

НОВЫЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ

Курбонов Низом Азизович., Ёдгоров Ёқубжон Ёдгор угли
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП
г. Самарканд, Республики Узбекистан

Аннотация: Представлен опыт лапароскопического лечения 13 пострадавших с закрытой травмой печени: 11 мужчин и 2 женщины за период с 2015 по 2020 г. Лапароскопия применялась у пациентов со стабильной гемодинамикой и объемом гемоперитонеума не более 500 мл по данным УЗИ либо с любым объемом при сроке травмы, превышающем 12 ч. В 10 случаях произведена лапароскопическая коррекция повреждений: коагуляция разрывов печени — в 7, санация и дренирование брюшной полости — в 3. В 3 случаях из 13 произведена конверсия доступа. В послеоперационном периоде отмечено 2 (15,4%) осложнения. Не было ни одного пропущенного повреждения. Летальный исход наступил в 1 (7,7%) наблюдении. Длительность пребывания больных в стационаре составила 24,4 (5—105) сут. **Ключевые слова:** закрытая травма брюшной полости, травма печени, лапароскопия.

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

Материал и методы

За период с 2015 по 2020 г. с применением лапароскопии нами оперированы 13 пострадавших с закрытой травмой печени: 11 мужчин и 2 женщины. Средний возраст пациентов 30,7 (15-53) года. Причинами травмы были следующие: ДТП - 5, спортивная - 1, падение с высоты - 2, в 5 случаях данные о причине травмы отсутствовали. В первые 3 ч от момента получения травмы поступили 6 пострадавших, в 1 случае давность травмы составила 3 сут и в 6 случаях информация о сроках травмы отсутствовала в связи с тяжестью состояния пациентов. У 7 пострадавших отмечалась изолированная закрытая травма живота. В 3 случаях травма брюшной полости сочеталась с закрытой черепно-мозговой травмой (ЗЧМТ) и костной травмой, в 2 случаях - с травмой грудной клетки, и у 1 пациента - с ЗЧМТ и торакальной травмой. Состояние пострадавших при поступлении в 4 случаях оценивалось как тяжелое и в 9 - как средней тяжести. Всем пострадавшим при поступлении в обязательном порядке выполняли УЗИ брюшной полости. В случае выявления скудного (не более 50 мл) количества жидкости в подпеченочном пространстве пострадавших госпитализировали в реанимационное отделение, где проводили динамическое наблюдение за больным с учетом клинических, лабораторных и эхографических данных. Ультразвуковой мониторинг осуществляли с интервалом 2 ч. Нарастание объема гемоперитонеума наряду с клиническими и лабораторными признаками продолжающегося кровотечения служило показанием к хирургическому лечению. Показаниями к применению лапароскопии служили стабильность гемодинамических показателей в сочетании с объемом гемоперитонеума, не превышающем 500 мл по данным УЗИ, либо любой объем гемоперитонеума при давности травмы более 12 ч. В результате лапароскопической ревизии брюшной полости в 1 случае выявлен разрыв обеих долей печени, в 12 повреждения ограничивались 1 долей, из них у 1 пострадавшего повреждения локализовались в левой доле и у 11 в правой. У 8 пациентов повреждения органов брюшной полости ограничивались травмой печени, в 2 случаях разрывы печени сочетались с забрюшинной гематомой и еще в 3-х с разрывом селезенки (табл. 1)

Таблица 1.

**Распределение пациентов по полу, возрасту,
интраоперационным находкам**

Параметр	Значение
Пациенты	13
Мужчины, абс. (%)	11 (84,6)
Возраст, годы	30,7 (15-53)
Изолированные разрывы печени, абс. (%)	8 (61,5)

Разрывы печени и других органов, абс. (%)	5 (38,5)
Разрыв 1 сегмента печени, абс. (%)	9 (69,2)
Разрыв 2 сегментов, абс. (%)	3 (23,1)
Разрыв 3 сегментов, абс. (%)	1 (7,7)
Степень повреждения по Moore 1—2, абс. (%)	11 (84,6)
Степень повреждения по Moore 3, абс. (%)	1 (7,7)
Степень повреждения по Moore 4, абс. (%)	1 (7,7)
Объем гемоперитонеума, мл	458,3 (150—1100)

Таблица 2.

**Результаты лечения обследованных
больных**

Параметр	Значение
Лапароскопические операции, абс. (%)	10(76.9%)
Конверсия, абс. (%)	3(23.1%)
Осложнения, абс. (%)	2(15.4%)
Летальный исход, абс. (%)	1(7.7%)
Длительность пребывания в стационаре, сут	24.4(5-105%)
Пропущенные повреждения	0

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

Во втором случае в связи с поступлением геморрагического отделяемого по дренажам мы прибегли к релапароскопии, при которой выявлено пропотевание крови в брюшную полость из диагностированной ранее забрюшинной гематомы без дополнительных

находок. Не отмечено ни одного случая пропущенного повреждения. Летальный исход наступил в 1 случае, в котором выявлен разрыв печени 4-й степени и осуществлена конверсия доступа. Длительность пребывания больных в стационаре составила 24,4 (5-105) сут (табл. 2), что объяснялось наличием тяжелой сочетанной травмы.

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

- 1) выявление при УЗИ не более 500 мл свободной жидкости в брюшной полости;
- 2) любое количество жидкости в брюшной полости по данным УЗИ при сроке травмы более 12 ч у пациента со стабильной гемодинамикой. Используемый

нами лечебно-диагностический алгоритм можно графически отобразить следующей схемой (см. рисунок). Дальнейшему развитию данного направления будет способствовать применение современных гемостатических материалов и эндоваскулярных вмешательств при повреждениях паренхиматозных органов.

Заключение

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

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

Литературе

1. Qurbonov N. A. et al. SURUNKALI VA O 'TKIR PANKREATITNI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY VA YANGI USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 60-67.
2. Qurbonov N. A. et al. O'TKIR PANKREATITNI DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARINI OPTIMALLASHTIRISH //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 53-59.
3. Qurbonov N. A. et al. O'TKIR PANKREATITNI DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 42-52.
4. Qurbonov N. A. et al. SURUNKALI PANKREATITNI DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 33-41.
5. Ro'ziyev P. N. et al. XOLETSISTIT VA UNING ASORATLARI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 26-32.
6. Fayozza E., Shokhrom I., Azizovich K. N. USE OF NEW METHODS IN THE TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS //INNOVATIVE

- DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 266-275.
7. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 258-265.
 8. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 238-251.
 9. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. НОВЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 276-286.
 10. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 252-257.
 11. Турсунов О. А. и др. В условиях экстренной медицинской помощи растворы кристаллических аминокислот для дополнительного парентерального питания в интенсивной терапии больных оперированных на желудочно-кишечном тракте //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 221-228.
 12. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
 13. Янгиев Б. А. и др. Тактические подходы в современном лечении травматических повреждений печени //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 204-210.
 14. Янгиев Б. А., Курбонов Н. А. СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 59-65.
 15. Курбонов Н. А. и др. Modern approaches to the treatment of deep burning patients //Узбекский медицинский журнал. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
 16. Курбонов Н. А., Давлатов С. С., Рахманов К. Э. Optimization of surgical treatment of patients with mirizzi syndrome //журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 1.
 17. Курбонов Н. А., Исматуллаев Ф. Х. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ //EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY. – 2022. – С. 95-101.
 18. Курбонов Н. А. Исматуллаев Ф.Х. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ

- //EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY. – 2022. – С. 95-101.
19. Курбонов Н. А., Исматуллаев Ф. Х. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ //EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY. – 2022. – С. 95-101.
20. Abduraxmanovich A. A. et al. Possibilities of applying minimally invasive technologies in treatment of severe acute pancreatitis //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 246-249.
21. Курбонов Н., Давлатов С. Амонов М. Modern methods of diagnosis and treatment of patients with Mirizzi syndrome //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 2. – С. 99.
22. Davlatov S. et al. Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) //International Journal of Pharmaceutical Research (09752366). – 2020.
23. Мансур Т. М., Вохидов Ж. Ж. ОПТИМИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОЙ АЛОПЕЦИИ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 200-214.
24. Толибов М. М. и др. ОПТИМИЗАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 190-199.
25. Курбонов Н. А., Карабаев Н. А., Тагаев К. Р. Ожоговый шок у детей //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 48-48.
26. Курбонов Н. А., Карабаев Х. К., Нормаматов Б. П. Изменения липидного обмена при ожоговой болезни у детей //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 47-47.
27. Кадыров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 47-49.
28. Кадыров Р. и др. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 4 (97). – С. 44-47.
29. Сабиров Б. и др. Лечебно-диагностическая видеолапароскопия в экстренной хирургии //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 1 (82). – С. 70-72.
30. Azizovich Q. N., Axmedovich Y. B., Salim D. MIRIZZI SYNDROME: HISTORY, CURRENT KNOWLEDGE AND PROPOSAL OF A SIMPLIFIED CLASSIFICATION //Surgery. – 1950. – Т. 132. – С. 300.
31. Qurbonov N. A., Davlatov S. S., Amonov M. M. MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH MIRIZZI SYNDROME.