



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.А. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
ХАСАНОВА Д.А.
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN
MUSLUMOV(Azerbaijan) Prof. Dr.
DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ**

NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (60)

2023

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

октябрь

Received: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.

УДК 616.36:616.411-001.053-089

ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ

Умедов Хушвакт Алишерович Email: xushvaqtumedov1988@gmail.com

Мустафакулов Ишназар Бойназарови Email: mustafaqulov_70@mail.com

Исломов Нуриддин Комил угли Email: nurik920720@mail.ru

Сатторов Аббос Абдухалилович Email: sattorovabbos1990@gmail.com

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Представлен опыт лапароскопического лечения 13 пострадавших с закрытой травмой печени: 11 мужчин и 2 женщины за период с 2013 по 2023 г. Лапароскопия применялась у пациентов со стабильной гемодинамикой и объемом гемоперитонеума не более 500 мл по данным УЗИ либо с любым объемом при сроке травмы, превышающем 12 ч. В 10 случаях произведена лапароскопическая коррекция повреждений: коагуляция разрывов печени — в 7, санация и дренирование брюшной полости — в 3. В 3 случаях из 13 произведена конверсия доступа. В послеоперационном периоде отмечено 2 (15,4%) осложнения. Не было ни одного пропущенного повреждения. Летальный исход наступил в 1 (7,7%) наблюдении. Длительность пребывания больных в стационаре составила 8,5 (5—10) сут.

Ключевые слова: закрытая травма брюшной полости, травма печени, лапароскопия.

YOPIQ JIGAR SHIKASTLANISHLARDA LAPAROSKOPIK DAVOLASH USULINI IMKONIYATLARI

Umedov Xushvaqt Alisherovich Email: xushvaqtumedov1988@gmail.com

Mustafakulov Ishnazar Boynazarovich Email: mustafaqulov_70@mail.com

Islomov Nuriddin Komil o'g'li Email: nurik920720@mail.ru

Sattorov Abbos Abdusalilovich Email: sattorovabbos1990@gmail.com

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Rezyume

Yopiq jigar shikastlanishlari bilan 2013-2023 yillar davomida 13 nafar bemorni laparoskopik davolash tajribalari taqdim qilindi: shulardan 11(84,6%) nafari erkak, 2(15,4%) nafari ayollar tashkil qiladi. Barqaror gemodinamika va UTT ma'lumotiga ko'ra gemoperitoneum - 500 ml dan ko'p bo'limgan va shikastlanish davomiyligi 12 soatdan ortiq bo'lgan vaqt davomida bemorlarda laparoskopiya qo'llanildi. Shulardan 10 (76,9%), holatlarda jarohatni laparoskopik korreksiyasi o'tkazildi: jigar yorig'ini koagulyasiyasi- 7(53,8%), qorin bo'shlig'ini drenajlash va sanasiyasi – 3(23,1%), konversiya usuli – 3(23,1%), operasiyadan keyingi asoratlar 2(15,4%), o'lim xolatlari 1(7,7%) holatlarda kuzatildi. Bemorlarning kasalxonada qolish muddati 8,5 (5-10) sutkani tashkil etdi.

Kalit so'zlar: yopiq shikastlanishlar, jigar shikastlanishi, laparoskopiya

THERAPEUTIC POTENTIALS OF LAPAROSCOPY FOR BLUNT LIVER INJURY

Umedov Xushvaqt Alisherovich Email: xushvaqtumedov1988@gmail.com

Mustafakulov Ishnazar Boynazarovich Email: mustafaqulov_70@mail.com

Islomov Nuriddin Komil o'g'li Email: nurik920720@mail.ru

Sattorov Abbos Abdusalilovich Email: sattorovabbos1990@gmail.com

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz



✓ *Resume*

Background of laparoscopic management of blunt liver injury in 13 patients (11 females and 2 males) from 2013 through 2023 is presented in the article. Laparoscopy was indicated in patients with stable hemodynamics and volume of hemoperitoneum less than 500 ml according to the ultrasound or with any volume of hemoperitoneum in case of injury more than 12h before admission. In 10 patients laparoscopic management of injuries was performed: coagulation of liver tears in 7 cases, abdominal sanitation and drainage in 3 patients. In 3 cases conversion to laparotomy took place. 2 patients (15.4%) developed postoperative complications. No missed injuries were observed. 1 patient (7.7%) has died. Average hospital stay comprised 8,5 (5—105) days.

Key words: closed abdominal trauma, liver injury, laparoscopy.

Актуальность

травма — наиболее частая причина смерти в возрастной категории от 1 до 44 лет; в структуре смертности для всех возрастных категорий травма уступает лишь онкологическим заболеваниям и атеросклерозу. Среди причин закрытой травмы живота в крупных городах первое место занимают дорожно-транспортные происшествия (ДТП) 45-50%, среди других причин называются избиение, падение с высоты, производственная травма [1,2,4,6]. Наиболее часто повреждаемые органы при этом: селезенка (40-55%), печень (35-45%) и органы забрюшинного пространства (15%). Летальность при закрытой травме печени остается высокой. По данным ведущих клиник США, Европы и Японии, она колеблется от 31 до 46%. Столы высокие цифры летальных исходов объясняются как тяжестью самой травмы печени, так и превалированием среди больных с закрытой травмой сочетанных и множественных повреждений. Стандартным доступом для хирургического лечения пострадавших с повреждениями печени является лапаротомия [3,5]. Однако появившиеся в последние годы многочисленные сообщения об успешном применении как диагностической, так и лечебной лапароскопии у данной категории, пострадавших диктуют необходимость осторожного пересмотра существующей тактики.

Цель работы - определить лечебные возможности видеолапароскопии при закрытых повреждениях печени.

Материал и методы

За период с 2013 по 2023 г. с применением лапароскопии нами оперированы 13 пострадавших с закрытой травмой печени: 11 мужчин и 2 женщины. Средний возраст пациентов 30,7 (15-53) года. Причинами травмы были следующие: ДТП - 5, спортивная - 1, падение с высоты - 2, в 5 случаях данные о причине травмы отсутствовали. В первые 3 ч от момента получения травмы поступили 6 пострадавших, в 1 случае давность травмы составила 3 сут и в 6 случаях информация о сроках травмы отсутствовала в связи с тяжестью состояния пациентов. У 7 пострадавших отмечалась изолированная закрытая травма живота. В 3 случаях травма брюшной полости сочеталась с закрытой черепномозговой травмой (ЗЧМТ) и костной травмой, в 2 случаях - с травмой грудной клетки, и у 1 пациента - с ЗЧМТ и торакальной травмой. Состояние пострадавших при поступлении в 4 случаях оценивалось как тяжелое и в 9 - как средней тяжести. Всем пострадавшим при поступлении в обязательном порядке выполняли УЗИ брюшной полости. В случае выявления скучного (не более 50 мл) количества жидкости в подпеченочном пространстве пострадавших госпитализировали в реанимационное отделение, где проводили динамическое наблюдение за больным с учетом клинических, лабораторных и эхографических данных. Ультразвуковой мониторинг осуществляли с интервалом 2 ч. Нарастание объема гемоперитонеума наряду с клиническими и лабораторными признаками продолжающегося кровотечения служило показанием к хирургическому лечению. Показаниями к применению лапароскопии служили стабильность гемодинамических показателей в сочетании с объемом гемоперитонеума, не превышающим 500 мл по данным УЗИ, либо любой объем гемоперитонеума при давности травмы более 12 ч. В результате лапароскопической ревизии брюшной полости в 1 случае выявлен разрыв обеих долей печени, в 12 повреждения ограничивались 1 долей, из них у 1 пострадавшего повреждения локализовались в левой доле и у 11 в правой. У 8 пациентов



повреждения органов брюшной полости ограничивались травмой печени, в 2 случаях разрывы печени сочетались с забрюшинной гематомой и еще в 3-х разрывом селезенки (табл. 1).

таблица 1.

Распределение пациентов по полу, возрасту, интраоперационным находкам

| Параметр | Значение |
|--|------------------|
| Пациенты | 13 |
| Мужчины, абс. (%) | 11 (84,6) |
| Возраст, годы | 30,7 (15-53) |
| Изолированные разрывы печени, абс. (%) | 8 (61,5) |
| Разрывы печени и других органов, абс. (%) | 5 (38,5) |
| Разрыв 1 сегмента печени, абс. (%) | 9 (69,2) |
| Разрыв 2 сегментов, абс. (%) | 3 (23,1) |
| Разрыв 3 сегментов, абс. (%) | 1 (7,7) |
| Степень повреждения по Moore 1—2, абс. (%) | 11 (84,6) |
| Степень повреждения по Moore 3, абс. (%) | 1 (7,7) |
| Степень повреждения по Moore 4, абс. (%) | 1 (7,7) |
| Объем гемоперитонеума, мл | 458,3 (150—1100) |

таблица 2.

Результаты лечения обследованных больных

| Параметр | Значение |
|---|-------------|
| Лапароскопические операции, абс. (%) | 10(76.9%) |
| Конверсия, абс. (%) | 3(23.1%) |
| Осложнения, абс. (%) | 2(15.4%) |
| Летальный исход, абс. (%) | 1(7.7%) |
| Длительность пребывания в стационаре, сут | 8,5(5-105%) |
| Пропущенные повреждения | 0 |

В 3 случаях мы были вынуждены прибегнуть к конверсии доступа. Показаниями к лапаротомии стали невозможность быстрой остановки кровотечения лапароскопическим способом при наличии интенсивного внутрибрюшного кровотечения из обширных разрывов паренхиматозных органов (разрыв 5-7 сегментов печени 4-й степени по Moore, сочетание разрыва печени и селезенки с активным кровотечением), наличие парадуоденальной гематомы, ревизовать которую лапароскопическим способом мы сочли нецелесообразным. В послеоперационном периоде отмечено 2 осложнения. У 1 пациента после коагулации разрыва печени сформировалась билома правой доли печени, дренированная чрескожным доступом под ультразвуковым наведением с последующим выздоровлением.

Во втором случае в связи с поступлением геморрагического отделяемого по дренажам мы прибегли к релапароскопии, при которой выявлено пропотевание крови в брюшную полость из диагностированной ранее забрюшинной гематомы без дополнительных находок [10,11]. Не отмечено ни одного случая пропущенного повреждения. Летальный исход наступил в 1 случае, в котором выявлен разрыв печени 4-й степени и осуществлена конверсия доступа. Длительность пребывания больных в стационаре составила 8,5 (5-105) сут (табл. 2), что объяснялось наличием тяжелой сочетанной травмы [14,15].

Общеизвестное преимущество лапароскопической хирургии, заключающееся в меньшей травматичности операционного пособия, не является доминирующим у пострадавших с



травмой внутренних органов [12,13]. Необходимость устранения непосредственной угрозы жизни пациента делает остальные задачи второстепенными. Однако, как показывает накопленный опыт, объем гемоперитонеума и степень интенсивности кровотечения не всегда диктуют необходимость произведения лапаротомии. Мы провели ретроспективный анализ собственных результатов лечения, пострадавших с травмой брюшной полости за трехлетний период, предшествовавший применению лечебной лапароскопии [16,17]. При этом выявлено, что у 31,6% пострадавших, оперированных по поводу закрытой травмы брюшной полости, выявлены поверхностные разрывы печени, брыжейки, связочного аппарата желудка; эти больные могли быть оперированы лапароскопическим способом [18,19]. Во всех случаях применения лапароскопии, представленных в настоящем исследовании, имелись формальные показания к лапаротомии с учетом тактических установок, не потерявших актуальность до настоящего времени [20,21]. Анализируя полученные результаты, мы пришли к заключению, что лапароскопия во многих случаях может являться адекватной и безопасной альтернативой открытым методам хирургического лечения больных с абдоминальной травмой. В качестве скринингового метода обследования считаем УЗИ брюшной полости. На основании эхографических данных об объеме гемоперитонеума выбираем тактический вариант дальнейшего ведения пациента [22,24]. При этом обязательным условием отказа от лапаротомии на начальном этапе, по нашему мнению, являются стабильность гемодинамических и респираторных показателей и отсутствие признаков перитонита. В случаях, когда объем гемоперитонеума, по эхографическим данным, не превышает 50 мл, считаем возможным консервативное ведение пострадавшего с проведением динамического мониторинга состояния пациента по клиническим, эхографическим и лабораторным данным в условиях реанимационного отделения [23,25]. При определении показаний к проведению лапароскопии мы придерживались критериев, на которых сходятся большинство исследователей:

- 1) выявление при УЗИ не более 500 мл свободной жидкости в брюшной полости.
- 2) любое количество жидкости в брюшной полости по данным УЗИ при сроке травмы более 12 ч у пациента со стабильной гемодинамикой. Используемый нами лечебно-диагностический алгоритм можно графически отобразить следующей схемой. Дальнейшему развитию данного направления будет способствовать применение современных гемостатических материалов и эндоваскулярных вмешательств при повреждениях паренхиматозных органов.

Заключение

Полученные начальные результаты позволяют сделать вывод о высокой диагностической ценности лапароскопии у данной категории пострадавших, учитывая отсутствие диагностических ошибок и пропущенных повреждений в представленном материале. Анализ результатов лапароскопического лечения, пострадавших в зависимости от тяжести повреждения печени показывает, что при травме 1-й и 2-й степени по Moore возможно консервативное ведение пострадавших, а при наличии признаков продолжающегося кровотечения эффективным методом лечения может быть лапароскопическая операция.

Таким образом, применение лапароскопии у пострадавших с закрытыми повреждениями печени имеет достаточно высокую информативность и при стабильности гемодинамических показателей может служить адекватной и безопасной альтернативой лапаротомии, позволяя избежать напрасных лапаротомий, снижая операционную травму и улучшая результаты лечения больных этой тяжелой категории.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алиджанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Б.Н. Местоэндовохирургии с экстренной патологией и травмами органов брюшной полости. // Шошилинч тиббиёт ахбортономаси. 2021;14(6):31-35.
2. Гаврищук Я.В., Кажанов И.В., Тулупов А.Н. и др. Минимально инвазивное лечение пострадавшей с повреждением селезенки // Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2019;4:58-60.
3. Иноземцев Е. О., Григорьев Е. Г., Апарчин К. А. Актуальные вопросы хирургии сочетанных повреждений // Политравма. 2017;1:6-11.

4. Масляков В.В., Барсуков В.Г., Урядов С.Е. и др. Роль и место тактики damage control при ранениях живота // Вестник медицинского института Реавиз, 2019;5:116-124.
5. Масляков В.В., Федоров Э.Ф., Барсуков В.Ю. Выбор хирургической тактики при закрытых травмах селезенки в зависимости от тяжести состояния в момент поступления // Медицинские науки. Хирургия. 2020;4(56):51-60.
6. Подолужный В.И., Радионов И.А., Пельц В.А. Травматические повреждения печени. // Политравма 2023;1:34-38.
7. Ротькин Е.А., Агаларян А.Х., Агаджанян В.В. Особенности диагностики и лечения повреждений паренхиматозных органов живота при политравме. // Политравма. 2023;1:29-38.
8. Самохвалов И.М., и др. Практическое руководство по Damage Control. Санкт-Петербург: Р-КОПИ, 2020;420.
9. Хрипун А.И., Алимов А.Н., Саликов А.В. Органосохраняющий метод в хирургическом лечении повреждений селезенки. // Хирургия 2014;1:34-38.
10. Bartlet J.D., Lawrence J.E., Does virtual reality similitude have a role in training trauma and orthopedic surgeons. // The bone joint journal. 2018;5:558-568.
11. Coccolini F., Coimbra R., Ordóñez C., et al. Liver trauma: WSES 2020 guidelines // World Journal of Emergency Surgery. 2020;15(1):1-15.
12. Elliot A.J., Turiano N.A., Infurna F.J., et al. Lifetime trauma, perceived control, and all-cause mortality: Results from the Midlife in the United States Study // Health Psychology. 2018;37(3):262-270.
13. Federico C., Raul C., Carlos O., Yoram K. Liver trauma: WSES 2020 guidelines. // World Journal of Emergency Surgery 2020; 15-24.
14. Goedecke M., Kühn F., Stratos I., et al. No need for surgery? Patterns and outcomes of blunt abdominal trauma. // Innov Surg Sci. 2019;4(3):100-107.
15. Khaidarov N.B., Umedov K.A., Khursanov Yo.E., Evaluation of the effectiveness of multi-stage surgical tactics in severe liver damage. // Research focus international scientific journal. 2023;2(1):312-316.
16. Koto M.Z., Matsevych O.Y., Mosai F., et al. Laparoscopy for blunt abdominal trauma: a challenging endeavor // Scandinavian Journal of Surgery. 2019;108(4):273-279.
17. KiY. J., Jo Y.G., Park Y.C., et al. The Efficacy and Safety of Laparoscopy for Blunt Abdominal Trauma: A Systematic Review and Meta-Analysis // Journal of Clinical Medicine. 2021;10(9):1-16.
18. Umedov X.A., Show the effectiveness of a staged surgical method for severe liver damage. // Theory and analytical aspects of recent research. 2023;13(9):34-40.
19. 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;34-40.
20. Leppäniemi A. Nonoperative management of solid abdominal organ injuries: From past to present // Scandinavian Journal of Surgery. 2019;108(2):95-100.
21. Mahtam I., Shaikh N.A., Napar N.B., Bhatti Z.A., Soomro S. Conservative Management of Blunt Abdominal Trauma in Paediatric Population—An Experience in Interior Sindh // Annals of Jinnah Sindh Medical University. 2021;7(2):71-74.
22. Mustafakulov I. B., Umedov X.A., et al. Evaluation of the effectiveness of multi-stage surgical tactics for liver damage // World journal of advance healthcare research. 2020;4(3):264-266.
23. Mustafakulov I. B., Umedov X.A., et al. Severe associated trauma to the abdomen diagnosis and treatment // European journal of pharmaceutical and medical research. 2020;7(6):113-116.
24. Mustafakulov I.B., Umedov H.A. Modern tactical approaches in the treatment of traumatic liver injuries // Journal of hepatogastroenterological studies. 2020;1(2):48-51.
25. Mustafakulov I.B., Akhmedov H.A. Intra-abdominal hypertension syndrome in combined abdominal injuries // Journal of hepatogastroenterological studies. 2020;1(2):52-55.

Поступила 10.09.2023

