



**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**

*октябрь*

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com E:  
ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

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

УДК 616.36:616.411-001.053-089

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ

Мустафакулов Ииназар Бойназарович Email: [mustafaqulov\\_70@mail.com](mailto:mustafaqulov_70@mail.com)

Умедов Хушвакт Алишерович Email: [xushvaqtumedov1988@gmail.com](mailto:xushvaqtumedov1988@gmail.com)

Сатторов Аббос Абдухалилович Email: [sattorovabbos1990@gmail.com](mailto:sattorovabbos1990@gmail.com)

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

### ✓ Резюме

В данной обзорной статье авторы предприняли попытку кратко обобщить опыт по тактике ведения, диагностике, хирургическому и неоперативному методу лечения пострадавших с травматическими повреждениями печени и селезёнки. В статье кратко отображены методики диагностики этих повреждений, показаны возможности протокола ультразвукового исследования FAST, используемый для раннего выявления внутрибрюшного кровотечения и возможности применения малоинвазивных методов хирургического лечения. Изучив результаты научных работ было выявлено, что селективная неоперативная тактика лечения абдоминальных травм является предпочтительным методом лечения пациентов с стабильными показателями гемодинамики, отсутствием перитонита и может быть применена в условиях многопрофильного стационара. В статье авторами так же раскрыты тактические моменты селективной неоперативной тактики лечения при абдоминальной травме.

Ключевые слова: абдоминальная травма, диагностика, лечение.

## JIGAR VA TALOQNING QO'SHMA SHIKASTLANISHLARDA TASHXISLASH VA DAVOLASHGA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR

Mustafakulov Ishnazar Boynazarovich Email: [mustafaqulov\\_70@mail.com](mailto:mustafaqulov_70@mail.com)

Umedov Xushvaqt Alisherovich Email: [xushvaqtumedov1988@gmail.com](mailto:xushvaqtumedov1988@gmail.com)

Sattorov Abbos Abduxalilovich Email: [sattorovabbos1990@gmail.com](mailto:sattorovabbos1990@gmail.com)

Самарқанд давлат тиббиёт университети О'zbekiston, Самарқанд, st. Amir Temur, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

### ✓ Rezyume

Ushbu sharx maqolasida mualliflar travmatik jigar va taloq jarohatlari bo'lgan bemorlarni davolash taktikasi, diagnostikasi, jarrohlik va jarrohlik bo'lmagan davolash bo'yicha tajribani qisqacha bayon qilishga harakat qilishdi. Maqolada ushbu jarohatlarni tashxislash usullari qisqacha ko'rsatilgan, qorin bo'shlig'i qon ketishini erta aniqlash uchun ishlatiladigan FAST ultratovush protokolining imkoniyatlari va miniinvaziv jarrohlik usullarini qo'llash imkoniyati ko'rsatilgan. Ilmiy tadqiqotlar natijalarini o'rganishdan so'ng, u qorin jarohatlarini davolash uchun tanlab nodavlat operativ taktika barqaror gemodinamik parametrlari, peritonit yo'qligi bilan bemorlarni davolash afzal usul hisoblanadi va ko'p tarmoqli kasakxonada qo'llanilishi mumkin deb vaxiy qilingan edi. Maqolada mualliflar qorin bo'shlig'i travmasini tanlab operativ bo'lmagan davolash taktikasining taktik jihatlarini ham ochib berishdi.

Kalit so'zlar: Qorin bo'shlig'i shukastlanishi, tashxis, davolash

## MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMBINED INJURY IN THE LIVER AND SPLEEN

Mustafakulov Ishnazar Boynazarovich Email: [mustafaqulov\\_70@mail.com](mailto:mustafaqulov_70@mail.com)

Umedov Xushvaqt Alisherovich Email: [xushvaqtumedov1988@gmail.com](mailto:xushvaqtumedov1988@gmail.com)

Sattorov Abbos Abduxalilovich Email: [sattorovabbos1990@gmail.com](mailto:sattorovabbos1990@gmail.com)

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

### ✓ *Resume*

*In this review article, the authors have attempted to summarize the experience in tactics, diagnosis, and surgical treatment of patients with abdominal injury. The article briefly displays methods of diagnosis of these lesions, the possibilities of FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) protocol, used for early detection of intra-abdominal hemorrhage and of the use minimally invasive surgical treatment of traumatic lesions. After studying the results of scientific work it was revealed, that selective non-operative treatment tactics is the preferred method of treating patients with stable hemodynamic parameters, the absence of peritonitis and can be applied in a multidisciplinary hospital. The authors also revealed tactical points non-operative management of internal organs injuries.*

**Keywords:** *abdominal trauma, diagnosis, treatment.*

### Актуальность

а последние годы во всем мире отмечается рост травматизма, что связано с увеличением роста дорожно-транспортных происшествий и других внешних воздействий. Травма является 4-причиной смерти после сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований и хронических заболеваний легких, а также является основной причиной смерти в возрасте до 45 лет. По данным ВОЗ, от травм органов брюшной полости ежегодно погибает около 500 000 человек, к 2020 году травма станет первой или второй причиной потери лет продуктивной жизни для всего населения мира [1,2,6]. В структуре травматизма мирного времени повреждения органов брюшной полости составляет до 15% всех травматических повреждений. Несмотря на достижения современной медицины, количество диагностических ошибок и летальность в данном виде патологии остаются недопустимо высокими, летальность при травматических повреждениях печени и селезенки колеблется от 14,2 до 59,8%. Результаты лечения пострадавших зависят от тяжести полученных травм, оказания своевременной хирургической помощи и правильном выборе хирургической тактики [1,3,4].

Для диагностики повреждений внутренних органов используют различные методы: рентгенологический, ультразвуковой, радионуклидный, ангиографический, компьютерная томография и лабораторные методы исследования. Во многих региональных медицинских центрах продолжается использование УЗИ как основного метода диагностики травм паренхиматозных органов брюшной полости. По данным авторов точность УЗИ при повреждении почек составила – 100%, при разрывах печени – 72%, селезенки – 69%, кишечника – 0% [2,5,]. Так же, для диагностики травм внутренних органов применяется протокол ультразвукового исследования FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma, 1999), призванный как можно раньше выявить внутрибрюшные кровотечения и повреждения потенциально опасных органов [6,7]. В соответствии с описанием при FAST ультразвуковая визуализация осуществляется из 4 точек. Оцениваются патологические изменения в органах брюшной полости, а также наличие, объем, месторасположение и качественные характеристики свободной жидкости. Протокол является обязательной частью ATLS (Advanced Trauma Life Support) – образовательной концепции, принятой уже более, чем в 50 странах и уже доказал свою эффективность. Однако, не все авторы согласны с этим утверждением, в частности получили неудовлетворительные результаты применения FAST протокола при диагностике пациентов с подозрением на травму внутренних органов. Основным методом диагностики у гемодинамически стабильных больных считают компьютерную томографию (КТ) [8,10,12]. Многие авторы рекомендуют применять

дополнительно КТ во всех случаях, когда УЗИ показал отрицательные результаты, но есть клиника внутрибрюшных повреждений. При наличии клинических симптомов внутреннего кровотечения, нестабильной гемодинамики и наличие свободной жидкости в брюшной полости нет необходимости в проведении КТ. КТ-сканирование с внутривенным контрастом в настоящее время стандартная диагностическая процедура у гемодинамически стабильных пациентов с жидкостью в брюшной полости [8,9]. КТ остаётся золотым стандартом для своевременного диагноза при травматическом повреждении кишечника и его брыжейки. Задержка диагноза в таких случаях увеличивает риск сепсиса и смертность после тупой травмы живота [11,13].

В последние годы при лечении травматического повреждения печени исселезёнки наблюдается заметный сдвиг от рутинного хирургического метода к селективной неоперативной выжидательной тактике лечения. Хотя более чем 20-летний успешный опыт консервативного ведения травм печени и селезенки доказал эффективность селективной неоперативной тактики, во многих клиниках Российской Федерации и в странах СНГ, наличие гемоперитонеума служит абсолютным показанием к лапаротомии [14,15]. К тому же во время операции не всегда выявляются признаки продолжающегося кровотечения. Основным показанием к оперативному методу лечения является клиническое состояние больного, а не наличие признаков травмы органа, но не стоит забывать, что не остановленное внутрибрюшное кровотечение, каждые 3 отсроченные минуты увеличивает госпитальную смертность на 1%. Современные методы высокочувствительной визуализации, а также интервенционная ангиография позволяют применять селективную неоперативную активно-выжидательную тактику у пациентов с тупыми травмами внутренних органов. Многие пациенты с проникающим ранением брюшной полости нуждаются в экстренном оперативном вмешательстве [13,18]. Однако есть пациенты, которых можно лечить неоперативными методами, применяя селективную активно-выжидательную тактику. Даже при проникающих ранениях органов брюшной полости селективное неоперативное лечение имеет высокий уровень успеха и низкий уровень осложнений. Основываясь на результатах двух исследований, в которых участвовало в общей сложности 114 человек, нет доказательств, подтверждающих что, при немедленном оперативном вмешательстве результаты лечения лучше, чем селективная неоперативная выжидательная тактика лечения, при проникающих ранениях органов брюшной полости, у которых нет признаков перитонита, и они стабильны. При этом пациенты, которым требуется отсроченная лапаротомия, имеют сходные показатели смертности, аналогичной больным, которые подвергаются немедленной лапаротомии. Преимущества этой тактики лечения состоят в снижении оперативных осложнений и более короткую продолжительность пребывания в стационаре. Несмотря на то, что селективная неоперативная тактика лечения в большинстве медицинских центров стала стандартом в лечении пациентов с травмами внутренних органов, при сомнительных случаях хирурги не должны колебаться для проведения оперативного вмешательства [15,17].

Адьюнктивные методы лечения, такие как ангиография с эмболизацией становятся все более важными дополнениями к неоперативной тактике лечения травм паренхиматозных органов. Ангиоэмболизация может быть использована в качестве дополнения к селективной неоперативной тактике лечения и увеличивает коэффициент успеха до 95%.

Однако, на сегодняшний день существует множество разногласий относительно оптимального выбора пациента для селективной неоперативной тактики, правильной роли ангиоэмболизации и правильной следующей стратегии. В частности пришли к заключению, что травмы печени и почек можно успешно лечить с использованием неоперативной тактики, без применения контрастной ангиографии с последующей эмболизацией [19,20].

Лапароцентез с применением шарящего катетера позволяет установить или отвергнуть диагноз повреждения органов брюшной полости у 75-99% больных, но не является методом выбора из-за большого числа как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов, а также имеет ряд противопоказаний к применению: ранее перенесенные полостные операции, вздутие живота, крайне тяжелое состояние больного. Отрицательные результаты лапароцентеза не исключают повреждения забрюшинных органов, особенно ДПК, восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Диагностические ошибки составили 4-6%, а несвоевременная постановка диагноза при выполнении лапароцентеза, приводящая к

задержке оперативного вмешательства на 12 ч и более, была у 10% больных, однако этот метод прост и доступен в использовании и нельзя недооценивать его роль в диагностике травм органов брюшной полости.

Лапароскопическая хирургия для абдоминальной травмы, как тупой, так и проникающей безопасна и технически возможна у пациентов со стабильными показателями гемодинамики. Лапароскопическая хирургия ассоциируется с более коротким временем оперативного вмешательства, более меньшим количеством объема кровопотери и более коротким временем проведения в стационаре. Экстренная лапароскопия позволяет полноценно оценить характер и объем внутрибрюшных повреждений, у 53,9% пострадавших ликвидировать все последствия травмы эндоскопическим способом, не прибегая к широкой лапаротомии [21,22]. Переходить на конверсию и лапаротомию следует при обнаружении травмы в зоне слепого пятна [23]. Проспективное рандомизированное исследование Leppaniemi и Naariainen пациентов с проникающими ранами показало, что у пациентов с повреждениями органов брюшной полости скрининговая лапароскопия имеет мало преимуществ перед лапаротомией по показателям смертности, частоты осложнений, пропущенной патологии, однако 55% лапаротомий удалось избежать благодаря лапароскопии. Сходные данные были получены McQuay и Britt в их исследовании, включавшем 80 пациентов с проникающими торакоабдоминальными травмами, подвергшимся скрининговой лапароскопии, 72,5% которых избежали лапаротомии. Признана важная роль лапароскопии в специфической ситуации – подозрении на повреждение диафрагмы. Противопоказания к лапароскопии у пациента с травмой такие же, как и у нетравмированного за исключением одного – повреждений головы, так как, повышенное давление в брюшной полости, т.е. пневмоперитонеум, вызывает значительное повышение внутричерепного давления.

Ранее спленэктомия была методом выбора для большинства травм селезенки, но в связи с накоплением знаний об аспленизме, а также осложнениях, развивающихся после спленэктомии, в настоящее время наметилась тенденция к приоритету органосохраняющих операций при травмах селезенки. Предыдущие исследования продемонстрировали, что сохранение 25% паренхимы селезенки обеспечивает соответствующий иммунологический ответ на антигенный стимул. При тяжелых поражениях селезенки, в случаях, когда показана спленэктомия, рекомендуется сохранившиеся части селезенки нарезать на куски размером от 2x2 до 5x5 см и имплантировать в большой сальник, укутав им части селезенки [24,25].

При политравме и тяжелом состоянии больных неспособных перенести полный объем оперативного вмешательства ввиду тяжести травмы, для спасения жизни рекомендуется применение тактики этапного хирургического лечения – “Damage Control”. Сочетание методик Damage Control-лапаротомии (хирургии) и ранней коррекции физиологических и коагуляционных нарушений с применением Damage Control-реанимации, при соотношении свежезамороженной плазмы к эритроцитарной массе 1:1, в сочетании с меньшим использованием кристаллоидов, позволяет повысить показатель выживаемости до 73,6%, у пациентов с абдоминальными повреждениями при политравме.

Использование современных методов ранней диагностики и миниинвазивных хирургических технологий (лапароскопия, операции из мини-доступов, эндоваскулярная эмболизация сосудов), методов органа сберегающих и заместительных оперативных вмешательств, тактики этапного хирургического лечения тяжелой категории пострадавших приводит к снижению показателей послеоперационной летальности и послеоперационных осложнений.

В завершение следует отметить, что ранняя антикоагулянтная терапия тромбозмембранных осложнений с помощью эноксипарина, у пациентов с высоким риском, при тупой травме живота считается безопасной.

### **Заключение**

Более активное использование эндовидеохирургических и рентгеноэндоваскулярных технологий может способствовать улучшению результатов лечения травматического повреждения печени и селезенки. В условиях многопрофильного стационара, при условии наличия необходимого диагностического оборудования и медицинского персонала обеспечивающего непрерывный мониторинг клинического статуса пациента, селективная

неоперативная тактика лечения травм органов брюшной полости является предпочтительным методом лечения пациентов с стабильными показателями гемодинамики и отсутствием перитонита, не зависимо от степени травматизма. Пациенты с нестабильными показателями гемодинамики и перитонитом по прежнему нуждаются в экстренном оперативном вмешательстве. Однако на сегодняшний день существует множество разногласий относительно оптимального выбора пациента для селективной неоперативной тактики. Не смотря на “взрыв” литературы по этой теме многие вопросы, касающиеся неоперативной тактики ведения больных, остаются открытыми.

Проделанная работа ни в коем случае не является исчерпывающей все аспекты травмы органов брюшной полости, но есть надежда, что эта статья поможет клиницистам для принятия решений, выбора метода лечения и способствовать дальнейшему интересу к проблеме травмы живота.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В. Сочетанная закрытая травма селезенки у взрослых: современный подход к диагностике и лечению // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. 2021;10(2):347-356.
2. Бондарев Г.А., Липатов В.А., Северинов Д.А., Интраоперационная тактика местного хирургического гемостаза при травмах и плановых операциях на паренхиматозных органах брюшной полости. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2020;XIII(3):268-277.
3. Ибадильдин А.С., Кравцов В.И., Ибадильдина С.А., и др., Принципы диагностики и лечения травм печени // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2021;3:187-190.
4. Ибрагимов Ф.И. Особенности тактики лечения при сочетанных травмах живота и таза // Хирургия, 2018;10:34-38.
5. Маскин С.С., Александров В.В., Матюхин В.В., Ермолаева Н.К. Закрытые повреждения печени: алгоритм действий хирурга в условиях травмоцентра 1 уровня // Политравма. 2020;2:84-91.
6. Мануковский В.А., Гаврищук Я.В., Тулупов А.Н., Демко А.Е., и др. Возможности консервативного и минимально инвазивного лечения закрытых повреждений паренхиматозных органов живота у взрослых // Политравма. 2022;3:21-33.
7. Пархисенко Ю.А. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с травматическими повреждениями печени // Перспективы науки и образования. 2018;1(31):243-249.
8. Смолькина А.В., Макаров С.В. Особенности ведения пациентов при сочетанной травме с разрывом селезенки – Вестник медицинского института «РЕАВИЗ», 2019;3:137-140.
9. Савицкий Д.С. Изучение эффективности методов местного гемостаза при кровотечении из печени (экспериментально-клиническое исследование). /Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Санкт-Петербург 2021;174.
10. Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Стекольников Н.Ю. Тампонирование в хирургическом лечении тяжелых повреждений печени. // Политравма. 2020;1:18-22.
11. Carlos A.O., Michael W. P., Mauricio M. Damage Control in Penetrating Liver Trauma: Fear of the Unknown. Colombia Médica | <http://doi.org/10.25100/cm.v51i4.4365>. 2020; 51(4):1-9.
12. Derek J.R., Juan D. et.al., Indications for the Appropriate Use of Damage Control Surgery and Damage Control Interventions in Civilian Trauma Patients. // Journal of Endovascular Resuscitation and Trauma Management 2021;5(1):13-17.
13. Engles S., Saini N.S., Rathore S. Emergency Focused Assessment with Sonography in Blunt Trauma Abdomen. // International Journal of Applied and Basic Medical Research. 2019;9(4):193-196.
14. Fatima A., Muhammad Kh., Farhan S. Role of Diagnostic Laparoscopy in Penetrating Abdominal Trauma. // P J M H S 2021;15(10):3514-3530.

15. Heng F.L., Ying D.Ch., Sheyr Ch.Ch. Value of diagnostic and therapeutic laparoscopy for patients with blunt abdominal trauma: A 10-year medical center experience // *Laparoscopy for blunt abdominal trauma* // 2018; 13(2):1-14.
16. Kumar V., Mishra B., Joshi M.K., Purushothaman V., Agarwal H., Anwer M. et al. Early hospital discharge following non-operative management of blunt liver and splenic trauma: A pilot randomized controlled trial // *Injury*. 2021;52(2):260-265.
17. 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*. Volume 2 Issue 1 2023;312-316.
18. Lin H.F., Chen Y.D., Chen S.C. Value of diagnostic and therapeutic laparoscopy for patients with blunt abdominal trauma: A 10-year medical center experience // *Laparoscopy for blunt abdominal trauma* February 22. 2018;13(2):1-14.
19. 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;34-40.
20. 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. Mellor T.E., Junga Z., Ordway S., Not Just Hocus POCUS: Implementation of a Point of Care Ultrasound Curriculum for Internal Medicine Trainees at a Large Residency Program. *Military medicine*, 184, 2019;11/12(901):901-906.
21. 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.
22. 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.
23. Mustafakulov I.B., Umedov H.A. Modern tactical approaches in the treatment of traumatic liver injuries // *Journal of hepato-gastroenterological studies*. 2020;1(2):48-51.
24. Mustafakulov I.B., Akhmedov H.A. Intra-abdominal hypertension syndrome in combined abdominal injuries // *Journal of hepato-gastroenterological studies*. 2020;1(2):52-55.

**Поступила 10.09.2023**