



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

3 (77) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
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. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

3 (77)

2025

март

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.36:616.411-001.053-089

ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Абдурахмонов Маъмур Мустафаевич <https://orcid.org/0000-0001-4563-3289>

E-mail: abduraxmonovmamor@bsmi.uz

Умедов Хушвакт Алишерович. <https://orcid.org/0000-0001-9498-4335>

E-mail: umedovxushvakt@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Среди закрытых повреждений органов брюшной полости травма селезенки встречается в 17,7-30,4% 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 53,0-70,0%. Данная категория повреждений характеризуется высокой летальностью и инвалидизацией, соответственно 50,3% и 74,5%. Среди закрытых повреждений органов живота разрывы селезенки составляют 16-30%. Применяемые нами методы консервативного адекватного гемостаза при повреждениях селезенки были эффективны в 93,3% наблюдений. Осложнения и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолaparоскопической техники не было.

Ключевые слова: травма живота, повреждений селезенки, ранняя диагностика, хирургическая тактика.

QORIN BO'SHLIG'I YOPIQ SHIKASTLANISHLARIDA TALOQ TRAVMALARIDA KONSERVATIV DAVOLASH USULLARINI OPTIMALASHTIRISH

Abduraxmonov Ma'mur Mustafaevich <https://orcid.org/0000-0001-4563-3289>

E-mail: abduraxmonovmamor@bsmi.uz

Umedov Xushvakt Alisherovich <https://orcid.org/0000-0001-9498-4335>

E-mail: umedovxushvakt@bsmi.uz

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Qorin bo'shlig'i organlarining yopiq shikastlanishlari orasida taloq shikastlanishi 17,7-30,4% hollarda, qorin bo'shlig'ining qo'shma shikastlanishi 40,0% da uchraydi. So'nggi o'n yilliklarning o'ziga xos xususiyati shikastlanish tuzilishining o'zgarishi, shikastlanishning zo'ravonligining oshishi, asosan, 53,0-70,0% gacha bo'lgan qo'shma va ko'p sonli jarohatlar ulushining ko'payishi bilan bog'liq. Ushbu shikastlanishlar toifasida yuqori o'lim va nogironlik bilan tavsiflanadi, mos ravishda 50,3% va 74,5% tashkil qiladi. Qorin bo'shlig'i organlarining yopiq shikastlanishi orasida taloqning yorilishi 16-30% ni tashkil qiladi. Konservativ davolashda taloq shikastlanishida gemostazda biz qo'llagan usullari kuzatishlarning 93,3 % da samarali bo'lgan. Konservativ davolash va videolaparoskopik texnikani qo'llash bilan bog'liq asoratlar va o'limlar kuzatilmadi.

Kalit so'zlar: qorin bo'shlig'i shikastlanishi, erta diagnostika, xirurgik usul, taloq shikastlanishi. laparoskopiya.

OPTIMIZATION OF CONSERVATIVE METHODS OF TREATMENT OF SPLEEN INJURIES IN CLOSED ABDOMINAL INJURIES

Abduraxmonov Ma'mur Mustafaevich <https://orcid.org/0000-0001-4563-3289>

E-mail: abduraxmonovmamor@bsmi.uz

Umedov Xushvakt Alisherovich <https://orcid.org/0000-0001-9498-4335>

E-mail: umedovxushvakt@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1

Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Among closed abdominal injuries, spleen injury occurs in 17.7-30.4% 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 53.0-70.0%. This category of injuries is characterized by high mortality and disability, respectively 50.3% and 74.5%. Among the closed abdominal injuries, ruptures of the spleen account for 16-30%. Our methods of conservative adequate hemostasis for spleen injuries were effective in 93.3% of cases. There were no complications or deaths associated with the use of conservative therapy and video laparoscopic techniques. Our methods of conservative adequate hemostasis for spleen injuries were effective in 93.3% of cases. There were no complications or deaths associated with the use of conservative therapy and video laparoscopic techniques.

Keywords: abdominal injury, spleen injury, early diagnosis, surgical tactics.

Актуальность

По данным 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 печени при закрытой травме живота составляет от 12,7% до 46,9 %, а при сочетанных шокогенных повреждениях живота до 49,4%. Среди закрытых повреждений органов брюшной полости травма селезенки встречается в 17,7-30,4% случаев, а при сочетанной травме живота 40,0% [1.2]. Характерной чертой последних десятилетий является изменение структуры травматизма, возрастание тяжести повреждений, преимущественно за счет увеличения доли сочетанных и множественных травм, частота которых достигает 53,0-70,0%. Данная категория повреждений характеризуется высокой летальностью и инвалидизацией, соответственно 50,3% и 74,5%. Среди закрытых повреждений органов живота разрывы селезенки составляют 16-30% [4.5]. Частота повреждений селезенки среди повреждений других органов брюшной полости составляет, по данным литературы, от 15% до 30%. При этом почти у 80% пострадавших наблюдаются сочетанные и множественные повреждения [3.6].

Увеличение закрытых повреждений органов брюшной полости требует оптимизации методов диагностики и лечения данных патологий. В связи с этим, данная проблема остается актуальной и востребованной. Селезенке принадлежит ряд важных функций, основные из которых - участие в кроветворении, иммунном статусе организма и важная роль в системе гемостаза [8.10]. В частности, после спленэктомии происходит изменение основных показателей сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза: увеличение количества тромбоцитов и их функциональной активности, в том числе адгезивной способности, нарушается реакция высвобождения тромбоцитарных факторов, снижается индекс ретракции [7.9]. Изменения прослеживаются и в коагуляционном звене системы гемостаза: происходит укорочение активированного парциального тромбопластинового времени, увеличивается концентрация фибриногена, угнетается фибринолиз. Все это приводит к развитию тромботических осложнений [11].

Доказано участие селезенки в иммунном статусе организма. Селезенка относится к периферическим лимфоидным органам [12]. В ней концентрируются супрессорные, хелпер-ные лимфоциты и часть эффекторных клеток, а также происходит процесс активного антителообразования и продукция гуморальных медиаторов иммунитета. В селезенке содержится

приблизительно 35 % Т-лимфоцитов и около 65 % В-лимфоцитов. В ней протекают оба этапа дифференцировки антителообразующих клеток из костномозговых предшественников, в то время как для Т-лимфоцитов антиген-независимый этап дифференцировки из костномозговых предшественников осуществляется в тимусе, а антигензависимый - в селезенке [12,13]. Сложное строение лимфатических фолликулов селезенки, включающих тимусзависимые, тимуснезависимые и макрофагальные элементы, создает благоприятные условия в органе для кооперации клеток в иммунном ответе [1, 6]. Несомненно, что удаление селезенки приводит к изменению иммунного статуса организма и развитию инфекционных осложнений, особенно вызванных условно-патогенной микрофлорой.

В последнее десятилетие как отечественные, так и зарубежные авторы сообщают о диагностических возможностях УЗИ при травме селезенки, отмечая его преимущества – быстроту, возможность многократного использования независимо от состояния, пострадавшего, отсутствие осложнений и противопоказаний [15].

Кроме того, спленэктомия приводит к развитию тяжелых гнойно-септических осложнений, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Известно, что в ближайшем послеоперационном периоде после спленэктомии количество послеоперационных осложнений достигает 35% [12]. При этом летальность составляет 24-35%. С целью предотвращения развития осложнений и сохранения основных функций органа в настоящее время предложены различные виды органосохраняющих операций, при невозможности их применения - аутолиентрансплантация фрагментов поврежденной селезенки [14].

В настоящее время, с развитием и совершенствованием лапароскопической техники и визуализирующей аппаратуры появилась новая возможность в диагностике и консервативном лечении повреждений селезенки. Но скудность работ в периодической литературе, посвященных изучению неоперативного лечения повреждений селезенки для сохранения органа, настоятельно требует проведения научных исследований в этом направлении.

Цель исследования является улучшение результатов лечения повреждений селезенки при закрытых повреждениях брюшной полости.

Материал и методы

Под нашим наблюдением за период с 2014 по 2024 гг. на лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП находилось 29 пострадавших с повреждением селезенки при сочетанной травме живота, которым проведена консервативная гемостатическая терапия. Они сочетались с травмой черепа в 6 (32,0%) наблюдениях, груди - в 15 (40,0%), таза и конечностей в 8 (28,0%) случаях (рис. 1). При этом подавляющее большинство больных - лица наиболее трудоспособного возраста: от 25 лет до 55 лет

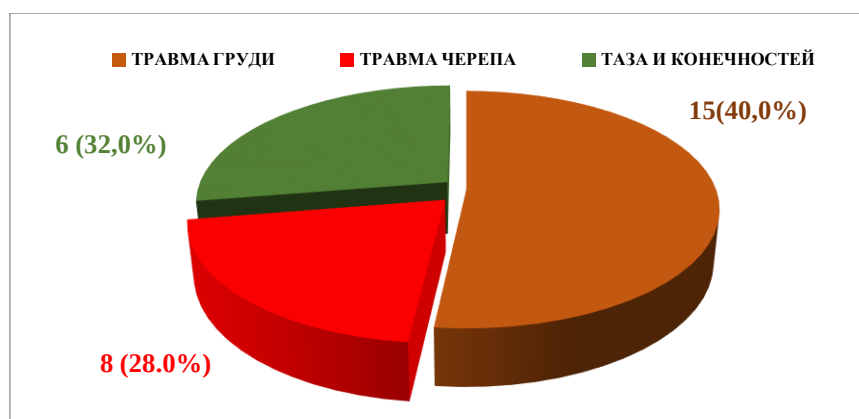


Рис.1. Распределение массива исследования

Из 29 пострадавших 11 (39,6%) были доставлены машиной скорой помощи, остальные 18 (60,4%) больных поступили самотеком

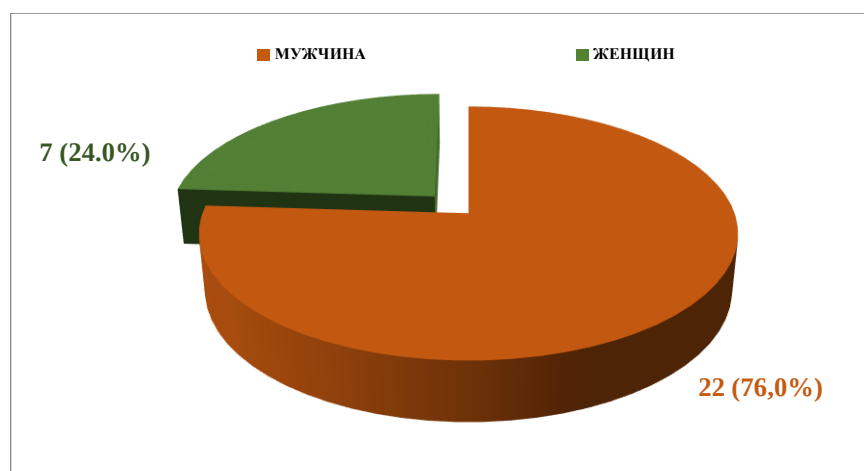
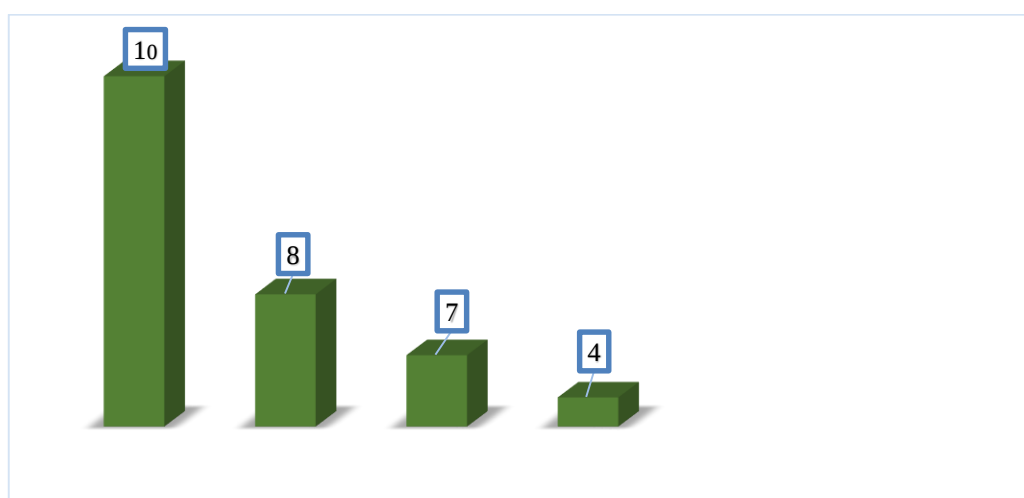


Рис. 2. Распределение пострадавших по полу.

Из них мужчин было 22 (76,0%), женщин - 7 (24,0), возраст больных составил от 19 до 77 лет. Средний возраст больных составил $40,03 \pm 17,1$ лет. Причины сочетанной травмы селезенки были: падение с высоты - 10 (52,0%) больных, удар в живот тупым предметом 8 (5,0%) больных, бытовая травма 4 (48,0%) автомобильная травма-у 7 (48,0%) пациентов. Сроки госпитализации больных с травмой селезенки от момента травмы: до 1 часа - 18 (72,0%), с 1 до 3 часов - 7 (28%) пострадавших (таблице 1).

Таблице 1

Распределение пострадавших по причинам травм



Основным критерием для выбора консервативного лечения больных явилось наличие стабильной гемодинамики. Всем больным при поступлении, кроме клинического обследования выполняли УЗИ каждые 6-8 часов в динамике, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) брюшной полости, обзорную рентгенограмму брюшной полости и других анатомических областей по локализации, общий анализ крови и мочи, коагулограмму.

При поисках жидкости при УЗИ исследовали наиболее низко расположенные участки живота во всех проекциях. Жидкость визуализировалась в виде анэхогенной зоны. Небольшие количества жидкости собиралась у женщин в позадматочном пространстве (в пространстве Дугласа), у мужчин - в гепаторенальном углублении (в кармане Моррисона).

С позиций современной хирургии повреждений синдромом свободной жидкости в брюшной полости при закрытой травме живота следует считать совокупность клинических, УЗИ-, КТ- и эндоскопических признаков, позволяющих дифференцировать качество и количество жидкости в брюшной полости и определить стратегию хирургического лечения пациента. За основу концепции принят принцип протокола FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma - целенаправленное сонографическое исследование при травме). Оценка количества свободной жидкости в брюшной

полости производилась по стандартной методике, основанной на определении степени разобщения листков брюшины, по методике, включающей оценку объема жидкости (незначительный, умеренный и большой), а также с использованием собственной методики, включающей интегральную оценку данных двух указанных выше подходов:

- незначительное количество - (<500 мл):
- в 1 анатомической области - <2 см;
- умеренное количество - (500-1000 мл):
- в 1 анатомической области - <4 см;
- в 2 анатомических областях - <2 см;
- в ≥ 3 анатомических областях - <1 см;
- большое количество - (>1000 мл):
- в 1 анатомической области - >4 см;
- в 2 анатомических областях - >2 см;
- в ≥ 3 анатомических областях - >1 см.

Текущий протокол обследования FAST состоит из 4 акустических окон, когда пациент лежит на спине. Эти окна -- перикардиальное, окологепаточное, периспленическое и тазовое (Рисунок 3). Обследование интерпретируется как положительное, если свободная жидкость обнаруживается в любом из 4 акустических окон, и как отрицательное, если жидкость не обнаруживается ни в одном из регионов. Обследование считается неопределенным, если какое-либо из окон не может быть адекватно визуализировано. В случае ухудшения состояния пострадавший доставлялся в операционную, где производилась лапароскопия или выполнялась лапаротомная операция. При крайне тяжелом состоянии (шок 3 ст.), пострадавшего сразу доставляли в операционную, где проводили противошоковые мероприятия, инструментальные методы проводили в сокращенном объеме, используя рентген, торакопункцию, лапароцентез.

Гемодинамически стабильные пациенты с отрицательными результатами FAST нуждаются в тщательном наблюдении, серийных обследованиях брюшной полости и последующем обследовании FAST в динамике. Гемодинамически нестабильные пациенты с отрицательными результатами FAST представляют собой серьезную диагностическую проблему. Варианты маршрутизации включают: ДПЛ, эксплоративная лапаротомия и, возможно, компьютерную томографию после агрессивной реанимации.

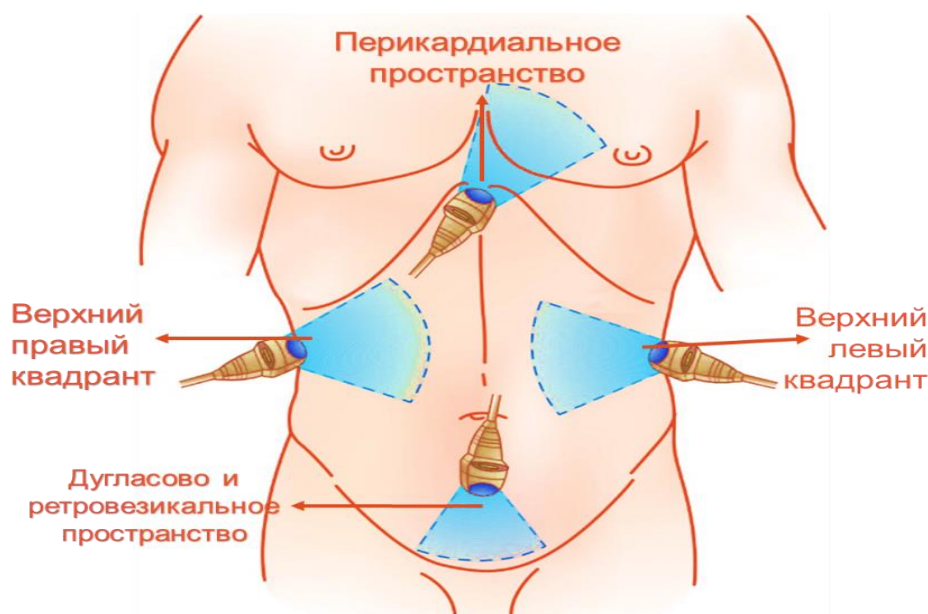


Рис.3.Стандартные точки УЗИ брюшной полости по протоколу FAST.

У пациентов без признаков шока и стабильной гемодинамикой применяли лабораторные и инструментальные методы в полном объеме при наличии показаний.

В дальнейшем тактику ведения определяли в зависимости от тяжести состояния пациента, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери (ОЦК), гемодинамических показателей (ЦВД, ЧСС, диурез).

Результат и обсуждения

У всех больных с травмой селезенки при поступлении в стационар отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения: боль в животе, коллапс, положительные симптомы Керра, Элекера «Ваньки- встаньки», Куленкамфа. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 15 больных от 200 до 350 мл, у 12 - от 350 мл до 500 мл, а у 2 - более 1200 мл. Последнему была произведена удаление крови видеолaparоскопическим путем с благоприятным исходом.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по $3.5 \pm 0,3$ дозы. 18 больным - свежзамороженной плазмы по $35,0 \pm 55,8$ мл каждому пациенту и 11 больным $25,0 \pm 35,0$ мл донорской эритроцитарной массы. К 7 дню лечения при УЗИ и МСКТ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. По мере накопления опыта нами были определены критерии консервативного лечения: отсутствие признаков продолжающегося внутрибрюшинного кровотечения; стабильные гемодинамические показатели (АД, ЦВД, ЧСС) на фоне проводимой инфузионной и гемостатической терапии; количество излившейся в брюшную полость крови до 400-500 мл ($<10\%$ ОЦК); отсутствие признаков перитонита и повреждения других органов живота.

Проведенное исследование показало, что у 29 (24,8%) больных с повреждениями селезенки при ЗТЖ было возможно проведение успешного консервативного лечения. Показаниями к консервативному лечению повреждений печени и селезенки при ЗТЖ считали:

- Наличия сознания;
- Стабильной гемодинамики;
- Отсутствия клиники перфорации полого органа перитонита;
- Отсутствия коагулопатии;
- Отсутствия признаков спленопатии при травме селезенки;
- Степень повреждения органов не более III по шкале OIS (установленная при УЗИ или КТ) и техническая возможность их выполнения по требованию;
- Гемоперитонеум не более 200 мл.

Травма печени или селезенки была установлена сразу при поступлении у 20 пациентов: при выполнении УЗИ брюшной полости - 16, и еще 4 - при КТ. Еще у 9 пациентов травма органов явилась находкой после выполнения УЗИ на следующие сутки от поступления при отсутствии клинических данных за повреждение органов брюшной полости.

По данным УЗИ и компьютерной томографии, были выявлены повреждения органов брюшной полости 1-2 ст. по шкале OIS, забрюшинные гематомы. Тяжесть общего состояния составляла 1-3 балла по шкале OIS (E.Moore et.all. 1994.,). В 17 (68%) случаях после УЗИ и КТ-исследований брюшной полости выявлено образование гематомы в области околопочечной клетчатки. В ходе динамического УЗИ исследования после 6, 12, 24 часов, гематома не нарастала, гемоперитонеума отмечено не было. В 8 (32%) случаях, по данным рентгена и КТ, диагностирован перелом таза с образованием забрюшинной гематомы. По данным УЗИ и КТ, в динамике гематома не нарастала, гемоперитонеума не отмечено. В 7 (24,1%) случаях нами после УЗИ и КТ-исследования обнаружена незначительная травма селезенки 1 ст. по шкале OIS, с наличием до 160-180 мл крови в левом фланге брюшной полости. Гемодинамические показатели были стабильны. Контроль уровня эритроцитов, гемоглобина, гематокрита оставался в пределах нормы, без существенной динамики. При динамических УЗИ и КТ-исследованиях гемоперитонеум не нарастал, отрицательной динамики со стороны паренхимы селезенки не отмечалось.

Обсуждение: Во всех 29 случаях пострадавшим проводилось динамическое наблюдение. Повторное УЗИ проводилось через 6,12, 24 часа, при необходимости через 24-48 часов проводили КТ-исследование. Важными факторами считали отсутствие признаков перитонита, стабильные показатели уровня гемоглобина и эритроцитов. Наличие гемоперитонеума до 200 мл, по данным УЗИ и КТ.

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования у всех пациентов с повреждениями печени и селезенки при ЗТЖ комплексное консервативное лечение было направлено на профилактику гнойных осложнений, стресс-кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, и включало:

1. Гемостатическая терапия:
 - Этамзилат 250 мг 4 раза в сутки
 - Сангера 100 мл/мл 10 мл 2 раза в сутки
2. Профилактика гнойных осложнений:
 - Цефтриаксон 1 гр 2 раза в сутки (первичное назначение с последующей коррекцией антибактериальной терапии по показаниям)
3. Профилактика стресс-повреждений верхних отделов желудочнокишечного тракта:

Пантопрозол 40 мг 2 раза в сутки

4. Купирование болевого синдрома:

Кетопрофен 60 мг 2 раза в сутки

Применяемые нами методы консервативного адекватного гемостаза при повреждениях селезенки были эффективны в 93,3% наблюдений. Осложнения и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолaparоскопической техники не было.

Неоперативное лечение повреждений селезенки относится к рискованным мероприятием и требует хорошего оснащения визуализирующей аппаратурой лечебного учреждения, а также возможности постоянного мониторинга за больным. Лечебная видеолaparоскопия может стать альтернативной лапаротомии, что позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений.

Выводы

Общего количества 29 пострадавших с закрытыми травмами селезенки основываясь на данных УЗИ, КТ, МРТ в динамике, позволило вести данную категорию пострадавших консервативно, с хорошими результатами и отсутствием летальности. Используя современные неинвазивные диагностические методы в 29 случаях с закрытым травмам печени и селезенки, нам удалось точно поставить диагноз, наблюдать в динамике, что является достаточным объемом диагностических методов и не требует проведения видеолaparоскопической диагностики и операции.

У пациентов с изолированной абдоминальной травмой койко-день составил от 7 до 24 дней. Средний койко-день составил $12,9 \pm 5,2$. У пациентов с сочетанной травмой койко-день зависел в первую очередь от тяжести полученных сочетанных повреждений, а также от возраста, сопутствующей патологии, развившихся осложнений, и варьировал от 8 до 37 суток. Средний койко-день составил $14,1 \pm 8,6$. Показанием к выписке было: уменьшение гематомы в диаметре (в 2 раза по сравнению с первичным УЗИ или КТ-исследованием); уменьшение гемоперитонеума в динамике (до 100 мл); образование рубца на месте дефекта капсулы органа при его разрыве; организация гематомы. Динамика регресса гемоперитонеума, а также органных гематом была различной, что естественным образом было связано с их различными размерами и объемом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Рагимов Г. С., Новые гемостатические швы в хирургии паренхиматозных органов // Вестник новых медицинских технологий. 2022;XVIII(4):111-113.
2. Роткин Е.А., Агаларян А.Х., Агаджанян В.В. Особенности диагностики и лечения повреждений паренхиматозных органов живота при политравме. // Политравма 2023;1:29-38.
3. Сигуа Б.В., Земляной В.П., Дюков А.К. Закрытая травма живота с повреждением печени // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2014;6(3):93-98.
4. Alimov AN. Organ-preserving method of surgical treatment of a ruptured spleen with a closed abdominal injury. Surgery. // Magazine named after N.I. Pirogov. 2013;(9):39-43. (in Russ).
5. Ahmed K.S., Altaf H.T., Nandlal K., Role of laparoscopy in blunt perforations // Pak J Med Sci. 2013;29(4):1028-1032..
6. Benjamin A.B; Ryan C.G. Focused assessment with sonography for trauma. // Echocardiogr Intensivists. 2012;46:397-399.
7. Byung H.N., Young H.M., et al. Laparoscopy-assisted versus open D2 distal gastrectomy for advanced gastric cancer: results from a randomized phase II multicenter clinical trial (COACT 1001) // Journal gastric cancer. 2013;267(4):164-171.
8. Buchanan M.S., Backlund B., Liao M.M., et al. Use of Ultrasound Guidance for Central Venous Catheter Placement: Survey From the American Board of Emergency Medicine Longitudinal Study of Emergency Physicians. // Academic Emergency Medicine. 2014;21(4):416-421.
9. Khripun AI. Organ-preserving method in surgical treatment of spleen injuries. Surgery. // Magazine named after N.I. Pirogov. 2014;(1):34-38.
10. Umedov KA., Khaidarov NB., Khursanov YoE. Evaluation of the effectiveness of multi-stage surgical tactics in severe liver damage. // Research focus international scientific journal 2023;2(1): 312-316.
11. Umedov XA. Tactics of conservative treatment of spleen injuries in closed injuries of the abdominal cavity. // Theory and analytical aspects of recent research. 2023;13(9):40-46.
12. Maslyakov VV., Shapkin YuG., Chalyk YuV. Spleen injury: the main factors determining the possibility of performing organ-preserving operations. // Endoscopic surgery. 2021;17(1):3-5.
13. Makhovsky VV. The state of the problem and ways to optimize organ-preserving tactics in spleen surgery. // Vopr reconstruct and plast surgery. 2014;17(3/50):42-55.

Поступила 20.02.2025