

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБРЮШИННЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ

А.М. ХАДЖИБАЕВ¹, А.А. АЛИЖАНОВ²¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,²Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

TRAUMATIC RETROPERITONEAL HEMORRHAGES

А.М. KHADJIBAEV¹, А.А. ALIJANOV²¹Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers,²Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

В обзоре представлены современные сведения об эпидемиологии, механизмах, частоте осложнений и летальности, классификации, особенностях диагностики и выбора тактики лечения травматических забрюшинных кровоизлияний. Подчеркнуто, что в каждом клиническом случае требуется выбор конкретной стратегии лечения, которая должна учитывать локализацию и интенсивность кровотечения, а также его наличие или отсутствие признаков экстравазии контрастного вещества при компьютерной томографии с контрастным усилением.

Ключевые слова: забрюшинное пространство, травма, эпидемиология, диагностика, компьютерная томография с контрастным усилением, лечение, осложнения.

The review presents modern information on the epidemiology, mechanisms, incidence of complications and mortality, classification, features of diagnosis and choice of tactics for the treatment of traumatic retroperitoneal hemorrhages (RECK). It is emphasized that in each clinical case it is necessary to choose a specific treatment strategy, which should take into account the localization and intensity of bleeding, as well as the presence or absence of signs of extravasiveness of the contrast agent on contrast-enhanced computed tomography.

Keywords: retroperitoneal space, trauma, epidemiology, diagnosis, conjunction-enhanced computed tomography, treatment, complications.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol17_iss3/a10

Введение

Забрюшинная гематома является следствием кровотечения в забрюшинную клетчатку. Это клиническое состояние часто протекает скрытно и для клиницистов представляет крайне сложную диагностическую задачу, что обуславливает высокую частоту осложнений и летальности при таких гематомах. Кровотечения в забрюшинное пространство до момента накопления значительного количества крови проявляется скудной симптоматикой и зачастую диагностируется только после появления явных признаков геморрагического шока [1].

В структуре основных механизмов закрытой травмы органов забрюшинного пространства в мирное время ведущее место занимают дорожно-транспортные происшествия, кататравма и

криминальная травма [2,3]. При этом 40–45,7 % пострадавших травму получают в состоянии алкогольного опьянения [3]. Забрюшинные травматические кровоизлияния, как правило, являются следствием высококинетической травмы, в связи с чем часто сочетаются с черепно-мозговой травмой, травмой живота, груди, переломами костей таза и конечностей [4,5]. Более 70 % пострадавших забрюшинной гематомой поступают в клинику с признаками травматического шока. Именно шок и острая кровопотеря являются главной причиной смерти при забрюшинной травме [6]. Летальность при сочетанной травме живота и органов забрюшинного пространства, по данным различных авторов, колеблется от 30,5 до 56 % [4,7].

Анатомия

Забрюшинное пространство расположено позади брюшной полости между задним листком париетальной брюшины и задним отделом внутрибрюшной фасции, покрывающей позвоночник и мышцы области поясницы. В литературе по хирургической топографии часто описывается разделение забрюшинного пространства на три «зоны» [8,9]:

Зона I. Центральная-медиальная зона – пространство между двумя поясничными мышцами, где располагаются такие срединные анатомические образования, как брюшная аорта, нижняя полая вена, поджелудочная железа и двенадцатиперстная кишка.

Зона II. Околопочечная зона – локализуется латеральнее поясничных мышц с обеих сторон и содержит почки, мочеточники и забрюшинную часть толстой кишки.

Зона III. Тазовая зона – включает мочевой пузырь и множество сосудистых структур, в том числе мощную сеть пресакральных вен.

Кроме того, к забрюшинному пространству прилагают такие важные скелетно-мышечные структуры, как поясничные мышцы, позвонки, квадратная мышца поясницы и подвздошные мышцы.

Механизм травмы

Понятие «забрюшинная гематома» объединяет несколько разные клинические состояния с различными механизмами их возникновения. Причины забрюшинных гематом, в первую очередь, классифицируются как посттравматические и нетравматические. В свою очередь, посттравматические забрюшинные гематомы могут быть следствием проникающего ранения или тупой травмы. Категорию нетравматических ретроперитонеальных гематом можно разделить на спонтанные и ятрогенные [10].

Травматические забрюшинные гематомы по механизму могут быть следствием ранений и тупой травмы. На практике в большинстве случаев врачи имеют дело с тупой травмой, при которой забрюшинная гематома является результатом передачи энергии от внешнего источника к пострадавшему, вследствие чего происходит удар, сдавление и растяжение тканей и сосудов с их разрывом и разрывом [11].

Примерами тупой травмы органов и структур забрюшинного пространства являются околопочечная гематома, разрывы поджелудочной железы, тазовые забрюшинные кровоизлияния из переломов костей таза и дефектов близлежащих

сосудистых структур, а также прямые отрывные повреждения кровеносных сосудов в забрюшинном пространстве [12].

При проникающих огнестрельных и колото-резаных ранениях повреждению подвергаются конкретные органы или сосуды, находящиеся по траектории прохождения лезвия ножа или пули. Важно отметить, что забрюшинные гематомы при ранениях, как правило, сопровождаются сопутствующим повреждением брюшной полости [13].

Эпидемиология

Истинную общую частоту развития посттравматической забрюшинной гематомы сложно установить ввиду разнородности травм, приводящих к этому осложнению. Но тем не менее, 67–80% случаев забрюшинных гематом приходится на тупые травмы, остальные 20–33% – на проникающие ранения. В одной ретроспективной серии наблюдения частота выявления забрюшинной гематомы в популяции стабильных пациентов с подтвержденной травмой живота составила 12%. В абсолютно большинстве случаев источником забрюшинного кровоизлияния было повреждение почек, которое диагностировано на компьютерной томографии (КТ). Подсчитано, что разрыв почек встречается у 10% пострадавших с закрытой травмой живота [8,14].

При тупой травме повреждения крупных магистральных сосудов, таких как аорта, встречаются редко. Более часто врачи имеют дело с повреждениями мелких ветвей брюшной аорты, которые могут быть причиной развития центрально-медиальной (зона I) забрюшинной гематомы [15].

Частота перелома костей таза занимает от 2 до 8% в структуре всех переломов, и часто такие переломы сопровождаются массивным кровотечением в забрюшинную клетчатку и характеризуются чрезвычайно высокими показателями летальности. Так, согласно результатам одного проспективного регистрового исследования, уровень летальности при тазовом кровотечении составил 32,6%, которую удалось снизить до 17,6% путем выполнения у этих больных ангиоэмболизации [16].

Закрытые повреждения других органов забрюшинного пространства, таких как двенадцатиперстная кишка и поджелудочная железа, встречаются очень редко (0,2 и 5%, соответственно), но они оба отличаются одинаково высокими показателями летальности, превышающей 20% [8].

Диагностика

В обнаружении забрюшинных гематом информативность прикроватного сфокусированного УЗИ при травме (FAST-протокола) значительно уступает в информативности КТ. В первые 2–6 часов после травмы сонография позволяет выявить эхопризнаки ретроперитонеальной гематомы в 73% случаев, а к концу первых суток этот показатель достигает 100%, что связано с нарастанием размеров гематомы на фоне продолжающегося кровотечения. Точность УЗИ в диагностике повреждений почки составляет 75%, надпочечника – 85,3% [8,17]. При отсутствии признаков забрюшинной гематомы у больных с закрытой изолированной и сочетанной травмой живота необходимо повторное УЗИ в динамике в течение первых суток.

Различают две разновидности ультразвуковой семиотики забрюшинных гематом: (i) по типу «пропитывания» забрюшинной клетчатки и (ii) с формированием полости, содержащей сгустки крови [18].

Основным методом диагностики забрюшинной гематомы является компьютерная томография (КТ) с контрастным усилением. Ввиду того, что забрюшинные гематомы, как правило, развиваются на фоне тяжелых сочетанных травм и политравм, при которых, согласно современным клиническим руководствам, выполняется КТ по протоколу всего туловища, в настоящее время это осложнение часто выявляется именно при компьютерном сканировании. Чувствительность КТ в выявлении признаков забрюшинной гематомы достигает 100%. Кроме того, КТ-исследование забрюшинного пространства позволяет визуализировать повреждение почки и надпочечника, определить тяжесть травмы забрюшинных органов и структур и уточнить показания к оперативному лечению [19,20]. КТ позволяет выявить наличие, локализацию и размеры забрюшинных гематом и определить тактику их лечения. Прямыми показаниями к применению средств экстренной интервенционной радиологии или хирургического вмешательства является экстравазация внутривенно введенного контрастного вещества в полость гематомы [21].

Прогноз

Прогноз зависит от тяжести и характера полученной травмы. Повреждения аорты сопровождаются значительно более высокой частотой осложнений и летального исхода, чем изолированные повреждения почек, осложненные забрюшинной гематомой [22]. При забрюшинных

гематомах, обусловленных тупой травмой, летальность составляет 6,5%, при этом приблизительно 77% умерших – это оперированные больные. При проникающих ранениях летальность у больных с забрюшинной гематомой составляет 18% [23].

Лечение

Лечение забрюшинных гематом, вне зависимости от причины, должно быть многогранным и требует междисциплинарного подхода. Любая из выбранных тактик лечения должна быть организована с учетом причины, размера, локализации, сроков кровоизлияния и общего клинического состояния каждого пациента. Методы лечения включают инфузионную терапию с тщательным динамическим наблюдением при стабильном состоянии пациента или ангиоэмболизацию/хирургическое вмешательство у больных с признаками продолжающегося кровотечения. Показания к трансфузии препаратов крови должны определяться по общепринятым правилам [24,25].

Независимо от причины, забрюшинные гематомы следуют диагностировать и устранять более агрессивно, так как они часто обусловлены повреждением крупных сосудов и/или двенадцатиперстной кишки, которые характеризуются крайне высокими показателями осложнений и летальности. К сожалению, на сегодня отсутствуют универсальные подходы к выбору тактики лечения забрюшинных гематом, при которых первостепенное значение имеет междисциплинарный подход к этим пациентам для обеспечения адекватной и оперативной помощи. Спасение жизни этой тяжелой категории пациентов требует координации и мобилизации специалистов и ресурсов различных профилей [26].

К примеру, при посттравматической забрюшинной гематоме после обследования рентгенологом следует оперативно провести комплекс лечебно-диагностических мероприятий с привлечением специалистов различного профиля – травматологов, общих хирургов, ангиографистов, гемотрансфузиологов и других специалистов. Эти специалисты должны сообща определить оптимальную тактику ведения больных с подозрением на забрюшинную гематому [26].

Травмы органов и структур забрюшинного пространства, как правило, не являются изолированными и часто сочетаются с внутрибрюшными повреждениями. Поэтому, как и во всех других случаях травм живота, наличие явлений перитонита, нестабильные показатели гемодинамики или УЗИ/КТ-признаки большого объема свобод-

ной жидкости в брюшной полости являются показанием к экстренной лапаротомии [27].

При проникающих ранениях живота забрюшинная гематома развивается в результате прямого повреждения паренхиматозных органов или сосудов, требующих хирургического вмешательства для достижения надежного гемостаза [28].

У больных с закрытой травмой живота выбор тактики хирургического лечения зависит от показателей гемодинамики и источника забрюшинной гематомы. Сохраняющаяся на фоне проводимой интенсивной терапии нестабильность гемодинамики, увеличивающаяся в размерах или пульсирующая гематома являются показаниями к хирургическому лечению [29].

При закрытых травмах живота выбор тактики лечения зависит также от локализации забрюшинной гематомы на КТ-снимках. Центромедиальные гематомы (зона I) обычно требуют хирургического вмешательства, так как их основной причиной является повреждение крупных сосудов или одной из их ветвей. Боковые гематомы (зона II) в основном развиваются при повреждениях почек, которые у больных со стабильными показателями гемодинамики нередко хорошо поддаются консервативному лечению с благоприятными КТ-результатами. Однако, большие или увеличивающиеся по размеру гематомы, а также случаи, когда выявляются признаки экстравазации контраста, подлежат хирургическому лечению или ангиографической эмболизации [30].

Тазовые забрюшинные гематомы (зона III), как правило, являются следствием перелома костей таза и венозного кровотечения. Эта локализация гематом не всегда требует хирургического лечения. В таких случаях первым этапом выполняют внешнюю фиксацию/остеосинтез перелома таза, что способствует остановке или временной тампонаде кровотечения. Окончательный гемостаз в большинстве случаев успешно достигается путем ангиографического эмболизирования кровоточащих сосудов таза [16,31].

В сложных ситуациях пережатие аорты под диафрагмой позволяет временно остановить кровотечение, стабилизировать состояние пострадавшего и дает время на выполнение ревизии [32]. Внебрюшинная тампонада тазовой клетчатки при вынужденной ревизии забрюшинного пространства позволяет остановить кровотечение из тазовой клетчатки [33]. Наиболее часто обнаруживаются паранефральные кровоизлияния (травма почки). Следует иметь в виду, что у части пострадавших ревизия этих гематом

приводит к усилению кровотечения и напрасной нефрэктомии [34].

Заключение

Повсеместное и широкое внедрение современных методов визуализации, активное использование чрескожных, эндоваскулярных и эндоскопических миниинвазивных вмешательств существенно изменили постулат о том, что забрюшинные кровоизлияния являются абсолютным показанием к открытым хирургическим вмешательствам. В настоящее время все большее распространение получает более избирательная персонализированная хирургическая стратегия при междисциплинарном взаимодействии хирургов, радиологов-интервенционистов и реаниматологов.

Литература

1. Kasotakis G. Retroperitoneal and rectus sheath hematomas. *Surgical Clinics*. 2014; 94(1):71–76.
2. Хаджибаев А.М., Шарипова В.Х., Султанов П.К., Джураев Ж.А. Современные взгляды на диагностику и лечение больных с сочетанной травмой. *Вестник экстренной медицины*. 2020; 13(3):79–89 [Khadjibaev A.M., Sharipova V.H., Sultanov P.K., Djuraev Zh.A. Sovremennye vzglyady na diagnostiku i lechenie bol'nyh s sochetannoj travmoj. *Vestnik ekstretnoj mediciny*. 2020;13(3):79–89. In Russian].
3. Слобожанин М.И., Старовойтов С.О., Мясников М.Г., Ворончихин А.Е. Тактика и результаты лечения повреждений органов живота и забрюшинного пространства. *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2021;1:46–49 [Slobozhanin M.I., Starovojtov S.O., Myasnikov M.G., Voronchihin A.E. Taktika i rezul'taty lecheniya povrezhdenij organov zhivota i zabryushinnogo prostranstva. *Zdorov'e, demografiya, ekologiya finno-ugorskih narodov*. 2021;1:46–49. In Russian].
4. Маскин С.С., Ермолаева Н.К., Александров В.В., Матюхин В.В. Сочетанная закрытая травма живота: стандартизация лечебно-диагностического подхода с позиций доказательной медицины. *Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет*, 2021; – 368 с. [Maskin S.S., Ermolaeva N.K., Aleksandrov V.V., Matyuhin V.V. Sochetannaya zakrytaya travma zhivota: standartizaciya lechebno-diagnosticheskogo podhoda s pozicij dokazatel'noj mediciny. *Volgograd: Volgogradskij gosudarstvennyj medicinskij universitet*, 2021; – 368 s. In Russian].
5. Лазарев А.Ф., Борозда И.В. Массивное забрюшинное кровотечение при переломах таза. *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова*. 2016;2:68–76 [Lazarev A.F., Borozda I.V. Massivnoe zabryushinnoe krovo-

- techenie pri perelomah taza. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. 2016;2:68–76. In Russian].
6. Гринев М.В., Опушнев В.А. Профилактика и лечение полиорганной недостаточности у пострадавших с шокогенной травмой: Методические рекомендации. Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. СПб СпбГУАП, 1998; – 20 с. [Grinev M.V., Opushnev V.A. Profilaktika i lechenie poliorgannoj nedostatochnosti u postradavshih s shokogennoj travmoj: Metodicheskie rekomendacii. Sankt-Peterburgskij NII skoroj pomoshchi im. I.I. Dzhanelidze. SPbSPbGUAP, 1998; – 20 c. In Russian].
 7. Kobayashi L., Coimbra R., Goes Jr A.M., Reva V., Santorelli J., Moore E.E., et al. American Association for the Surgery of Trauma–World Society of Emergency Surgery guidelines on diagnosis and management of abdominal vascular injuries. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2020; 89(6):1197–1211.
 8. Daly K.P., Ho C.P., Persson D.L., Gay S.B. Traumatic retroperitoneal injuries: review of multidetector CT findings. *Radiographics*. 2008; 28(6):1571–1590.
 9. Bageacu S., Kaczmarek D., Porcheron J. Management of traumatic retroperitoneal hematoma. *Journal de Chirurgie*. 2004; 141(4):243–249.
 10. Feliciano D.V. Management of traumatic retroperitoneal hematoma. *Annals of surgery*. 1990; 211(2):109–123.
 11. Aliosmanoglu I., Gul M., Kapan M., Arikanoglu Z., Taskesen F., Onder A., Aldemir M. The impact of etiological factors on mortality in retroperitoneal hematomas. *Annali Italiani di Chirurgia*. 2013; 84(1):19–24.
 12. Kamber H.M., Al-Marzooq T.J.M., Neamah H.R., Hassan Q.A. Outcomes of operative management of 96 cases with traumatic retroperitoneal hematoma: a single-institution experience. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2018; 6(11):2128.
 13. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Робиддинов Ш.Б., Собитханов М.С. Сочетанное повреждение желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы и аорты при ранении живота. *Вестник экстренной медицины*. 2022;15(5):54–58 [Alijanov A.A., Iskhakov B.R., Iskhakov N.B., Robiddinov SH.B., Sobithanov M.S. Sochetannoe povrezhdenie zheludka, dvenadcatiperstnoj kishki, podzheludochnoj zhelezy i aorty pri ranenii zhivota. Vestnik ekstretnoj mediciny. 2022; 15(5):54–58. In Russian].
 14. Mondie C., Rentea R.M. Retroperitoneal hematoma. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2021.
 15. Shalhub S., Starnes B.W., Brenner M.L., Biffl W.L., Azizzadeh A., Inaba K., et al. Blunt abdominal aortic injury: a Western Trauma Association multicenter study. *Journal of trauma and acute care surgery*. 2014; 77(6):879–885.
 16. Hauschild O., Aghayev E., von Heyden J., Strohm P.C., Culemann U., Pohlemann T., et al. Angioembolization for pelvic hemorrhage control: results from the German pelvic injury register. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2012; 73(3):679–684.
 17. Richards J.R., McGahan J.P. Focused assessment with sonography in trauma (FAST) in 2017: what radiologists can learn. *Radiology*. 2017; 283(1):30–48.
 18. Giannasi G. Ultrasound Exam Approach in Trauma Patients //Textbook of Echocardiography for Intensivists and Emergency Physicians. 2019; 513–532.
 19. Addeo G., Cozzi D., Danti G., Bertelli E., Ferrari R., Pradella S., et al. Multi-detector computed tomography in the diagnosis and characterization of adrenal gland traumatic injuries. *Gland surgery*. 2019; 8(2):164–173.
 20. Chien L.C., Vakil M., Nguyen J., Chahine A., Archer-Arroyo K., Hanna T.N., Herr K.D. The American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Scale 2018 update for computed tomography-based grading of renal trauma: a primer for the emergency radiologist. *Emergency radiology*. 2020; 27:63–73.
 21. Okpara R., Shiralkar K.G., Matta E.J., Chua S.S. Computed Tomography: An Optimal Modality for the Detection of Nontraumatic Intraperitoneal and Retroperitoneal Hemorrhage. *Applied Radiology*. 2024; 20:20–28.
 22. Li M., Wang C., Tu H., Zhu H., Guo Z., Guo L. A systematic review of blunt abdominal aortic injury and analysis of predictors of death. *Biomolecules and Biomedicine*. 2024; 24(3):486–504.
 23. Manzini N., Madiba T.E. The management of retroperitoneal haematoma discovered at laparotomy for trauma. *Injury*. 2014;45(9):1378–1383.
 24. Маскин С.С., Александров В.В., Матюхин В.В. Особенности хирургической тактики при повреждении крупных артерий брюшной полости и забрюшинного пространства (обзор литературы). *Вестник хирургии имени И.И. Грекова*. 2021;180(1):111–117 [Maskin S.S., Aleksandrov V.V., Matyuhin V.V. Osobennosti hirurgicheskoy taktiki pri povrezhdenii krupnyh arterij bryushnoj polosti i zabryushinnogo prostranstva (obzor literatury). Vestnik hirurgii imeni I.I. Grekova. 2021; 180(1):111–117. In Russian].
 25. Janák D., Rohn V. Retroperitoneal hematoma: diagnosis and treatment. *Rozhledy v Chirurgii: Mesicnik Ceskoslovenske Chirurgicke Spolecnosti*. 2022. – T. 100. – №. 12. – С. 569–575.
 26. Sahu K.K., Mishra A.K., George S.V., Siddiqui A.D. Managing retroperitoneal hematoma: Associated complexities and its challenges. *The American*

- Journal of Emergency Medicine. 2020; 38(9): 1957–1958.
27. Хаджибаев А.М., Пулатов М.М., Шукуров Б.И., Джуроев Ж.А., Турсунов А.Н. Значение сонографии в выборе тактики хирургического лечения закрытой травмой живота. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. 2022; 202–203 [Khadjibaev A.M., Pulatov M.M., Shukurov B.I., Djuraev Zh.A., Tursunov A.N. Znachenie sonografii v vybere taktiki hirurgicheskogo lecheniy azakrytoj travmoj zhivota. Fundamental'nye i prikladnye nauchnye issledovaniya: aktual'nye voprosy, dostizheniya i innovacii. 2022;202–203. In Russian].
 28. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Робиддинов Ш.Б., Собитханов М.С. Сочетанное повреждение желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы и аорты при ранении живота. Вестник экстренной медицины. 2022;15(5):54–58 [Alijanov A.A., Iskhakov B.R., Iskhakov N.B., Robiddinov Sh.B., Sobithanov M.S. Sochetannoe povrezhdenie zheludka, dvenadcatiperstnoj kishki, podzheludochnoj zhelezy i aorty pri ranenii zhivota. Vestnik ekstretnoj mediciny. 2022;15(5):54–58. In Russian].
 29. Paun S., Tanase I., Stoica B., Beuran M. Retroperitoneal Haematoma–Still a Medical Challenge for Abdominal Trauma. Chirurgia (Bucur). 2021; 725–736.
 30. Wang F., Wang F. The diagnosis and treatment of traumatic retroperitoneal hematoma. Pakistan journal of medical sciences. 2013; 29(2):573–576.
 31. Watkins R.J., Hsu J.M. The road to survival for haemodynamically unstable patients with open pelvic fractures. Frontiers in Surgery. 2020; 7:58.
 32. Kin-Yan D., Cheng M. Vascular trauma. Current Practice and New Developments in Trauma. 2021; 38–55.
 33. Biffi W.L. Control of pelvic fracture-related hemorrhage. Surgery Open Science. 2022; 8:23–26.
 34. Khalid E.L.O., Othmane M., Amine L.M., Zakaria D., Said M.M., Ismail S. Predictors of nephrectomy in high-grade renal trauma patients treated primarily with conservative intent. Archive of Urological Research. 2024; 8(1):001–004.

ТРАВМАТИК РЕТРОПЕРИТОНЕАЛ ГЕМАТОМАЛАР

А.М. ХАДЖИБАЕВ¹, А.А. АЛИЖАНОВ²

¹Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

²Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

Адабиёт шарҳида травматик ретроперитонеал гематомаларнинг эпидемиологияси, механизмлари, асоратлари ва ўлим кўрсаткичининг миқдори, таснифи, диагностика ва даволаш тактикасини танлаш бўйича замонавий маълумотлар келтирилган. Ҳар бир клиник ҳолат учун қонашнинг локализацияси ва изчиллигини ҳамда контраст билан кучайтирилган компьютер томографияда контраст модданинг экстравазацияси бор ёки йўқлигини инобатга олувчи аниқ даволаш стратегиясини танлаш зарурлиги алоҳида қайд қилинган.

Калит сўзлар: қорин орти оралиғи, травма, эпидемиология, диагностика, контраст билан кучайтирилган компьютер томографияси, даволаш, асоратлар.

Сведения об авторах:

Хаджибаев Абдухаким Муминович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой «Экстренная медицинская помощь» Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

ORCID: 0000-0003-4130-7810

Алижанов Аброржон Алижон угли – хирург высшей категории, начальник Управления по контролю качества медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

E-mail: abrorjon.alijanov@ssv.uz

Поступила в редакцию: 07.06.2024

Information about authors:

Khadjibayev Abdukhakim Muminovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Emergency Medical Care of the Center for the Development of Professional Qualification of Medical Workers.

ORCID: 0000-0003-4130-7810

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.

E-mail: abrorjon.alijanov@ssv.uz

Received: 07.06.2024