

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА: ПОВРЕЖДЕНИЯ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

А.А. АЛИЖАНОВ¹, Б.Р. ИСХАКОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ², М.С. СОБИТХАНОВ¹

¹Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

TRAUMATIC INJURIES OF THE ORGANS RETROPERITONEAL SPACE: DAMAGE TO THE DUODENUM DURING COMBINED TRAUMA

A.A. ALIJANOV¹, B.R. ISKHAKOV¹, N.B. ISKHAKOV², M.S. SOBITHANOV¹

¹Namangan branch of Republican research center of emergency medicine, Uzbekistan

²Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

Цель. Оценка результатов диагностики и лечения пострадавших с повреждением двенадцатиперстной кишки (ДПК) при сочетанной травме.

Материал и методы. В исследование включены 26 больных с закрытой травмой ДПК при сочетанной травме, госпитализированных в РНЦЭМП и его Наманганский филиал в период 2013–2020 гг., из них 17 (65,4%) мужчин и 9 (34,6%) женщин, в возрасте от 17 до 60 лет. Повреждения ДПК устанавливали с учетом клинической картины и результатов ультразвукового исследования, контрастной МСКТ и лапароскопии.

Результаты. Повреждения ДПК сочетались с разрывом почки, селезенки, травмой желудка, поджелудочной железы, ранением печени, разрывом желчного пузыря, толстой и тощей кишки, нижней полой вены. Травма ДПК сочеталась также с черепно-мозговой травмой (3), переломом костей конечности (2), травмой органов грудной клетки (4), разрывом диафрагмы (2). При разрывах ДПК методом выбора у пострадавших, поступивших в первые 6 часов с момента получения травмы, было ушивание разрыва, дренирование забрюшинного пространства через поясничную область и постоянная назоеюнальная интубация двухпросветным зондом для декомпрессии ДПК и энтерального кормления. При поступлении пострадавших позже 6 часов с момента получения травмы выполняется выключение ДПК из пассажа в сочетании с гастроэнтероанастомозом по Вельфлеру–Брауну. Релапаротомии подверглись 6 больных, из них у двоих было по 2 релапаротомии. Бронхолегочные осложнения наблюдали у 10 оперированных больных, раневые инфекционные осложнения – у 7. Умерли 9 (34,6%) больных.

Заключение. Объем оперативного вмешательства при травмах ДПК зависит от ряда факторов: сроков поступления пострадавших в стационар с момента получения травмы, размеров дефекта стенки ДПК, уровня повреждения, сочетанных повреждений панкреатодуоденальной зоны.

Ключевые слова: сочетанная травма, травмы двенадцатиперстной кишки, тяжесть повреждений, диагностика, хирургическое лечение, осложнения, летальность.

Aim. Evaluation of the results of diagnosis and treatment of patients with duodenal injury (DPC) in concomitant trauma.

Material and methods. The study included 26 patients with closed DPC injury with concomitant trauma hospitalized at the RSCEMP and its Namangan branch in the period 2013–2020, including 17 (65.4%) men and 9 (34.6%) women, aged 17 to 60 years. Damage to the DPC was established taking into account the clinical picture and the results of ultrasound, contrast MSCT and laparoscopy.

Outcomes. Damage to the DPC was combined with rupture of the kidney, spleen, trauma of the stomach, pancreas, liver injury, rupture of the gallbladder, colon and jejunum, inferior vena cava. Traumatic trauma of the DPC was also combined with craniocerebral injury (3), fracture of the bones of the limb (2), trauma of the chest organs (4), rupture of the diaphragm (2). In case of DPC ruptures, the method of choice in victims admitted in the first 6 hours after injury is suturing of the rupture, drainage of the retroperitoneal space through the lumbar region, and permanent nasojejunal intubation with a double-lumen probe for DPC decompression and enteral feeding. If the victims are admitted later than 6 hours from the moment of injury, the DPC is turned off from the passage in combination with gastroenteroanastomosis according to Welfleur-Brown. 6 patients underwent relaparotomy, two of them had 2 relaparotomy. Bronchopulmonary complications were observed in 10 operated patients, wound infectious complications in 7. 9 (34.6%) patients died.

Conclusion. The scope of surgical intervention for DPC injuries depends on a number of factors: the timing of admission of the victim to the hospital from the moment of injury, the size of the defect in the DPC wall, the level of damage, and concomitant injuries of the pancreaticoduodenal zone.

Keywords: *concomitant injury, duodenal injury, severity of injury, diagnosis, surgical treatment, complications, mortality.*

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol17_iss3/a3

Введение

Вопросы диагностики и оперативного лечения закрытых, открытых, изолированных, сочетанных и комбинированных повреждений двенадцатиперстной кишки (ДПК) относятся к одному из наиболее сложных разделов в ургентной хирургии. В последние годы наметилась тенденция к увеличению частоты повреждений ДПК, что в первую очередь связано с увеличением ранений живота холодным и огнестрельным оружием, количества автодорожных травм, падений с высоты (кататравма) [1; 2; 3].

На сегодняшний день частота повреждений ДПК составляет не более 1,2% и не превышает 10% в структуре травм органов пищеварения. Диагностические и тактические ошибки при оказании помощи пострадавшим с повреждениями ДПК приводят к развитию жизнеугрожающих осложнений в раннем послеоперационном периоде в 25,0–72,5% наблюдений и высокой летальности [4; 5].

При изолированных травмах ДПК летальность составляет 11,8–30,5%, а при сочетанных – 46,6–80,0%. В случаях развития забрюшинной флегмоны летальность может достигать 100%. Причем летальность при ранениях ДПК почти в 3 раза ниже, чем при закрытых повреждениях. Так, по данным N.J. Aherne et al. (2003), это соотношение составляет от 6 до 25% [4].

Чаще всего высокая летальность обусловлена несостоятельностью швов, посттравматиче-

ским деструктивным панкреатитом и развитием гнойных осложнений – забрюшинной флегмоны, перитонита и сепсиса. Закрытая травма живота часто сопровождается тяжелыми сочетанными повреждениями, шоком, расстройствам сознания, применением наркотиков для обезболивания на догоспитальном этапе, алкогольным опьянением, что в ряде случаев определило трудности современной диагностики и увеличение дооперационного периода [6; 7].

Диагностика повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства, несмотря на внедрение новых неинвазивных методов диагностики, в ряде случаев трудна и требует эксклюзивных решений. В этой ситуации использование лапароскопии позволяет своевременно установить диагноз и определить или отвергнуть показания к хирургическому лечению [6].

Для оценки степени повреждения многие рекомендуют шкалы ААСТ (Американской ассоциации хирургии травмы) от 1994 года, которая является наиболее широко распространенной системой стадирования повреждения двенадцатиперстной кишки. В классификации повреждения ДПК учитывают в основном механизм, локализацию и сочетание повреждений [6; 8].

Оперативные вмешательства на органах забрюшинного пространства являются одними из наиболее сложных в современной хирургии. Качество исполнения этих операций и вероятность возникновения интраоперационных

осложнений во многом предопределяются качеством предоперационного планирования, в основе которого лежит точное определение индивидуальной топографо-анатомической ситуации [3; 9].

Необходимость развития и внедрения в клиническую практику при сочетанных травмах малоинвазивных вмешательств продиктована различными причинами: с одной стороны, это стремление к решению проблемы более эффективной углубленной диагностики, с другой – проведению щадящих, но эффективных в лечебном отношении вмешательств. Наиболее информативным дополнительным методом для исследования при повреждении органов брюшной полости и забрюшинных пространств является диагностическая визуальная лапароскопия (ВС) [5; 7].

Цель

Оценка результатов диагностики и лечения пострадавших с повреждениями ДПК при сочетанной травме.

Материал и методы

Нами проанализированы истории болезни 26 пострадавших с повреждениями ДПК, находившихся в РНЦЭМП и его Наманганском филиале за период 2013– 2020 гг. Мужчин было 17 (65,4%), женщин – 9 (34,6%). По возрастному показателю пострадавшие были распределены следующим образом: до 18 лет – 3 (11,5%), от 19 до 44 лет – 18 (69,2%), от 45 до 59 лет – 4 (15,4%), старше 60 лет – 1 (3,9%) больной. Лица трудоспособного возраста составили 69,2% (18 пострадавших) (табл. 1).

Успех лечения пострадавших с травмой ДПК во многом зависит от сроков доставки в стационар. 15 (57,7%) пострадавших были доставлены в стационар машиной скорой медицинской помощи. Самотёком при самостоятельном обращении

пациента в случае ухудшения его самочувствия на улице недалеко от больницы попутным транспортом с места ДТП или кататравмы доставлены 9 (34,6%), были переведены из других лечебных учреждений 2 (7,7%).

В первые 6 часов с момента травмы в стационар поступило 19 (73,1%) пациентов. В сроки от 6 до 24 часов поступили 3 (11,5%). Позже 24 часов были госпитализированы 4 (15,4%) пострадавших.

В основном повреждения ДПК носили криминогенный характер, встречаясь у 24 (92,3%) пострадавших, в результате автодорожные происшествия – в 6 (23,1%) случаях, падения с высоты (кататравма) – в 2 (7,7%) наблюдениях, производственные травмы – в 1 (3,8%), избиение – в 2 (7,7%) и суицидные попытки – в 1 (3,8%) наблюдении. Среди криминогенных травм наиболее часто встречались ранения холодным оружием (ножом) – у 12 (46,2%) пострадавших, ранения ДПК носили колото-резаный характер. Ятрогенное повреждение – перфорация задней стенки ДПК – имело место у 2 (7,7%) пациентов.

В состоянии алкогольного опьянения поступили 8 пациентов, что явилось фактором, затрудняющим правильную оценку клинических проявлений, своевременную диагностику и определение показаний к оперативному лечению.

Для оценки степени повреждения использовали шкалы ААСТ (Американской ассоциации хирургии травмы) от 1994 года, которая является наиболее широко распространенной системой стадирования повреждения двенадцатиперстной кишки. В классификации повреждения ДПК учитывают в основном механизм, локализацию и сочетание повреждений. В соответствии с ней выделяют 5 степеней повреждения двенадцатиперстной кишки (табл. 2).

Таблица 1. Распределение пострадавших по полу и возрасту

До 18 лет		19–44 лет		45–59 лет		60 лет и старше		Всего
мужчин	2	мужчин	11	мужчин	3	мужчин	1	17 (65,4%)
женщин	1	женщин	7	женщин	1	женщин	–	9 (34,6%)
3 (11,5%)		18 (69,2%)		4 (15,4%)		1(3,9%)		26 (100%)

Таблица 2. Классификация повреждений 12-перстной кишки по ААСТ (9)

Степень тяжести повреждения	Тип повреждения	Характер повреждения	абс	%
I	гематома	занимает одну часть ДПК	2	4,7
	разрыв	частичный, не на всю толщину стенки, отсутствие перфорации	2	4,7
II	гематома	занимает более одной части ДПК	1	3,8
	разрыв	менее 50% от окружности	2	4,7
III	разрыв	50–75% от окружности D2**, 50–100% от окружности D1, D3, D4	9	34,6
IV	разрыв	разрыв более 75% от окружности D2; повреждение ампулы фатерова соска	7	26,9
V	разрыв	массивная панкреатодуоденальная травма, деваскуляризация ДПК	3	11,5

Примечание: * – при множественных повреждениях тяжесть увеличивается на одну степень до степени III; ** – D1 – верхний горизонтальный отдел двенадцатиперстной кишки; D2 – нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки; D3 – нижнегоризонтальный отдел двенадцатиперстной кишки; D4 – дуоденоюнальный отдел двенадцатиперстной кишки.

Анализ клинических наблюдений больных с повреждениями ДПК производился на основании изучения анамнеза, жалоб больного, данных объективного и инструментального обследования. При сборе анамнеза особое внимание обращалось на обстоятельства получения травмы, направление и силу удара, характер ранящего предмета, прошедшее после ранения время, особенности предъявляемых жалоб и т. д.

При поступлении в отделение неотложной помощи всем больным с травмами живота и поясничной области выполняли клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Производили рентгенологическое исследование грудной клетки, брюшной полости, консультации смежных специалистов.

У 21 (80,8%) пострадавшего была выявлена постгеморрагическая анемия разной степени. Уровень гемоглобина выше 90 г/л (легкая степень анемии) выявлен у 4 (19,1%) пострадавших, анемия средней степени – у 8 (38,1%) и тяжелой степени – у 9 (42,8%).

УЗИ брюшной полости нами выполнено всем 26 (100%) пострадавшим. При УЗИ жидкость в брюшной полости обнаружена у 20 пострадавших, в плевральной полости – у 2 и забрюшинная гематома – у 1. Информативность метода составила 88,5%.

Компьютерная томография (КТ) является наиболее чувствительным методом для обнару-

жения в забрюшинном пространстве воздуха и крови. С целью повышения диагностических возможностей КТ вводится водорастворимый контраст в 12 п.к., при этом становится возможным определение выхода контраста за пределы кишки через дефект ее стенки. КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполнена 8 (53%) пострадавшим. Информативность метода составила 98%.

С целью повышения диагностических возможностей МСКТ 7 пострадавшим через назогастральный зонд вводили водорастворимый контраст в ДПК, при этом у 6 отмечен выход контраста за пределы кишки через дефект ее стенки. Информативность метода составила 85,7%.

У подавляющего большинства пациентов с закрытыми травмами и ранениями живота рентгенологическое обследование выполнялось непосредственно в операционной на фоне проведения противошоковых мероприятий.

Пострадавшим с сочетанной травмой живота, даже находящимся в состоянии шока, показана видеолапароскопия, способствующая максимально раннему выявлению патологических изменений и своевременному проведению адекватной операции с учетом характера и локализации повреждения.

На этапе диагностической лапароскопии характер и объем повреждения органов брюшной полости у 5 пострадавших требовали широкой лапаротомии. Диагностическая торакоскопия применена у 3 пострадавших, торакоцентез – у 1.

По степени выраженности шока пострадавшие распределялись следующим образом: шок легкой степени (I–II) сопутствовал сочетанным повреждениям живота у половины пострадавших – 50% (13 больных), у 19,2% (5) больных была картина тяжелого шока (III) без угрозы для жизни, 15,4% (4) поступивших в реанимационное отделение находились в критическом состоянии – крайне тяжелая степень шока (IV) с угрозой для жизни. Шок отсутствовал только у 4 (15,4%) пострадавших.

Все 26 пациентов были оперированы. Оперативные вмешательства выполняли на фоне продолжающейся противошоковой терапии. В первые 6–12 ч с момента поступления в стационар оперированы 19 (73,1%) и 4 (15,4%) пострадавших – в сроки от 12 до 24 ч. 3 (11,5%) пациентам, переведенным из других ЛПУ, операция была выполнена в срок 24–48 часов с момента получения травмы.

Объем оперативного вмешательства при травмах ДПК зависит от ряда факторов: сроков поступления пострадавших в стационар с момента получения травмы, размеров дефекта стенки ДПК, уровня повреждения, сочетанных повреждений панкреатодуоденальной зоны.

Операции выполнялись под общим обезболиванием. Для полноценной ревизии ДПК во всех случаях выполняли мобилизацию по Кохеру–Клермону, при подозрении на повреждение забрюшинной части ДПК проводили широкое вскрытие и дренирование забрюшинного пространства. Во время операции у 4 (15,4%) пациентов выявлены изолированные повреждения ДПК.

Повреждения ДПК на уровне привратника и луковицы были отмечены у 3 (11,5%) пациентов, в верхней горизонтальной части (Д1) – у 1 (3,9%), в нисходящем отделе выше БДС (Д2) – у 17 (46,1%), в нижней горизонтальной части (Д3) – у 4 (34,6%) и в дуоденоюнальном отделе – у 1 (3,9%).

Результаты и обсуждение

Повреждения ДПК сочетались с разрывом почки, селезенки, травмой желудка, поджелудочной железы, ранением печени, разрывом желчного пузыря, толстой и тощей кишки, нижней полой вены. Также травма ДПК сочеталась с черепно-мозговой травмой (3), переломом костей конечности (2), травмой органов грудной клетки (4), разрывом диафрагмы (2).

У 6 пострадавших выявлено повреждение поджелудочной железы, из них в 4 случаях повреждения нисходящей части ДПК сочетались

с травмой головки поджелудочной железы, в 3 случаях были повреждены одновременно тело поджелудочной железы и печень. Этим пострадавшим было выполнено ушивание дефекта ДПК + раны печени + ревизия ПЖЖ с формированием оментобурсостомы. При сочетании повреждений ДПК и печени производилось ушивание ее разрыва П-образными швами (3 случая). В одном наблюдении при неглубоких повреждениях печени нанесено раневое покрытие «ТахоКомб». В 2 случаях дренировали желчевыводящие пути (сформирована холецистостома).

По поводу сочетанных повреждений ДПК с разрывом селезенки обширной забрюшинной гематомой была выполнена спленэктомия + ушивание раны ДПК в поперечном направлении двухрядными узловыми швами. Забрюшинную гематому вскрыли, достигли желаемого гемостаза и дренировали.

Нефрэктомия + ушивание дефекта ДПК было выполнено у 2 пострадавших с сочетанной травмой ДПК и правой почки. Ушивание раны ДПК сочеталось с холецистэктомией у 2 пострадавших при сочетанной травме. Ушивание раны ДПК сочеталось с ушиванием дефекта диафрагмы у 2 пациентов. Дефекты нижней полой вены, аорты, почечной вены, верхней брыжеечной вены у пострадавших ушиты атравматической иглой. У 3 пострадавших травма ДПК сочеталась с повреждением стенки желудка, поперечно-ободочной и тонкой кишки, им были выполнены ушивание дефекта ДПК + дефектов желудка, поперечно-ободочной и тонкой кишки.

У 4 больных изолированной травмой ДПК при удалении гематомы ЗБК, ретродуоденальной, гепатодуоденальной зоны дефект стенки не был обнаружен (ААСТ I–II), операция завершена дренированием ЗБК. Данные пациенты поступили в первые 6 часов с момента получения травмы, дефекты стенки ДПК располагались в верхней горизонтальной части и не превышали 1/3 (1–1,5 см) ее окружности. Операцию завершали назо-дуоденальной декомпрессией и проведением питательного зонда в тощую кишку для раннего энтерального питания.

5 пациентам с повреждением ДПК, поступившим позднее 6 часов с момента получения травмы, после ушивания дефектов стенки кишки нами выполнено выключение ДПК из пассажа пищи с наложением гастроэнтероанастомоза по Вельфлеру–Брауну. Операцию завершали назо-дуоденальной декомпрессией и установкой зонда в отводящий отдел для энтерального питания.

Релапаротомии подверглись 6 больных, из них у двоих было по 2 релапаротомии (ререла-

паротомия). Частыми причинами релапаротомии были несостоятельность швов ушитых дефектов ДПК (4) и аррозивные кровотечения из зоны травмы (2). Бронхолегочные осложнения наблюдали у 10 оперированных больных, раневые инфекционные осложнения – у 7.

Из 26 оперированных пациентов умерли 9 (34,6%). В первые сутки после операции умерли 3 пострадавших, не выходя из шока. На 8–12 сутки после операции и релапаротомии умерли 4 пациента, причиной летальных исходов было прогрессирование перитонита в результате развития несостоятельности швов ранее ушитых дефектов забрюшинной части ДПК.

На 20–32 сутки после операции умерли 2 больных от обширной забрюшинной флегмоны с развитием сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности, панкреонекроза с аррозивным кровотечением.

Все 9 умерших пациентов были доставлены в стационар или переведены из других ЛПУ позже 6 часов с момента получения травмы.

Средний койко-день составил 12,7. При патологоанатомических вскрытиях и судебно-медицинской экспертизе умерших расхождений в диагнозе нет.

Заключение

Диагностика повреждений ДПК должна носить комплексный характер, включая оценку клинико-объективных данных, результатов инструментальных методов исследования. Наиболее информативными методами диагностики являются УЗИ, лапароскопия, МСКТ брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием. Объем оперативного вмешательства при травмах ДПК зависит от ряда факторов: сроков поступления пострадавших в стационар с момента получения травмы, размеров дефекта стенки ДПК, уровня повреждения, сочетанных повреждений панкреатодуоденальной зоны. При разрывах ДПК методом выбора у пострадавших, поступивших в первые 6 часов с момента получения травмы, является ушивание разрыва, дренирование забрюшинного пространства через поясничную область и постоянная назоюноанальная интубация двухпросветным зондом для декомпрессии 12-перстной кишки и энтерального кормления. При поступлении пострадавших позже 6 часов с момента получения травмы выполняется выключение ДПК из пассажа в сочетании с гастроэнтероанастомозом по Вельфлеру–Брауну. Видеолапароскопия при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагно-

за и выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных.

Литература

1. Красильников Д.М., Фатхутдинов И.М., Шайхутдинов Р.Р. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях кишечника. Казанский медицинский журнал. 2000;81(5):405-406 [Krasil'nikov D.M., Fathutdinov I.M., Shajhutdinov P.P. Hirurgicheskaja taktika pri zakrytyh povrezhdenijah kishechnika. Kazanskij medicinskij zhurnal. 2000;81(5):405-406. In Russian].
2. Молитвословов А.Б., Ерамишанцев А.К., Марков А.Э. Диагностическая и лечебная тактика при травме двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2004;8:46-51 [Molivoslovov A.B., Eramishancev A.K., Markov A.E. Diagnosticheskaja i lechebnaja taktika pri travme dvenadcatiperstnoj kishki. Hirurgija. 2004;8:46-51. In Russian].
3. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Янгиев Р.А. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме. Вестник экстренной медицины. 2010; 3:50 [Khadjibaev A.M., Atadzhanov Sh.K., Yangiev R.A. Diagnostika povrezhdenij zhivota pri sochetannoj travme. Vestnik ekstretnnoj meditsiny. 2010; 3:50. In Russian].
4. Aherne N.J., Kavanagh E.G., Condon E.T., Coffey J.C., Sayed A.El., Redmond H.P. Duodenal perforation after a blunt abdominal sporting injuri: the importance of early diagnosis. J Trauma. 2003;54(4):791-794.
5. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т. Наш опыт диагностической видеолапароскопии при повреждениях живота у больных с сочетанной травмой. Вестник экстренной медицины. 2011;3:25–31 [Khadjibaev A.M., Shukurov B.I., Khakimov A.T. Nash opyt diagnosticheskoj videolaparoskopii pri povrezhdenijah zhivota u bol'nyh s sochetannoj travmoj. Vestnik jekstretnoj meditsiny. 2011;3:25–31. In Russian].
6. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т. Видеолапароскопия в диагностике и лечении повреждений органов брюшной полости при сочетанной травме. Вестник экстренной медицины. 2009;3;18-20 [Khadjibaev A.M., Atadzhanov Sh.K., Shukurov B.I., Khakimov A.T. Videolaparoskopiya v diagnostike i lechenii povrezhdenij organov bryushnoy polosti pri sochetannoj travme. Vestnik ekstretnoj meditsiny 2009; 3; 18-20. In Russian].
7. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. Абдоминальные кровотечения при кататравме. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2016;175(2):43-48 [Khadjibaev A.M., Sultanov P.K. Abdominal'nye krvotechenija pri katatravme. Vestnik hirurgii imeni I.I. Grekova. 2016;175(2):43-48. In Russian]. doi: 10.24884/0042-4625-2016-175-2-43-48.

8. Tinkoff G., Esposito T.J., Reed J., Kilgo P., Fildes J., Pasquale M., Meredith J.W. American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Scale I: spleen, liver, and kidney, validation based on the National Trauma Data Bank. Journal of the American College of Surgeons. 2008;207(5):646-655. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2008.06.342.
9. Вередченко В.А. Диагностика и хирургическое лечение заболеваний органов брюшинного пространства. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2009 [Veredchenko V.A. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie zabolevanij organov zabrjushinnogo prostranstva. Avtoref. diss. ... d-ra med. nauk. M., 2009. In Russian].

ҚОРИНПАРДА ОРТИ СОҶА АЪЗОЛАРИНИНГ ТРАВМАТИК ШИКАСТЛАНИШИ: ҚЎШМА ШИКАСТЛАРДА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ

А.А. АЛИЖОНОВ¹, Б.Р. ИСҲОҚОВ¹, Н.Б. ИСҲОҚОВ², М.С. СОБИТХАНОВ¹

¹Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази
Наманган филиали, Ўзбекистон

²Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази,
Тошкент, Ўзбекистон

Мақсад. Қорин бўшлиғи аъзолари ва ўн икки бармоқли ичак (ЎИБИ)нинг қўшма шикастланиши диагностикаси ва давоси натижаларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга 2013–2020 йилларда РШТЁИМ ва унинг Наманган филиалига ётқизилган ЎИБининг қўшма шикастлари бўлган 26 нафар бемор киритилди, улардан 17 нафари (65,4%) эркаклар ва 9 нафари (34,6%) аёллар бўлиб, 17 ёшдан 60 ёшгачадир. ЎИБининг шикастланиши беморнинг клиник кўриниш, ультратовуш, контрастли МСКТ ва лапароскопия натижаларини ҳисобга олган ҳолда белгиланди.

Натижалар. ЎИБининг шикастланиши буйрак, талоқ ёрилиши, ошқозон, ошқозонности беши шикастланиши, жигар шикастланиши, ўт пуфаги, йўғон ичак ва оч ичак, пастки ковак венанинг ёрилиши билан қўшма шикастланган. Шунингдек, бу беморларда бош мия шикастланиши (3), оёқ-қўл суякларининг синиши (2), кўкрак қафаси аъзоларининг шикастланиши (4) ва диафрагма ёрилиши (2) билан бирга кузатилган. ЎИБИ ёрилишининг дастлабки 6 соат ичида мурожаат қилган беморларда жароҳатни тикиш, ретроперитонеал бўшлиқни люмбал соҳа орқали найчалаш, назоеюнал интубация амалга оширилди. 6 нафар беморга релапаротомия қилинган, улардан 2 нафарида 2 маротаба релапаротомия қилинган. 10 нафар беморда бронхопульмонал асоратлар, 7 нафарида жароҳатнинг инфекцион асоратлари кузатилган. 9 (34,6%) нафар бемор вафот этган.

Хулоса. ЎИБининг шикастланиши учун жарроҳлик аралашувининг ҳажми бир қатор омилларга боғлиқ: жабрланганларни жароҳат олган пайтдан бошлаб касалхонага ётқизиш вақти, ўн икки бармоқли ичак деворидаги нуқсоннинг ўлчами, шикастланиш даражаси, панкреатодуоденал зонанинг қўшма шикастланиши. Жабрланганлар жароҳат олган пайтдан бошлаб 6 соатдан кейин қабул қилинганда, Велфлер-Браун гастроэнтероанастомози, ўн икки бармоқли ичак ўтиш жойидан боғлаш билан биргаликда бажарилади.

Калит сўзлар: бирга келадиган шикастланиш, ўн икки бармоқли ичак шикастланиши, шикастланишининг оғирлиги, ташхис, жарроҳлик даволаш, асоратлар, ўлим.

Сведения об авторах:

Алижанов Абдоржон Алижон угли – хирург высшей категории, начальник Управления по контролю качества медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Тел.: +99891-2930555.
E-mail: abrorjon.alijanov@ssv.uz.

Исаков Баркамол Робиддинович – к.м.н., руководитель научной лабораторией по высокотехнологической экстренной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП. Тел.: +99891-3602203.

Исаков Нурбек Баркамоллович – врач-хирург отделения трансплантологии РНЦЭМП. Тел.: +99891-2920303.
E-mail: ishakovn@mail.ru.

Собитханов Мухаммадбобир Султонмахмад угли – заведующий отделением Санитарной авиации Наманганского филиала РНЦЭМП. Тел.: +998942743797.

Поступила в редакцию: 04.06.2024

Information about authors:

Alijanov Abrorjon Alijon ugli – surgeon of the highest category, head of the Department for Quality Control of Medical Services of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. Tel.: +99891-2930555.
E-mail: abrorjon.alijanov@ssv.uz

Iskhakov Barkamol Robiddinovich – PhD, Head of the scientific laboratory for high-tech emergency surgery, Namangan branch of RRCEM. Tel.: +99891-3602203.

Iskhakov Nurbek Barkamolovich – Surgeon of the Department of Transplantology, RNCMEMP. Tel.: +99891-2920303.
e-mail: ishakovn@mail.ru.

Sobitkhanov Muhammadbobir Sultonmakhmud ugli – Head of the Department of Air Ambulance of the Namangan branch of the RSCEM. Tel.: +998942743797.

Received: 04.06.2024