олд девори томирларидан кон кетиши каби асоратларни қайд этишган. Кузатишларда 3 пациентда ковак аъзолар шикастланиши кузатилган, бошқа ҳеч қандай салбий оқибатлар кузатилмаган [13,14]. 182 жабрланувчига лапароскопия ўтказгандан сўнг, фақат иккита асоратлар – дарҳол аниқланган таранглашган пневмоторакс ва ингичка ичакнинг шикастланиши ҳақида ёзишган.

Лапароскопия ва уни бажариш техникаси такомиллашгач, сўнгги йилларда тажриба тўплаш билан асоратлар ва ўлимлар сони сезиларли даражада камайган.

Қорин бўшлиғи аъзолари шикастланиши билан жабрланганларнинг даволаш натижаларини таҳлил қилиб, шуни таъкидлаш керакки, лапаротомия ва лапароскопиядан фойдаланиш операциядан олдинги текшириш муддатини қисқартириши, умумий ўлимни камайтириши, диагностик хатолар сонини камайтириши ва эксплоратив лапаротомияларнинг олдини олиши мумкин

Тадқиқот мақсади: Жигар ва талокнинг ёпиқ шикастланишларида даволаш натижаларини яхшилаш мақсадида мининвазив диагностика ва даволашнинг усулларини кенгайтиришдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Ушбу тадқиқот Республика шошилиқ тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиалида 2014 йилдан 2024 йилларда қорин бўшлиғи аъзолари ёпиқ қўшма шикастланиши билан даволанган, 220 нафар беморнинг текшириш ва даволаш маълумотларига асосланган.

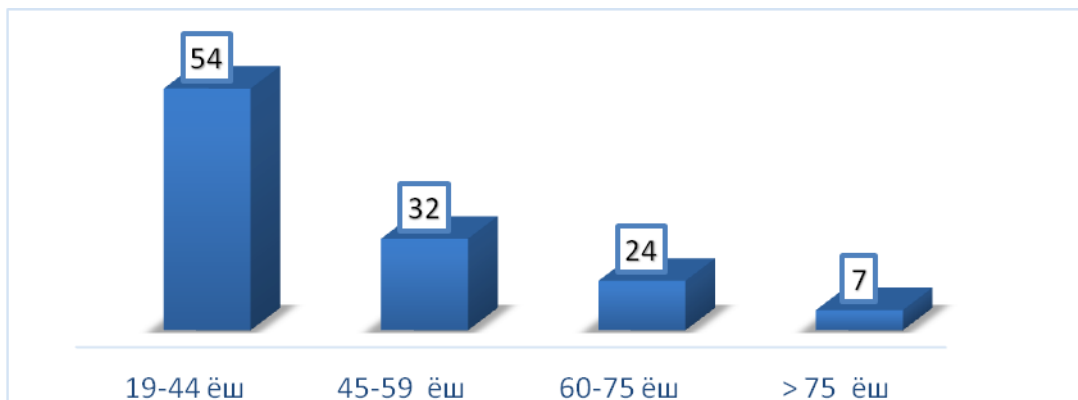
Асосий гуруҳга 117 (53,2%) жабрланувчилар киритилган бўлиб, уларнинг 68 (58,1%) видеолапароскопик аралашувлар бажарилган. Барча беморларга РШТЁИМ Самарқанд филиали хирургия бўлимида ёрдам кўрсатилган.

Асосий гуруҳнинг (117) ёшга оид хусусиятлари қуйидагича: 19-44 ёш гуруҳида 54 (46,1%), 45-59 ёш гуруҳида - 32 (27,3%), ёш гуруҳи 60 -75 ёш -24 (20,5%) ва 75 ёшдан катта - 7 (6%) беморлар бўлган. Назорат гуруҳининг (103) ёш хусусиятини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, 65 (63,1%) пациент 19-44 ёш гуруҳида, 23 пациент (22,3%) 45-64 ёшли беморларда, ёш гуруҳи 65-75 12 (11,6%) беморлар ва 75 ёшдан ошганлар 3 (3%) шикастланганлар ташкил этган (1-расм).

Тадқиқотга 19 ёшдан 89 ёшгача бўлган жигар ва талок шикастланишига шубҳа қилинган 220 беморлар, шу жумладан 159 эркак (72,0%) ва 61 аёл (28,0%) ташкил қилган (2-расм).

Асосий гуруҳда 84 (71%) эркаклар, 33 (29%) аёллар ва назорат гуруҳида мос равишда 76 (74%) ва 27 (26%) жабрланганлар бўлган.

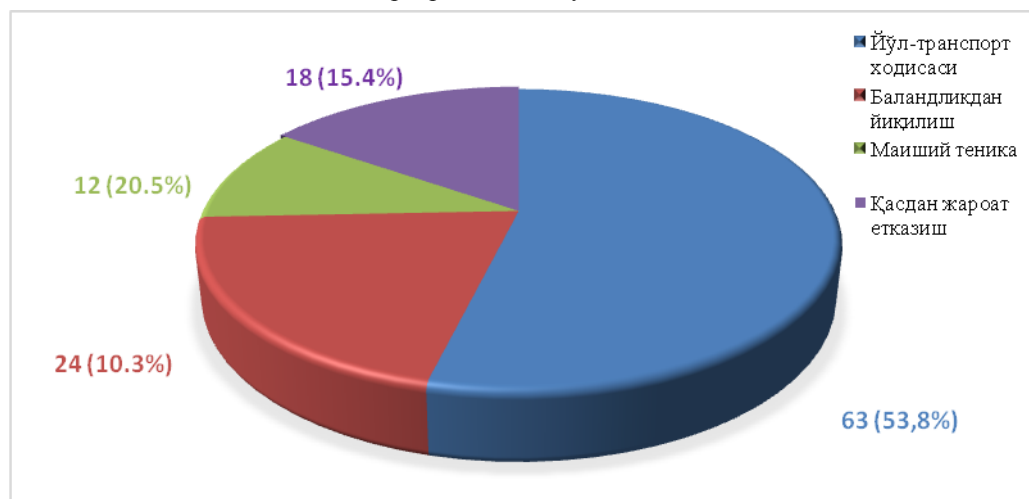
1-жадвалда келтирилган маълумотларга кўра, беморларнинг энг катта қисмини шикастланиш сабаби сифатида йўл-транспорт ҳодисаси ташкил этган. Шундай қилиб, асосий гуруҳларида ушбу устунда мос равишда 63 беморлар, (54,5%) шикастланганлар бўлган.



Расм 1. Беморларнинг ёши бўйича тақсимланиши



Расм 2. Беморларни жинси бўйича тақсимланиши



Расм 3. Беморларни шикастланиш сабаблари бўйича тақсимланиши

Жадвал 1. Тадқиқот гуруҳларида оператив аралашувларни бошланиш вақти бўйича тақсимланиши

Тадқиқот гуруҳлари	Травма олинган вақтдан оператив аралашув бошлангунча вақт			
	1 соатгача	2 соатгача	6 соатгача	6 соатдан ортиқ
Асосий гуруҳ	60 (51,3%)	32 (27,4%)	3 (2,5%)	22 (18,8%)
Таққослаш гуруҳи	51 (49,5%)	38 (36,8%)	8 (7,8%)	6 (5,9%)

Асосий гуруҳдаги 16 нафар беморда, (27%) қорин бўшлиғига тўмтоқ буюм билан зарба сабаб бўлган. Баландликдан йиқилиш билан боғлиқ жароҳатлар асосий гуруҳдаги 24 беморларда (42%) ташкил этган. Маиший травма асосий гуруҳда 10 (16%) беморларда қайд этилган. Асосий гуруҳда 4 номаълум характердаги жароҳатлар (6%) ташкил этган.

Мухим мезон сифатида травма олинган пайтдан бошлаб операциягача бўлган вақтни ҳисобладик. Асосий гуруҳда 92 ҳолатда (78,7%) операция травма олган пайтдан бошлаб икки соат ичида, травма олингандан кейин олти соат ичида 3 беморларда (2,5%) ва олти соатдан кейин эса 22 ҳолатда (18,8%) операция бошланган.

Таққослаш гуруҳида операция 89 ҳолатда (86,3%) травмадан сўнг икки соат ичида, 8 пациентда (7,8%) 6 соат ичида, олти соатдан ортиқ вақтдан кейин эса 6 ҳолатда (5,9%) бошланган. Ушбу маълумотлар 2-жадвалда келтирилган.

Шикастланганларнинг умумий ҳолатига таъсир кўрсатадиган муҳим мезон травматик шок бўлган. Шу нарса қайд этилганки, беморларнинг асосий гуруҳида асосан 1-3 даражали шок аниқланган. 40 нафар беморда

1-даражали травматик шок (34,2 %), 27 нафар (23,1 %) 2-даражали шок, 19 нафар беморда (16,2 %) 3 даражали шок аниқланган. Асосий гуруҳда шоксиз жабрланганлар сони 31 нафарни (26,5%) беморларни ташкил этган.

Қорин бўшлиғи ёпиқ травмаси билан жабрланганларда қорин бўшлиғи аъзоларининг травма даражаси OIS бўйича (ААСТ таснифи) аниқланган травма даражасининг оғирлигига мос ҳолда операция ҳажми ва оператив аралашувни танлашда дифференциал ёндашув амалга оширилган.

Шундай қилиб, асосий ва таққослаш гуруҳларида жабрланувчиларнинг жинси, ёши, травма тури, шифохонага ётқизиш муддати, абдоминал ва қўшимча шикастланишларнинг характери, оғирлик даражаси бўйича таққослана олиши ва қорин ёпиқ травмаси билан жигар ва талоқ шикастланишларида турли хил хирургик даволаш усуллариининг таъсирини ўрганиш учун андоза сифатида хизмат қилиши мумкин.

Натижалар ва муҳокама. Тадқиқотимиз натижаларига кўра жигар ва талоқнинг ёпиқ шикастланишини хирургик даволаш усулини танлашга қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиш даражаси таъсир кўрсатган.

Ёпиқ жароҳатлар пайтида жабрланувчининг оғирлиги ҳар доим ҳам жигар ва талокнинг шикастланиш даражасига тўғри келмайди, чунки ҳолатнинг оғирлиги бир нечта анатомик ва функционал соҳаларнинг шикастланиши, нафақат қорин бўшлиғида, балки бошқа аъзолар ва тизимларда ҳам қон кетишининг мавжудлиги билан боғлиқ. Шундай қилиб, масалан, жигарнинг OIS шкаласи бўйича I даражали шикастланишида жабрланувчи аҳволининг ўта оғирлиги қўшма оғир травматик мия шикастланиши ва тос суякларининг синиши мавжудлиги сабабли бўлиши мумкин. Ва аксинча, талокнинг OIS шкаласига бўйича III-IV даражали травмаси пайти мия чайқалишининг ўрта оғир даражаси ва II-III қовурғанинг синиши билан жабрланувчининг аҳволи унчалик оғир бўлмаслиги мумкин.

Абдоминал ёпиқ қўшма травмаси билан жигар ва талок травмаси бўлса, биз хирургик даволаш учун танлов усули сифатида видеолапароскопик операцияни кўриб чиқдик. Бироқ, видеолапароскопияга қарши кўрсатмалардан бири жабрланганларнинг ўта оғир аҳволи ҳисобланади.

Травманинг оғирлиги ва қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиш даражасидан келиб чиққан ҳолда, биз хирургик даволаш усулини танлашда дифференциал ёндашувни амалга оширдик. Қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиши OIS шкаласи бўйича I-III даражали бўлганда лапароскопик операцияларни бажариш имкони бўлган. OIS шкаласи бўйича IV ёки ундан юқори даражаларда лапаротомия амалга оширилган. Изоляцияланган юзаки (1-2 смдан кам) шикастланишлар ёки OIS шкаласи бўйича I-III даражали жигар шикастланишлари аниқланиб, интенсив қон кетиш белгилари бўлмаганда (гемоперитонеум 500 млдан кам) монополяр ёки биполяр коагуляция орқали эндоскопик гемостазни амалга оширишни имкони бўлган. Эфект бўлмаган ҳолларда биз атравматик игналар ва иплар ёрдамида травматик тикувларни қўлладик. Капсуланинг ажралиши билан юзаки жигар жароҳатларидан қон кетиш пайти аргон плазмали коагулятсияси қўлланилган. Шунингдек, бу ҳолатларда «ТахоКомб» гемостатик пластинкалари ҳам қўлланилган. OIS шкаласи бўйича (II ва ундан юқори даража) оғир жигар шикастланишлари аниқланганда, лапароскопик гемостазнинг муваффақиятсизлиги ёки жигардан интенсив қон кетишининг лапароскопик белгилари аниқланганда биз видеолапароскопиядан лапаротомия операциясига ўтказишни амалга оширганмиз.

Қорин бўшлиғининг ёпиқ травмаси бўлган 117 нафар пациентнинг 68 нафарида диагностик лапароскопия ўтказдик. Енгил ва ўрта оғир қўшма травмаларда лапароскопия амалга оширилган. Ўта оғир травма ва III даражали шок лапароскопия учун қарши кўрсатма бўлган. Лапароскопияни амалга ошираётганда, OIS шкаласи бўйича I-III даражали жигар травмаси учун ҳамда талок, тутқич, йўғон ва ингичка ичак ва сийдик қопини OIS шкаласи бўйича I-II даражали травмаларида лапароскопик хирургик амалиётини ўтказиш имкониятини кўриб чиқдик.

Диагностик лапароскопиянинг 68 ҳолатидан 42 ҳолатида лапароскопик хирургик кўринишидаги даволаш мақсадида видеолапароскопияга ўтказишга, 22 та ҳолатда эса қорин бўшлиғи аъзоларининг жиддий травмаси аниқлангандан сўнг конверсия қилиш ва ла-

паротомияга ўтишга қарор қилинган. 4 беморда лапароскопия пайтида қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиши аниқланмаган ва лапароскопия диагностик бўлган. Бундай пациентларда қорин бўшлиғида 120-150 мл гача бўлган қон, қорин девори, катта чарвининг майда жароҳатларидан ёки эски битишмаларнинг ёрилиши натижасида қон кетиши юзага келган. Пациентларнинг ушбу тоифасида ўлим кузатилмаган. Лапароскопик операциялар 42 ҳолатда муваффақиятли амалга оширилган.

Лапароскопик хирургик аралашувларни бажаришда қорин бўшлиғи аъзолари шикастланганда ишончли якуний гемостазга эришиш учун механик, физик ва биологик усулларни қўлладик. Қон кетишини тўхтатиш учун турли модификациядаги электрокоагулятсиядан кенг фойдаландик.

Жигар ва талокнинг ёпиқ травмасида қорин бўшлиғига қон кетишига шубҳа пайти диагностик лапароскопияни ўтказиш учун кўрсатмалар пациентларни текшириш натижасида олинган қуйидаги клиник ва инструментал маълумотларнинг комбинацияси бўлган:

- қон кетиш манбаси аниқланмаган, аммо қорин бўшлиғида УТТ ёрдамида 500 мл гача эркин суюқлик аниқланган гемодинамикаси барқарор бўлган пациентлар. 500 мл гача бўлган гемоперитонеум билан қон кетиш манбасини ва аъзо шикастланиш даражасини аниқлаш керак, чунки кейинги хирургик тактика нафақат гемоперитонеум ва унинг ҳажми, балки жигар ёки талокнинг шикастланиш даражаси билан ҳам белгиланади.

- 500 мл гача УТТ ёрдамида қорин бўшлиғида эркин суюқлик диагнози аниқланган пациентларда ҳушининг юқлиги ва аъзо травмасининг даражаси OIS шкаласи бўйича III гача бўлиши. Бундай ҳолларда қорин бўшлиғидаги эркин суюқлик таркибини фарқлашнинг иложи йўқ ва шундай экан, ковак аъзонинг «ўтказиб юборилган» травмаси туфайли перитонит ривожланиш хавфи мавжуд.

- қорин бўшлиғида 500 мл гача бўлган УТТ эркин суюқлик аниқланган пациентларда оғир қўшма травма (ОҚТ) мавжудлиги ва аъзоларнинг шикастланиш даражаси OIS шкаласи бўйича IIII гача.

- УТТ ёки КТ ўтказишни имконияти йўқлиги ёки уларнинг маълумотларини етарли даражада эмаслиги.

68 ҳолатда диагностик лапароскопия ўтказилган пациентларнинг 22 (32,4%) нафари орасида ревизия қилиш ва якуний қон тўхтатиш билан хирургик аралашувни тўлиқ якунлаш учун конверсия ва лапаротомияга ўтиш зарур деган хулосага келинган. Ревизия пайти қуйидаги аниқланган ҳолатлар бўйича лапаротомияга ўтишга қарор қилинган:

- Ковак аъзо травмаси ва перитонитнинг мавжудлиги;

- Гемоперитонеум 500 мл дан ортик;

- OIS шкаласи бўйича аъзонинг шикастланиш III даражадан юқорилиги;

- Қон кетиш манбасининг аниқланмаганлиги;

- Қорин бўшлиғида давом этаётган қон кетиш пайти эндоскопик гемостазни техник жиҳатдан бажаришни имконияти йўқлиги;

- Аъзо травмасини адекват баҳолашнинг техник жиҳатдан иложсизлиги (масалан, ёрилиш жигар ва талокнинг дарвоза соҳасида жойлашувида).

Жигар ва талокнинг ёпиқ травмаси билан клиникага ётқизилган 42 (35,9%) пациентларда лапароскопик якуний аралашувларни қўллаш зарур бўлган. Жигар ёки талокнинг шикастланиши барча пациентларда қабул қилингандан сўнг дарҳол: қорин бўшлиғи УТТ пайтида - 15, ва яна 27 - диагностик лапароскопия пайтида аниқланган.

Жигарнинг шикастланиши 28, талокнинг эса 13 пациентларда аниқланган. Яна 1 пациентда жигар ва талокнинг қўшма шикастланиши аниқланган.

Хулоса. Лапароскопик операциялар учун кўрсатма ва қарши кўрсатмалар аниқланган бўлиб, OIS шкаласи бўйича I-III даражали жигар ва талок шикастланишлари, пациентнинг аҳволи стабил ва қон йўқотиш 500 мл гача бўлган тақдирда, лапароскопик усулда самарали операция қилиниши мумкин. Жигар ва талокнинг OIS шкаласи бўйича III-IV даражали шикастланиши лапароскопик операцияга қарши кўрсатма бўлиб, жабрланганларга зудлик билан лапаротомия операцияси ўтказилиши лозим. Қорин бўшлиғи травмаси билан 29 (24,8%) пациентларда жигар ва талокнинг ёпиқ шикастланишлари учун дифференциал даволаш ва диагностика ёндашув муваффақиятли консерватив даво ўтказишга имкон берган, 39,3% ҳолатда лапароскопия туфайли эксплоратив лапаротомиядан воз кечилган ва пировард натижада ўлим кўрсаткичларини 10,7% дан 1,7% гача, асоратлар сони эса 37,9% ҳолатдан 20,51% камайтиришга эришилган. Жигар ва талокнинг ёпиқ шикастланиши диагностикаси ва даволаш тактикасини танлаш бўйича ишлаб чиқилган алгоритм клиник, лаборатор, инструментал (УТТ, КТ) ва лапароскопик усулларни ўз ичига олган бўлиб, унда олинган маълумотларини шарҳлаш учун оригинал концепсияни жорий этиш орқали бемор даволашининг йўналиши ва натижаларини сезиларли даражада оптималлаштириш асослаб берилган, 24,8% ҳолатда консерватив даво, 39,3% ҳолатда лапароскопик операцияларни ўтказиш ва 18,8% ҳолатда конверсия қилиш имконини берган.

Адабиётлар:

1. Азизов М.Ж. Состояние и пути профилактики дорожно-транспортного травматизма в Республике Узбекистан // Вестник экстренной медицины. - 2010.- №2. - с. 7.
2. Гавришук Я.В. и др. Минимально инвазивное лечение пострадавшей с повреждением селезенки // Вестник хирургии им. И.И.Грекова, 2019.-N 4.-с.58-60.
3. Ибрагимов Ф.И. Особенности тактики лечения при сочетанных травмах живота и таза // Хирургия, 2018.-N 10.-с.34-38.
4. Икрамов А.И., Хаджибаев А.М. Опранизация экстренной медицинской помощи травматологическим больным в Республике Узбекистан // Вестник экстренной медицины. - 2010. - №2. - с. 6.
5. Ибадильдин А.С., Кравцов В.И. Диагностика и хирургическая тактика при изолированной и сочетанной травме печени // Практическая медицина. - 2013. - №2. (67)- С. 49-51
6. Израйлов Р.Е., Панкратов А.А., Хатьков И.Е., Диагностические и лечебные возможности лапароскопии при абдоминальной травме // Эндоскопическая хирургия, 3, 2015. - С. 79-85.
7. Ибадильдин А.С. и др., Принципы диагностики и лечения травм печени // Вестник Казахского

национального медицинского университета. 2021. № 3. С. 187-190.

8. Умедов Х. А. и др. Принципы консервативного лечения больных с повреждениями печени и селезенки при закрытой травме живота //Journal the Coryphaeus of Science. – 2024. – Т. 6. – №. 1. – С. 444-445.
9. Масляков В.В., Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В. Травма селезенки: основные факторы, определяющие возможность выполнения органосохраняющих операций. Эндоскопическая хирургия. – 2021.- Т. 17, № 1.-с. 3–5.
10. Маховский, В.В. Состояние проблемы и пути оптимизации органосохраняющей тактики в хирургии селезенки. Вопр. реконстр. и пласт. хирургии. - 2014. - Т. 17, № 3 (50). - с. 42–55
11. Алимов А.Н. Органосохраняющий метод хирургического лечения разрыва селезенки при закрытой травме живота. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2013. - № 9. - с. 39-43.
12. Умедов Х. А. Метод хирургического гемостаза при сочетанной травмах паренхиматозных органах брюшной и полости //Journal the Coryphaeus of Science. – 2024. – Т. 6. – №. 2. – С. 28-35.
13. Umedov X.A., Show the effectiveness of a staged surgical method for severe liver damage. Theory and analytical aspects of recent research. Part 13: March 9th 2023 P.34-40.
14. Umedov X.A., Tactics of conservative treatment of spleen injuries in closed injuries of the abdominal cavity. Theory and analytical aspects of recent research. Part 13: March 9th 2023 P.34-40.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ

Умедов Х.А.

Резюме. Научно-технический прогресс привел к возникновению травматической пандемии, обусловленной урбанизацией, ростом автомобильного парка. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения «Смертность от механических травм занимает третье место среди всех летальных исходов и выходит на первое место у лиц, погибших в возрасте моложе 40 лет, достигая 80% среди подростков и юношей». Частота повреждений органов при закрытой травме живота составляет от 12,0% до 46,9%, а при сочетанных шокогенных повреждениях живота до 49,4%. Среди закрытых повреждений органов брюшной полости травма селезенки встречается в 17-30% случаев, а при сочетанной травме живота 40,0%. Характерной чертой последних десятилетий является изменение структуры травматизма, возрастание тяжести повреждений, преимущественно за счет увеличения доли сочетанных и множественных травм, частота которых достигает 55,6-81,6%. Данная категория повреждений характеризуется высокой летальностью и инвалидизацией, соответственно 51,5% и 74,8%. Увеличение закрытых повреждений органов брюшной полости требует оптимизация методов диагностики и лечения данных патологий. В связи с этим, данная проблема остается актуальной и востребованной.

Ключевые слова: видеолапароскопия, лапаротомия, ранняя диагностика, хирургическое лечение.